

**FERNANDA BRAGA HERNANDES**

**A CRIANÇA E SEUS FAMILIARES VIVENCIANDO O  
PERIOPERATÓRIO**

**Rio Grande**

**2006**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A CRIANÇA E SEUS FAMILIARES VIVENCIANDO O**  
**PERIOPERATÓRIO**

**FERNANDA BRAGA HERNANDES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/ Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria Elisabeth Cestari**

**Rio Grande**  
**2006**

H557c Hernandez, Fernanda Braga

A criança e seus familiares vivenciando o perioperatório/  
Fernanda Braga Hernandez - Rio Grande : FURG, 2006.  
109 p.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal de  
Rio Grande – Mestrado em Enfermagem.

1. Relacionamento 2. Família 3. Cirurgia pediátrica  
I. Título

CDU 616-053.2-089

Catálogo na fonte: Roseli Senna Prestes CRB-10/1601

Rio Grande, agosto de 2006

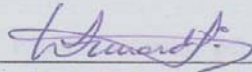
## A CRIANÇA E SEUS FAMILIARES VIVENCIANDO O PERIOPERATÓRIO

Fernanda Braga Hernandes

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

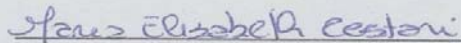
### MESTRE EM ENFERMAGEM

E Aprovada na sua versão final em 31 de agosto de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

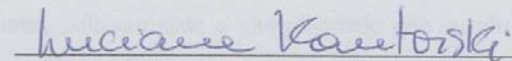


Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho (Coordenador do Programa)

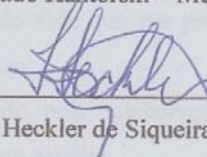
Banca Examinadora:



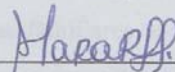
Dra. Maria Elisabeth Cestari – Presidente (FURG)



Dra. Luciane Prado Kantorski – Membro (UFPEL)



Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – Membro (FURG)



Dra. Mara Regina Santos da Silva - Suplente (FURG)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que colaboraram de maneira direta ou indireta na elaboração desse trabalho, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional, ainda de forma particular:

a meus pais, Alice e Osvaldo, por tudo de bom que me proporcionaram e pelas abnegações e apoio no alcance de meus objetivos;

a Professora Doutora Maria Elisabeth Cestari, pela orientação cuidadosa e pela paciência e auxílio durante toda caminhada;

a Professora Doutora Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, pelo apoio e ensinamentos dispensados na etapa inicial da construção deste estudo, e pelas suas sugestões relevantes como membro da banca examinadora;

a Professora Doutora Luciane Prado Kantorski, pela atenção com que aceitou o convite para participar da banca examinadora, e pela contribuição de maneira construtiva e enriquecedora a presente pesquisa;

aos demais professores do curso de mestrado em Enfermagem, pelas contribuições significativas de cada um, no que se refere a troca de conhecimentos durante os encontros realizados;

aos colegas do curso de mestrado, pelos agradáveis momentos intelectuais e de lazer que compartilhamos juntos e pela troca de experiências na construção do conhecimento;

a colega Queli Lisiane, pela amizade e cumplicidade que surgiu entre nós, e pelas trocas que fazemos em nossa vida profissional;

ao Paulo Alberto, pelos desafios de vida que me proporciona, pela amizade e pelo incentivo constante durante o meu caminhar;

a chefia do hospital, local do estudo, pela colaboração e permissão para a coleta de dados, corroborando, para a realização deste estudo;

aos clientes pediátricos e seus familiares acompanhantes, sujeitos da pesquisa, por terem aceitado compartilhar comigo suas experiências vividas, colaborando à execução deste trabalho.

HERNANDES, Fernanda Braga. **A criança e seus familiares vivenciando o perioperatório.** Rio Grande, 2006. 109p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral conhecer e compreender os sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciarem o perioperatório. A fim de propiciar subsídios para entender a temática exposta, é proposto um quadro de referência teórica, partindo do conhecimento produzido por um conjunto de autores que contemplam questões referentes: a família; a família vivenciando o perioperatório e seus aspectos emocionais; a família como cliente; a assistência de Enfermagem e a educação da família. Teve caráter descritivo, exploratório, com análise qualitativa dos dados, os quais foram coletados no período de abril de 2005 a janeiro de 2006, em um hospital geral do estado do Rio Grande do Sul. Foram sujeitos da investigação oito clientes pediátricos hospitalizados, para procedimento cirúrgico, enquadrados na faixa etária de 5 a 12 anos e seus familiares acompanhantes. A pesquisa de campo incluiu a observação simples, a entrevista semi-estruturada e o desenho como instrumento, os quais foram utilizados durante os encontros com os sujeitos no pré, trans e no pós-operatório. Os preceitos éticos estão de acordo com a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde-Brasil. Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do referencial teórico, e as observações e reflexões da autora e foram comparados e agrupados um a um de acordo com suas similaridades, formando categorias, de onde surgiram três momentos vivenciados pela família. O primeiro momento corresponde ao período anterior a cirurgia; aborda a trajetória percorrida pela família para a realização da mesma, sendo assim, a “chegada” deles até o hospital e o encaminhamento ao Centro Cirúrgico e após descreve os aspectos relativos ao preparo pré-operatório. O segundo período, apresenta os resultados sobre os questionamentos realizados sobre como estavam se sentindo os sujeitos enquanto aguardavam o término da cirurgia. O terceiro aborda as lembranças (ou não) do procedimento pela criança e descreve os relatos dos familiares após a cirurgia, incluindo a espera por notícias sobre o resultado do procedimento e sobre os cuidados pós-operatório. No geral, dos resultados obtidos salienta-se a eterna espera realizada pela família. No pré operatório os mesmos esperam para conseguir uma consulta médica, agendar a cirurgia e realizá-la. No trans-operatório a família espera por informações sobre o transcorrer da cirurgia, além de aguardarem pelo seu término. Já no pós operatório a família segue na espera pelo resultado da cirurgia, pelos cuidados que deverão ser tomados e pela alta hospitalar do cliente. Destaca-se também a ausência da enfermeira em todos os momentos, ou seja, de um modo geral, a qual, não se fez presente em nenhum dos momentos observados, como também, não foi referenciada pelos sujeitos. Concluindo, o conhecimento e a compreensão dos sentimentos das famílias sobre a situação cirúrgica e de seus fatores relacionados, ou seja quais as razões que fazem surgir tais sentimentos, podem ser utilizados para planejar, adequar e aprimorar a assistência desenvolvida pelos profissionais, reconhecendo a importância dos aspectos psicossociais e emocionais que envolvem o cliente e os familiares acompanhantes que também são afetados pela experiência.

DESCRITORES: Família. Sentimentos. Cirurgia. Assistência

## **ABSTRACT**

### **THE CHILD AND FAMILY FACING THE PERIOPERATIVE**

This study aimed at knowing and understanding the feelings expressed by the pediatric patient and its family members when facing the perioperative. In order to provide subsidies to understand the exposed theme, a setting of theoretical reference was proposed, starting with the knowledge produced by a group of authors who contemplate referring questions: the family; the family facing the perioperative and its emotional aspects; the family as a client; the Nursing assistance and the family education. It had a descriptive, exploratory character, with qualitative analysis of data, which were collected from April 2005 to January 2006, in a general hospital from Rio Grande do Sul state. Eight hospitalized pediatric clients were subjects of the investigation, for surgical procedure, place in the ages between 5 and 12 years old and its family companions. The field research included the simple observation, the semi-structured interview and the drawing as an instrument, which were used during the meetings with the subjects previous, trans and post operative. The ethical principles follow the Resolution 196/1996 from the Health Ministry – Brazil. The data collected was analysed with the help of theoretical reference, and the observations and thoughts of the author and were compared and grouped one by one according to its similarities, forming categories, from which three moments faced by the families appeared. The first moment corresponds the period previous to the surgery; approaches the trajectory taken by the family in order to have the surgery done, therefore, their “arrival” at the hospital and taking the patient to the Surgical Center and afterwards describes the relative aspects to the pre operative preparation. The second period presents the results about the questions made about how the subjects were feeling while waiting for the end of the surgery. The third period approach the remembrances (or not) of the procedure by the child and describes the family reports after the surgery, including the expectation for news about the result of the procedure and about the post operation care. In general, the results obtained it is highlighted the long wait faced by the family. In the pre operation the family expect to have a medical appointment, schedule a surgery and have it done. In the trans operation, the family is expecting for information concerning the surgery itself as well as wait for the end of it. Finally, in the post operation period, the family is still waiting for the result of the surgery, the care to be taken and for the discharge from the hospital of the subject. It is also highlighted the absence of the nurse in all the moments, i.e., in a general way, this professional was not present in any of the observed moments as well as was not mentioned by the subjects. To conclude, the knowledge and understanding of the feelings of the families concerning the surgical situation and its related factors, which mean the reasons that such feelings are felt, can be used to plan, make adequate and improve the assistance developed by the professionals, acknowledging the importance of the psychosocial and emotional aspects which involve the client and the family companions who are also affected by the experience.

**DESCRIPTORS:** Family. Feelings. Surgery. Assistance.

## RESUMEN

### LA NIÑA Y SUS FAMILIARES VIVENCIANDO EL PERI OPERATORIO

Este estudio tuvo como objetivo general conocer y comprender los sentimientos expresos por el cliente pediátrico y sus familiares al vivieren el peri operatorio. A fin de propiciar subsidios para entender la temática propuesta, es presentado un cuadro de referencia teórica, partiendo del conocimiento producido por un conjunto de autores que contemplan cuestiones referentes: la familia: la familia viviendo el peri operatorio e sus aspectos emocionales: la familia como cliente: la asistencia de Enfermería y la educación de la familia. Tuve carácter descriptivo, exploratorio, con analice cualitativa de los datos, siendo estos colectados en el período de abril de 2005 hasta enero de 2006, en un hospital general de4l Río Grande del Sur. Fueran sujetos de la investigación ocho clientes pediátricos hospitalizados para procedimiento cirúrgico, encuadrados en el tiempo etário de 5 hasta 12 años y sus familiares acompañantes. La pesquisa de campo incluye la observación simple, la encuesta un poco estructurada y el dibujo como instrumento, los cuales fueran utilizados durante los encuentros con los sujetos en el pré y trans y el pos operatorio. Los preceptos éticos están de acuerdo con la Resolución 196/1996 del Ministerio de vla Salud-Brasil. Los datos obtenidos fueran agrupados y analizados con el auxilio del referencial teórico y de las observaciones y reflexiones de la autora y están comparados y agrupados uno a uno de acuerdo con sus peculiaridades, haciendo parte de categorías, de donde surgieron tres momentos vividos por la familia. El primero momento corresponde el período anterior a la cirugía: aborda el camino hecho por la familia para la realización de la misma, siendo así, la “llegada” de ellos hasta el hospital y el encaminamiento Al Centro Círgico y después describe los aspectos relativos al preparo pre operatorio. El segundo período, presenta los resultados sobre los cuestionamientos realizados sobre como estaban se sintiendo los sujetos mientras aguardaban el término de la curugía. El tercero aborda las reminiscencias (o no) del procedimiento por los niños y describe los relatos de los familiares después de la curugía, incluyendo la espera por noticias sobre el resultado de la cirugía y sobre los cuidados pos operatorio. En general, de los resultados obtenidos sobresaliese la eterna espera realizada por la familia. En el pré operatorio los mismos esperan para conseguir una consulta médica, datar la cirugía y hacerla. En el trans operatorio la familia espera por informaciones sobre el transcurrir de la cirugía, allá de aguardaren por su término. Ya en el pós operatorio la familia sigue en la espera por el resultado de la cirugía, por los cuidados que deberán ser tomados y por la alta del hospital. Destacase también la ausencia de la enfermera en todos los momentos, de esta manera, de un modo general, ella no se hace presente en ninguno de los momentos observados, como también, no fue referenciada por los sujetos. Concluyendo, el conocimiento y la comprension de los sentimientos de las familias sobre la situación cirúrgica y de sus factores relacionados, o sea cuales las razones que hacen surgir tales sentimientos, pueden ser utilizados para planear, adecuar y primorear la asistencia desarrollada por los profesionales, reconociendo la importancia de los aspectos psicosociales y emocionales que envuelven el cliente y los familiares acompañantes que también son afectados por la experiencia.

DESCRIPTORES: Familia. Sentimientos. Cirugía. Asistencia



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO AO TEMA</b> .....	09
1.1 Proposta de Estudo.....	09
1.2 Pressupostos.....	16
1.3 Objetivos.....	16
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
2.1 Família.....	18
2.2 A Família Vivenciando o Perioperatório e seus Aspectos Emocionais.....	22
2.3 A Família como Cliente.....	25
2.4 A Assistência Perioperatório e a Educação da Família.....	29
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	38
3.1 Caracterização do Estudo.....	38
3.2 Sujeitos e Critérios para Seleção.....	39
3.3 Local do Estudo.....	40
3.4 Procedimentos Éticos da Pesquisa.....	43
3.5 Procedimentos e Instrumentos para Coleta de Dados.....	44
3.6 Análise e Interpretação dos Dados.....	46
<b>4 PERCURSO PERCORRIDO PELA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A CIRURGIA: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b> .....	49
4.1 PRIMEIRO MOMENTO: O Período Anterior a Cirurgia.....	51
4.1.1 A Trajetória Percorrida pela Família para Realização da Cirurgia.....	52
4.1.2 O Período Transcorrido da Chegada ao Hospital e a Entrada para o Centro Cirúrgico.....	55
4.1.3 O Preparo Pré-operatório da Família .....	59
4.2 SEGUNDO MOMENTO: Período Operatório.....	67
4.2.1 O Afastamento do Cliente dos Familiares e as Pessoas Estranhas do Centro Cirúrgico.....	68
4.2.2 A Espera dos Acompanhantes pelo Término Cirurgia.....	71
4.2.3 Os Sentimentos em Relação a Anestesia.....	74
4.2.4 A Fé e o Apoio em Crenças Religiosas.....	76
4.3 TERCEIRO MOMENTO: Período Pós-operatório.....	79
4.3.1 O rememorar do Ato Cirúrgico pelos Clientes.....	79
4.3.2 A Espera pelo Resultado da Cirurgia, os Cuidados Pós-operatórios e Orientações.....	81

**REFERÊNCIAS**

**APÊNDICES**

APÊNDICE A: Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICE B: Ofício a Gerência de Enfermagem do Hospital- Local do Estudo

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE D: Carta de Apresentação

APÊNDICE E: Diário de Campo

APÊNDICE F: Roteiro para Entrevista

APÊNDICE G: Planta Física do Local de Estudo

**ANEXOS**

ANEXO A: Desenho de Barbie

ANEXO B: Desenho de Branca de Neve

ANEXO C: Desenho de Batman

ANEXO D: Desenho de Homem Aranha

ANEXO E: Desenho de Piu Piu

# **1 INTRODUÇÃO AO TEMA**

Neste primeiro capítulo, apresento observações e reflexões de momentos de minha trajetória na Enfermagem, que me levam a pontuar aspectos significativos no meu crescimento pessoal e profissional, levantando alguns questionamentos. Baseada nesses momentos, exponho a proposta de estudo, descrevendo os motivos que me conduziram a centrar meu interesse no paciente/cliente cirúrgico e seus familiares durante o período de internação, assim como, a justificativa de compreender a experiência cirúrgica vivenciada pela família. Complementando a introdução apresento os pressupostos e objetivos que norteiam a investigação.

## **1.1 Proposta de estudo**

Iniciei minha caminhada na Enfermagem em 1997, quando ingressei no Curso de Graduação da Universidade Federal de Pelotas, e ao optar por ser enfermeira, procurei descobrir o campo de atuação para o qual eu apresentaria maior afinidade. Durante minha atuação como acadêmica de Enfermagem, ao realizar as atividades práticas das disciplinas curriculares e os estágios extracurriculares em Unidade de Internação Cirúrgica e Centro Cirúrgico (CC), comecei a observar que a ocorrência de uma cirurgia gera no paciente/cliente e seus familiares vários sentimentos, como: ansiedade, medo, angústia, nervosismo. A partir daí, começou a despertar meu interesse pela Enfermagem Cirúrgica, surgindo a preocupação

com o que se passa não só com os clientes, mas também com os seus familiares, e com o atendimento que lhes é prestado, ao vivenciarem<sup>1</sup> a experiência cirúrgica.

Apropriando-me de minha experiência, já como profissional, atuando especificamente em Unidade de Clínica Cirúrgica e CC como professora acompanhando os alunos em atividades práticas do Curso Técnico em Enfermagem e acadêmicos de Enfermagem do Curso de Graduação, continuo a observar o medo, preocupação, ansiedade e dúvidas tanto dos clientes, como também dos seus familiares frente ao procedimento anestésico-cirúrgico que está por se realizar.

Os clientes e familiares relatam que a falta de informação em relação aos procedimentos e ao tratamento provoca-lhes preocupação. Muitas vezes, quando estes recebem as explicações, tanto dos médicos como também da equipe de Enfermagem, são em uma linguagem técnica que não tem significado para eles, não contemplando as expectativas da família. Os mesmos parecem temer, discordar ou questionar quanto as dúvidas e as atitudes que devem tomar, principalmente o profissional médico, o qual devido ao aspecto cultural se apresenta como o “detentor do conhecimento”, ou seja, socialmente o médico é visto como detentor do saber das questões ligadas à saúde e doença, tendo-se a idéia de que esse é quem cura, deixando as pessoas dependentes, não cabendo a estas questionar as condutas desse profissional.

Deste modo, muitas vezes, o silêncio mostra-se como uma forma de comunicação, e não deve ser percebido como um entendimento que o cliente e familiares estão esclarecidos, e sim, pode expressar sua inibição, medo e/ou dificuldade de fazer perguntas. Muitas vezes o real sentimento dessas pessoas, é expresso pela comunicação não verbal, e são interpretados através de seus gestos e postura corporal, e não pelo o que foi dito ou deixou de ser dito verbalmente pelos clientes.

O ser humano ao vivenciar a necessidade de tomar a decisão de ser submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico, ou permitir essa prática em um familiar próximo, desenvolve um quadro de reações emocionais com características singulares na forma de perceber, sentir e reagir. Para as famílias que se encontram nessa situação inesperada, particular e mesmo única, o contexto atual também apresenta sua unicidade com

---

<sup>1</sup> Vivenciar é entendido também como experiência, mas a experiência percebida de modo consciente por aquele que experiência, sendo que, a experiência que vivenciamos, a atividade que desenvolvemos, os afetos, a participação nesse mundo é fonte de subjetividade. (MARTINS E BICUDO referenciado por GARANHANI, 1989)

características específicas, que condicionam as reações emocionais, podendo surgir sentimentos, por exemplo, de incerteza, temor, ameaça e dúvida.

Para o adulto, é motivo de profunda ansiedade a situação de submeter-se a um procedimento cirúrgico, em um ambiente diferente das outras unidades do hospital e muitas vezes desconhecido, entregando-se ao cuidado de pessoas estranhas, vestidas com roupas diferentes das de seu convívio habitual, que deixam aparecer apenas os olhos, e que têm uma linguagem diferente.

Acredito, que essa situação, tanto para o cliente como para seus familiares, aconteça de forma mais acentuada quando o cliente é uma criança e está hospitalizada para procedimento anestésico-cirúrgico, devido tanto ao seu aspecto mais fragilizado pela falta de maturidade biológica; como afetivamente, pelo seu grau normativo de envolvimento e dependência em relação aos seus familiares adultos.

Crepaldi (2000), refere que, muitas vezes, traçamos paralelos entre o adulto e a criança doente, porém o que se passa no mundo infantil a respeito da doença, é diverso do que ocorre no caso dos adultos, porque em se tratando de criança, devemos considerar seu estágio de desenvolvimento, e também porque a relação que se estabelece no hospital é triangular, estando envolvidos profissional, criança e familiares.

Ao vivenciar a ocorrência de cirurgias, tanto de clientela adulta como pediátrica, presenciei episódios de angústia e medo, fazendo-me questionar o que representará esta situação para uma criança, ainda mais sem a presença de seus familiares. A hospitalização que tem como objetivo um procedimento cirúrgico possui aspectos diferenciados da hospitalização direcionada ao tratamento clínico, devido ao fato de que a criança irá vivenciar experiências como o encaminhamento para o CC, a separação dos familiares, o ato anestésico-cirúrgico e a recuperação pós-operatória.

Assim como Salimena (2000), acredito que na chegada ao CC, a criança, que geralmente está consciente, ao se deparar com o ambiente desconhecido, com os equipamentos, e com pessoas estranhas e vestidas de maneira diferente, manifesta seus sentimentos chorando, gritando, e agarrando-se aos seus familiares, sendo situações que geram, nesse momento de cisão, vários sentimentos na criança. Queiroz (2000, p.19), salienta que o fator emocional se “concentra no medo e na ansiedade, tanto por ter que enfrentar a cirurgia quanto pelas conseqüências de separação do seu meio familiar.”

Do mesmo modo, para os familiares, essa é uma situação que gera momentos de incertezas, dúvidas e medo. Estes entregam o filho a pessoas estranhas, na porta do CC, para a realização de procedimentos cuja natureza desconhecem, em um local que de praxe é estranho para eles, e ficam aguardando do lado de fora, sem muitas vezes receberem orientações sobre o processo anestésico-cirúrgico que a criança será submetida. (SALIMENA, 2000)

Observo com frequência no cotidiano do CC, os sentimentos ansiedade e impotência dos familiares, que ficam aguardando do lado de fora, buscando informações que possam diminuir a ansiedade. Estes aspectos são identificados no estudo de Queiroz (2000), o qual refere que as mães se diziam impotentes por nada mais poderem fazer por seu filho, senão aguardar informações de alguém do CC.

Os acompanhantes solicitam, junto aos funcionários que entram e saem do CC, informações em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico e sobre as condições do cliente. Os familiares procuram saber como ele está, se a cirurgia já terminou, se não houve nenhuma complicação durante a operação, se o cliente “já acordou” da anestesia, questionando também porque a “demora” para sua saída da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), ficando alarmados quando os acontecimentos não se dão no momento em que acham que deveriam se dar.

O tempo de permanência no CC é angustiante, fazendo com que os familiares percam a noção do tempo verdadeiro, o que na realidade objetiva são minutos, na afetiva tornam-se uma eternidade; o que se agrava com a falta de informações sobre o desenrolar do ato cirúrgico. Mesmo que para a equipe de saúde a cirurgia seja considerada como um procedimento simples e de um curto período de tempo, na mente dos acompanhantes é algo importante e estes se preocupam. Sendo assim, deparei com várias situações de preocupação, insegurança, ansiedade durante o período transoperatório que indicam a necessidade de preparo da família e um “atendimento profissional” mais satisfatório às famílias pela equipe de saúde, especificamente pela de Enfermagem.

Retomando alguns estudos, ao fazer um levantamento bibliográfico sobre clientes cirúrgicos, verifiquei que estes estão centrados, na maioria das vezes, na clientela adulta, existindo poucos estudos a respeito de crianças internadas na expectativa de uma cirurgia. Sendo que, encontrei também poucos que enfocam o cuidado ao cliente articulado ao contexto familiar, porém, há um despertar, por parte dos profissionais em relação a importância de priorizar um enfoque na visão familiar ao invés do individual, reconhecendo a família como membro integrante do cuidado prestado ao indivíduo. Entre alguns trabalhos que direcionam

o enfoque junto às famílias estão: Bub et al (1994), Henckemeier (1999), Elsen, Marcon e Silva (2004), Whaley e Wong (1999). Já Grüdtner (1997) em seu trabalho, aborda o ensino de Enfermagem para o cuidado com família.

A hospitalização da criança, envolvendo os aspectos gerais, suscitou alguns estudos, como o de Oliveira e Ângelo (2000), que tiveram como um de seus objetivos, identificar os significados que o familiar-acompanhante atribui à experiência de vivenciar a hospitalização da criança. O estudo de Gomes (2000), é direcionado aos familiares do cliente pediátrico com abordagem na equipe de Enfermagem. Em outro estudo relacionado à hospitalização de crianças, Motta (1997), teve como objetivo compreender os significados vividos e percebidos pela criança doente e seus familiares no hospital, as representações das mudanças provocadas pela doença no seu viver e o papel dos profissionais da saúde envolvidos neste contexto.

Mais próximo ao objetivo da atual pesquisa, encontrei o estudo de Queiroz (2000), o qual teve a intenção de analisar o comportamento das mães acompanhantes ao encaminhar seus filhos para a sala de cirurgia e verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por estas mães como meio de adaptação ao estado de acompanhante durante a espera do término da cirurgia de seus filhos. Já Salimena (2000), teve como enfoque de sua dissertação compreender os sentimentos das mães, através de seus depoimentos, ao deixarem o filho à porta da sala cirúrgica.

A chamada Enfermagem perioperatória e perianestésica, incorpora três fases da experiência cirúrgica. A primeira fase, pré-operatória, inicia-se quando ocorre a decisão pela intervenção cirúrgica e termina com a admissão do cliente no CC. Nesse momento inicia a segunda fase, o trans-operatório, que termina quando ele é admitido no setor de recuperação pós-anestésico. Ocorre nesse momento a terceira fase, o pós-operatório, que se estende com a transferência para a unidade de internação pós-cirúrgica ou domicílio (SMELTZER E BARE, 2002).

No pré e trans operatório ocorre a preocupação da família em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico em si. Neste momento também está mais presente a expectativa da família em colocar o cliente “nas mãos” do profissional. Como também o cliente, que segundo Santos e Villar Luis (2002, p.23), é visto “colocando sua vida nas mãos da equipe cirúrgica, nem sempre com escolha, pois desconhece a equipe toda, o que potencializa sua ansiedade perante o desconhecido e o inesperado.”

Já no pós-operatório surgem as dúvidas e questionamentos em relação à movimentação do cliente no leito e deambulação, quanto à alimentação, quanto à ferida

operatória, e os aspectos para a continuidade do cuidado no lar após a alta hospitalar, como também em relação à medicação, o curativo e os pontos cirúrgicos. Além do mais, no pós-operatório o cliente pode apresentar dependência física e uma fragilidade emocional, devido à presença de dores, agitação, restrição ao leito, dificuldade de mobilização.

No pós-operatório além dos familiares estarem mais presentes, ao mesmo tempo, participam mais dos cuidados, mas necessitam de educação e assimilação das explicações do profissional, desta forma, é necessário salientar a importância da diferença entre educar e apenas informar, porém, através do processo educativo veicula-se a informação. Mesmo após algumas orientações do profissional, a família pode ainda apresentar questionamentos, deste modo, nunca é demais certificar-se que o próprio cliente e seus familiares esclareceram suas dúvidas e, em alguns momentos, se faz necessário retomar alguns pontos do processo educativo.

Portanto, com base nas colocações acima, considero o tema de interesse relevante para a minha prática e também para contribuir na assistência prestada pelos profissionais aos clientes cirúrgicos pediátricos e seus familiares. Deste modo, ao visualizar esta realidade, surgiu a necessidade de aprofundar meus estudos sobre as percepções e sentimentos que envolvem a família que vivencia a cirurgia infantil, e o preparo que tiveram para vivenciarem este período.

Neste momento, cursando o mestrado no Programa de Pós-graduação da Fundação Universidade Federal de Rio Grande, e inserida na linha de pesquisa “Tecnologias de enfermagem/ saúde a indivíduos e grupos sociais”, a qual é dirigida a questões de enfermagem/saúde e educação para a saúde, tendo o cliente como sujeito de estudo, constitui uma possibilidade de estudar a presente temática, buscando respostas aos seguintes questionamentos: Qual a percepção da família ao vivenciar o perioperatório? Quais os sentimentos expressos durante esta experiência? Quais os motivos que determinam tais sentimentos? A família foi orientada/educada para vivenciar esse período?

Os membros da família possuem na sua individualidade e singularidade, diferentes expectativas em relação ao processo anestésico-cirúrgico em si e a recuperação. Deste modo, o conhecimento e a compreensão das percepções e sentimentos das famílias sobre a situação cirúrgica e de seus fatores relacionados, ou seja, quais as razões que fazem surgir tais sentimentos, podem ser utilizados para planejar, adequar e aprimorar a assistência desenvolvida pelos profissionais. A utilização deste conhecimento pode melhorar a interação



entre enfermeira/cliente/familiar promovendo uma família apropriadamente instrumentalizada e emocionalmente tranqüila, que estará mais bem preparada para contribuir, positivamente, no processo de cuidar de seus membros, como também se cuidar, durante a permanência no hospital e bem como no domicílio após a alta hospitalar.

Reforço à justificativa acima com as afirmações de Nascimento e Martins<sup>2</sup>, referenciados por Andraus (2004), que afirmam que a maioria das ações dirigidas aos familiares do cliente ainda se restringem a atender questionamentos sobre rotinas administrativas e sobre as condições do cliente, com nenhuma preocupação sobre as condições emocionais em que este familiar se encontra. Os autores dizem ainda que, esta atitude se deve, entre outros motivos, ao conhecimento limitado dos profissionais no que se refere às necessidades da família, do indivíduo hospitalizado e a importância que a família tem na sua recuperação.

Atualmente, também, pode-se destacar uma preocupação muito grande por parte dos profissionais da saúde em relação a questão da humanização da assistência<sup>3</sup>. Acredito que ao se perceber os aspectos emocionais e sociais do ser humano, além de suas dimensões biológicas, e ao se conhecer e compreender as necessidades vivenciadas pelos familiares, possibilitando expressarem-se quanto ao sentido daquele momento, direciona-se uma assistência de Enfermagem mais humanizada aos pais, filhos e familiares em geral, não só no período transoperatório, mas como pré e pós-operatório. Schmitz, Picoli e Vieira (2003), salientam que “a comunicação baseada no interesse em ajudar o outro, e na disponibilidade em ouvi-lo, permite o estabelecimento de um relacionamento efetivo” entre enfermeira e família.

Deste modo, a relevância desta proposta de estudo está em oferecer uma contribuição no modo de pensar, ou seja, na construção do conhecimento dos estudantes e profissionais de saúde, colaborando no sentido de propor reflexões acerca do seu fazer Enfermagem, levando-os a um questionamento a respeito de sua prática frente aos clientes

---

<sup>2</sup> NASCIMENTO, E. R. P. do; MARTINS, J. de J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**, n. 29, Ano 3, Out. 2000.

<sup>3</sup> Bruggemann, refere-se a humanização como “uma atitude de respeito à dignidade e à natureza humana, voltada para a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do homem; atitude de compreensão da experiência do ser humano no processo vivenciado, propiciando, permitindo e estimulando a sua participação.” Diz ainda que a humanização é desenvolvida “levando ao *bem-estar* e *estar-melhor*. Estes também podem ser alcançados com o auxílio da tecnologia, desde que a mesma não suplante o valor do diálogo entre os seres humanos.” BRUGGEMANN (2004, p.300). A humanização pode ser definida como um foco de assistência não apenas no processo cirúrgico, mas no reconhecimento da criança como um ser pertencente a uma família. Não contemplando apenas o aspecto técnico-científico do que seja bom para o indivíduo, mas sim, considerando suas expectativas e necessidades, através de atitudes de compreensão da experiência cirúrgica vivenciada por ele e seus familiares.

cirúrgicos pediátricos e seus familiares, a fim de compreenderem e interpretarem os comportamentos e situações vivenciadas por esses clientes, e redirecionarem suas ações, reconhecendo a importância dos aspectos psicossociais e emocionais, que envolvem a família durante a internação para procedimento anestésico cirúrgico.

## 1.2 Pressupostos

No desenvolvimento dessa pesquisa, pretendo responder a seguinte questão: **qual é a vivência da criança e de seus familiares durante o perioperatório?** E os pressupostos, que orientam a construção do presente trabalho, a partir das crenças e valores que fundamentam meu pensamento, são:

- O evento operatório por si só é uma ameaça ao ser humano, representa um período de crise e instabilidade para este e seus familiares, que necessitam de ajuda para vivenciar este momento e a Enfermagem deve instrumentizar-se para assisti-los nesta crise situacional. (GRÜDTNER, 1997);
- O cliente cirúrgico, durante o transoperatório, está exposto a um quadro de reações emocionais devido ao processo anestésico-cirúrgico em si, e pelo afastamento de seus familiares;
- Os familiares são o ponto de apoio ao ser humano na experiência cirúrgica, proporcionando a este com sua presença, companhia, condições de segurança e suporte emocional;
- As reações emocionais da família sobre a situação cirúrgica estão relacionadas com a percepção que esses têm da realidade ao confrontar-se com a situação, como também com seu conhecimento e experiência prévia.

## 1.3 Objetivos

A partir do exposto, e a fim de fornecer de forma abrangente respostas às questões de pesquisa, destaco o seguinte objetivo geral para esta proposta de estudo:

- **Conhecer e compreender as percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório.**

Para atingir o objetivo citado anteriormente, proponho especificamente:

- **Identificar a compreensão da família sobre o período perioperatório**
- **Investigar se a família foi orientada/educada para vivenciar o período perioperatório.**

Deste modo, para alcançar estes objetivos é necessário, primeiramente conhecer alguns elementos relativos ao cliente cirúrgico e seus familiares-acompanhantes nesta situação, e rever algumas aspectos em relação a assistência prestada a eles, os quais serão abordados no próximo capítulo.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste momento, buscando compreender a experiência cirúrgica reportei-me a literatura, especificamente no contexto relativo ao ser humano e seus familiares nesta situação. Sendo assim, a fim de propiciar subsídios para entender a temática exposta, proponho um quadro de referência teórica, partindo do conhecimento produzido por um conjunto de autores que contemplam questões referentes: a família; a família vivenciando o perioperatório e seus aspectos emocionais; a família como cliente; a assistência de Enfermagem e a educação da família.

### **2.1 Família**

O ser humano se relaciona, em um determinado ambiente, com outros seres humanos, individualmente ou em grupo, assim como na sociedade como um todo, sendo que, um dos grupos de que ele participa e é integrante é a família, na qual partilham experiências e conhecimentos. Percebe-se a singularidade de cada membro dessa família através de seus pensamentos, comportamentos e expressões, sendo que o ser humano, na sua forma singular de pensar, sentir e agir, é capaz de refletir sobre si mesmo, sobre seu ambiente e os eventos que vivencia.

Cada um de nós faz parte de uma família, sendo que, no nosso cotidiano, nos parece desnecessário defini-la, porém cada família possui configurações específicas, deste modo, a prática junto às famílias exige um posicionamento e definições de conceitos por parte dos profissionais, para que esses busquem se instrumentalizar para o trabalho com as famílias, visando compreendê-las e atuar em suas situações vivenciadas.

Sobre a conceituação de família, Elsen (1994), diz que a opção por um conceito de família a partir de um referencial se constitui em uma decisão difícil em razão de exigir uma

definição do profissional quanto a sua visão de mundo, de Enfermagem, de ambiente e de família, com seus conhecimentos, crenças e valores. A autora, complementa ao dizer que a escolha do conceito de família requer por parte do profissional, consideração e domínio do conhecimento sobre a situação específica vivenciada pela família, e adequação do conceito/referencial teórico selecionado para aquele momento, ou seja, de acordo com a família que esta lidando.

As relações familiares apresentam uma variedade de configurações, determinada pelos laços que os unem, pelas características de proximidade e convivência, e pelas influências absorvidas das relações com os outros no seu contexto interno e externo, mostrando um modo peculiar de ser da família no mundo (MOTTA, 1997).

Em relação à estrutura familiar, ou seja, sua forma de organização, a família é considerada tradicionalmente como nuclear e ampliada. A família nuclear é composta do homem, esposa e filhos, naturais ou adotados, e que habitam o mesmo ambiente. A chamada família ampliada ou extensa é composta por outros membros que tenham qualquer laço de consangüinidade, incluindo diferentes gerações.

Com o passar do tempo, as novas vivências e modificações na estrutura familiar fazem surgir novos conceitos de família. Percebe-se, que essa incluiu entre seus membros pessoas que mantêm laços afetivos desenvolvidos durante sua trajetória, apesar de não compartilharem o mesmo ambiente. Vemos também relações de afetividade, mesmo não estando unidos por laços de consangüinidade, desenvolvidas com a convivência e com o compartilhar de um ambiente com pessoas significantes pertencentes a outras famílias, mas que passam a ser consideradas como membros de nossa família através das relações vividas (HENCKEMAIER, 1999).

Para o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família-GAPEFAN, referenciado por Gomes (2000) e Henckemaier (1999), a família é uma unidade formada por seres humanos que se percebem como família, através de laços afetivos, de interesse e/ou de consangüinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando não compartilham um mesmo ambiente. A família tem direitos e responsabilidades, vive em interação com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. Relacionam-se, dinamicamente, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida, estruturados na cultura das gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem, sendo estes, aspectos que influenciam na percepção das situações vivenciadas.

Gomes (2000), verificou através de seus estudos que o que caracteriza o “ser família”, hoje, é a inexistência de um modelo dominante, sendo que cada família se configura de uma forma diferente e possui distintos padrões de vida e de cuidado, o que exige dos profissionais de Enfermagem, uma grande versatilidade no prestar a assistência, de forma que ela seja efetiva, individualizada e personalizada. Sendo que, para que isso ocorra, precisamos conhecer as famílias com quem interagimos e sermos aceitas por elas, o que nos mostra a complexidade que é trabalhar com famílias. Conforme Salimena (2000, p. 19), a relação entre “a equipe de enfermagem e a família depende do sentido que estes profissionais atribuem à família e da maneira como a abordam.”

A família saudável é definida por Elsen (1994), como aquela que se constitui a partir de laços afetivos, expressos por gestos de carinho e de amor, sendo também capaz de manifestar seus sentimentos de dúvidas, dividir seus conhecimentos, e suas crenças e valores. Elsen refere ainda que, a família saudável tem condições de aceitar a individualidade de seus membros, enfrentar crises, solicitar e auxiliar o seu grupo familiar.

Em relação às crianças, Whaley e Wong (1999), referem que na maioria das sociedades a família parece exercer três funções principais, sendo responsável pelo apoio físico, social e emocional de seus membros. Proporciona cuidado físico às crianças, atendendo suas necessidades básicas de alimentação, vestuário e assistência à saúde; educa-os para a adaptação à cultura, ensinando os comportamentos adequados e o sistema de valores éticos; e assume a responsabilidade pelo seu bem-estar psicológico e emocional. Esta última é recentemente enfatizada como uma das principais funções da família, ou seja, a importância das relações psicológicas entre a família e a criança no seu equilíbrio emocional.

Quanto às responsabilidades da família, Elsen<sup>4</sup> citada por Henckemaier (1999) e Gomes e Lunardi Filho (2000), afirma que a família é o primeiro sistema de cuidado e que, durante a internação hospitalar de um de seus membros, a sua participação no cuidado reflete a responsabilidade que possui para com este membro, pois, apesar de não estar em seu ambiente familiar, frequentemente, a família assume as responsabilidades de cuidado.

Dentro do contexto brasileiro, o estudo da família como objetivo de investigação na Enfermagem tem se tornado uma realidade a partir da década de 80, em virtude de alguns fatores, como a presença da família quando começou a participar do cuidado à criança hospitalizada, e o aumento das pesquisas envolvendo a família nos cursos de Pós-graduação

---

<sup>4</sup> ELSÉN, Ingrid. *Conceptos of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village*. San Francisco: University of da California, 1984; 301p. Tese (Doutorado em Enfermagem) University of California, 1984.

em Enfermagem. Surgem também as políticas no âmbito da saúde envolvendo a família, como o Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi idealizado na pretensão de reorientação de um modelo de saúde, embasado principalmente no aspecto da família como foco de sua atuação, com o objetivo de olhar para o indivíduo dentro de sua realidade, ou seja, seus familiares, a comunidade e suas relações sociais.

Nesta perspectiva parece estar surgindo como tendência atual a intenção da Enfermagem em dirigir os cuidados ao cliente dentro de seu contexto familiar, ou seja, centrar a prática baseada na compreensão não apenas de indivíduos que têm familiares, mas da família como unidade de cuidado.

A partir das considerações acima, o significado de família, para este estudo é o de um grupo de seres humanos que compartilham o mesmo espaço físico, que se percebem como família, ligados por laços afetivos, unidos ou não por laços de consangüinidade, os quais interagem e influenciam-se entre si. Será objetivo deste estudo a família composta pela criança que esteja hospitalizada para tratamento cirúrgico, e o familiar acompanhante ou participante, ou seja, o membro da família que acompanha a criança hospitalizada durante o período perioperatório, auxiliando ou não a equipe nos cuidados prestados.

Os familiares que acompanham mais de perto um de seus membros doente e hospitalizado, compartilham esta experiência de forma mais intensa, podendo vir apresentar reações emocionais e necessitando da atenção dos profissionais de saúde. Whaley e Wong (1999), dizem que os profissionais de saúde que se encontram estruturando relacionamentos breves ou prolongados com crianças e suas famílias, devem levar em consideração que a família consiste em pessoas que interagem entre si e com seu ambiente, e qualquer coisa que afete um dos seus componentes, afeta todos os outros, deste modo, todos os fatores que podem influenciar a saúde da criança e sua família devem ser considerados.

A vida familiar é rodeada de vários eventos importantes e necessários que fazem parte de seu desenvolvimento, como uma consequência natural, e que podem influenciar o seu cotidiano, sendo que, alguns eventos podem ser previsíveis como o casamento, nascimento, infância e educação dos filhos, separação da família de origem, fase adulta, velhice e morte. No entanto, a família vivencia além de alegrias e momentos bons, também tristezas e momentos ruins como parte de seu viver, podendo também enfrentar outras situações consideradas imprevisíveis, como uma doença, a necessidade de hospitalização, ou ainda, a cirurgia em um de seus membros.

## 2.2 A Família Vivenciando o Perioperatório e seus Aspectos Emocionais

A necessidade de uma hospitalização e cirurgia provoca mudança na rotina diária, separando a família do ambiente que está acostumada expondo-a ao estresse físico e psicológico. Smeltzer e Bare (2002), dizem que, a experiência da doença–cirurgia–prognóstico precipita sentimentos e reações estressantes para o cliente e familiares, pelo ato anestésico-cirúrgico, pelo medo do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação.

Segundo Smeltzer e Bare (2002), qualquer tipo de procedimento cirúrgico é precedido por algum tipo de tensão emocional, provocando desconforto e ansiedade relacionada ao medo da anestesia, da dor, do desconhecido, da morte, da deformidade, entre outros. Bird (1978), ressalta que o cliente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos importantes, principalmente com relação ao medo. Tendo medo, inclusive, de mostrar o medo e, diferentemente de algumas outras coisas temidas pelas pessoas, o medo da cirurgia tem, pelo menos em parte, uma base concreta, pois, embora sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente imaginário.

Acredito que muitos que estão passando por um processo cirúrgico pela primeira vez, acabam por gerar inúmeras dúvidas e ansios, outros já passaram por uma experiência cirúrgica anterior positiva podendo gerar boas expectativas. Porém, experiências anteriores negativas, justificadas por fatos ocorridos anteriormente ou informações recebidas de pessoas que já passaram pelo mesmo tipo de cirurgia, poderão aumentar os temores dos clientes. Estes aspectos são abordados por Santos e Luis (2002), que se referem que o fato de ter sido submetido à intervenção cirúrgica anterior e ter obtido sucesso, assim como, a opinião e/ou a experiência de pessoas próximas, é fator importante, amenizando o impacto do ato cirúrgico.

Do mesmo modo, as crianças se assustam e choram pelo medo do ignorado, pelo medo do conhecido que construíram dentro de si, assim como pelo que ouvem e vêem a respeito de agulhas e injeções, sobre situações dolorosas e pelo medo dos profissionais vestidos de branco ao seu redor. Sendo assim, a equipe de Enfermagem deve estar atenta às experiências anteriores da criança para poder agir de forma mais cautelosa e reconhecer as dificuldades, aceitando suas manifestações (BORDIN, 2001).

Deste modo, para compreender a experiência vivenciada pelo indivíduo e suas reações à situação, faz-se necessário definir os termos “sentimento” e “emoção”. Alguns autores como Salimena (2000) e Pisani (1988), referem que o termo sentimento, é utilizado



também para significar emoção. Já Passimi (1995, p.76), refere que "as emoções são mais explícitas, elas se deixam "medir" melhor do que os sentimentos". Deste modo a emoção é um sentimento subjetivo associado a reações orgânicas mais intensas e certas mudanças corporais, sendo mais externas e passageiras, enquanto os sentimentos são mais profundos e duradouros.

Salimena (2000, p.44), diz que as emoções "têm componentes subjetivos, fisiológicos e comportamentais", e são estados internos que uma pessoa apresenta. Existem três indicadores utilizados para identificar as emoções: relatos verbais, solicitando a pessoa para que fale ou escreva a respeito do que está sentindo; indicadores fisiológicos, observados através de alterações, como por exemplo, do ritmo cardíaco e a tensão e o tremor muscular; e a observação do comportamento, através dos gestos, postura corporal e expressão facial. (PISANI, 1988). Sendo assim, entendo que os sentimentos que surgem nos membros da família, são traduzidos e percebidos através de suas emoções, por serem mais fáceis de serem visualizados além de serem associadas aos depoimentos dos indivíduos.

As emoções "normalmente, aparecem de súbito e são de difícil controle. Cada pessoa responde as suas emoções de diversas formas. Algumas dessas manifestações são percebidas por meio de expressões faciais, gestos e ações." (SALIMENA, 2000, p.44). Essas expressões citadas pela autora podem ser visualizadas nos aspectos não verbais da comunicação da família, manifestada em gestos, olhares, lágrimas, choro, sorrisos, postura, associadas ou não aos aspectos verbais, traduzindo os seus estados emocionais, permitindo mostrar aos outros o que sentem.

Salimena (2000), observou em seu estudo que são realmente as emoções, os significados delas vividos, o modo de sentir as coisas, com menor ou maior veemência, que mais afetam o ser humano. A família ao ingressar no hospital, ao confrontar-se com a doença do filho, fica fragilizada, abalando-se emocionalmente, surgindo muitos sentimentos, é um período de ansiedade e dor, e esta na tentativa de compreender a situação vivenciada pela criança, busca explicações (MOTTA, 1997).

Viscott (1982), referenda que os sentimentos são maneiras mediante as quais tomamos uma atitude para com nossa reação a uma experiência, ou seja, é a nossa reação ao que percebemos, podendo também modelar nossa reação ao que experimentarmos no futuro. Segundo o autor, os sentimentos são manifestações da nossa percepção, contudo as emoções e

expectativas também influenciam a percepção das coisas, desta maneira, o estado psicológico de quem percebe é um fator que determina os estímulos percebidos do ambiente<sup>5</sup>.

Outras vezes, considera-se que o cliente e os familiares passivos, quietos, estão bem, porém, por trás deste comportamento, aparentemente tranqüilo, pode-se esconder um ser humano que tenta controlar sua apreensão. Um aspecto a considerar, segundo Bird (1978), é que a tentativa de controlar a apreensão pode interferir em sua capacidade de pensar, causando uma não compreensão do que o profissional diz.

A percepção é entendida como o processo pelo qual cada ser humano compreende os estímulos do meio externo através de seus sentidos e de suas relações com os outros, formando uma compreensão cognitiva da realidade. Segundo Pisani et al (1988), as informações do meio externo são processadas pelos níveis de sensação e percepção, sendo estas um processo único, que é o da recepção das informações (fornecida pelos mecanismos sensoriais) e interpretações das informações (sensações acompanhadas de significados), deste modo, este processo de recepção e interpretação pode gerar emoções. As quais, além de poderem ser diferentes de uma pessoa para outra, são expressas também de maneiras diferentes, frente a situações idênticas.

O significado das situações são expressões sobre o que os sujeitos têm daquilo que está sendo pesquisado, e são expressas pelo seu discurso. Sendo que, a percepção do ser humano sobre sua experiência vivenciada determina o significado, a compreensão e a reação à situação, influenciando seus sentimentos/ emoções, assim como também, suas condutas e as estratégias que poderão ser mobilizadas para enfrentar o momento, sendo estas, recursos próprios que a pessoa dispõe, ou que são desenvolvidos e compartilhados através das relações com demais pessoas.

Por exemplo, no que se refere às estratégias de enfrentamento, o estudo de Queiroz (2000), apresenta os mecanismos maternos utilizados, como um meio de proporcionar “calma”, na tentativa de se adaptarem ao estado de acompanhante durante a espera da cirurgia de seus filhos. Estas se comportavam esperando próxima à porta do CC, olhando por alguma

---

<sup>5</sup> “O ambiente é o mundo onde os indivíduos interagem entre si, na Família, no trabalho, no lazer e no Serviço de Saúde; cada um, na sua condição, experiencia a vida, o processo saúde/doença, a esperança, a dor, o sofrimento e dá significado à vida” GRÜDTNER (1997, p.28). Não é estático, influencia as famílias e é influenciado, sendo concebido como um conjunto de condições a que essas estão expostas. Sendo que o ambiente hospitalar, e também especificamente o ambiente do CC, podem interferir no emocional da família. Neste pensamento a assistência prestada pela equipe de saúde não pode restringir-se ao aspecto biológico.

fresta, andando de um lado para o outro, conversando com outros familiares no local de espera, e principalmente recorrendo a Deus, fazendo orações isoladamente ou em grupo.

A família participa de experiências vividas em comum porém, as percepções da situação podem ser diferentes para cada membro da família, de acordo com sua recepção, seleção e organização das informações, permitindo a estes compartilhar suas compreensões e interpretações.

Cada ser humano percebe os eventos ao seu redor de uma maneira diferente, deste modo, a fim de compreender os comportamentos e expressões em relação à criança, é necessário conhecer a compreensão que esta tem de sua realidade, levando-se em conta o seu crescimento psicossocial e cognitivo de discriminar os eventos da doença, hospitalização e cirurgia. Segundo Bordin (2001), criança é um ser humano que se manifesta de acordo com as capacidades que tem desenvolvidas, através de predisposições próprias e internas e da sua interação com a família e com o meio ambiente. Sendo que interagir significa ser capaz de dar, receber e influenciar o seu meio, através do choro, do sorriso, ou de outros mecanismos que têm disponíveis no momento -no estágio de desenvolvimento-, sendo que através deles se faz compreender.

O choro para a autora acima, é uma manifestação saudável, uma expressão de um sentimento. Bordin (2001), vivenciou situações de hospitalização em que a criança chora muito forte e demora para acalmar-se, necessitando que os familiares mantenham-se fortes para suportar o choro e, muitas vezes chorar junto, como forma de expressar a sua compreensão, solidariedade e sua própria ansiedade.

Para Waley e Wong (1989), a doença e a hospitalização constituem para as crianças uma crise bastante importante em suas vidas, por serem extremamente vulneráveis a esse tipo de acontecimento, e também porque representam uma mudança no estado habitual de saúde e na rotina de seu ambiente. Elas ainda não estão preparadas para enfrentar e superar experiências estressantes, e as suas reações a estas crises são influenciadas por alguns fatores, como idade, experiências anteriores com doença e hospitalização, assim como a separação do ambiente familiar.

### **2.3 A Família como Cliente**

Neste momento, parto de referências bibliográficas genéricas sobre a assistência/cuidado de Enfermagem à família, em virtude da falta de referências

especificamente ao contexto da família no perioperatório. Destaco autores como Gomes (2000), Heinckemeier (1999), Elsen e Patrício (1989), Oliveira e Ângelo (2000).

Em se tratando de hospitalização, hoje é reconhecida a importância da permanência dos familiares-acompanhantes no hospital. O chamado Sistema de Alojamento Conjunto<sup>6</sup> valoriza a permanência da mãe ou outro familiar junto à criança como direito de ambos, e possibilita que os familiares das crianças hospitalizadas possam acompanhar sua internação.

A Enfermagem Pediátrica mostra-se como pioneira na defesa da presença dos familiares no cotidiano do ambiente hospitalar. Atualmente, estes sistemas ou programas estão amparados pela Resolução nº41 do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Brasil, 1995), que define os direitos da criança e do adolescente hospitalizado, e pela Lei nº 8.069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2006, p.12), que em seu artigo 12 assegura que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.”

Estes programas possibilitam que as mães ou outros familiares permaneçam nas unidades de internação, com a finalidade de diminuir o estresse ocasionado pela separação decorrente da hospitalização tanto para a criança como para sua família, como também, participem ativamente dos cuidados diários e observação das crianças internadas, ficando próximas a elas e facilitando o contato com a equipe multiprofissional que lhes presta assistência. Reconhecida a importância da presença dos familiares no hospital os autores passam a discutir a permanência e o papel que estes podem desempenhar.

As famílias podem participar de duas maneiras, basicamente, durante a internação da criança. Podem, primeiramente, exercer um papel de suporte e extensão da equipe no atendimento da criança, auxiliando a Enfermagem na promoção dos cuidados, participando nos procedimentos diários e na observação dos clientes, podendo ainda, ajudar outros pais, através, da troca de experiências. Porém, na segunda maneira, também devem ser percebidas como pessoas que necessitam de cuidado, independente se ela vai, ou não, participar do

---

<sup>6</sup> Sistema de alojamento conjunto é um termo utilizado como sinônimo de mãe-participante, mãe-acompanhante e internação conjunta mãe-filho, e “refere-se ao fato da mãe ou responsável poder acompanhar a criança durante sua hospitalização e participar ou não, do seu cuidado. É uma estratégia utilizada para reduzir o estresse emocional, tanto da criança como de sua família, reduzir a incidência de infecção cruzada e o tempo de internação, favorecendo, conseqüentemente, a rotatividade e a disponibilidade de leitos infantis.” SÃO PAULO, (1989), referenciado por GOMES (2000, p.23)

cuidado à criança, porque também estão sendo afetadas e partilham os sentimentos pela doença e hospitalização dos familiares.

Estas duas abordagens são percebidas por Henckemaier (1999), quando refere que a família vivência, a partir de seus membros, determinados problemas de saúde em um ambiente hospitalar, tendo necessidades de cuidá-los, bem como de ser cuidada pela equipe de profissionais. Complementando, Elsen (1994) e Gomes (2000, p. 25), salientam que “como unidade de cuidado, a família é uma unidade que se cuida e uma unidade a ser cuidada.”

Deste modo, a fim de visualizar um cuidado com enfoque abrangente do ser humano, é necessário envolver a família como parte fundamental da prática do cuidado, considerando suas angústias, seus sentimentos, dúvidas e expectativas, ou seja, a Enfermagem enfrenta um desafio, que é de cuidar de quem cuida. O cuidar do ser humano não é apenas cuidar de seu corpo, mas sim do seu universo, o que inclui a família da qual ele é membro, pertencente a um contexto social (HENCKEMAIER, 1999).

No que se refere ao cuidado da criança e sua família Elsen e Patrício (1989), identificaram a partir de seus estudos e vivências, três tipos de abordagens da assistência à criança hospitalizada que pode ser visualizada na prática: a centrada na patologia da criança, centrada na criança, e a centrada na criança e sua família.

As autoras referem que na primeira abordagem, o trabalho da equipe de saúde concentra-se no diagnóstico e as medidas terapêuticas, sendo que a família ocupa posição periférica, responsabilizando os pais nas autorizações de internação, tratamento e alta hospitalar. Na segunda, há maior valorização da criança, sendo a interação considerada como fator importante, o que leva a equipe a incentivar a permanência de acompanhantes na unidade e sua participação nos cuidados com a criança. Na última abordagem a família ocupa uma posição central e compartilha com a equipe de saúde o cuidado da criança, sendo que a família é assessorada em suas dúvidas e apoiada em suas iniciativas.

No modelo biomédico, a meta do tratamento no CC, como nos demais setores do hospital, é a preservação da vida. A preocupação dos profissionais encontra-se fundamentalmente voltada para o processo saúde/doença do indivíduo, com base no conhecimento técnico, científico e recursos tecnológicos, valorizando mais o corpo doente do que o ser humano que vivencia a doença, não considerando provavelmente por isso, muitas vezes, os familiares acompanhantes na assistência prestada.

Conforme Motta (1997, p.159), o hospital é “organizado e preparado para proteger e manter a vida [...]. Utiliza o conhecimento científico e técnico para alcançar sua meta, e por vezes valoriza mais o corpo doente do que o ser que vivencia a doença.” Neste sentido é importante enfatizar a importância do equilíbrio entre humanismo-tecnologia, atendendo às necessidades de relacionamento humano, não se prendendo apenas aos aspectos tecnológicos do processo cirúrgico.

Gomes (2000), diz que o modelo biomédico caracteriza-se pela ênfase na assistência médico-hospitalar individual, alicerçada em atos médicos, cirúrgicos e laboratoriais, parecendo não dar conta do social, da humanização da assistência. Elsen e Patrício (1989), relataram ainda que, a abordagem centrada na família, em 1989, já era vista como a mais recente e a menos encontrada nos hospitais, porém alguns profissionais já estavam despertando para essa abordagem centrada na família, em substituição a centrada na patologia.

Percebo, assim como Gomes (2000), que na prática os familiares ou demais acompanhantes, para a equipe de Enfermagem, são vistos como um apoio, ou seja, um recurso humano que pode auxiliá-los no cuidado ao cliente. São delegados a eles cuidados diretos ao cliente, procedimentos simples de Enfermagem, como por exemplo, administração de medicamentos por via oral, nebulização, higiene, alimentação, entre outros. Sendo que, algumas vezes, a relação entre acompanhantes e equipe mostra-se conflituosa, quando ao mesmo tempo, sua presença pode ser percebida como inconveniente, quando não cumprem as regras e normas da instituição em relação ao que lhe é ou não permitido, quando é questionadora, quando se recusa a realizar procedimentos delegados pelos profissionais, ou ainda, quando são percebidos como os que não deixam a equipe realizar adequadamente seu trabalho.

O familiar-acompanhante pode auxiliar os profissionais, porém, não é sua responsabilidade, e sim lhes cabe o papel de oferecer ao cliente companhia, segurança, apoio e suporte emocional. Os cuidados assistenciais diretos devem ser assumidos pela equipe de Enfermagem, sendo que, o familiar acompanhante não deve ser explorado nas atividades de Enfermagem, substituindo o trabalho da equipe, realizando suas funções pois, muitas vezes os mesmos nem se encontram aptos para realização destas atividades.

Em se tratando do cuidado à família, parece surgir na Enfermagem contemporânea, uma identificação teórica, como uma profissão comprometida com a assistência global ao cliente efamiliares, porém verifica-se que na prática isso pouco se concretiza, o que percebemos na citação de Ângelo<sup>7</sup> referenciado por Oliveira e Ângelo (2000, p.203), que nos diz:

---

<sup>7</sup> ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis**: uma perspectiva de enfermagem. São Paulo, 1997. 118p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

“que a definição de enfermagem tradicionalmente considera o indivíduo e sua família como objeto da sua intervenção. No entanto, a prática e a história revelam que, na verdade, o foco da atenção da enfermagem foi o indivíduo, na maioria das vezes, cabendo a família uma localização mais a margem dos acontecimentos. Embora a família fosse considerada como parte da experiência do indivíduo, ela raramente era acessada e valorizada no processo de cuidar. Ainda hoje é tida como um recurso em benefício do indivíduo, mas não como um objeto de atenção da enfermagem”

Gomes (2000), lembra que o fato de se esperar e necessitar que os familiares acompanhantes realizem a extensão do trabalho da Enfermagem, torna-se muito difícil que os profissionais a vejam como cliente, percebendo-os, na maioria das vezes apenas como cuidadores. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2006), objetiva a permanência dos pais ou acompanhantes, com a intenção de oferecer ao cliente companhia, segurança, e suporte emocional, porém ao mesmo tempo assegura atendimento integral à saúde da criança e adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Contraopondo a visão de prestar cuidados, Motta (1997) diz que os familiares conhecem as reações físicas e emocionais da criança, fornecendo a equipe os seus referenciais, sendo seus porta-vozes, representando os sentimentos, atitudes e comportamento, transmitindo também para a equipe os sinais e mensagens enviadas pela criança, devido ao conhecimento de suas peculiaridades físicas e emocionais. Estes auxiliam também os filhos a terem coragem, a compreender o que está acontecendo, identificando e compartilhando os sentimentos expressos pela criança.

Em se tratando de hospitalização pediátrica, Henckemaier (1999), acredita que a família é de fundamental importância no hospital, já que ela pode servir de suporte emocional a criança, porém cada família tem uma maneira particular de reagir frente à hospitalização de um de seus membros.

## **2.4 A Assistência Perioperatório e a Educação da Família**

A Enfermagem constitui-se num processo interpessoal, educativo e interativo, entre a equipe profissional, o cliente e seus familiares (Grüdtner, 1997), onde o profissional e cliente/familiares compartilham informações acerca de suas percepções nas situações vivenciadas. Cabe aos profissionais a responsabilidade de auxiliar estes seres

humanos a enfrentarem uma situação imprevisível devido ao acontecimento inesperado como, por exemplo, a experiência do evento operatório, ajudando-os a encontrarem uma solução para os problemas surgidos e, auxiliando-lhes a desenvolver habilidades de enfrentamento do estresse gerado, através da busca compreensão da situação vivenciada, apoiando-se na expressão dos sentimentos e comportamentos da família.

Saliento, que se entende a função educativa da enfermeira como subsídio para o cuidado/assistência de Enfermagem, integrando ações de: informar, esclarecer, amenizar o medo, dúvidas e anseios dos seus clientes e familiares. Smeltzer e Bare (2002), falam ainda da importância e da responsabilidade da enfermeira quanto à observação e ao atendimento das necessidades emocionais do cliente cirúrgico e seus familiares. Referem ainda que, os procedimentos cirúrgicos, para o cliente internado, são ameaças a sua integridade corporal e/ou vital, sendo que, a família necessita compreender a importância dessas ameaças para o enfrentamento das reações emocionais que envolvem o indivíduo durante o período pré-cirúrgico, incluindo o cliente pediátrico, pelo fato, de acordo com a idade, de não estar entendendo a situação vivenciada, nem as consequências de tudo o que se passa ao redor.

Corroborando o exposto, Queiroz (2000), refere que alguns fatores podem desencadear na criança e no familiar acompanhante um quadro de tensão e ansiedade, sendo eles por exemplo, a necessidade de permanência em um ambiente novo associada a falta de condições de hospitalização. Compreendo assim como a autora, que os danos psicológicos serão melhor administrados quando o ambiente hospitalar proporcionar à criança e ao familiar melhores condições de hospitalização, sendo estas adquiridas, entre outras maneiras, através de orientações dispensadas pela equipe de saúde, em relação às rotinas e normas da instituição, ao ambiente físico hospitalar, as condutas terapêuticas adotadas, aos hábitos de alimentação e higiene. Como também, deve-se conhecer a família para então educá-la em relação ao processo anestésico-cirúrgico, destacando que este poderá resultar motivos geradores de várias alterações emocionais, tanto para a criança como para os familiares.

A literatura sobre o cliente cirúrgico mostra quanto as ações educativas são importantes como parte do cuidar, objetivando o preparo no pré-operatório e quanto este será benéfico no pós-operatório (BIRD, 1978; WHALEY E WONG, 1999; SMELTZER E BARE, 2002). Deste modo, o processo educativo deve ser estendido aos familiares, pois o bem-estar do cliente, sobretudo seu cuidado pós-operatório muitas vezes depende da ajuda



de seus familiares, pois estes além de estarem mais presentes, também participam dos cuidados, sobretudo quando retornam para a casa.

A atitude mais adequada da equipe de saúde é educar o cliente e familiares, já no início do contato, ou seja, ainda no consultório, quando a indicação cirúrgica se apresenta como uma das possibilidades, sendo este trabalho intensificado na internação. Porém, em algumas situações essa conduta não é possível, principalmente no caso das cirurgias de urgência, onde o tempo entre o diagnóstico e o processo anestésico-cirúrgico é diminuído. Nestes casos é necessário o conhecimento e atenção das reações emocionais da família ao evento como um todo, em que se deve possibilitar formas para que sejam manifestadas.

Outro fator que condiciona a assistência de Enfermagem, é o fato de que, atualmente, devido aos avanços tecnológicos como, por exemplo, as técnicas cirúrgicas e de anestesia, e visando paralelamente a contenção de custos e prevenção de infecções, muitos clientes são admitidos no hospital no dia da cirurgia e retornam para o domicílio após a recuperação da anestesia geral na SRPA ou no dia posterior. Smeltzer e Bare (2002), reforçam que os clientes estão deixando o hospital mais cedo, aumentando a necessidade de ensino, planejamento para a alta, preparação para o autocuidado e cuidados domiciliares pela família.

Um dos aspectos positivos é que a família retorna para o domicílio mais cedo, porém os cuidados que seriam prestados no hospital serão realizados em casa, e os fatores citados acima proporcionam, muitas vezes, um tempo curto para a educação. Para estes casos, surge a questão de um Sistema de Saúde que garanta a referência de um serviço para encaminhá-la na sua alta. Também para essas possíveis situações surgem, por exemplo, as iniciativas de algumas instituições, como as chamadas de 'internação domiciliar', onde o cliente, que muitas vezes necessita de cuidados "mínimos", podendo permanecer em casa, recebe os cuidados dos profissionais em suas residências.

Em seu trabalho com famílias de crianças hospitalizadas, Gomes (2000), verificou que as famílias identificam suas necessidades durante a internação da criança e procuram na Enfermagem apoio e ajuda. As famílias estudadas destacam a importância do elo emocional família x criança, assim como valorizam o componente afetivo e o aspecto educativo do cuidado. O que ocorre é que, muitas vezes, as suas percepções não são levadas em conta pela Enfermagem, na hora de planejar e implementar a sua assistência a estas.

Deste modo, apóio-me em Elsen (1994), quando diz que não devemos perceber a família como aquela que deve apenas cumprir as determinações dos profissionais de saúde, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e deve ser incentivada sua participação durante o processo profissional do cuidar.

Salimena (2000), nos fala sobre a importância de ser bem trabalhado e valorizado o momento vivido pelo cliente a fim de não ocasionar traumas futuros, e sobre a necessidade de se situar no contexto do cuidado perioperatório além da pessoa a ser cuidada também os seus familiares:

“a assistência de enfermagem à mãe de cliente pediátrico no período perioperatório não tem sido objeto do direcionamento das ações de enfermagem, o que redundando em uma assistência fragmentada, com a resolução inadequada e ineficiente dos problemas de enfermagem gerados por esse momento crítico do tratamento da criança. Esses problemas irão, certamente, influenciar a recuperação pós-operatória e, até mesmo, a vida futura da criança em relação à visão que esta terá de um tratamento médico. É oportuno lembrar que a experiência é dinâmica e, como tal, passado e futuro se fundem com o momento vivido, trazendo à consciência as manifestações já vivenciadas.” (SALIMENA, 2000, p.22)

Reforçando a idéia acima, Queiroz (2000), diz que a criança ainda é um ser em desenvolvimento, sem idéia da dimensão do que está acontecendo e por isso a equipe de profissionais deve trabalhar e valorizar o período de internação e cirurgia, a fim de não desencadear traumas psicológicos.

No que se refere à assistência à criança hospitalizada Elsen e Patrício (1989), defendem a idéia de que a internação, além de agravar psicologicamente a criança, pode causar traumas para a família, que por sua vez, necessita de apoio dos profissionais de saúde. Sendo assim, a família necessita enfrentar a situação e os profissionais de saúde podem contribuir dando encorajamento, não omitindo fatos e dando apoio no momento de desequilíbrio, em vez de condenar as reações dos familiares diante de um problema de saúde de um de seus membros.

Deve-se considerar que os acompanhantes podem não ter interesse em participar dos cuidados, ou não saber como realizá-los, deste modo, o profissional deve avaliar, orientar e capacitar os familiares, proporcionando se necessário, a mudança de condutas destes frente ao cuidado do cliente. Estes aspectos são identificados por Elsen (1994), quando diz que a Enfermagem comprometida com o cuidado da família como cliente deve reconhecer que esta com suas crenças e valores, tem sua própria visão de saúde, doença e cuidado, deste modo deve introduzir novos cuidados quando necessário

ou repadronizá-los, ou seja, buscar ajudá-los a modificar/ajustar seus padrões de comportamento de vida para que adquiram conhecimentos e habilidades para estabelecerem um melhor estado de saúde.

Gomes (2002), aborda a necessidade da Enfermagem educar a família sobre os cuidados para a saúde levando em consideração sua diversidade cultural, pois cada ser humano tem uma capacidade diferenciada de aprender e uma necessidade de aprender coisas diferentes, respeitando suas particularidades. Em relação ao aspecto educativo, por parte dos profissionais de Enfermagem, Gomes (2000, p.33), relata em seu estudo que as mães

“...valorizam o aspecto educativo do cuidado de enfermagem. Gostam de aprender a como cuidar melhor de seu filho. Este fato aumenta a confiança na equipe, pois demonstra o conhecimento desta a respeito da doença da criança e do seu tratamento. A partir do estabelecimento dessa interação empática, durante a educação para a saúde, as mães, até mesmo, aceitam repadronizar a sua forma de cuidar de seu filho. Através deste aspecto educativo, reconhecem a enfermagem como detentora de conhecimentos e como profissionais.”

Andraus (2004), também tece considerações sobre a importância do trabalho de orientação e apoio aos familiares, com o objetivo de ajudá-los a encontrar alternativas para a utilização mais produtiva de seus mecanismos de enfrentamento da crise vivida. Para que o acompanhante seja capaz de participar da assistência, oferecer suporte emocional e conforto psicológico para ajudar na recuperação do cliente, ele deve estar em condições de fazê-lo. Se não dispusermos de uma equipe que os ajude neste período, eles podem não estarem capacitados para dar a assistência que a criança necessita ou de assimilar as orientações dos profissionais sobre os cuidados com a criança no hospital, bem como no domicílio após a alta hospitalar.

Deste modo, para se estabelecer uma interação e ajuda, a linguagem utilizada pela equipe de saúde mostra-se como aspecto importante do processo educativo, esta deve se esforçar para conhecer o repertório para que possa se expressar-se numa linguagem em nível compreensivo para a da família, num processo de comunicação adequado. Muitas vezes presenciamos, em nossa vida profissional, situações educativas em que a equipe de Enfermagem ou médica, habituada a termos técnicos, explicam ao cliente e família usando uma linguagem que não possui significado para o mesmo, sendo que, a não compreensão desta linguagem só aumentará suas ansiedades, e que em nada contribue para a prática educativa.

Stefanelli (1993), afirma que a comunicação é um dos principais instrumentos de que a equipe de Enfermagem pode lançar mão para tornar mais eficaz a sua interação com o cliente, porém a linguagem utilizada na relação enfermeiro-cliente precisa ter o mesmo significado para ambos, caso contrário o processo de comunicação não ocorrerá. Complemento esta colocação com as idéias de Salimena (2000), que diz que tal comunicação deve ser estendida ao familiar do cliente pediátrico.

Além do diálogo, a Enfermagem promove educação através de sua ação de cuidado, estimulando comportamentos. Uma família aprende também através das observações que faz dos profissionais de saúde que a atendem. Segundo Bordin (2002, p. 51), “através das suas ações, a enfermagem pode mostrar-se de forma verdadeira, possibilitando o aprendizado através do exemplo que permite à outra pessoa a opção futura na escolha das suas ações, atitudes e na sua organização.”

Bordin (2001), diz ainda que para o cliente é muito importante o modo de fazer da Enfermagem, essa como educadora deve oferecer um modelo válido para a pessoa que também aprende pela observação, a qual, juntamente com diálogo, permite à pessoa pensar e ao mesmo tempo aprender, pensar, refletir, construir conceitos sobre aprender, ensinar, fazer e refazer.

Entretanto, o processo educativo não deve ser visto apenas como um modo de promover uma família que auxilie a Enfermagem nos cuidados e cuide do cliente, e sim também, pela necessidade de serem percebidas como seres humanos que necessitam de cuidado porque também estão sendo afetados e partilham os sentimentos, dúvidas, e necessidade de cuidado devido à doença e hospitalização dos filhos.

Porém, a própria estruturação dos serviços de saúde, muitas vezes, não está preparada para receber e atender as famílias. É comum também encontrarmos hospitais que não dispõem de um ambiente adequado para conversar com os familiares dos clientes internados, sendo que, muitas vezes isso é feito em um corredor, tanto nos quartos e enfermarias das unidades clínicas, como no CC, onde os familiares aguardam e recebem notícias. Nesta situação, Grüdtner (1997), refere que os familiares permanecem sentados em cadeiras desconfortáveis, numa área ampla e aberta, a qual serve de circulação para vários setores da instituição, sendo que esta não dispõe de um ambiente para eventualmente informar a família sobre o agravamento da saúde do cliente ou mesmo sua morte.

Santos e Luis (2002), referem que os clientes mencionam a dificuldade de manterem descanso num local onde móveis são inadequados, além de salientarem a

interrupção do sono e do repouso, devido ao barulho e a necessidade de compartilhar o espaço com pessoas desconhecidas.

Em relação à criança, a mesma se sente insegura ao ingressar em um ambiente desconhecido, sendo que, aspectos que auxiliam no processo de adaptação ao universo hospitalar, são os recursos oferecidos, como por exemplo, uma equipe receptiva, um ambiente agradável e acolhedor, como a sala de recreação, na qual assegura-se o mundo mágico da criança (MOTTA, 1997).

A humanização do atendimento ao cliente e família tem a ver tanto com a estrutura, espaço físico, dimensionamento e localização das unidades, como também com pessoal e o processo de atendimento. Mezomo (1988), já dizia que o hospital humanizado é aquele que, além de sua estrutura física, tecnológica, administrativa, e humana, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma.

Andraus (2004), discutindo os problemas que a equipe de Enfermagem vivencia, cita as inadequações das áreas físicas para a acomodação, alimentação e higiene do acompanhante, que deixam muito a desejar, o número insuficiente de profissionais e o despreparo da equipe para a assistência às famílias, como também, a ansiedade e estresse do familiar que dificultam a interação e uma melhor assistência.

A necessidade de preparar a criança, de acordo com a idade, para o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com sua família, também é referido por Queiroz (2000), que ressalta a necessidade da reflexão do enfermeiro a fim de realizar um pré-operatório fundamentado e significativo para cada criança, podendo ser salientadas as suas necessidades de acordo com o grau de entendimento delas, considerando que os familiares são participantes e devem sentir-se, também, beneficiados com as orientações que favoreçam a recuperação da criança, até mesmo para a continuação do cuidado em casa.

Em relação a preparação da criança, junto aos aspectos físicos, ressalta-se o preparo psicológico. Whaley e Wong (1999), destacam que embora a criança esteja dormindo durante a intervenção cirúrgica, elas estão sujeitas a procedimentos pré e pós-operatórios que requerem preparação para prevenir a ansiedade excessiva na criança decorrente do excesso ou falta de informações. As autoras identificaram os eventos mais significativos para a criança, em termos de provocar estresse e necessitar de preparo psicológico, são eles: admissão, exames sanguíneos, medicação pré-operatória, transporte para a sala de cirurgia e retorno da sala de recuperação.

A mesma autora salienta que um temor especial em relação à cirurgia é a anestesia. Em relação às crianças diz que: as menores de cinco anos preocupam-se com o que

acontecerá quando elas despertarem da anestesia, ou seja, onde elas estarão e quem estará com elas; as crianças em idade escolar temem a anestesia em si; as crianças em torno dos nove anos e as mais velhas temem a anestesia, a própria operação e a possível morte; e os adolescentes têm ansiedade especial decorrente do medo da alteração da imagem corporal.

A anestesia provoca um efeito desorientador, e em geral as crianças agitam-se quando acordam da anestesia, surgindo a necessidade de terem junto a elas um familiar ou uma pessoa de confiança durante o período de recuperação. Essa presença mostra-se como um indicativo de tranquilidade para a criança, que muitas vezes, sem tal presença tornar-se chorosa, agitada e agressiva. Complementando, vejo que a maneira como a criança reage a uma situação traumática, depende das suas características individuais, da sua interação com o meio ambiente, e do modo como se sente acolhida.

Dentro deste pensamento, acredito que o acompanhante possa permanecer no CC tanto enquanto aguarda que o paciente adormeça pela indução anestésica, como também na sua recuperação, situações estas que já acontecem em algumas instituições hospitalares. Queiroz (2000), salienta que para a redução da ansiedade da mãe e do filho no dia na cirurgia, é importante que a equipe de saúde reconheça o direito que tem os pais para acompanhar seus filhos no hospital, inclusive em lugares considerados críticos, como um indicativo significativo para melhor e mais rápida recuperação da criança internada para tratamento cirúrgico, porém muitas vezes esta presença para alguns profissionais parece mais atrapalhar do que mesmo ajudar.

Alguns autores salientam a importância do preparo da criança e seus familiares para cirurgia e a verificação da assimilação das orientações, e propõem programas de preparo pré-operatório a serem utilizados. Schmitz, Picoli e Vieira (2003), utilizam-se de materiais e equipamentos hospitalares como brinquedos terapêuticos, para preparar a criança, facilitando a diminuição de seus medos quanto a estes objetos desconhecidos. Outro fator é a experiência prévia visitando a instituição onde permanecerá, permitindo uma ambientação com o local e com a equipe (WHALEY E WONG, 1999).

Saliento que a educação do adulto é diferente da criança, porém é necessário levar em consideração o estado de crescimento e desenvolvimento desta. Por exemplo à criança na metade da segunda infância, ou seja, na chamada idade escolar, dos 6 a 12 anos (Muscarì, 1998), estabelece corretamente as relações de causa e efeito, organiza seus próprios valores, sendo capaz de compreender os propósitos da hospitalização e cirurgia. As mesmas estão cientes do significado das diferentes doenças, e o mecanismo de defesa é a formação da reação, ou seja, podem reagir a hospitalização demonstrando agressão, irritabilidade, e o

medo de lesão corporal e dor resulta do medo da doença, da incapacidade e da morte (MUSCARI, 1998).

Ao finalizar, reforço que as condições emocionais (modo de integrar e sentir suas experiências) e o aspecto social (maneira como interage com o ambiente e reage diante de situações que envolvem outros indivíduos) da criança em situação cirúrgica devem ser consideradas com maior atenção pela equipe de Enfermagem, como a questão dos familiares acompanhantes que também são afetados pela experiência que estão vivenciando. A escassez de referencial bibliográfico pertinente à cirurgia infantil, no seu aspecto psicossocial e emocional envolvendo também seus familiares mostra a relevância deste estudo, em que saliento a importância do suporte emocional e educacional para as famílias.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

No presente capítulo são abordados os aspectos referentes à trajetória metodológica traçada para conduzir a presente investigação. Deste modo, serão explicitadas as diferentes etapas percorridas, enfatizando, especificamente, a caracterização do estudo, os sujeitos e critérios para sua seleção, o local de estudo, procedimentos éticos da pesquisa, os procedimentos e instrumentos para coleta de dados, e ao finalizar, a análise e interpretação dos dados.

#### **3.1 Caracterização do Estudo**

A pesquisa realizada foi de caráter descritivo, exploratório, com análise qualitativa, sendo considerada como o método mais adequado para atingir os objetivos propostos.

Tanto Triviños (1995), como Minayo (1998), relatam que a abordagem qualitativa é um método que busca a compreensão e reflexão sobre um tema, que procura centrar a atenção na especificidade e no individual, conhecendo as estruturas em que as experiências se verificam. Minayo (2003), diz ainda, que a pesquisa qualitativa se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, como os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das ações e relações humanas. É um método aberto e flexível, que permite assim a observação e interação entre pesquisadora e pesquisado.

A pesquisa de campo descritiva exploratória, possibilita o acesso a informações, permitindo observar, descrever, investigar e registrar fatos, como por exemplo, a percepção e os sentimentos das famílias sobre o evento operatório. Do mesmo modo, este tipo de estudo



possibilita pensar sobre as questões expressas nesta pesquisa, a partir da observação dos sujeitos e de suas falas, que submetidas à análise, trazem seus significados, favorecendo o conhecimento e a compreensão da questão levantada.

De acordo com Triviños (1995), a pesquisa exploratória permite ao autor aumentar sua experiência em torno de determinado problema, possibilitando conhecer os mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Uma das características do método de investigação de caráter exploratório é que o pesquisador pode ter nenhum ou pouco conhecimento sobre o tema. Sem esquecer que a literatura sobre hospitalização infantil e sobre educação em saúde é vasta, porém encontrei poucos estudos referentes à interligação de tais temas com o enfoque do presente trabalho, ou seja, à criança em situação cirúrgica tendo a família como cliente e a educação desta como objetivo da Enfermagem.

Os estudos de natureza descritiva possuem um foco que reside no anseio de observar e conhecer o universo em estudo, seus traços característicos, seus problemas. Exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se pretende descrever no caminhar da investigação, sendo necessário uma delimitação das técnicas e métodos que orientam a coleta e a interpretação dos dados, sendo necessário objetivos e metodologia claramente delimitados (TRIVIÑOS, 1995).

### **3.2 Sujeitos e Critérios para Seleção**

Foram sujeitos do estudo os clientes pediátricos enquadrados na faixa etária de 5 à 12 anos, como também seus respectivos familiares acompanhantes, sendo o número destes definido no decorrer da coleta de dados.

Para assegurar a representatividade dos sujeitos da amostra, o desenvolvimento da coleta de dados não foi baseado no critério numérico, e sim no conteúdo dos depoimentos, a fim de garantir que reflitam o conjunto de vivências da família. Deste modo, a coleta foi interrompida quando as falas apresentaram as mesmas expressões, ou seja, ao se visualizar a similaridade dos dados e conseqüentemente um volume suficiente de informações.

Fizeram parte do estudo os familiares que satisfizeram os seguintes critérios: aceitaram participar da pesquisa e autorizaram a participação do cliente sobre sua responsabilidade;

permitiram a divulgação dos resultados nos meios científicos; acompanharam as crianças no perioperatório. Do mesmo modo, as crianças para participar da pesquisa deviam, no pós-operatório possuir condições de se comunicar através da fala e do desenho e aceitarem participar da pesquisa. No total foram entrevistados oito famílias, que serão caracterizados a seguir.

### **3.3 Local do Estudo**

Como proposta inicial, as instituições selecionadas para a realização da presente pesquisa foram dois Hospitais Universitários, um localizado um no município de Pelotas e outro no município de Rio Grande, no sul do estado do Rio Grande do Sul, buscando as crianças hospitalizadas para cirurgias eletivas e seus familiares acompanhantes, sendo a coleta desenvolvida especificamente nas Unidades de CC e de Internação Cirúrgica Pediátrica.

A escolha pelo hospital de Pelotas justificava-se por ter sido campo de minha prática profissional, sendo um ambiente que colaborou para as dúvidas que originaram a presente investigação. Contribuiu também na escolha pela instituição no município de Rio Grande, por ser uma forma de contribuição, propiciando um retorno ao Mestrado em Enfermagem do Curso de Pós-Graduação da Fundação Universidade de Rio Grande, no qual me insiro como discente.

Porém, em virtude da baixa frequência de crianças hospitalizadas na instituição pelotense e no hospital de Rio Grande, e também pelo fato que quando realizadas são em sua maioria cirurgias em nível ambulatorial, e as outras cirurgias são de urgência/emergência, não vindo ao encontro da proposta inicial deste estudo, houve a necessidade de realizar a pesquisa em outra instituição.

A instituição na qual foi realizado este estudo, é um hospital geral do interior do Rio Grande do Sul, que possui como atual capacidade 220 leitos. Sendo, a clientela assistida prioritariamente constituída de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes do Pronto Socorro Municipal, de outros hospitais do município, de ambulatório da própria instituição e ambulatórios das Universidades, assim como Unidades Básicas de Saúde, possuindo também atendimento a conveniados e particulares.

O hospital não possui Unidade de Internação Pediátrica e a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico e Neonatal (UTIP) foi fechada há cerca de três anos devido a problemas financeiros. Deste modo não possui internação de clínica médica pediátrica, ocorrendo apenas internação para cirurgias pediátricas. Em virtude da inexistência de UTIP não ocorre hospitalização para partos de gestantes de alto risco, assim como cirurgias pediátricas de grande porte e emergências.

As cirurgias que ocorrem são em sua maioria de otorrinolaringologia e cirurgias gerais eletivas como herniorrafias, orquidopexias, hipospádias, entre outras. Algumas dessas em nível ambulatorial, desta forma, depois da recuperação o paciente retorna para a casa. Porém, como acontece na maioria dos casos, ocorre internação de um a dois dias. Estas hospitalizações acontecem nas Unidades de Clínica-cirúrgica de pacientes adultos. Os quartos são disponibilizados para as crianças de acordo com o número de leitos vagos, ficando na maioria das vezes um cliente por quarto, ou no máximo dois.

O centro cirúrgico funciona com dez salas operatórias (SO) e SRPA e Central de Material e Esterilização (CME). Os pacientes são admitidos pela porta principal que dá acesso a um corredor central do hospital. Possui em sua entrada um pequeno *hall*, onde a esquerda encontramos uma pequena sala de recepção, a frente outra porta que dá acesso a um corredor interno, e a direita uma sala de espera que comporta cerca de oito pessoas. (Planta Apêndice G)

Nessa sala de espera só é permitida a presença de pessoas que aguardam cirurgia, e pacientes ambulatoriais após o procedimento. Em relação a seus acompanhantes, a orientação que os funcionários fornecem é a seguinte: só é permitido a presença de uma pessoa por cliente, e no caso de clientes pediátricos, somente podem aguardar nesta sala seu pai e sua mãe ou a pessoa responsável que acompanha o paciente.

Os demais acompanhantes aguardam nos quartos, ou em pé, no corredor do hospital à porta do CC. Se desejarem podem se dirigir e aguardar em um salão central localizado próximo à entrada do hospital, onde encontram-se poltronas disponíveis à clientela, porém devem estar atentos a porta do CC, se desejarem ter notícias dos pacientes.

Muitas vezes os clientes chegam ao hospital diretamente ao setor de internação e depois se dirigem direto ao CC, só conhecendo seu quarto após a saída da Sala de Recuperação. Deste modo, é comum vermos cenas de pacientes e familiares com seus pertences, bolsas, travesseiros etc, aguardando do lado de fora do CC. O próprio setor de internação encaminha-os para o CC, porém quando os mesmos chegam ao hospital, muitas

vezes ainda não há uma definição do quarto em que internarão, é necessário verificar a existência de vaga, podendo até mesmo terem que retornarem a sua residência em virtude da ausência de leito. Tal fator, mais os procedimentos burocráticos ocasionam um tempo de aguardo no setor de internação, sendo que é comum vermos a enfermeira do CC ligar para o setor de internação para verificar se o cliente já chegou ao hospital para solicitar seu encaminhamento para o CC.

Na sala de espera há dois banheiros, um feminino e um masculino, os quais servem também de vestiário para os pacientes trocarem de roupa para a cirurgia, exceto nos casos em que estes vêm diretamente do quarto, ou seja, da unidade de internação, de onde já vêm com a camisola. Inicialmente um funcionário do CC solicita ao paciente, ou no caso de criança, quase sempre ao seu acompanhante que leve-o ao vestiário, troque sua roupa e se dirija a um outro corredor para esperar o momento de entrar para a sala cirúrgica.

Esse corredor interno, “semi-restrito”, comportando de 3 a 4 macas, é destinado aos pacientes internados que aguardam para entrarem para a sala cirúrgica, assim como, as crianças que juntamente com seus acompanhantes aguardam no colo destes ou em macas. Sendo que na maioria das vezes aguardam na maca, com seus acompanhantes em pé ao seu redor, os quais só podem acompanhar a criança até a próxima porta, onde se despedem.

Por este corredor ocorre a entrada e saída de clientes, a administração de medicação pré-anestésica, assim como a circulação de funcionários, tanto do CC como dos demais setores. O local dá acesso a outra porta para a área interna do CC, onde encontram-se as salas cirúrgicas e SRPA, onde só é permitida a entrada de pacientes e funcionários devidamente paramentados. Após a criança ser levada para a sala cirúrgica pelo circulante, é solicitado aos acompanhantes que aguardem na sala de espera ou do lado de fora do CC.

Quando a criança já se encontra na SRPA e apresenta-se agitada, chorando, e solicitando a presença de seus familiares, e os funcionários não conseguem tranquilizá-la, então a mesma é levada para o corredor, e é chamado seu familiar para fazer companhia e acalmá-lo, ficando eles ali, aguardando até ocorrer a liberação para o quarto.

A opção pela instituição onde foi realizada a pesquisa, além de ter ocorrido devido as dificuldades encontradas nos outros locais, também se justifica por acreditar no fato que preenche as características para coleta de dados, dentre as quais a ocorrência de cirurgias infantis com a maioria das crianças ficando internadas e acompanhadas por familiares nas unidades de internação, sendo que também foi campo de minha atuação profissional, despertando questionamentos para a presente investigação.

### 3.4 Procedimentos Éticos da Pesquisa

Foi encaminhada cópia do projeto de pesquisa, juntamente com um documento (Apêndice A) solicitando parecer ético e aprovação por escrito do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rio Grande, aprovado através do processo nº 23116.001378/5-41. Para obter consentimento, por escrito, da utilização do hospital para desenvolvimento do trabalho, foi enviada uma solicitação para coleta de dados juntamente com uma cópia do projeto, diretamente a Gerência de Enfermagem da instituição (Apêndice B).

Também foi solicitado por escrito, em duas vias, o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) aos participantes do estudo, para registro de seus depoimentos e divulgação dos dados obtidos, explicando os objetivos do mesmo e esclarecendo que seria mantido o anonimato, direito de desistir da pesquisa a qualquer momento e livre acesso aos resultados se desejarem.

Com o intuito de preservar o anonimato dos sujeitos no estudo, os mesmos foram identificados por nomes fictícios, ou seja, as crianças foram identificadas com nomes das personagens infantis, escolhidos por eles próprios. Os familiares foram identificados pelo nome da personagem acrescentando sua condição na família, como por exemplo: Mônica Mãe.

Estes procedimentos éticos estão baseados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN-RS, 2001), e na Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde-Brasil (Vieira e Hossne, 2001), a qual dispõe sobre as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ambos recomendam a solicitação do Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou do seu representante legal, de preferência por escrito, a fim de autorizar a participação voluntária na pesquisa, mediante a explicação sobre a natureza, objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, garantia de anonimato, e liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como de poder retirar o consentimento de participação em qualquer momento.

### 3.5 Procedimentos e Instrumentos para Coleta de Dados

Para o presente estudo escolhi a pesquisa de campo, utilizando a observação, a entrevista semi-estruturada e o desenho como instrumento. A escolha da observação, juntamente com a entrevista, justifica-se por complementarem-se, assegurando maior fidedignidade dos dados, evitando-se ao mesmo tempo uma visão unilateral quando se trabalha apenas com um destes instrumentos de pesquisa (QUEIROZ, 2000).

A observação foi utilizada durante a coleta dos dados, com o objetivo de atentar a expressão não verbal, manifestada em gestos, olhares, lágrimas, sorrisos, etc, as quais foram registradas no diário de campo (Apêndice E). Segundo Cruz Neto (2003), a observação é realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado com o propósito de obter informações sobre a realidade dos observados em seus próprios contextos. O autor refere ainda que o observador inserido no contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados, sendo que a importância da técnica de observação se deve ao fato de que podemos captar situações sem a necessidade de perguntas, uma vez que, são observados diretamente na própria realidade.

A observação constituiu uma complementação à entrevista, com o propósito de notar-se as atitudes e comportamentos dos sujeitos, permitindo a percepção direta e a explicação das reações e das falas dos familiares, para que se revele uma significativa contribuição na compreensão de suas vivências. Alguns aspectos sujeitos a observação foram, por exemplo, a chegada dos sujeitos ao CC, o momento da entrada do cliente para o cirurgia, assim como as atitudes e comportamento dos mesmos durante as entrevistas.

Estes dados foram registrados no diário de campo, que foi composto por anotações de caráter descritivo e reflexivo. Os registros descritivos correspondem a descrição do local, comportamentos, atitudes, posturas, ações, falas dos sujeitos significantes para o estudo; e os de caráter reflexivo correspondem aos comentários e reflexões sobre a observação (sentimentos, interpretações, opiniões da pesquisadora e idéias emergentes) referentes ao que ocorreu durante a aplicação do instrumento de pesquisa, tal como sugerem autores como Triviños (1995) e Lüdke e André (1986).

Os encontros ocorreram no período de abril de 2005 a janeiro de 2006, sendo que a duração média de cada encontro no primeiro momento, no pré-operatório, levando-se em

conta desde o primeiro contato até o final da entrevista, cerca de uma hora e meia, e no segundo momento no pós-operatório em média uma hora, totalizando cerca de 22 horas de entrevista e observações.

A entrevista foi utilizada a fim de obter as informações a partir das falas dos sujeitos. Em relação à entrevista semi-estruturada, Lüdke e André (1986), dizem que esta se desenvolve a partir de um esquema básico de perguntas permitindo orientar seus questionamentos, porém não é aplicada de forma rígida, permitindo ao pesquisador fazer adaptações, se necessárias para chegar aos seus objetivos. Minayo (1998), ressalta que a entrevista semi-estruturada pode ser compreendida como um caminho que tem por objetivo apreender o ponto de vista dos sujeitos destacados no objetivo da pesquisa, desta forma possui poucos questionamentos, seu roteiro com questões norteadoras facilita o aprofundamento das mesmas e a interação com os sujeitos envolvidos.

Deste modo, com a finalidade de facilitar as entrevistas e levantar os dados, foi elaborado um instrumento com questões semi-estruturadas como guia (Apêndice F), que foi aplicado durante os encontros realizados com os sujeitos.

Inicialmente os instrumentos foram aplicados para duas famílias, com o objetivo de testá-los em relação às questões propostas. Consegui, com certa habilidade, colocar o entrevistado a vontade para se expressar livremente, e então superar os obstáculos que me deparei para fazer o levantamento dos dados. A partir dos dados obtidos, foi realizada análise do material, para avaliar se o mesmo estava apropriado a análise e interpretação dos dados, como também verificar se atendia aos propósitos do estudo, sendo que, os mesmos também fizeram parte da pesquisa, dado o valor do conteúdo de suas informações.

O processo de coleta dos dados, seguiu a seguinte trajetória: primeiramente entrava em contato com a secretária ou enfermeira do CC, a fim de consultar os mapas de programação cirúrgica diária e tomar conhecimento das cirurgias agendadas. Deste modo, comparecia ao setor antes do horário marcado para as cirurgias, ou a unidade de internação, caso a criança tivesse sido encaminhada para o quarto previamente. Após apresentar-me a família e estabelecer o primeiro momento de interação, explicava a pretensão de desenvolver um trabalho com eles.

Neste primeiro encontro (período pré e trans-operatório), observei seus comportamentos nos momentos que antecedem e efetivam a entrega da criança à funcionária do CC. Após conduzia o entrevistado (familiar) ao local reservado, para poder explicar-lhe a

proposta de estudo, fornecer a carta de apresentação que esclarece os objetivos do estudo (Apêndice D) e solicitar a assinatura do consentimento livre e esclarecido e o uso do gravador e procedia à entrevista, tendo como base as questões norteadoras (Apêndice F).

No segundo encontro (pós-operatório), visitava a família na unidade de internação, a fim de proceder a segunda etapa da coleta dos dados, de acordo com as questões elaboradas para serem aplicadas à criança e seus familiares (Apêndice F). Neste momento, foi utilizado o desenho como instrumento/estratégia de aproximação, sendo oferecido a criança lápis colorido e papel, e solicitado que respondam a pergunta utilizando o desenho como ajuda, sugerindo-lhes que explicassem verbalmente o significado desse desenho.

O presente método foi usado para conferir maior fidelidade às informações obtidas, além de possibilitar as crianças através da sua imaginação retratar na arte sua percepção a respeito da experiência cirúrgica vivida. Silva (2001), compreende que o desenho oferece à criança possibilidade de dar asas a imaginação, que é própria de seu mundo, e sendo uma forma de expressão espontânea, retrata seus sentimentos e vivências, ou seja, é a representação de cada ser sobre suas percepções de vida singulares. (Desenhos anexados)

Tal caráter lúdico apresentou-se como uma forma de registro oferecida, sendo um modo de envolver e motivar a participação das crianças, proporcionando imaginação, distração e subsidiando o brincar como um modo positivo de enfrentamento da hospitalização, além da colaboração na realização da pesquisa. Pesquisa realizada por Motta e Enumo (2002) mostra a importância do brincar para as crianças hospitalizadas, não importando o tipo de brincadeira. Referem ainda que com a brincadeira, a criança altera o ambiente que se encontra, aproximando-se de sua realidade cotidiana, proporcionando, com isto, efeito terapêutico, ou seja, auxiliando na promoção do bem estar da criança.

### **3.6 Análise e Interpretação dos Dados**

A análise do material obtido foi desmembrada em três momentos principais, utilizando-se dos passos propostos por Minayo (1998). Para a operacionalização a interpretação dos dados, foi procedida a seguinte forma:

- Ordenação dos dados: o primeiro passo após a realização de cada coleta de dados foi a descrição e ordenação do conjunto de material, incluindo a organização dos dados da



observação e das entrevistas. Sendo realizada a transcrição na íntegra dos relatos provenientes da gravação e a organização em fichas individuais, visando a análise simultaneamente à coleta de dados.

- Classificação dos dados: em um segundo momento, visando a classificação dos dados, após a leitura repetida dos textos, a fim de que os aspectos mais relevantes sejam identificados e destacados, os resultados foram comparados e agrupados um a um de acordo com suas similaridades, formando categorias, que segundo Gomes (2003), são definidas para estabelecer classificações, o que significa trabalhar agrupando elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito.

Estas categorias empíricas, estabelecidas de acordo com a leitura, confrontadas com a fundamentação teórica, levaram a busca das relações dialéticas entre ambas:

“Os critérios de classificação em primeira instancia podem ser tanto variáveis empíricas como variáveis teóricas já construídas pelo pesquisador. Geralmente a interação de ambos os critérios permite ao analista o aprofundamento do conteúdo das mensagens” (MINAYO, 1998, p. 236).

- Análise dos dados: os dados obtidos foram analisados e interpretados vinculando-os com o embasamento teórico, bem como observações e reflexões da autora, buscando responder as questões de pesquisa.

O princípio que orientou a discussão foi o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1998), o qual é baseado nos debates de Habermas e Gadamer e possibilita o confronto de diferentes posicionamentos na interpretação dos dados, mostrando-se como uma perspectiva que indica um caminho de pensamento, no qual o processo de conhecimento não há consenso e não há ponto de chegada.

Para compreender o que a família diz é necessário levar em conta as razões que o falante tem para julgar válida sua afirmação. Isto não implica em permitir que a pretensão de validade dos sujeitos fique prevalecendo ao final, mas é uma forma do pesquisador compreender o dito e feito pela família, conforme refere Habermas:

“Compreender uma manifestação simbólica significa saber sob quais condições sua pretensão de validade poderia ser aceita. Compreender uma manifestação simbólica não significa, porém, aceitar sua pretensão de validade sem levar em consideração o contexto” (HABERMAS, 1987, p.34).

Sendo assim, ao elaborar e executar a presente proposta de estudo busquei, valendo-me de um aprofundamento na pesquisa qualitativa, ampliar o saber a partir da máxima amplitude na descrição, conhecimento e compreensão da Enfermagem da família em situação cirúrgica, saindo do plano empírico e chegando ao contexto em que se insere o objeto de estudo.

## **4 PERCURSO PERCORRIDO PELA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A CIRURGIA: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Neste capítulo é feita uma apresentação descritiva dos dados obtidos no processo de construção do estudo, a qual foi realizada paralelamente a análise dos dados coletados, com suas respectivas inferências, tendo em vista o referencial teórico de apoio para o estudo e a construção subjetiva da autora, e levando em consideração a satisfação dos objetivos anteriormente formulados. Sendo que, o processo de análise qualitativa iniciou-se como já abordado no capítulo anterior, durante o trabalho de campo, e foi intensificado ao final da coleta dos dados.

Tendo como base o princípio de assegurar o conteúdo dos depoimentos, garantindo que reflitam o conjunto de vivências da família, a coleta dos dados foi interrompida quando as falas apresentaram um volume de informações suficientes, indicado pela saturação dos dados, ou seja, pela constatação de suas similaridades, sendo realizadas, deste modo, oito entrevistas.

Primeiramente é importante apresentar as características da população estudada, ou seja, os dados de identificação dos clientes e familiares acompanhantes que participaram da investigação. Após já ter conhecimento prévio da programação cirúrgica diária, momentos antes da cirurgia registrava os dados de identificação constantes no mapa de cirurgia e complementava os dados coletados no início da entrevista. Deste modo, a seguir são destacadas as informações mais importantes dos sujeitos da pesquisa, sendo eles: idade e sexo da criança, diagnóstico médico e tipo de cirurgia, experiências cirúrgicas anteriores e grau de parentesco do familiar acompanhante, como descrito a seguir:

“**Barbie**”, menina, 7 anos de idade, diagnóstico médico de hipertrofia de adenóide, amidalite e desvio septal, foi submetida a adenoidectomia, amigdalectomia e septoplastia, não possui experiências cirúrgicas anteriores, estava acompanhada pela mãe.

“**Branca de Neve**”, menina, 8 anos de idade, diagnóstico médico de hérnia epigástrica, foi submetida a herniorrafia epigástrica, não possui experiências cirúrgicas anteriores, estava acompanhada pela mãe.

“**Batmann**”, menino com 9 anos de idade, com diagnóstico médico de hérnia inguinal esquerda, foi submetido a herniorrafia, não possui experiências cirúrgicas anteriores, estava acompanhado pela mãe.

“**Super Homem**”, menino, 8 anos de idade, diagnóstico médico de criptorquidia a esquerda, foi submetido a orquidopexia unilateral, não possui experiências cirúrgicas anteriores, estava acompanhado pela avó.

“**Homem Aranha**”, menino, 6 anos de idade, diagnóstico médico de hérnia inguinal esquerda, foi submetido a herniorrafia inguinal a esquerda, possui experiência cirúrgica anterior de herniorrafia inguinal, estava acompanhado pela mãe.

“**Pato Donald**”, menino, 8 anos de idade, diagnóstico médico de Criptorquidia a esquerda, foi submetido a orquidopexia unilateral, possui experiências cirúrgica anterior de Orquidopexia a direita, estava acompanhado pelo pai.

“**Piu-Piu**”, menino, 6 anos de idade, diagnóstico médico de hipospádia, foi submetido a correção cirúrgica de hipospadia, já tendo realizado essa cirurgia anteriormente, estava acompanhado pela mãe.

“**Pernalonga**”, menino, 6 anos de idade, diagnóstico médico de hérnia inguinal esquerda, foi submetido a herniorrafia inguinal a esquerda, possui experiência cirúrgica anterior de hidrocele, estava acompanhado pela mãe.

Assim como descrito no capítulo da metodologia, a coleta de dados ocorreu em dois momentos, isto é, primeiramente no CC a partir da chegada da família e com os acompanhantes durante a realização da cirurgia, e no segundo momento no setor de internação no pós-operatório. As entrevistas que orientaram as investigações do estudo foram apoiadas através de algumas questões. Em relação aos familiares questionou-se: a necessidade da criança em realizar a cirurgia, os sentimentos do acompanhante enquanto aguarda o término da mesma, se receberam orientações e de quem, e como estavam se sentindo após a realização da cirurgia; e em relação a criança questionou-se como estavam se sentindo no hospital e como foi para ela ter realizado a cirurgia.

As descrições dos sujeitos abordaram além das situações do trans e pós-operatório, também as ocorridas no período anterior a internação, ganhando a experiência vivida, uma situação temporal. Sendo assim, serão descritas as situações vividas durante o percurso

percorrido pela família para realização da cirurgia, sendo estas descrições, situadas em três momentos, apresentados a seguir:

**PRIMEIRO MOMENTO: O Período Anterior a Cirurgia**

- A trajetória percorrida pela família para realização da cirurgia
- O período transcorrido entre a chegada ao hospital e a entrada para o centro cirúrgico
- O preparo pré-operatório da família

**SEGUNDO MOMENTO: Período Operatório**

- O afastamento do cliente dos familiares e as pessoas estranhas do centro cirúrgico
- A espera dos acompanhantes pelo da término cirurgia
- Os sentimentos em relação a anestesia
- A fé e o apoio em crenças religiosas

**TERCEIRO MOMENTO: Período Pós-operatório**

- O rememorar do ato cirúrgico pelos clientes
- A Espera pelo Resultado da Cirurgia, os Cuidados Pós-operatórios e Orientações

#### **4.1 PRIMEIRO MOMENTO: O Período Anterior a Cirurgia**

Ao iniciar a entrevista com os familiares, questionei-os sobre a necessidade da criança realizar a cirurgia, permitindo que rememorassem situações anteriores à realização da cirurgia. Deste modo, o primeiro momento corresponde a trajetória percorrida pela família até a realização da cirurgia, ou seja o caminho que percorreram em busca de atendimento, sua chegada ao hospital, como também, o encaminhamento CC, e os aspectos relativos ao preparo pré-operatório.

### 4.1.1 A trajetória Percorrida pela Família para Realização da Cirurgia

Os discursos dos familiares a seguir revelam parte da trajetória percorrida até a realização da cirurgia e as razões que levaram a família a submeterem-se a ela, revelando assim, o objetivo dos sujeitos em busca do restabelecimento e da preservação da saúde.

A princípio..ela ronca muito à noite e tem dificuldade respiratória. Então mais cedo a gente optar melhor então...Eu optei por operar a garganta e adenóide porque ela ronca muito e não consegue respirar. Então eu optei porque sei que facilita a vida dela. Desde pequena o médico falava que as amídalas dela era muito grande, né? E provavelmente teria que operar. Então, a gente vai deixando, deixando... e chega uma hora que a gente tem que tomar decisão. Então essa decisão foi tomada agora... Agora foi passando isso aí e vou resolver esse problema. (Barbie-mãe)

Ela nasceu com a hérnia, desde pequenina, aí o médico encaminhou. Aí nós resolvemos fazer a cirurgia. Tu tinha medo, ela era muito pequenininha. O médico disse que era uma operação simples, que internava num dia e no outro ia embora... Não adianta a gente não querer se tem que fazer, senão ela será a mais prejudicada e a gente vai sofrer junto (Branca de Neve-mãe)

Tinha que operar pro bem dele... Desde que ele nasceu eu notei que ele tinha esse probleminha, era diferente dos outros meninos.... Aí comecei a consultar e disseram que ele tinha que se operar. Mas aí era nenê... Fui deixando, deixando...Dava medo. Agora vai ter que operar. (Super Homem-avó)

Desde pequeno ele tem esse probleminha. Fui dar banho nele e vi. Eu vi que tinha um lado mais grande que o outro. Tava bem inchadinho... E se ele não fizesse podia complicar outras coisas. (Batmann-mãe)

Descobrimos que ele tinha que fazer cirurgia quando levamos ele no médico pela primeira vez. Aí ele descobriu que ele não tinha os testículos, foi onde encaminhou para esse doutor. Foi angustiante... Bem difícil. Agora operam bem cedo pra não ter perigo de dar algum tumor. Ele já ta com oito anos..devia ter feito a outra cirurgia pra tá com o testículo bem maior, a outra cirurgia foi com cinco anos.(Pato Donald- pai)

Pelo menos ele não fica com dor, não adianta ficar adiando, adiando, e ele sentindo dor... o pior é deixar e complicar alguma coisa. Já vi gente que teve que fazer cirurgia as pressas por causa de alguma complicação, sangramento, essas coisas. Então é melhor assim. (Pernalonga-mãe)

Nas situações descritas acima a cirurgia é percebida como um procedimento que resultará em benefícios, trazendo alívio para um desconforto, ou com o objetivo de prevenir complicações futuras. Santos e Villar Luis (2002, p. 330) referem que “os sintomas e o desconforto que o paciente apresenta ou que julga apresentar no futuro também estão entre as razões que o levam a optar pelo tratamento cirúrgico”.

Ainda que para alguns familiares trate-se de um procedimento esperado ou com a necessidade de ser realizado a um razoável tempo, percebe-se que o mesmo não havia sido concretizado por várias razões pessoais. A família mesmo sabendo e reconhecendo a necessidade da cirurgia acaba por adiar esse momento, apresentando como justificativas o fato da criança ser pequena e o medo da cirurgia.

Outro fator que surge, são as razões externas, as quais se apresentam independentes da vontade da família, sendo provenientes da decisão de terceiros que adiaram a cirurgia, incluindo-se entre eles o sistema de saúde que parece não suprir as necessidades dos usuários, como é observado nos depoimentos a seguir:

Ele nasceu foi pra casa... Aí eu levei ele pra examinar, aí o pediatra veio e disse: teu filho tem hipospádia, ele tem que fazer cirurgia...Ele me explicou o que era, e disse também que só tinha um médico que fazia isso. Ele tinha três mês, aí disseram que era só depois de um ano... depois fui, fiz encaminhamento, tirei ficha pro pediatra, mas só agora acabou fazendo a cirurgia. Ah, até pensei que fosse algo muito sério, complicado, porque só tinha um médico que fazia essa operação. (Piu Piu-mãe)

Eu tava, acho que dois anos na fila de espera da faculdade...(Branca de Neve-mãe)

Ele começou a sentir dor na “bolinha do xixi”, aí eu fui olhar e tava muito inchado , aí eu levei no “postinho”, e o Dr. de lá disse que ele não tinha nada... Que aquilo ali era normal. Aí depois eu levei no hospital..Do hospital encaminharam para outro médico. Aí mandaram eu aguardar... Mas aí como ele sentia muita dor fui no postinho de novo... Peguei os papéis para ele (médico), pro especialista.. aí um dia vim direto aqui... Ele já tinha feito cirurgia com ele antes, tinha “ água na bolinha”, aí o Dr. atendeu ele e viu que era um a hérnia... É complicado pra quem não tem convênio, ou não tem dinheiro pra pagar, a gente fica pra lá e pra cá... mas deu certo... (Pernalonga-mãe)

Os relatos acima descrevem a demora para conseguir uma consulta, agendar e fazer a cirurgia. O relato da mãe de Pernalonga mostra o percurso que teve que realizar para conseguir um médico e o “encaminhamento” dos profissionais de um lugar para outro. No que se refere a assistência a saúde, a Constituição Brasileira assegura que todas as pessoas são cidadãos e, portanto tem direito a saúde e, principalmente, que o dever de garantir este direito é do Estado, como observamos a seguir: (CONSTITUIÇÃO: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988)

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviço para a sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO: REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988)

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), nasce comprometida com um novo modelo de saúde para o país, objetivando garantir o direito a saúde para todos. Com seus princípios de organização, ou seja, qual o caminho que as ações de saúde devem seguir na rede de serviços, demonstra como devem ser planejados os serviços em cada unidade de saúde. A observância desses princípios nas decisões dos serviços que devem ser oferecidos em uma unidade de saúde, deve assegurar que toda a população tenha acesso ao atendimento, que todos os serviços de saúde tenham uma estratégia comum em cada um dos níveis de atenção e que cada nível seja eficaz no cumprimento das metas propostas.

Em relação a integralidade, o SUS ao dizer que o ser humano precisa ser atendido por um sistema de saúde, prevê ao mesmo tempo que esse sistema dê conta desse todo. Tendo direito as diversas ações em saúde: promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e alívio as quais precisam estar articuladas. Se o atendimento necessário não está disponível em certo serviço, o usuário deve ser encaminhado para outro que o tenha, tendo o serviço a responsabilidade de encaminhá-lo imediatamente a outra unidade mais especializada (KUJAWA, BOTH, BRUSSTCHER, 2003)

É o que chamamos de Sistema de Referência, ou seja, quando o usuário consulta na Unidade Básica de Saúde e é identificada a necessidade de cirurgia, o mesmo deve ser encaminhado para outro serviço que ofereça o atendimento necessário com racionalização e resolutividade, ou seja, procurando ao máximo resolver o problema num tempo, custo e sofrimento mínimo possível para o cliente. Tal situação não é percebida nas verbalizações acima, as quais demonstram a demora para conseguir uma consulta com especialista, a espera para realização da cirurgia, como também o encaminhamento de um serviço para outro sem resolução. Deste modo, questiono: a proposta do SUS atende as necessidades da população?

Enquanto que nos relatos anteriores são descritas a espera para conseguir uma consulta médica e marcar a cirurgia, já no momento a seguir, quando as famílias conseguem “chegar” até o hospital, a espera continua, surgem as dificuldades referentes a internação, a demora no encaminhamento ao CC, e até mesmo a incerteza quanto a realização do procedimento.



#### **4.1.2 O Período Transcorrido entre a Chegada ao Hospital e a Entrada para o Centro Cirúrgico**

O depoimento a seguir relata a situação vivida por Branca de Neve, sua mãe e sua prima, as quais se encontravam desde às 6 horas da manhã no setor de internação, e foram encaminhadas às 8 horas para o CC, após vários telefonemas da enfermeira para o setor de internação, chamando a cliente. Ao chegarem ao CC, as duas, paciente e prima, permaneceram sentadas na sala de espera. A mãe permaneceu no setor de internação, pois ainda não haviam disponibilizado o leito para internação, pois, não havia ainda confirmação da cirurgia. Meia hora após a chegada de Branca de Neve e sua prima ao CC, a enfermeira deste setor entrou em contato com a unidade de internação, sendo confirmada a existência de leito disponível, o que tornou possível a realização da cirurgia.

Ligaram 3 vezes lá do bloco chamando e nós lá... Só achei errado isso: a internação... tu chega e tem que esperar. Eu não sabia que era assim. Atrasaram tudo. Chegamos aqui 6:00 e viemos pra cá 8:30. Foi demorado lá na portaria... Entrou pro bloco as 8:30. Não tinha leito... Tivemos que esperar a enfermeira chegar pra ver onde tinha leito. E ela demorou a chegar. Só quem podia liberar leito era a enfermeira. Não era certo se ia internar. A cirurgia dela tava marcada, mas dão preferência pros adultos. O médico marcou 5:30 pra termos aqui, e nós atrasamos um pouco. Chego aí e as pessoas passam na frente, dão preferência pros adultos. Como podem fazer isso com uma criança? Ela tá nervosa... Chega aqui e não é certo que vai baixar... E se não fosse hoje tinha que vir com a guria de novo. (Branca de Neve-mãe)

Já a mãe de Batman diz que acordaram as três horas e trinta minutos da madrugada, chegaram cedo ao hospital e estavam tendo que esperar. Durante nossa conversa na porta do CC, perguntou se estavam operando a outra criança ainda (pois havia outra cirurgia infantil do mesmo médico antes do seu filho). Disse estarem no hospital no horário marcado, mas teve outra cirurgia antes, relatando ainda preocupação, pois não sabia se teria leito. Os mesmos aguardavam resposta do setor de internação sobre o quarto que internariam, havendo ainda a possibilidade de suspenderem a cirurgia caso não houvesse leito disponível, pois o setor de internação aguardava as altas que ocorreriam naquela manhã para conhecerem os leitos disponíveis, fato que pode ser observado no relato a seguir descrito, ou seja, sua percepção sobre os sentimentos do seu filho em relação a espera da cirurgia.

Agora que chegou aqui que ele ficou mais nervoso, é por causa da espera...Vê outras crianças chorarem, mas estava tranqüilo... Achei que ia ficar com medo, porque viu a outra menina entrando chorando pra mesma cirurgia também. Ele só perguntava: mãe vai demorar pra eu dormir? (Batman-mãe)

Assim como a mãe de Batman, observa-se que outros familiares também abordam a influência da espera para entrarem para o interior do CC, no estado emocional das crianças, as quais acabam ficando mais nervosas por este fator, destacando que as mesmas aguardam no próprio CC, observando todas as situações e acontecimentos que ocorrem naquele setor.

Chegava uma pessoa e outra, e perguntava pra ele da cirurgia e ele nem respondia, não tava nem aí, agora chegou aqui e ficou falando mais, é por causa da espera. (Homem Aranha-mãe)

Marcaram pra agora se operar... Já tínhamos vindo semana passada, mas não deu porque ele tinha bronquite e tava com tosse. Agora essa expectativa pra ele de novo. (Super Homem-mãe)

Guido (1996), refere que na maioria dos hospitais, o cliente provém de sua residência ou é encaminhado de sua unidade de origem, para a sala de espera do CC onde aguarda o procedimento, porém muitas vezes este local é o próprio corredor da unidade. Sendo assim, os mesmos aguardam em locais inadequados, às vezes, como em relatos ocorridos neste trabalho, por longo tempo, o que contribuiria mais para a ansiedade.

Além do fato de não se ter um local adequado para essa espera no CC, Guido (1996) refere que familiares aguardam notícias do cliente nos corredores próximos, no *hall* de entrada do CC ou em capelas e ambientes adaptados para abrigá-los.

As falas de Pato Donald-pai e Pernalonga-mãe, relatam a administração de medicação de pré-anestésico no próprio CC antes da entrada na área restrita, demonstrando que a sua realização torna a espera e a separação da família mais tranqüila para as crianças, assim como para os familiares.

Agora a gente ficou esperando um tempão lá na porta pra entrar... Mas ele se “entregou” e dormiu. Tava demorando pra dormir... Dormir... Dormir... Ele não dormiu, só ficou sonolento... mas mesmo assim volta e meia ele queria levantar. Eu até acho que foi tranqüilo, tava só preocupado porque tava demorando a dormir (quando deram pré anestésico), da outra vez foi mais rápido, ele entrou direto. (Pato Donald-pai)

Mas ele entrou calmo, não chorou, é até estranho, né? Mas quem chorou fui eu. Acho que não chorou por causa da anestesia. Foi bom, assim ele ficou mais calmo e entrou mais tranqüilo. (Pernalonga-mãe)

Constatei que, após algum tempo de espera, vieram buscar Pernalonga. A mãe deu-lhe dois beijos no rosto, e com os olhos com lágrimas solicitou que se comportasse e não chorasse. O menino, sonolento, entrou tranqüilo no colo da funcionária, sem apresentar resistência.

Pato Donald apresenta um problema neurológico, que ocasiona dificuldade de expressão e agitação. Os pais, principalmente o pai, cita por várias vezes sua preocupação devido a esse problema, pois na cirurgia anterior a criança apresentou agitação e chorou muito antes de entrar para a sala cirúrgica e principalmente ao ser entregue à circulante para a cirurgia, e após acordar da anestesia. Devido ao problema que apresenta e seu comportamento na cirurgia anterior, a circulante administrou um pré-anestésico para tranqüilizar o menino. O pai referia-se a demora na realização do efeito da medicação, referindo que ele não faria efeito e que a criança iria se agitar. Solicitava que o filho ficasse ‘quietinho’ e fechasse os olhos para dormir, ficando todo o tempo da espera observando se ele já havia dormido. Ao chegar a circulante para levá-lo, o mesmo já apresentava-se sonolento e tranqüilo, porém o pai dizia que a medicação não tinha “feito bem” o efeito e que ele não tinha dormido podendo se agitar lá dentro.

Queiroz (2000) relata que algumas mães não gostam de ficar ouvindo o choro de seus filhos quando adentram o CC, e que, envolvidas por emoções vivenciadas naquele instante, sentem até o desejo de retroceder na decisão da cirurgia, se possível fosse, gostariam até mesmo de se colocar no lugar deles naquele momento.

A permanência da criança nos corredores do CC antes da operação apresenta-se como decorrência dos atrasos de outras cirurgias, assim como problemas para realização da internação. Praticamente em todas as cirurgias pediátricas que ocorrem nesta instituição, as internações duram cerca de um dia, ou seja, a criança chega diretamente para o CC e após a cirurgia é encaminhada ao quarto, recebendo alta no dia seguinte. Porém, no relato da mãe do Homem Aranha, a seguir, como também em praticamente todas as situações que foram observadas, as famílias são encaminhadas para o CC com seus pertences, só sabendo o quarto que ocorrerá a internação na saída da criança da SRPA.

Um exemplo foi o de Super Homem, que acompanhado da tia e avó, aguardavam em pé na porta do CC, no corredor do hospital para serem chamados à cirurgia, sendo que foi neste local que ocorreu meu primeiro contato com eles, e onde tive a oportunidade de falar sobre a pesquisa. Os mesmos não permaneciam na sala de espera por falta de espaço, também não se dirigiram ao quarto, por não saberem ainda em qual internariam. Outro exemplo de não saber o quarto de internação foi o do Homem Aranha:

Não sabemos o quarto onde vamos ficar, não sei se ele sai por aqui, ou vai pra lá... da outra vez foi no Hospital de Clínicas e ele foi pro quarto... nós esperamos no quarto. (Homem Aranha-mãe)

A mãe de Branca de Neve referiu ser bom conhecer o quarto antes da cirurgia. Acredito que tal situação permitiria uma organização dos pertences da família, como também maior privacidade e tranquilidade para os mesmos, evitando os longos períodos de espera, resultado de problemas administrativos, e que, por vezes, acabam gerando a permanência da criança e seus familiares nos corredores da instituição, fatos que ocorrem em certas situações e que acabam gerando a necessidade de espera dos mesmos na porta do CC.

E geralmente vai pro quarto primeiro... Assim é bom, conhece o quarto. Ela foi direto pro bloco. (Branca de Neve-mãe)

O único caso das entrevistas em que houve encaminhamento prévio para o quarto foi o de Barbie. Nesse caso, primeiramente acompanhei a funcionária do transporte do CC até o quarto da paciente, a qual tinha sido internada uma hora antes acompanhada de sua mãe. As duas estavam sentadas e conversavam sobre o que a menina ia comer após a cirurgia, a mãe falava que seria muito bom, porque ela ia poder comer bastante sorvete, sendo que a mãe orientava a criança e deixava-a mais tranqüila e distraída. Após a oportunidade de alguns esclarecimentos como horário de visita e refeições, foi solicitado pela funcionária do CC, que a menina retirasse a roupa e colocasse a camisola da cirurgia, esta, tranqüila e sorrindo, atendia o pedido, sendo auxiliada pela mãe.

A paciente foi caminhando de mãos dadas com a mãe até a porta interna no CC, sem necessidade de espera. Na porta perguntou se a mãe ia entrar. Essa falou que só podia ir até ali, como já havia explicado antes e despediu-se da filha com um beijo e dizendo que logo estariam junto de novo. Tranqüila, a paciente entrou caminhando no interior do CC, de mão com outra funcionária que aguardava na porta.

A questão de na chegada ao hospital, “ir direto” para o CC, traz algumas vantagens como a diminuição do tempo de internação, a contenção de custos e prevenção de infecções, porém tal situação traz também desvantagens como um tempo curto para a educação e nos casos aqui apresentados, um período de espera inadequado no CC.

Em outra situação, por exemplo, Piu Piu aguardava no próprio CC sua entrada, a circulante trouxe um “copinho”, entregou para a sua mãe e solicitou que ela desse o remédio ao filho, dizendo que com o remédio ele ia ficar mais calmo, e a mesma foi embora em seguida. A mãe segurando o copo com aparente olhar de dúvida, olhou para mim e disse: “deve ser remédio para dormir...deve ser bom...” A partir desse momento permaneceu com o filho sonolento no colo por quase uma hora, caminhando de um lado para o outro no corredor, quando uma funcionária ao lhe ver em pé, lhe trouxe uma cadeira de outra sala e disse que podia aguardar sentada até chamarem o menino.

Mesmo considerando as diversas limitações existentes, para uma assistência adequada, as situações relatadas são freqüentes no cotidiano do CC, estas condições de espera já poderiam ser pensadas e planejados cuidados mínimos para diminuir a ansiedade/desconforto dos familiares e crianças.

### **4.1.3 O Preparo Pré-operatório da Família**

Ao serem questionados se receberem orientações sobre o procedimento cirúrgico, em se tratando de profissional de saúde, ficou ressaltada a figura do médico na orientação a família, sendo o único profissional de saúde citado, como observa-se a seguir:

O médico falou com a gente, conversou com ela também... O que é mesmo eles não explicam pra gente... o que vai acontecer, quanto tempo é, só disseram que tínhamos que estar aqui cedo pra fazer cirurgia e vir direto pro bloco, pra cá. (Branca de Neve-mãe)

O médico disse que é uma cirurgia rapidinha, que vai pra recuperação e espera passar a anestesia... O doutor conversou com ele, disse como é que era, explicou que ele ia tomar uma injeçãozinha na veia como se fosse tirar sangue e depois ele ia dormir e não ver nada. Depois ia acordar e ia tá com o curativo. (Batmann-mãe)

O médico tentou entrar no parâmetro dela como criança, conversou ao nível dela, numa linguagem bem acessível que ela entendeu. Ele explicou que ela ia ter que operar a garganta pra respirar e dormir melhor. (Barbie-mãe)

Da cirurgia a gente não sabe muita coisa. Ele (o médico) explicou que ele tomaria uma anestesia geral, e faria dois cortes: um na ‘barriga’ e outro na ‘bolsa’ e baixaria o ‘ovinho’ Ele sabe que vai se operar, o médico explicou pra ele que ia cortar ele de novo, ia colocar a ‘bolinha’ no lugar. (Pato Donald-pai)

O médico falou com a gente, explicou o que ele ia tomar anestesia e depois ia ficar na recuperação até acordar bem... Conversou com ele também. O que é mesmo eles não explicam pra gente... Quanto tempo é... Só disseram que taríamos que estar aqui às 7 horas pra fazer cirurgia e vir direto pro bloco pra cá. (Homem Aranha- mãe)

Foi o doutor que falou da cirurgia... Ele fez uma cirurgia antes a primeira... agora tá aqui... não é que não deu certo.... precisa dessa operação pra ficar perfeito... Foi o que ele me disse... E é o que eu sei... Falou o tempo... da outra vez ele falou que ia ficar sete dias, que ia botar sonda, soro na veia, explicou como ia fazer o canal... que ia fazer a emenda no canal. (Piu Piu-mãe)

A doutora disse que ele tinha que se operar. A operação como é que é a gente não sabe. (Super Homem-avó)

Quando questionados sobre as orientações recebidas, em nenhum momento das entrevistas a enfermeira foi lembrada. Além de se perceber a ausência da enfermeira no pré-operatório (antes do encaminhamento ao CC), percebi que a enfermeira não interage com os clientes. Verifiquei sua presença devido a necessidade de contato com a mesma para solicitação do mapa cirúrgico. E, em diversos momentos encontrei-a realizando ligações telefônicas para o setor de internação, organizando a escala de cirurgia solucionando as questões de disponibilidade de leitos, objetivando atender às necessidades dos usuários, porém não interagiu diretamente com os clientes.

Ao se preparar para a cirurgia, os clientes colocam todas as suas preocupações e expectativas, que estão voltadas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão. Ele traz consigo dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer, sendo o hospital um ambiente estranho e desconhecido, onde se sente nas mãos de profissionais, nos quais confiam e esperam receber cuidados adequados.

O trabalho do enfermeiro de CC, em determinados momentos constitui-se como um instrumento da equipe cirúrgica, ocupando-se de tarefas administrativas, como afirmam GUEDES et al (2001, p.24), “percebe-se que a função burocrática, planejamento, organização e o controle sejam elementos firmemente incorporados ao seu trabalho diário”, não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o cliente.

Outro fator é referenciado por Silva e Lacerda (2006), os quais descrevem que a forte tendência para a cirurgia ambulatorial gera um curto período de permanência do paciente no hospital sendo insuficiente para a assistência completa do processo cirúrgico, tal como tradicionalmente conhece-se e preconiza-se. Como hipótese, para tal fato, problemas relacionados com a atual realidade do processo cirúrgico podem estar ocorrendo e nem sempre sendo reconhecidos. Diante disto, faz-se necessário que novos modelos de assistência perioperatória sejam discutidos ou, ao menos, que o modelo convencional seja revisado e se adapte à atual demanda.

Salimena (2000), refere que atualmente a internação do paciente feita no mesmo dia da realização da cirurgia, ou até mesmo a não-internação para os procedimentos de pequeno porte, dificulta mas não impossibilita as orientações e os esclarecimentos que deverão ser feitos pelo enfermeiro ao paciente e a sua família.

A organização do serviço de Enfermagem do CC implica mais do que o fato de organizar materiais de consumo, prever técnicas, disponibilizar profissionais e agendar cirurgias. Porém, percebi que a enfermeira ocupa o seu tempo telefonando e organizando o serviço, não interagindo diretamente com os clientes.

Acredito que a visita pré-operatória corresponde a um importante momento de interação entre enfermeira/cliente/familiar, assim como, de preparo para a cirurgia, revelando a sistematização da mesma no serviço hospitalar. No entanto, tem-se consciência de que para a visita pré-operatória se torne realidade, faz-se necessário um número adequado de enfermeiros, e uma organização do serviço, para que os enfermeiros possam se deslocar até as unidades de internação.

No que diz respeito ao cliente cirúrgico ambulatorial, a situação torna-se mais difícil, porém a visita seria substituída pelas consultas de Enfermagem pré-operatórias e pela recepção e interação com os clientes no pré-operatório, momento em que receberiam algumas orientações.

As próximas verbalizações destacam a presença de outras pessoas nas orientações à família, como parentes que também são profissionais da saúde e outras pessoas que já passaram por procedimentos semelhantes.

Minha mãe fez cirurgia de hérnia também, falou que pode caminhar em seguida. (Batmann-mãe)

O meu cunhado é médico e explicou alguma coisa (Pato Donald-pai)

A gente sabe pouco... mas a gente sabe que depois da cirurgia acorda agitado, tem gente que já fez cirurgia e contou isso pra gente. (Homem Aranha-mãe)

A operação não sei como é que é. Eu vi que ele tinha um problema diferente, de observar. Eu só tive filha mulher. Mas quando minha filha baixou pra ganhar ele, outra moça ganhou gêmeos e eu troquei as fraldas deles, e vi que o “saquinho” era diferente do meu menino. (Super Homem-avó)

Ainda em relação às orientações, percebi nos relatos abaixo a importância das experiências prévias. Alguns dos familiares relataram situações vividas anteriormente com o próprio cliente, ou com outros filhos, que favoreceram o aprendizado, ou seja, aprenderam com a experiência.

Não recebi orientações. O que sei foi das experiências minhas, da operação da minha outra filha, e da escola que tô tendo, eu li bastante. (Barbie-mãe)

A irmãzinha dele fez cirurgia também, ele viu que foi tudo bem, porque isso acho que ficou mais tranquilo. (Batmann-mãe)

Agora até que tô mais tranqüila, da outra vez foi mais difícil, agora ele já fez uma, que a gente fica sabendo mais um pouco como é que é. Depois eu sei que tem que cuidar a sonda Teve cortizinho, teve pontos, tinha que cuidar... Eu sei que talvez vai ser assim de novo. A gente passando por aquilo uma vez, quando acontece de novo, por um lado não é fácil porque a gente sabe que a criança vai sofrer com a sonda com a dor, mas por outro lado a gente sabe mais um pouquinho como cuidar. (Piu Piu-mãe)

A gente já sabia isso que contei. Na primeira vez é mais difícil, a gente não sabe nada do que vai acontecer... E agora a gente já conhece... (Pato Donald-pai)

Assim como já abordado no referencial teórico, o fato de ter sido submetido à intervenção cirúrgica anterior e ter obtido sucesso ou, a opinião e/ou a experiência de pessoas próximas, é fator importante, que ameniza o impacto do ato cirúrgico (SANTOS e LUIS, 2002)

Os relatos a seguir mostram a presença dos familiares na orientação aos clientes, ou seja, um preparo operatório. Abordam a necessidade do procedimento, a tentativa de tranquilizá-lo. A experiência prévia além de contribuir para um maior conhecimento a respeito da cirurgia e dos cuidados necessários, também fornece subsídios para a família orientar o cliente.



Eu tentei deixar ela o mais tranqüila possível, eu fiquei preocupada que ela chegasse aqui e entrasse em pânico e começasse a chorar... Então, ela tá bem...eu já avisei pra ela em casa que ela vai ter que tirar a roupa, e que tinha que mostrar a unha... ela gosta de pintar a unha.... Desde ontem eu avisei que ela ia ter que tirar a calcinha... Eu avisei desde casa que ela ia ter que tirar a roupa toda, tirar a calcinha... brinquinho, que ia ter que colocar soro na veinha, então acho que ela veio bem preparada... Agora o médico veio (após a entrada da paciente no BC) perguntou pra mim como ela tava. Ela tava bem tranqüila. Então eu acho que consegui passar pra ela essa tranqüilidade que precisa na hora. (Barbie-mãe)

A gente falou com ele antes, que ele tinha problema, que tinha que fazer cirurgia. E se ele não fizesse podia complicar outras coisas. Que não ia doer nada lá, que ele ia pro quarto depois e a gente ia ficar com ele, e ele ficou tranqüilo. (Batmann-mãe)

E tinha explicado prá ela: tu tens que entrar no bloco, tem que botar uma roupa do hospital. Eu disse que ia correr tudo bem. O médico explicou pra ela...(Branca de Neve- mãe)

Desde o dia que ele foi fazer o exame de sangue eu disse que ia mexer na “bolinha... Que ia que fazer xixi direitinho e não ia doer. Disse que ia tirar a hérnia.... que tinha que acordar cedinho, tomar banho, nós ia arrumar a bolsa e vir pra cá... isso ele entendeu.... Mas eu avisei pra ele que ele ia ter que entrar com a moça pra mexer na bolinha. Tudo é uma questão de conversar... se criança não fica sabendo o que esta se passando começa a chorar... acho que quase tudo a gente avisou pra ele... o que a gente sabia a gente falou... o pai ajudou... conversou com ele, foi tranqüilo. (Pernalonga-mãe)

A seguir, nas falas das crianças, observa-se que estas demonstram a comunicação dos familiares sobre a necessidade da cirurgia e descreve algumas informações/orientações que receberam.

Minha mãe me trouxe aqui e disse que não ia doer, disse que eu tinha que operar, que eu ia dormir e não sentir dor. (Homem Aranha)

Meu pai disse pra eu não ficar com medo, disse que eu tinha que operar, e era a última vez. Minha mãe me trouxe aqui... eu tô fazendo operação de novo... eles falaram que eu tinha que operar... eu não queria operar não. (Piu Piu)

Minha mãe disse que eu tinha que operar e tirar a bolinha... ( Pernalonga)

O depoimento do paciente abaixo descreve além da recordação da orientação da mãe, também a lembrança da presença do médico para tranqüilizar a paciente para a cirurgia:

A mãe que disse que eu tinha que vir aqui pro hospital... Ela disse várias coisas... Gostei do dotor, ele disse que não ia doer... era pra apertar a mão..que não era pra ficar com medo... e só. (Barbie)

Garanhani (1993) diz que o momento da comunicação da necessidade da cirurgia ganha relevância por se tratar de uma decisão tomada à revelia da criança, a qual necessita adaptar-se, sendo revestido por sentimentos de tristeza, de mobilização e de receios, principalmente por desconhecimento do que ocorrerá. A autora refere ainda, que quando o conforto de pessoas significativas e orientações completas estão presentes, estes sentimentos são amenizados e a criança ajusta-se mais facilmente, sendo capaz de justificar a necessidade de sua cirurgia.

Em se tratando de pré-operatório, o relato a seguir destacou-se por resumir o que seria um preparo adequado de um cliente pediátrico. A mãe de Barbie ressalta a necessidade de um trabalho especial com a criança, destacando a realização dos procedimentos e descreve uma experiência positiva que teve com a filha durante a realização dos exames pré-operatórios.

Então eu acho que precisa um preparo pré-operatório... avisarem pro paciente o que vai acontecer... tanto na criança quanto no adulto... porque a gente entra aqui e fica com medo porque não sabe o que vai acontecer! Eu tô fazendo enfermagem, mas trabalho na higienização. Pelo que aconteceu com minha outra filha eu já sabia o que ia acontecer e agora tendo aula de cirúrgica... Então a gente tá comentando muito de preparo pré-operatório e o pós operatória... aquela coisa toda... Muita coisa que não tem na realidade... As vezes tu precisa de uma atenção que tu não tem certa vezes, explicações de certas coisas...a hora que tu vai colocar o soro... pode ser bobagem pra pessoa que ta ali na rotina, mas pra ti é importante. Um simples soro pode te deixar em pânico. Eu fiz um curso de laboratório, foi um mês de laboratório, então nos tivemos estágio de coleta de sangue. Então eu explicava pra ela como coletava o sangue, que tinha que pegar a seringa, procurar a veia pelo tato. Ela é muito curiosa. Então ela agora perguntou: vou ter que tomar injeção na bunda? Não, eles vão ter que pegar uma veinha no bracinho, com uma borboletinha, vai ser uma picadinha e vão colocar o esparadrapo pra colar no teu braço, pra colocar o soro, pra tu ficar com anestesia e não sentir dor. Se você ficar quietinha não vai doer. Então a gente conversou muito. Às vezes eu levava seringas pra casa e ela brincava nas bonecas...Agora ela fez os exames e foi até muito interessante. Porque eu nunca vi laboratório pra criança, nem quando eu fiz estagio. Nos estávamos sentados na sala de espera, e saiu uma moça lá de dentro e perguntou quem era a (..) Ai ela disse: sou eu! Ai sentou no chão e começou a conversar com ela... tinha uns brinquedos..aí eu comecei a perguntar quem era essa pessoa estranha que apareceu sem jaleco, sem nada... aí aos pouquinhos eu fui vendo... ela explicou pra minha filha da coleta de sangue, se ela sabia o que era isso... e conversaram um monte. E depois ela ganhou um certificado de menina muito corajosa... ganhou pirulito. Por que tu sabe... na realidade da coisa tu sabe... tu estuda e a realidade do dia a dia é bem diferente. Tu não tem orientação. Eu acho que ainda falta muita coisa em relação a atenção ao paciente... A experiência foi boa pra ela porque teve uma pessoa que se interessou, eu achei a atenção deles fantástica! Então, eu acho que quando tu tiveres um trabalho que tu direcionar teu tempo pra pessoa, teu trabalho vai ser bem melhor... vai ser mais compensador... O pré-operatório tem que ser bem orientado... conversar com a criança... explicar... vir alguém,

conversar meia hora com a criança... assim como vocês vieram aqui... Se conversar antes cria um vínculo... (Barbie-mãe)

Em algumas instituições, como a descrita por Queiroz (2000), existe um Serviço de Enfermagem na Assistência Perioperatória (SEAP), no qual a enfermeira do CC, ao anoitecer do dia anterior a cirurgia, se encaminha às unidades de internação do hospital para fornecer as orientações necessárias, tanto para os acompanhantes como para as crianças internadas em pré-operatório, destacando situações que iriam acontecer na cirurgia, consideradas preponderantes para diminuir as tensões e ansiedades que antecedem ao ato cirúrgico.

Em relação ao preparo pré-operatório da criança para a cirurgia, temos como exemplo, o trabalho realizado pelo Hospital Albert Sabin, em Fortaleza, Centro de Referência Nacional para a Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente. O mesmo possui a chamada “Sala de Cirurgia sem Medo”, onde é realizada as explicações para a criança sobre o aparelho de oxigênio, o soro, a fumacinha que vai fazê-lo dormir e não sentir dor. Ela examina um boneco que tem estruturas do corpo humano e brinca com as miniaturas de *Playmobil* que reproduzem a sala de cirurgia, e também, a hora de entrar no CC é de bicicleta. E a família também é preparada, tendo a chance de esclarecer dúvidas sobre a patologia, o tratamento e os procedimentos pré-operatórios. (BRASIL, 2004)

Nesta visão, abre-se para os profissionais da saúde, uma reflexão sobre a importância de programas de preparo pré-operatório infantil, possibilitando a implementação de metodologias que atendam o momento vivido, através do empenho de esforços para viabilização da organização destes programas nos serviços que não o tem.

Outra questão é que a hospitalização implica em aspectos que afetam o cliente, sendo vista como fator de despersonalização pela perda do controle sobre si e sobre os fatores que o atinge, somando-se a dificuldade em preservar a individualidade e a privacidade (PUPULIM e SAWADA, 2005)

A área física e a percepção dos profissionais sobre a privacidade do cliente, faz parte do cuidado pré-operatório. Os depoimentos a seguir abordam a questão do respeito e privacidade da criança, pois a instituição não disponibiliza de um local organizado especificamente para vestuário e uma avaliação médica prévia à cirurgia.

Não sei... não entendi... agora pediram pra eu vestir ele aqui em cima da maca. Mas é estranho, tinha que ter um local pra isso... disseram que ele ia ficar com sono e que depois podia ficar deitado pra esperar, mas é num corredor. Tinha que ter que ser um local apropriado... se fosse com adulto acho que fariam isso. Tinha outra menina aqui... eles também ficam encabulados... e a privacidade da criança?... Só peço que tudo corra bem. (Piu Piu- mãe)

Imagina se eu tô ali... e ela ia tirar a roupa perto de alguém, principalmente se fosse homem... ainda bem que foi mulher. Às vezes eles não se dão conta disso sabe, principalmente quando é enfermeiro homem, pois constrange a criança. (Barbie-mãe)

Em outra situação, a de Branca de Neve, o médico chegou no corredor, cumprimentou-a chamando-a pelo nome, tentou levantar a camisola da menina, a qual estava sentada em cima da maca, para examiná-la e identificar a presença de hérnia na região inguinal. Tendo a presença de outras pessoas estranhas, funcionários e pacientes, no corredor a menina olhava para os lados com sinal de timidez, não permitindo que o médico levantasse sua camisola, empurrando com uma mão o médico para trás e com a outra tentava manter abaixada sua camisola. A prima solicitava, sem sucesso, que a menina permitisse a realização do exame, tendo o médico se retirado, sem referir nada e, após duas funcionárias vieram buscá-la. A seguir a mãe de Branca de Neve descreve a situação:

Foi difícil de examinar, chegou aqui ele queria examinar pra ver se ela tinha hérnia nas virilhas também, e ficou com vergonha. Ela não gosta de médico homem, gosta de mulher, mas ela é corajosa. (Branca de Neve- mãe)

Os dois banheiros na sala de espera, servem também de vestiário para os pacientes trocarem de roupa para a cirurgia. Geralmente um funcionário do CC solicita ao acompanhante que leve a criança ao banheiro, vestindo-a com a camisola, sendo que, algumas vezes são auxiliadas pelo funcionário. Porém, embora não seja um local adequado para este fim, algumas vezes nem é utilizado, pois além de questionar, também observei algumas vezes, que é solicitado que a troca de roupa seja realizada no próprio corredor, fato que parece apresentar-se como natural para a equipe, sendo uma forma de entender a criança, bem expressa por uma das mães.

Em muitos cuidados é inevitável a exposição do corpo e, preservar a privacidade, respeitar, demonstrar preocupação e dedicação, valorizando a individualidade do cliente, além de visualizar-mos no seu lugar, pensar sobre o que precisa ser feito e como ele prefere que o seja, é uma forma de garantir a qualidade da assistência, sendo que isto influencia a relação

interpessoal, fornecendo credibilidade a equipe, e propicia um ambiente de cuidado adequado. (PUPULIM e SAWADA, 2005)

Estes fatores, além de levarem em consideração a questão do local, também devem fazer parte do planejamento da assistência, lembrando o Código de Ética da Enfermagem em seus artigos 27 e 28 do capítulo IV que tratam dos deveres do profissional enfermeiro, sendo, o Art. 27 que fala em “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar” e o Art.28 que cita o “Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente”.

## **4. 2 SEGUNDO MOMENTO: Período Operatório**

Durante a realização da cirurgia, questionei os familiares sobre como estavam se sentindo enquanto aguardavam o término do procedimento. Surgindo através dos depoimentos os sentimentos em relação a cirurgia, a anestesia, a espera do lado de fora, os auxílios utilizados para enfrentar este momento e a influência dos fatores físicos e humanos do CC.

No momento anterior era feito o contato com os sujeitos, ou seja, na chegada dos mesmos ao CC, onde se estabelecia a primeira interação. Após a entrada do cliente para a cirurgia, os familiares-acompanhantes eram encaminhados por mim para alguma sala, que não estava sendo usada, visto que não existia no CC uma área disponível e apropriada para realização da entrevista. Todos sujeitos se disponibilizaram a conversar e colaborar no que fosse necessário, aparentando interesse. Os mesmos apresentaram-se cordiais e disponíveis para responder os questionamentos.

### 4.2.1 O Afastamento do Cliente dos Familiares e as Pessoas Estranhas do Centro Cirúrgico

Santos e Villar Luis (2002, p.23), vêem o paciente “colocando sua vida nas mãos da equipe cirúrgica, nem sempre com escolha, pois desconhece a equipe toda, o que potencializa sua ansiedade perante o desconhecido e o inesperado.”

A entrada da criança para a cirurgia, ou seja, seu afastamento dos familiares, é identificada como uma situação que gera momentos de dúvidas e medo. Estes entregam o filho a pessoas estranhas, na porta do CC, para a realização de procedimentos cuja natureza desconhecem, em um local que de praxe é estranho para eles.

Eu acho que deve ser difícil ter criança que fica quietinha pra entrar, até as pequeninhas devem chorar, porque devem sentir que estão com gente estranha... Sai do colo da mãe, e vão no colo dessas pessoas com essas roupas... E outra coisa: ele ficava só comigo... agora que vai pra escola..e aí vem pra cá pro hospital e fica com gente que não conhece... Que ele não viu antes... Nessa idade eles querem ficar com a mãe e o pai. Por mais bem que trataram ele lá dentro não são substituídos por outra pessoa. (Piu Piu-mãe)

Ele vê outras crianças chorarem, vê essas pessoas diferentes... Mas ele por ser criança até que tá tranquilo... acho... Entrou com a moça... Ele já sabia que eu não podia entrar junto, eu disse antes pra ele. Mas dá nervoso também por ele ficar lá dentro com gente que eu e nem ele conhece. Só a gente entende o filho da gente. Parece que tão tirando o filho da gente... É isso que a gente sente. (Homem Aranha-mãe)

No seu estudo Queiroz (2000, p.92), aborda a preocupação do familiar pelo filho estar enfrentando sozinho o momento da cirurgia, sendo que a intensidade dos seus sentimentos está vinculada ao grau de envolvimento afetivo entre eles.

Um no ambiente hospitalar de pré-operatório e outro na unidade de CC, sendo que a mãe sofre suas tensões maiores na área externa da unidade, em um local sem infraestrutura para ser considerado uma sala de espera, mas que lhe é designado como o sendo. Enquanto isso o filho permanece sozinho na área interna da unidade, algumas vezes chorando, durante os momentos que precedem o ato cirúrgico. Portanto, é a visão do filho temeroso que vai acompanhado de alguém desconhecido para a sala de cirurgia que influencia significativamente nas reações comportamentais da mãe acompanhante.

Já Salimena (2000), fala que o mundo hospitalar do CC tem nos mostrado que há um desconhecimento total dos funcionários em relação às pessoas que eles recebem para a cirurgia. O primeiro contato, geralmente é feito dentro do CC, não havendo tempo para se estabelecer confiança, empatia e diálogo.

Outro fator, é que esses clientes possuem algumas particularidades que também interferem na assistência de Enfermagem do serviço, ou seja, não é um cliente considerado grave, ele observa tudo o que acontece na unidade, como os profissionais que atuam, ouve as conversas e os movimentos da equipe, vivenciando a rotina dessa unidade, como um fato que é descrito pela mãe de Piu Piu:

Agora a gente tava aqui... a gente tá esperando porque tem a outra guriazinha lá dentro, tem que esperar terminar a dela pra gente entrar. Agora a gente tava aqui na porta e ele viu a guriazinha entrar, ela tava chorando, tava braba... ele viu isso... levaram ele pra lá... ele tava chorando e ele viu tudo. (Piu Piu-mãe)

Em algumas instituições o familiar acompanha a criança dentro do CC até a hora da indução anestésica e posteriormente está presente na SRPA durante a sua recuperação. Situação essa que não é rotina no local de estudo, não sendo permitido que os familiares acompanhem as crianças dentro do CC enquanto aguardam o início da cirurgia, como também a recuperação na SRPA.

A verbalização de Branca de Neve, a seguir, mostra o sentimento de ter sido enganada pela prima quando essa disse que iria entrar junto no CC:

Eu vim com minha tia, minha prima e a minha mãe. A minha prima foi comigo lá... disse que entrar comigo, mas só foi até a porta, lá dentro fiquei sozinha, ela mentiu pra mim. (Branca de Neve)

Ao levarem a maca com a paciente, esta começou a chorar agarrando-se a prima e perguntando se a mãe não viria, recebendo a resposta da prima que a mãe estava providenciando o quarto onde elas iriam ficar. A prima disse que só poderia ir até a porta, e a menina chorando muito, batia com os braços na prima dizendo que ela tinha mentido porque tinha dito que ia entrar junto na sala de cirurgia.

Minutos após a entrada da menina, a mãe chegou ao CC, entrando rapidamente e observando ao seu redor, em sinal de procura da filha. Foi informada pela sobrinha que a

menina tinha acabado de entrar. A mãe suspirando reclamou da demora para realizar a internação, o que não permitiu estar junto da filha na hora que entrou para a cirurgia. Ao ser informada pela sobrinha que a menina chorou ao entrar, a mãe encheu os olhos de lágrimas, lamentando não poder estar junto da filha no momento.

O fato do paciente ter uma pessoa conhecida no interior do Centro Cirúrgico, faz com que o mesmo tenha mais confiança diante da necessidade de ser submetido a uma operação.

Ele acordou chorando, gritando e me chamaram lá, ele tava gritando... Só queria eu... Ele dormiu e se acordou com gente estranha... Até a gente que é adulto estranha... O hospital eu já conheço, o Dr. eu já conheço... eu não conheço o pessoal... Acho que o bom é ter gente conhecida trabalhando lá dentro, porque aí ficam “de olho” no que esta acontecendo e avisam nós. Quando a criança entra pro bloco, levam teu filho, tu pensa em um monte de coisa..tu fica esperando ansiosa a hora que vão trazer ele de volta..A gente vê tanta coisa na televisão e fica pensando... ah, eu chorei, tu viu... Não sei o que dá na gente... A primeira vez que se operou eu fiquei mais apavorada, eu caminhava no corredor... Tanto que eu procurei fazer cirurgia com ele mesmo que eu já conhecia... ele te acalma... Até esperei um mês, dois... mas aí eu fui atrás. (Pernalonga-mãe)

E ele confia no doutor, já conhece o doutor, ele trata bem nosso filho. (Pato Donald-pai)

Mas eu optei por aqui porque conheço muita gente aqui, trabalho aqui há muitos anos e a gente tem confiança nas pessoas, né? Então, quando eu passo num corredor com ela e dizem: aí fulana é tua filha? Então eu fico mais tranqüila. Não que não seja um bom profissional, mas tu conhecendo a pessoa que tá lá é mais fácil..tu fica mais tranqüila. (Barbie-mãe)

O relato da mãe é reforçado pela fala da filha, exposta abaixo, a qual afirma já conhecer o ambiente do hospital e ter uma pessoa conhecida trabalhando lá, sendo um fator tranquilizador ter a certeza de poder contar com a presença de alguém conhecido podendo representar uma ajuda caso haja a necessidade.

Eu já tinha vindo aqui, aonde a mãe trabalha. Já conheço mais ou menos... A moça lá dentro é amiga de minha mãe. (Barbie)

Esta mesma paciente foi a única das entrevistadas encaminhada ao leito, antes da cirurgia, sendo que, quando foi buscada veio caminhando de mãos dadas com a mãe até a porta interna no CC, entrando diretamente, não necessitando ficar aguardando e observando os movimentos nos corredores internos. Na porta perguntou se a mãe ia entrar. Esta falou que



só podia ir até ali, como já havia explicado antes e despediu-se da filha com um beijo e dizendo que logo estariam junto de novo. Tranquilamente a paciente entrou caminhando no interior do CC, de mão com a funcionária que aguardava na porta, a qual sorriu para menina.

Esta situação demonstra um exemplo de preparo pré-operatório, onde a criança havia sido orientada pela mãe, teve oportunidade de esclarecer dúvidas antes do procedimento e houve um planejamento, com prévio encaminhamento ao leito.

#### **4.2.2 A Espera dos Acompanhantes pelo Término da Cirurgia**

Em seu modo de expressar as emoções sentidas, os acompanhantes, relatam sensações de “coração na mão”, de tontura e dores físicas que podem ser consideradas sinais indicadores de angústia, expressadas através do corpo (SALIMENA, 2000). Os relatos a seguir revelam os sentimentos dos familiares enquanto aguardam o término da cirurgia do lado de fora.

Tem que esperar pra ver... Sei lá, a gente fica com medo sim, dá fome, dá dor de barriga, dá dor de estômago, dá sensação ruim. A gente fica com o coração na mão. (Batmann-mãe)

A gente fica com o coração na mão. Eu tô nervosa. Eu tento pensar que tudo vai correr bem... A gente sente o coração bater mais rápido e dá vontade de chorar. (Branca de Neve-mãe)

Sei lá, a gente fica com medo, dá fome, dá dor na barriga, dá tontura, dá uma sensação ruim. É uma coisa que a gente não esperava, a gente nunca espera uma coisa dessa pra um filho a gente.(Homem Aranha-mãe)

Alguns entrevistados quando se referiam ao momento de separação, apresentavam os olhos com lágrimas ou a aparente vontade de chorar, assim como o verbalizado por Branca de Neve. O choro mostra-se como uma forma de enfrentamento das situações difíceis, bastante utilizada pelas pessoas. Queiroz (2000), identificou em sua pesquisa que o ato de chorar pode aliviar e apoiar, não sendo portanto uma fraqueza e sim um mecanismo de enfrentamento para a incerteza, falta de informação, e principalmente para a separação.

Durante a coleta de dados e através dos depoimentos foi comum observar os acompanhantes inquietos e preocupados, às vezes sentados, cabisbaixos e pensativos, outras

vezes, andando de um lado para o outro, relatando ausência de informações por parte dos funcionários sobre o que se passava na sala cirúrgica.

Durante todo o tempo os sujeitos apresentaram-se disponíveis para responder aos questionamentos, porém ficavam atentos aos sons dos movimentos e falas dos funcionários, justificando que eles poderiam querer fornecer notícias da cirurgia.

Quando eu vi que ele tava bem deu um alívio. Ninguém me disse nada lá. Só fiquei sabendo que ele tava bem quando ouvi o barulho da maca e vi ele vindo. Alguém devia ter dito que estava se passando lá dentro. A gente espera que alguém saia pra dar notícias, aí a gente melhora um pouco. (Homem Aranha- mãe)

Espero que lá dentro ele esteja calmo também... ninguém vem dizer nada, deve ser porque tá tudo bem. Ele entrou chorando da outra vez... agora foi mais tranqüilo. (Pato Donald- pai)

A gente tenta ficar calma, mas claro que quer saber o que tá acontecendo. A gente róí as unhas. A gente pensa no que ta acontecendo lá dentro. Se vai demorar muito. (Batmann-mãe)

A mãe de Batmann na hora da entrada para a CC, perguntou para funcionária que hora terminaria, a mesma disse que era rapidinho porque era um procedimento simples. Referiu que mais tarde viria dar informação, porém a mesma não retornou, nem outro funcionário.

Agora ele já entrou... e só esperar..mas a gente fica imaginando o que tá acontecendo... se a cirurgia já terminou... a gente chora de nervosa, porque a gente tá aqui e não tá vendo nada que tão fazendo com o filho da gente. (Homem Aranha-mãe)

O fato de desconhecem ou terem conhecimento parcial do que ocorre na sala de cirurgia é um estímulo para comportamentos ineficazes, tais como sentirem preocupação, medo e angústia, sentimentos estes reforçados por ocasião da hospitalização e especificamente do momento da separação familiar e paciente (QUEIROZ, 2000).

O tempo de permanência na sala cirúrgica torna-se angustiante para os familiares, fazendo com que estes percam a noção do tempo real, parecendo que as horas não passam, sendo que só o que podem fazer é esperar, situação esta que se agrava com a falta de informações sobre o desenrolar do ato cirúrgico. As falas a seguir revelam a ansiedade em relação a espera pelo término da cirurgia:

A primeira vez foi difícil... Agora a gente fica nervoso esperando, não chegando a hora nunca, não termina nunca igual da primeira vez.... Até acho que não é demorado, mas a ansiedade parece fazer que o tempo é maior... acho que demora 2 ou 3 horas, mas parece mais tempo. Temos que fazer força para esperar tanto tempo. (Pato Donald- pai)

A gente um pouco apreensiva. A gente não tá perto lá dentro... Não sabe o que tá acontecendo. Eu que fiquei olhando as horas, as horas não passavam, custavam pra passar. Mas sempre fica alguma coisa pra trás, como eu te perguntei lá... quanto tempo ia demorar... parece uma coisa que pode parecer bobagem, mas é importante. Tu não tem noção...Teu filho entra e tu não sabe se teu filho vai ficar 1, 2, 3... 4 horas aqui dentro. Então a gente precisa saber mais ou menos o tempo. (Barbie-mãe)

É difícil ficar aqui parado sem poder fazer nada... isso dá um nervoso! (Homem Aranha-mãe)

E será que já começou? Quanto tempo será que vai demorar? Eles avisam se tudo correr bem na cirurgia? (Branca de Neve-mãe)

O medo pode estar relacionado a gravidade da doença e aos tipos de procedimentos médicos envolvidos, como também ao trauma que o procedimento pode trazer para a criança no caso, a cirurgia. Em relação ao desconhecimento do que está ocorrendo na cirurgia, Salimena (2000), refere que quando o risco de morte torna-se iminente ou simplesmente pelo fato de o desconhecido estar acontecendo ‘lá dentro’, do qual não se pode fugir, o familiar sente-se impotente, vazio e desamparado.

Guido (1996), apoiado em observações de sua prática, afirma que os familiares com frequência, expressam não ter recebido orientações sobre o tempo que o cliente permanecerá na SRPA, assim como as condições necessárias para que ele possa ser liberado para o quarto ou para a alta.

Já a avó de Super Homem durante a entrevista ficava inquieta, sentando e levantando algumas vezes, chorava algumas vezes e falava de seu amor pelo neto. O que mais chamou atenção foi a sua curiosidade. A mesma ficava olhando para a porta que dá acesso à parte interna do CC, e cuidava as pessoas que abriam a porta e saíam de lá. Quando a porta ficava aberta por alguns minutos observava o movimento das pessoas no interior do CC. Os funcionários que entravam e saíam do CC não falavam com a acompanhante e esta permanecia a espera de notícias, dirigindo um olhar de interrogação e o corpo em direção aos funcionários. Porém, a avó de Super Homem, como também outros acompanhantes, salientaram que o fato de ter alguém para conversar ajuda a passar o tempo

Agora conversando eu tô mais calma... a gente se acalma mais... (Super Homem-avó)

A gente fica conversando contigo, ajuda a passar o tempo... (Branca de Neve-mãe)

Mas tem que esperar, mas conversar ajuda a passar o tempo. (Batmann-mãe)

Enquanto alguns acompanhantes sofrem com a ausência da criança, é comum ter alguém para confortá-los. Mas raramente, os profissionais da Enfermagem desempenham esse papel, geralmente exercido por alguma pessoa mais próxima do familiar. Fato que é suficiente para que o comportamento do acompanhante seja modificado, ou seja, suas reações de angústia se manifestam, aparentemente, de maneira mais calma, levando a acreditarmos que o conforto recebido é um auxílio. (QUEIROZ, 2000)

### 4.2.3 Os Sentimentos em Relação a Anestesia

Os familiares relatam o medo da anestesia por suas conseqüências inesperadas e preocupantes, declaram também o temor de uma possível complicação, ou até mesmo a possibilidade da própria morte, ou seja, “dormir e não acordar mais”, como evidenciam as seguintes falas:

Da anestesia, ah sim eu tenho medo... Medo de não acordar... A anestesia que é perigo né? Acho até que a operação é simples, mas a anestesia pode dá algum problema de convulsão... Pode dá um monte de coisa. (Pernalonga-mãe)

Aí da medo de complicar alguma coisa e ele morrer. Por isso que a gente tem medo... (Super Homem-mãe)

É uma coisa que a gente não esperava, a gente sente medo, por causa da anestesia. A gente se preocupa com a anestesia geral, a gente vê tanta coisa, pode dar algum problema. (Batmann-mãe)

A gente se preocupa com a anestesia geral, a gente vê tanta coisa... pode dar algum problema... A gente sente medo, mais até por causa da anestesia. Dá medo de ele não acordar... Medo que aconteça algo e ele morra, dá medo... A gente já viu gente que tomou anestesia e morreu. (Homem Aranha-mãe)

Eu sei que a anestesia é geral e ele vai dormir, mas não sei como ela é feita.  
(Piu Piu- mãe)

Os sujeitos acima, embora não tivessem conhecimento detalhado, haviam sido orientados sobre o tipo de anestesia que seria realizada, porém as falas abaixo demonstram que outros familiares desconhecem não somente o tipo de anestesia realizada como também o médico que a realiza:

Mas eu acho que não é o Dr. que dá a anestesia... Eu não sei não.  
(Pernalonga-mãe)

A anestesia é geral? O médico não falou e eu nem perguntei, nem falei com ele hoje. (Branca de neve-mãe)

Em seguida passa o efeito da anestesia, ou demora? É geral? O doutor me explicou que toda anestesia é um risco de vida, por isso que a gente fica nervosa. (Super Homem-avó)

Observo que os profissionais de Enfermagem são os que geralmente tem o contato inicial com a família no hospital, pois se trata da categoria responsável pela admissão e, portanto, pela primeira aproximação com os clientes. O contato com o cirurgião e o anesthesiologista ocorreram predominantemente no CC, portanto, momentos antes de iniciar a cirurgia. Normalmente já conhece o cirurgião na fase pré-hospitalar, mas o reconhecimento do anesthesiologista, quando ocorre, é apenas no CC.

Fato que não foi evidenciado na pesquisa, pois, nas oito situações observadas, não houve contato do médico anestesista com a família no pré-operatório, sendo possível observar através dos depoimentos a necessidade de maiores esclarecimentos à família sobre o procedimento anestésico, sendo que algumas desconhecem o tipo de anestesia e até mesmo o profissional que a realiza.

Desta maneira, em relação ao conhecimento da cirurgia, vivenciar anteriormente experiências positivas com procedimentos anestésicos, mostram-se como um fator tranquilizador.

Da primeira vez eu tinha medo da anestesia. Todo mundo dizia que anestesia geral é perigoso. Eu tinha muito medo da anestesia, não da cirurgia. Mas como ele já fez uma... agora me preocupo além da anestesia que corra tudo bem na cirurgia... Mas na primeira tinha muito medo da anestesia, que alguma corra pudesse dar errado. (Piu Piu- mãe)

A anestesia é anestesia... É sempre preocupante... Até que hoje to mais tranqüilo, mas preocupa igual. (Pato Donald-pai)

Enquanto que, para os familiares o ato anestésico mostra-se como uma situação preocupante, as verbalizações dos pacientes, ou seja, das crianças, a seguir revelam a associação entre o uso da medicação pré-anestésica e o dormir, evitando assim o medo da operação e a dor.

Não senti nada... As enfermeiras me levaram lá pra dentro, eu tomei um remédio ruim pra eu dormir... E eles operaram eu... (Pernalonga)

Mas lá eu tava dormindo... eu não lembro de nada... não sei contar... me botaram na cama, e fizeram injeção pra eu dormir (aponta para braço)... Deram picadinha aqui, colocaram o aparelhinho aqui. Ai eu dormi... Daí, eles operaram eu. Eu não vi mais nada..aí eu acordei depois. (Piu Piu)

Eles deram remédio pra eu dormir e não sentir dor. Eles cortam quando a gente tá dormindo, eu nem vi... Eles me picaram aqui (apontando o braço) e depois eu dormi. Eu não sei contar mais nada. Depois eu acordei, e eles já tinham tirado, foi aqui ( aponta local da cirurgia) (Homem Aranha)

Eles deram remédio pra eu dormir e não sentir dor. Eles cortam quando a gente ta dormindo, eu nem vi... Eles me picaram aqui (apontando o braço) e depois eu dormi. Eu não sei contar mais nada. Depois eu acordei, e eles já tinham tirado, foi aqui ( aponta local da cirurgia) (Batmann)

Me deram um remedinho pra mim dormir... (Barbie)

Alguns profissionais, como também familiares, na tentativa de esclarecer a criança sobre os efeitos da anestesia, como a perda da consciência, e tranquilizá-la que não irá sentir dor, costumam informar que ele “vai dormir” e, por isso, não sentirá nada.

Esse conhecimento, do que preocupa os usuários, deve servir como base para o planejamento da assistência, pois, além de orientações honestas sobre o procedimento cirúrgico em si, é necessário, também no pré-operatório, explorar medos que podem cercar os clientes, como o medo de sentir dor, da anestesia e da morte.

#### **4.2.4 A Fé e o Apoio em Crenças Religiosas**

Através dos depoimentos percebi que os familiares acreditam no auxílio divino e que buscam invocar Deus como um mecanismo de ajuda para enfrentar o momento de espera. A aproximação com as crenças religiosas contribue para enfrentar a situação vivenciada, como é salientado a seguir:

Mas sinceramente não tenho medo, confio em Deus. (Barbie-mãe)

Vou ficar rezando para dar tudo certo e o tempo passar logo. Fiz promessa pra correr tudo bem, e temos que rezar nos momentos de aflição, é a melhor forma. É preciso rezar e ter fé pra ajudar a dar tudo certo. A gente faz promessa pra ajudar, eu fiz e minha mãe também, vai ajudar bastante, eu sei... tem que acreditar. (Homem Aranha- mãe)

Mas... confiamos em Deus. Deus não nos abandona nessas horas de mais dificuldade. Seria bom que a gente pudesse entrar junto, mas não posso, vou rezar e pedir a Deus que proteja ele, a gente tem fé que rezando ajuda e tudo dá certo, tem que acreditar nisso! (Pato Donald-pai)

Tem também que acreditar que vai dar tudo certo, o pensamento ajuda. Eu sou católica, tenho fé em Deus, mesmo precisando fazer de novo a cirurgia eu sei que Ele ajudou na outra cirurgia, tinha que fazer essa de novo pra ficar tudo direitinho, bem feito. (Piu Piu-mãe)

A gente agradece e faz promessa de novo. Das duas cirurgias que ele fez eu fiz promessa. Aí cumpri e fiz a outra. Mas tem que ter fé também que ajuda, temos que acreditar que tudo vai dar certo... Pensamento positivo! (Pernalonga- mãe)

A maioria das pessoas precisa acreditar em algo sobrenatural que as auxilie a conviver com as angústias, com as incertezas e com a impotência. A fé, o acreditar, o confiar e a esperança aparecem como um sentimento positivo, que dá suporte ao medo e a angustia. Funcionam como um mecanismo de defesa nos momentos vividos no contexto hospitalar, mais precisamente nos momentos de tensão, por isso as pessoas sentem que precisam amparar-se em alguém, buscam o apoio num ser superior. Sendo que a fé e a crença buscam dar equilíbrio às emoções nesses momentos, como também minimizam os sentimentos de impotência frente ao não ter nada para fazer e ao tempo vivido nessa experiência. (SALIMENA, 2000)

Segundo Silva (1997) referenciado por Queiroz (2000) as mães geralmente deixam perceber em seus discursos a grande preocupação com o medo que sentem diante da possibilidade do insucesso do procedimento, porém permanecem do lado de fora do centro cirúrgico sempre buscando a ajuda de Deus para a hora da cirurgia. O estudo do autor destaca que os familiares acreditam fortemente no auxílio divino e que sempre buscam invocar Deus e ao estarem próximas das crenças espirituais há um mecanismo que contribui para o enfretamento da situação.

Os depoimentos realizados pelos entrevistados revelam a idéia de uma complementação entre o fazer divino e o fazer humano. Deus se presentifica nas mãos dos médicos, servindo-se deles como instrumentos do seu agir, o que verifiquei nas seguintes falas:

Que Deus ilumine, controle as mãos do médico que tá na cirurgia... Eu tenho muita fé que tudo vai ficar bem. A gente foi pra igreja, fazia benzedura. Tu tinha medo, ela era muito pequenininha. Mas eu sempre tive fé que ia acontecer o melhor. (Branca de Neve-mãe)

Tem que ter fé em Deus. Eu tenho muita fé em Deus. Eu rezei, pedi a Deus pra tudo correr bem. A gente confia que Deus vai guiar as mãos dos doutores. (Super Homem-avó)

Em relação à manifestação da fé, o importante é respeitar que cada sujeito tem a sua crença, pois embora ela tenha ligação com os aspectos históricos, culturais e ideológicos de um povo, sabe-se que cada qual só responde por aquilo que acredita. Deste modo, penso que a fé ajuda a dar equilíbrio no referido tempo, auxiliando e minimizando os sentimentos de impotência. Saliento que, diante do exposto, a Enfermagem necessita conhecer alguns dados de seus clientes, como a religiosidade, o que estes consideram importante, no que acreditam e o que procuram quando estão necessitando de apoio espiritual e emocional.

O estudo realizado por Santos e Villar Luis (2002), mostra que um dos fatores que ajudam aos familiares a lidar com a necessidade da cirurgia, referem-se a suas crenças religiosas, que agem estrategicamente no enfrentamento dos medos e expectativas do procedimento. Queiroz (2000), salienta que a mãe chega ao centro cirúrgico abraçada ao seu filho, e ao entregá-lo para a equipe, demonstra sentimentos de esperança e fé na cura definitiva.

Porém, a palavra e a confiança no médico também têm um valor imenso na tomada de decisão do paciente pela realização do procedimento, como no relato a seguir:

Claro que eu confio no médico, caso contrário não faria a cirurgia. (Pernalonga-mãe)

Em relação a colocação acima, acredito que o médico tem papel importante para a família, na tomada de decisão dessa, pela cirurgia, sendo que, Frank, Santos e Villar Luis (2002, p. 35), dizem que



Tal valor estaria embasado na fé que o paciente tem na cirurgia enquanto procedimento de cura, reforçada pela justificativa científica fornecida pelo médico. No seu entendimento, a pessoa que vai submeter-se a uma cirurgia é totalmente dependente do cirurgião (literalmente coloca a vida em suas mãos), daí o poder desse profissional e da importância atribuída ao ato cirúrgico como meio de se obter uma cura imediata.

### **4.3 TERCEIRO MOMENTO: Período Pós-operatório**

Neste terceiro momento, o pós-operatório, foi visitada a família no quarto de internação, no mesmo dia da cirurgia, algumas horas após o procedimento. Todas as crianças se encontravam em repouso no leito e estavam acompanhadas do familiar sujeito do estudo. Nesta etapa foi realizada a segunda fase da pesquisa com o acompanhante e o principal contato com o cliente pediátrico, gerando a organização dos dados das entrevistas em duas subcategorias: o lembrar do ato cirúrgico pelos pacientes, a espera pelo resultado da cirurgia, os cuidados pós-operatórios e as orientações.

O mesmo aborda as lembranças (ou não) do procedimento pela criança, e após, descreve os relatos dos familiares após a cirurgia, incluindo a espera por notícias sobre o resultado da cirurgia, e as opiniões e dúvidas sobre os cuidados no pós-operatório.

#### **4.3.1 O Lembrar do Ato Cirúrgico pelos Pacientes**

O contato inicial com as crianças aconteceu no pré-operatório, quando explicava de forma simples sobre o meu interesse em estar ouvindo-as contar a experiência de fazer uma cirurgia, sendo que a entrevista propriamente dita ocorreu na visita pós-operatória. No geral, ao ser indagada sobre a cirurgia, a criança apresenta momentos de silêncio, faz pausas para buscar lembranças e reviver a experiência passada. Após esta pausa que variou de criança para criança, a experiência começa a desvelar-se através das lembranças e da ausência destas, as quais emergiram nas suas falas.

Ao serem questionadas no pós-operatório sobre como foi ter realizado a cirurgia, esta situação transcorre como uma experiência da qual a criança não se recorda, como manifestam as seguintes falas:

“ Eu não sei contar... Só lembro disso... Eu acordei depois... (Pernalonga)

Mas lá eu tava dormindo..eu não lembro de nada... não sei contar... Me botaram na cama... Daí eles operaram eu. Eu não vi mais nada..aí eu acordei depois, eu chorei só um pouquinho... não deixaram eu sair da cama... Acho que é só, é, só lembro disso. (Piu Piu)

As falas acima citadas demonstram a percepção da rapidez – um ato cirúrgico sem demora, e da não participação consciente no processo da cirurgia pela criança, apresentando-se para elas como um corte em suas reminiscências, permanecendo esse período como algo concreto evidenciado apenas pela presença da ferida operatória.

O entrevistado a seguir, durante o encontro permanecia com o olhar voltado para baixo, para o desenho. Apresentou respostas rápidas e pausas prolongadas. Afirma não se lembrar sobre o que viveu, e não saber contar sobre a experiência porque estava dormindo, lembrando-se apenas de episódio de dor no pós-operatório, com alívio posterior devido a administração de medicação. Expressa estar bem e logo deixará o hospital.

Eu não senti nada... eu não lembro... eu dormi... Eu tava dormindo... Quando eu acordei tava operado. Eu tava na outra sala. Eu chorei um pouquinho, mas só um pouquinho... Ia não ia ser operado, mas me operaram... Mas eu não sei de mais nada... Depois eu senti dor..tomei remédio... e depois não senti mais nada... Mas não lembro de mais nada, ta tudo bom e logo eu vou embora” (Super Homem)

A pesquisa realizada por Garanhan (1993), mostra que o ato cirúrgico em si mostra-se para as crianças com uma lacuna de lembranças em suas falas, esta conseqüente da anestesia, compreendida por elas como o momento em que dormem, nada vêem e nada sentem, percebendo sua concretude quando acordam, tomando como experiências contínuas o dormir e o acordar pós-cirúrgico.

Batmann lembra-se de partes do momento da cirurgia, o acordar da anestesia e de profissionais que estavam na sala cirúrgica. Relata lembrar-se que dormiu, que sentiu dor ao acordar e foi administrada medicação. Descreve sucintamente o procedimento anestésico, assim como o equipamento de foco central da sala. Ao desenhar rememora seu

posicionamento na mesa cirúrgica, uma pessoa paramentada da equipe, e partes do ambiente da sala de operação, como relatado a seguir:

O doutor tava lá, a luz aquela... O doutor conversou comigo. Não lembro o que ele disse. Tinha dois doutor só... não lembro. Não doeu, eu dormi..Eu tava deitado na cama. Eles operaram eu e eu não vi mais nada... Eu me acordei tonto e depois que acordei começou a doer e me deram remédio... Depois eles me trouxeram pra cá. (Batmann)

Foi um pouco ruim... Doeu meu braço, né?... Na hora que me picaram... eu fiquei com bem pouquinho medo... Eu tô com dor só um pouquinho na garganta... eu me lembro quando pegaram a agulha... Fazendo um monte de coisa... Eu não me lembro o que eles falaram comigo. Não lembro de mais nada... (Barbie)

Já Barbie, acima, sentada no leito, atendeu a solicitação do desenho, e que verbalizasse sobre o mesmo. Enquanto desenhava respondia com os olhos abaixados, olhando para o desenho. Relatou ter sentido dor e a lembrança de alguns procedimentos, e de não se lembrar de parte da experiência vivida, mesmo enquanto acordada. Sorria timidamente, não expressando-se espontaneamente, somente falava atendendo às solicitações, fazendo algumas pausas.

#### **4. 3. 2 A Espera pelo Resultado da Cirurgia, os Cuidados Pós-operatórios e Orientações**

Os familiares ao serem questionados como estavam se sentindo após a realização da cirurgia, verbalizaram a ansiedade em relação a espera pelo médico e notícias sobre o resultado da cirurgia, assim como a espera por orientações.

Agora eu tô ansiosa pra saber se foi tudo bem na cirurgia. Não conversamos com o médico ainda... Agora eu tô ansiosa pra saber se foi tudo bem na cirurgia. Agora o pior já passou, só tem que cuidar pra não complicar. Amanhã o doutor vem, acho que não vem hoje... Não falou com a gente antes... Já deve ter ido embora. Mas amanhã eu converso com ele. (Homem Aranha-mãe)

Amanhã o doutor vem aí pra dar alta, vamo vê o que ela vai falá, mas acho que foi tudo bem, não falou com a gente depois... E o médico não teve aqui ainda pra gente saber quando a gente vai embora. (Super Homem-avó)

A gente fica ansiosa que o médico chegue logo pra falar como foi, ele não veio ainda, nem falou comigo depois que terminou a operação, mas tá tarde, tô até achando que ele só vem amanhã... Eu acho que a gente vai ficar sete dias... dá outra vez foi sete dias também, por isso acho que é isso também.. (Piu Piu- mãe)

Agora a gente fica nervosa quando a criança faz cirurgia. O médico que não ainda não veio... Acho que nem vai vir hoje. Acho que só amanhã pra dar alta e eu quero pedir um atestado pro colégio. Criança é sempre teimosa..quer correr... a gente não sabe quanto tempo depois pode ou não. Ela não tava se mexendo porque tava com dor, aí fez a injeção e remédio. Na hora da cirurgia a gente fica nervosa, mas depois que passa é brabo. Eu já fiz cirurgia, sei que dói... na hora lá a gente não sente. (Branca de Neve-mãe)

Agora eu tô calma... tranqüila... uma semana quando se aproxima tu fica agitada, agora graças a Deus passou... é só esperar o médico pra ver quando a gente vai embora. Mas só quero ir pra casa depois que tiver tudo certo. Agora ele tá aí com fome... ta desde as oito horas de ontem sem comer nada... ele não para quieto, tá com fome... mas eu não sei se ele já pode comer alguma coisa... (Pernalonga-mãe)

A paciente Branca de Neve foi encaminhada da SRPA diretamente para quarto, não tendo necessidade de permanecer junto ao familiar no corredor do CC. Ficou hospitalizada em um quarto junto com outro paciente pediátrico em uma unidade de internação adulto, acompanhada da mãe e da prima. Atendeu a solicitação da realização do desenho e verbalizou pouco sobre a cirurgia quando questionada. Estava deitada após mais de 9 horas de retorno do CC. Desejou sentar-se no leito para desenhar, como também demonstrou interesse em interagir com a outra menina que já estava sentada brincando, porém a mãe aparentou preocupação com a cirurgia, referindo que ela deveria ter permanecido deitada e que não deveria se movimentar muito pois poderia sentir dor e prejudicar a cirurgia. A mesma demonstrava dúvidas sobre a possibilidade da criança mover-se, assim como também relatou a falta de orientação pelas profissionais de enfermagem que entraram no quarto, só realizando o procedimento para qual se destinam, como descreve a fala a seguir:

Ela pode virar pro lado, pra se sentir melhor?... A enfermeira não olhou o curativo, só deu o remédio. A outra veio, tirou a febre e saiu, e não disse nada (Branca de Neve)

A atuação da equipe, especificamente a de Enfermagem quando é citada, é identificada nos discursos, ganhando vida em situações, tanto no pré e trans operatório, como agora no pós, como: transporte, administração de medicação e verificação de sinais vitais, como foi observada nas próximas verbalizações

Só a enfermeira que veio dar o remédio para dor. (Super Homem- avó)

Ele reclama de dor... Eu chamei a enfermeira, ela veio aqui deu remédio pra dor. (Piu-Piu-mãe)

A enfermeira disse que já vinha ver a “febre” dele... Deve estar chegando. (Pernalonga-mãe)

Percebo que não existe uma identificação nominal dos profissionais, como também a enfermeira não é identificada, sendo que, quando se referem a “enfermeira”, estão mencionando os demais profissionais da equipe de Enfermagem. Em nenhum momento citam nomes dos profissionais de Enfermagem, sendo que o “Dr” tem nome.

Essa não identificação nominal da equipe pela família pode estar relacionada ao curto período de internação, como também pela falta de apresentação do profissional. Um exemplo disso, foi observado durante a realização de uma entrevista no pós-operatório, juntamente com outro fato: a falta de informações da enfermeira sobre o paciente. Este estava deitado no leito e a sua mãe ao seu lado, a enfermeira da unidade de internação, entra no quarto, se dirige à mãe para se apresentar, e pergunta que cirurgia que seu filho fez. A mãe deseja mostrar o local do procedimento, mas a enfermeira diz não haver necessidade, questionando a seguir se já haviam liberado a dieta, após outros questionamentos breves, agradeceu e se retirou do quarto.

Assim como é percebido, muitas vezes observa-se que o paciente não sabe distinguir os membros da equipe de Enfermagem e estes não sabem os nomes de seus pacientes referindo-se a eles através dos números dos leitos ocupados.

Mendes (1994) diz que se deve fazer com que o outro perceba que está diante do enfermeiro fulano de tal e não de um enfermeiro apenas, estabelecendo em consequência disto uma relação familiar entre os que se encontram, sendo um dos indicadores deste espaço familiar o tratamento pelo próprio nome. Enfatizo também que alguns profissionais de Enfermagem necessitam tratar seus pacientes pelos nomes a fim de estabelecerem essa relação anteriormente relacionada.

As verbalizações a seguir mostram a tranquilidade dos familiares pelo fato de o “pior” já ter passado, ou seja, no pré e trans operatório, ocorreu a preocupação da família em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico em si, e agora no pós-operatório os mesmos revelam os cuidados pós-operatórios que consideram mais importantes, ou os que eles possuem conhecimento, como o repouso e os cuidados com a ferida operatória.

Ma ele tá aqui... tá bem... tá tranqüilo... Agora o pior já passou, só tem que cuidar pra não complicar. Agora ele tem que ficar em repouso, não pode fazer força... Já disse pra ele que ele tem que ficar quietinho. (Homem Aranha-mãe)

Dez ou quinze dias ela tem que ficar de repouso... uma coisa assim... foi o médico explicou. Nos dois primeiros dias é mais assim: tem que ter cuidado com o curativo. Vai ser difícil, ela é muito agitada, mas é preciso para o bem dela. E se ficar em repouso sente menos dor. (Barbie-mãe)

Mas agora eu tô tranqüilo, ele ta bem, só vai ter que cuidar do curativo... (Pato Donald-pai)

Agora tem que cuidar pra não virar hérnia. Tem que cuidar pra não correr, andar de bicicleta, tem que ter calma... porque eles querem correr, brincar...Mais ou menos eu sei essas coisas eu sei, porque quem faz cirurgia não pode fazer isso. A gente nem vai pra “fora”, porque lá ele vai querer correr, a gente vai fica na casa da minha filha, que aí ele fica mais quieto, fica vendo televisão, brincando (Super Homem-avó)

O perigo da operação já passou, agora vem a preocupação de cuidar direitinho dele. Ele tem que ficar quietinho na cama, não fazer força, pra não dar problema na cirurgia e também se mexendo pouco, dói menos. (Piu Piu-mãe)

O médico não disse o que tinha que cuidar... acho que foi por isso que criou a hérnia da outra vez... Ele nem podia fazer força... O problema é ele parar quieto. E agora quando ele tava lá só foi se mexendo...Vai ser difícil. Tu tá, vendo olha aí... Ele não ta reclamando de dor... Já tô até vendo que vai ser uma dificuldade fazer ele parar quieto na cama. (Pernalonga-mãe)

A pesquisa de Silva e Lacerda (2006) relaciona os problemas relatados com a qualidade do preparo do cliente, incluindo as orientações para a alta, sendo que, apenas 35,7% avaliaram-nas como suficientes. Esta relação baseia-se no fato de que grande parte dos problemas referem-se as dúvidas sobre condutas após a alta.

As dificuldades de orientações podem estar relacionadas com o curto período de permanência hospitalar, tanto pré quanto pós operatórios e os contatos no hospital com profissionais envolvidos na assistência e os momentos em que eles ocorreram.

As orientações para alta podem se iniciar na fase pré-operatória, desde a decisão pela cirurgia no consultório ou como na admissão. Porém, geralmente nesses momentos, as orientações dizem respeito aos preparos pré e trans-operatórios. O estudo relatado por Silva e Lacerda (2006), sobre orientações de Enfermagem para a alta constatou que as pacientes

apresentaram médio nível de ansiedade na admissão e baixo nível de ansiedade na alta hospitalar. No período pós-operatório, portanto, os pacientes estariam mais aptos para as principais orientações de condutas após a alta hospitalar.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, resgato os objetivos do trabalho e seus alcances em relação aos dados obtidos. Retomo em síntese os resultados que emergiram da análise, com os aspectos que mais se destacaram. Apresento ainda as dificuldades surgidas e as possíveis contribuições do estudo. Após o término das considerações finais, referencio, os autores, nos quais busquei auxílio na sustentação teórica desse estudo.

Na pesquisa realizada, foram estabelecidos propósitos para o estudo, caracterizados como objetivos, sendo que o objetivo geral se configurou em trabalhar o conhecimento e a compreensão das percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório.

Retomando as interrogações e inquietações que deram origem a pesquisa, foi possível, por meio dos relatos dos sujeitos e da observação, conhecer as situações vivenciadas pelas famílias no pré, trans e pós-operatório e, conseqüentemente seus sentimentos e percepções ao vivenciar este processo, atingindo o objetivo geral do estudo. Sendo que, a partir do conhecimento e da compreensão do vivido por estas famílias foi possível também refletir sobre o papel da Enfermagem neste processo.

Especificamente buscou-se como objetivos, identificar a compreensão da família sobre o período perioperatório e investigar se esta família foi orientada/educada para vivenciar este período. Através das verbalizações dos sujeitos conheci um pouco sobre como a família percebe e enfrenta as diferentes fases do perioperatório e as pessoas que as orientaram (ou não) nos referidos períodos. Sendo que, o alcance dos objetivos propostos pode ser identificado ao longo da análise dos dados estando presente nos três diferentes períodos em que estes foram separados e organizados.

Em síntese, o primeiro período, relativo ao pré-operatório, descreve a trajetória percorrida pela família até a realização da cirurgia. Apresenta algumas das razões que levaram os clientes a submeterem-se a ela, e as razões pessoais e externas que geraram um adiamento e espera para sua realização. Descreve também o período transcorrido entre a



chegada ao hospital e o encaminhamento para o CC, salientando a demora para a entrada na sala de cirurgia, como também a possibilidade de terem a cirurgia cancelada. Este período ainda aborda as respostas dos sujeitos ao serem questionados se receberam orientações para vivenciarem a cirurgia, surgindo a presença (ou não) dos profissionais e a importância do preparo da criança.

O segundo período, apresenta os sentimentos/percepções dos familiares enquanto aguardavam o término da cirurgia. Os depoimentos possibilitam identificar os sentimentos de dúvidas e medo no momento de separação do cliente dos familiares, os sentimentos de eterna espera pelo término da cirurgia, de medo em relação a cirurgia, anestesia e os auxílios utilizados pelos acompanhantes para enfrentar esse momento, como a importância da fé e o apoio em crenças religiosas.

O terceiro período, o pós-operatório, apresentou o rememorar (ou não) do ato cirúrgico pelas crianças, a espera da família e os sentimentos de ansiedade pelo recebimento de informações do médico sobre o resultado do procedimento cirúrgico e orientações sobre os cuidados pós-operatórios necessários, assim como a espera pela alta hospitalar.

Saliento, oportunamente que, na análise geral dos resultados obtidos, a eterna espera da família torna-se evidente. Inicialmente, nesta trajetória percorrida para realização da cirurgia, no pré-operatório os mesmos esperam para conseguir uma consulta médica e agendar a cirurgia. Já no hospital tem que esperar para saber se a cirurgia poderá ser realizada, se haverá leito, e esperam a entrada da criança para a sala cirúrgica. Quando o cliente está no interior do CC, a família espera por informações sobre o transcorrer da cirurgia além de aguardar pelo seu término, parecendo o tempo de espera vivido ainda maior que o real. Já no pós-operatório a família segue esperando, nesse momento, pelo resultado da cirurgia, pelas orientações sobre os cuidados que deverão ser tomados e pela alta hospitalar do cliente.

Outro aspecto que destaco, e que se mostra de extrema relevância, é a ausência da enfermeira em todos os momentos, ou seja, de um modo geral, as famílias não dispõem da atividade assistencial com o enfoque educativo desta profissional, a qual posso afirmar, não foi referenciado em nenhuma ocasião pelos sujeitos. Durante os momentos observados a enfermeira só se fez presente junto à família uma vez, em uma visita no pós-operatório, porém de forma inapropriada, a mesma não tinha conhecimento da cirurgia realizada e não se apresentou à família, ficando esta sem saber identificar a profissional.

O fato da enfermeira não se fazer tão presente, ficou ainda mais evidenciado quando sua presença se mostrava necessária e ao mesmo tempo requerida pelos acompanhantes, como

uma forma de assisti-los até mesmo nas pequenas informações relacionadas à cirurgia de seus filhos.

Ressalto a importância de um membro da equipe de saúde, em especial da enfermeira, no sentido de investigar as reações do familiar acompanhante e, junto a ele intervir trabalhando as incertezas, inseguranças e dificuldades decorrentes dos sentimentos por ele manifestado e, que na maioria das vezes, uma simples informação ajudaria bastante na exclusão de tais sentimentos e no auxílio para o enfrentamento da situação vivenciada. (QUEIROZ, 2000)

A participação da enfermeira mostra-se importante também no período pós-operatório, para avaliações e orientações verbais sobre os cuidados após a alta à família. Orientações padronizadas escritas também podem ser elaboradas e fornecidas, onde constem, inclusive, formas de recorrer ao hospital, a outro serviço de referência ou ao cirurgião em caso de necessidade.

Através dos resultados obtidos, expressei que as necessidades dos sujeitos estão evidenciadas, como a importância de uma maior atenção da equipe, ou seja, mais especificamente da enfermeira em relação aos clientes. Porém, a pesquisa foi realizada e analisada através dos dados obtidos nos depoimentos dos clientes e através de um olhar externo, ou seja, da autora. Deste modo, vale ressaltar a necessidade de se conhecer o “outro lado”, ou seja, as opiniões dos profissionais em relação a sua prática profissional, suas condições locais de trabalho e sobre suas percepções em relação à experiência que a família vivencia. Neste sentido, surge uma perspectiva para o desenvolvimento de futuras pesquisas relacionadas ao tema em questão, para que se conheça as opiniões da equipe tanto de enfermagem quanto da equipe multiprofissional sobre seus mundos de trabalho, permitindo dessa forma uma contribuição nesta área de conhecimento.

Assim como já abordado anteriormente, no que se refere ao cliente pediátrico, foram encontradas pesquisas direcionadas às situações de hospitalização deste e também de seus acompanhantes, sendo que, foram detectados poucos estudos a respeito de crianças internadas em situação cirúrgica, e nem mesmo de seus acompanhantes, ampliando, dessa forma, a perspectiva para o desenvolvimento de futuras pesquisas relacionadas também ao tema.

Em relação às crianças, considero que surgiu um volume de dados inferior, em relação aos de seus acompanhantes. Porém, uma das maiores dificuldades do estudo, foi em obter dados das crianças, pois estas, na maioria das situações ficavam tímidas e retraídas. No primeiro momento, ou seja, no pré-operatório, apresentavam-se apreensivas com a situação que estavam vivendo. No pós-operatório estas estavam restritas ao leito, algumas

vezes com dores, e os próprios familiares se preocupavam que elas não fizessem muito esforço, inclusive para conversar.

Acredito que a dificuldade de obter dados das crianças, foi amenizada com o auxílio do desenho no momento da entrevista. Foi oferecido, lápis colorido e papel, solicitando que respondessem a pergunta utilizando o desenho. O presente método teve o objetivo de conferir maior fidelidade às informações obtidas, possibilitando que através dele, retratassem sua percepção a respeito da experiência vivida. Porém, a técnica do desenho foi utilizada para ajudar na coleta de dados com a criança, sendo que os mesmos não foram sujeitos à análise. Mesmo com a restrição delas ao leito, o presente método mostrou-se positivo, representando uma forma de estabelecer maior interação com as crianças, as quais mostraram interesse em desenhar, apresentando-se mais receptivas ao diálogo durante a atividade.

Entretanto, considero que a interação com a criança necessita de tempo e maior contato, para que ela conheça melhor a/o profissional e estabeleça um elo de confiança. Neste caso, provavelmente, se conseguiria um volume maior de dados. Porém, também foi possível estabelecer um tempo maior de interação com a acompanhante, destacando-se o momento do trans-operatório, no qual estas acompanhantes pareciam apresentar uma maior necessidade de diálogo.

Outro aspecto, é que na realidade vivida pelas crianças não existe, um serviço de orientação pré-operatória formal. Nesta perspectiva, abre-se para os profissionais uma reflexão sobre a importância de programas de preparo pré-operatório infantil, possibilitando o empenho de esforços para a viabilização da implantação desses programas nos serviços que não o possuem.

Através dos dados obtidos, ficaram evidenciados também seqüelas de caráter emocional, que poderiam ser mais corretamente administrados se houvesse um melhor planejamento da assistência, como no encaminhamento e recepção no CC, como também o ambiente proporcionasse ao cliente e familiar-acompanhante, melhores condições de permanência no local de espera. Condições, acredito, adquiridas através de reestruturação no ambiente físico e replanejamento da assistência prestada pela equipe, sendo o local de espera um ponto a ser observado que deve fazer parte do cotidiano de trabalho da Enfermagem. Nesta visão, vale a reflexão sobre a implementação de pequenas mudanças que atendam o momento vivido, tendo em vista a realidade local. Pequenas atitudes como a previsão de cadeiras, pois a demora que

muitas vezes os clientes têm que enfrentar, amenizariam o sofrimento de passarem um período longo em pé.

Evidentemente, o sucesso do processo cirúrgico não depende exclusivamente da assistência prestada, pois envolve diversos fatores, inclusive do próprio paciente. Entretanto, são inadmissíveis problemas decorrentes de ações previamente reconhecidas como necessárias, mas que estão falhando por uma dinâmica inadequada ou incompleta da assistência. Um melhor planejamento da assistência perioperatória, sob a dinâmica atual do processo cirúrgico, pode e deve ser estabelecido. (SILVA E LACERDA, 2006)

O conhecimento e a compreensão dos sentimentos das famílias sobre a situação vivenciada e de seus fatores relacionados, ou seja, quais as razões que fazem surgir tais sentimentos, podem ser utilizados para planejar, adequar e aprimorar a assistência desenvolvida pelos profissionais, reconhecendo a importância dos aspectos psicossociais e emocionais que envolvem o cliente e os familiares acompanhantes que também são afetados pela experiência.

Este estudo não teve a intenção de esgotar o assunto, e sim salientar a necessidade de consideração e avaliação da assistência prestada ao cliente cirúrgico e seus familiares-acompanhantes. Visto também, que se deve levar em consideração, que a pesquisa foi realizada em apenas uma instituição, deste modo, considerando suas características, não posso generalizar os resultados encontrados, pois algumas características particulares envolvem o serviço público, em especial esta instituição.

Ao finalizar, também saliento a necessidade e o compromisso da administração da instituição no investimento na estrutura e condições adequadas para a família e para os profissionais, assim como, investindo no potencial humano existente nas unidades, com programas de educação continuada, colaborando assim para o desenvolvimento profissional e maior qualidade no cuidado com os envolvidos nos procedimentos hospitalares.

É necessário também enfatizar que as presentes reflexões não se limitam ao campo da Enfermagem, estendem-se também a outros profissionais que assistem a família na situação cirúrgica, como o médico, o psicólogo, o fisioterapeuta, entre outros, ressaltando a forma mais eficaz para atender as necessidades específicas da mesma, sendo necessário para isso um trabalho multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

ANDRAUS, Lourdes Maria Silva et all. **Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em: 23 de julho de 2004.

BIRD, Brian. **Conversando com o paciente.** São Paulo: Manole, 1978.

BORDIN, Terezinha Albina. **O cuidado do ser em desenvolvimento: o desafio de promover famílias saudáveis na sala de vacinas.** Erechim/RS: Edifapes, 2001.

BRASIL, **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** 3º ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Premio Nacional Professor Fernando Figueira: atenção humanizada é para todos, especialmente à criança.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado. Resolução nº41 de outubro de 1995.** Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 1995.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Uma proposta de humanização do cuidado durante o processo do nascimento. IN: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Maria; SILVA, Mara Regina Santos da (org.) . **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2º ed. Maringá: Eduem, 2004.

BUB, Lydia Igenes Rossi (coord.) **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

COREN-RS. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: **Legislação**. Conselho Regional de Enfermagem, Porto Alegre (RS), 2001.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Hospitalização na Infância**: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. São Paulo, Cabral Ed. Universitária, 2000.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2003

ELZEN, Ingrid. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lydia Igenes Rossi (coord.) **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

\_\_\_\_\_ ; MARCON, Sonia Maria; SILVA, Mara Regina Santos da (org.) . **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2<sup>o</sup> ed. Maringá: Eduem, 2004.

\_\_\_\_\_ ; PATRICIO, Maria Zuleica. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, Edilza Maia Ribeiro e cols.. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989, p.169-179

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUSSTCHER, Volmir. **Direito a saúde**: com controle social. Fórum Sul da Saúde. CEAP: outubro de 2003.

GARANHANI, Mara Lúcia. **O significado da cirurgia para a criança**: Ribeirão Preto, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Geral e especializada da escola de Enfermagem.

GOMES, Giovana Calcagno. **A família como cliente na unidade de Pediatria**: reflexões de uma equipe de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

\_\_\_\_\_ ; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p.28-38, maio a agosto de 2000.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2003

GRÚDTNER, Dalva Irany. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica**. Florianópolis: UFSC, 1997, 118p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

GUEDES, M.V.C.; FELIX, V de C. S.; SILVA, L de F. da. **O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros**. São Paulo. *Rev. Nursing*, n.º 34, p. 20-24, jun./2001.

GUIDO, Laura de Azevedo. **A interação/transação enfermeiro/cliente: uma metodologia para a assistência ao cliente cirúrgico ambulatorial**. Florianópolis, UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

HABERMAS, Jürgen. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: L & PM, 1987. Tradução de Álvaro Valls

\_\_\_\_\_. **Racionalidade e Comunicação**. Lisboa: edições 70, 2002. 222p. (Coleção Biblioteca de Filosofia Contemporânea).

HENCKEMAIER, L. **O Cuidado Transcultural as famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. Florianópolis: UFSC, 1999, 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

MEZOMO, João Catarin. A humanização no hospital. **Revista hospitalar Administração em Saúde**. São Paulo, n. 12, ano 3, p-119-26, jul/set, 1988.

MINAYO, M. C. de S.. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5º ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

\_\_\_\_\_. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22º ed. Petrópolis: Vozes, 2003

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sonia Regina Fiorim. Brincar no Hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2002, 3(1), 23-41.

MOTTA, M. da G. C. **O ser doente no tríplice Mundo da Criança, família e Hospital**: uma descrição fenomenológica das Mudanças existenciais. UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em enfermagem.

\_\_\_\_\_. O entrelaçar de mundos: família e hospital. IN: ELSEEN, Ingrid; MARCON, Sonia Maria; SILVA, Mara Regina Santos da (org.) . **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2º ed. Maringá: Eduem, 2004.

MUSCARI, Mary E. **Série Estudos em Enfermagem**: Enfermagem Pediátrica. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Tradução de Ivone Evangelista Cabral.

OLIVEIRA, I.; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora- a experiência da mãe acompanhante. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.34, n.2, p.202-8, junho.2000.

PISANI et all. **Psicologia Geral**. 7º ed. Porto Alegre: Vozes, 1988.

QUEIROZ, Terezinha Almeida. **Mãe acompanhante no contexto do centro cirúrgico; comportamentos e reações adaptativas segundo o modelo de Roy**. Fortaleza. 2000, Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará.

SALIMENA. Anna Maria de Oliveira. **Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

SANTOS, Sandra S. C.; VILLAR LUIS, Margarita A. **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**. 2º ed. Goiânia: AB, 2002.

SCHIMTZ, Silvana M.; PICOLLI, Marister; VIEIRA, Claudia S. Visita pré-operatória de enfermagem à criança e a família utilizando o brinquedo terapêutico no processo de comunicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.1, n.2, p. 100-101, 2003.



SILVA, Lucia; LACERDA, Rúbia. **Problemas de usuários cirúrgicos após a alta hospitalar e a atuação de enfermagem.** Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 5 N, 2-2006. Disponível em: [www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=462&layout=html](http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=462&layout=html). Acesso em 20/07/2006.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Branda G. **Brunner/Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.

WHALEY, L; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais a intervenção efetiva.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Pós-graduação em Enfermagem (PEN). **Caderno de orientações.** Disponível em: [www.nfr.ufsc.br/pen/Brazil/secretaria/cadernodeorientacoes.pdf](http://www.nfr.ufsc.br/pen/Brazil/secretaria/cadernodeorientacoes.pdf) . Acesso em 14 de janeiro de 2005.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, Wiliam Saad. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Metodologia científica para área de saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001

VISCOTT, David Steven. **A linguagem dos Sentimentos.** São Paulo: Summus, 1982.

## **APENDICES**

## APÊNDICE A

### Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Rio Grande,        de        de 2004

Sr (a).  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Eu, Fernanda Braga Hernandez, Mestranda de Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, tendo como orientadora a Profa. Maria Elisabeth Cestari, solicito avaliação do projeto de pesquisa em anexo, intitulado: *A Criança e seus Familiares Vivenciando o Perioperatório*, que tem como objetivo geral *Conhecer e compreender as percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório*, e que será minha dissertação de mestrado.

Do ponto de vista metodológico, o estudo será de caráter descritivo, exploratório, com análise qualitativa, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista, a observação e o desenho, e terá como sujeitos de investigação as crianças internadas para tratamento cirúrgico e seus familiares acompanhantes.

Finalmente, espero deste Comitê a deliberação/ e ou recomendação por escrito para o desenvolvimento da pesquisa citada.

Atenciosamente

Fernanda Braga Hernandez

## APÊNDICE B

**Ofício a Gerência de Enfermagem do Hospital- Local do Estudo**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Rio Grande, de de 2005

Sra  
Gerente de Enfermagem do Hospital

Eu, Fernanda Braga Hernandes, mestranda em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, venho solicitar a Vossa Senhoria autorização para o levantamento de dados, para o projeto de pesquisa de mestrado intitulado *A Criança e seus Familiares Vivenciando o Perioperatório*.

A presente investigação tem como objetivo: *Conhecer e compreender as percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório*. Informo ainda que os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará em minha Dissertação de Mestrado em Enfermagem, inserida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da presente Universidade.

O local para desenvolvimento do estudo será a unidade de centro cirúrgico, e também a unidade onde ficam as crianças internadas para tratamento cirúrgico.

Terei o compromisso de entrevistar somente os sujeitos que consentirem participar da pesquisa, assim como, garantir o sigilo e anonimato dos envolvidos, após assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contar com seu apoio, agradeço antecipadamente, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Fernanda Braga Hernandes

Ciente. De acordo.  
Data: \_\_/\_\_/2005.

---

Assinatura da Enfermeira

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_ estou permitindo a autorização para ser entrevistada, assim como também do cliente sobre minha responsabilidade, pela mestranda de Enfermagem Fernanda Braga Hernandez. Deste modo, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, do tema da pesquisa que tem como objetivo geral: *Conhecer e compreender as percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório*, e que será realizado através de aplicação de entrevista e observação.

Entendo que terei a liberdade de participar ou não da pesquisa bem como de poder retirar o consentimento de participação no estudo, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo.

Terei a garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre os procedimentos, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo

Sei ainda que terei a garantia de livre acesso aos dados da pesquisa, e na preservação do anonimato através da utilização de pseudônimos para substituir o nome dos sujeitos da investigação. E, ressalto que, concedo a autora da pesquisa o direito de utilizar as informações e resultados contidas na mesma, para divulgação em trabalhos científicos.

O presente documento será assinado em duas vias, o qual ficará uma via em poder do participante e a outra com a mestranda responsável pela pesquisa.

Ciente e concordando com as informações acima descritas, aceito participar do estudo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/ 2005

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE D

### Carta de Apresentação

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Rio Grande,        de        de 2005

Prezado (a) Senhor (a)

Sou aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande e estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo geral: *Conhecer e compreender as percepções e sentimentos expressos pelo cliente pediátrico e seus familiares ao vivenciar o perioperatório.*

Portanto, venho por meio desta, solicitar sua colaboração e consentimento no sentido de participar deste trabalho, me confiando respostas para algumas perguntas que necessitarei fazer.

Comprometo-me, antecipadamente, que utilizarei os dados fornecidos de forma coerente e sigilosa.

Agradeço antecipadamente

Fernanda Braga Hernandes

## APÊNDICE E

**Diário de Campo**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DIÁRIO DE CAMPO**

Identificação:

Data/hora:

Descrição das observações	Reflexão das observações

## **APÊNDICE F**

### **Roteiro para entrevista**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

#### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

##### **1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

- Nome fictício da criança:
- Grau de parentesco do familiar:
- Idade da criança:      Sexo:
- Diagnóstico médico e tipo de cirurgia:
- Experiências cirúrgicas anteriores:

##### **2 QUESTÕES NORTEADORAS:**

###### **2.1 Primeiro momento (transoperatório):**

- Fale-me sobre a necessidade da criança em realizar a cirurgia
- Como você está se sentindo enquanto aguarda o término da cirurgia?
- Recebeu alguma orientação para vivenciar esse momento? Quais? De quem?

###### **2.2 Segundo momento (pós-operatório):**

###### **Para familiar:**

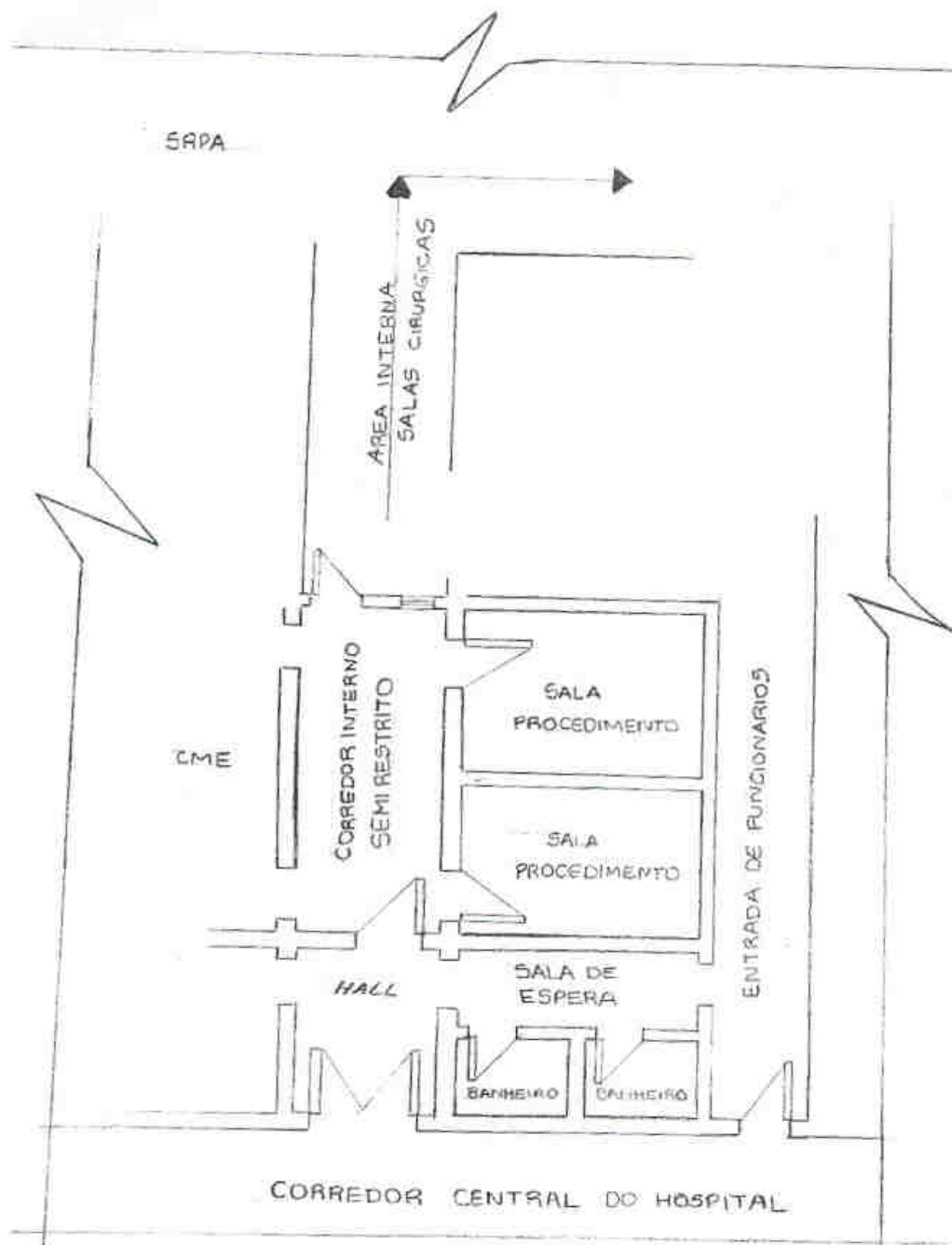
- Como você está se sentindo agora, após ter sido realizada a cirurgia?

###### **Para criança:**

- Desenhe o que significa para você a hospitalização e a cirurgia.
- Como você está se sentindo no hospital?
- Como foi para você ter realizado a cirurgia?



APÊNDICE G



ESBOÇO PLANTA FÍSICA (SEM ESCALA)

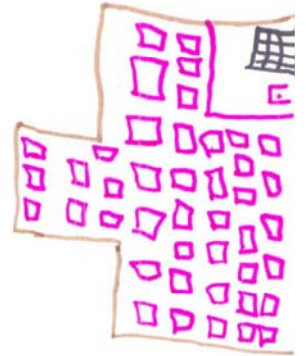
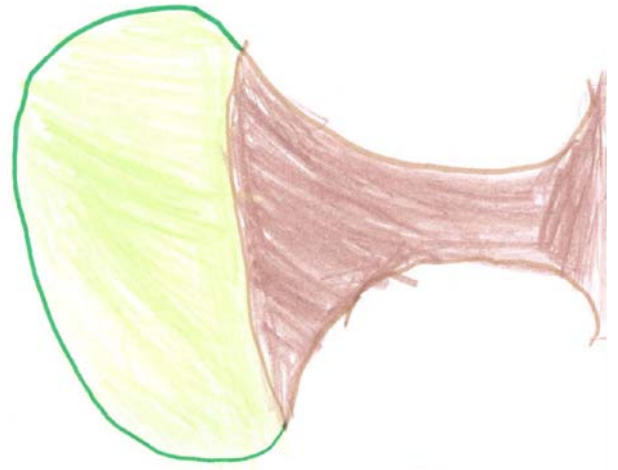
## **ANEXOS**

ANEXO A  
DESENHO DE BARBIE



ANEXO B

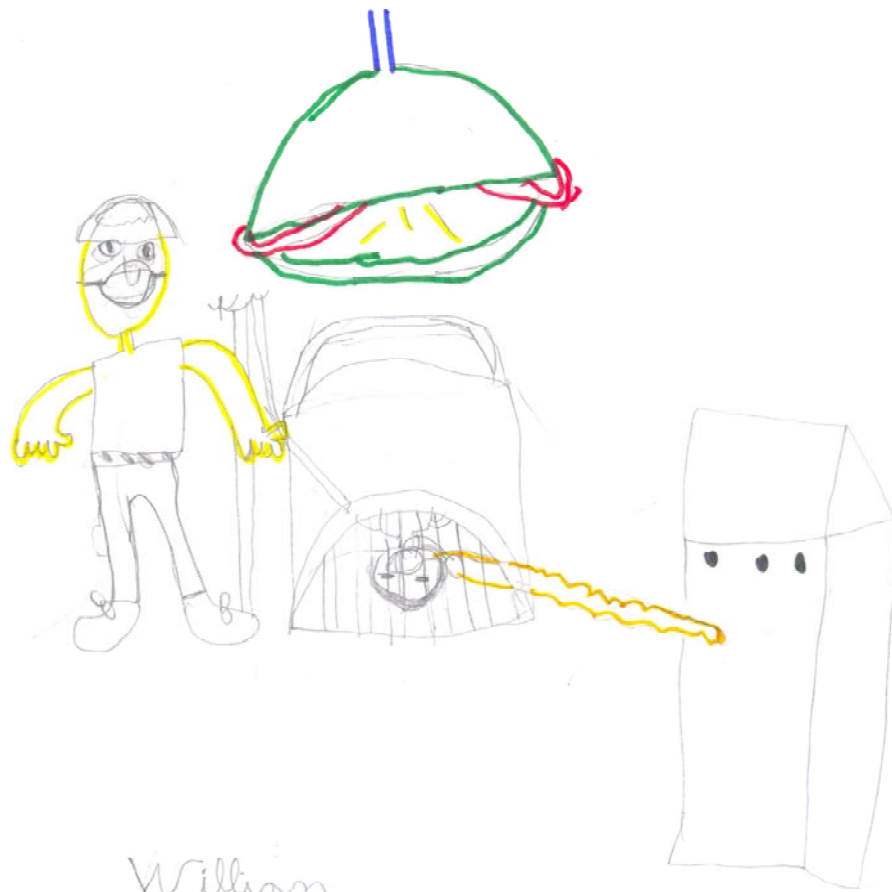
DESENHO DE BRANCA DE NEVE



ANEXO C

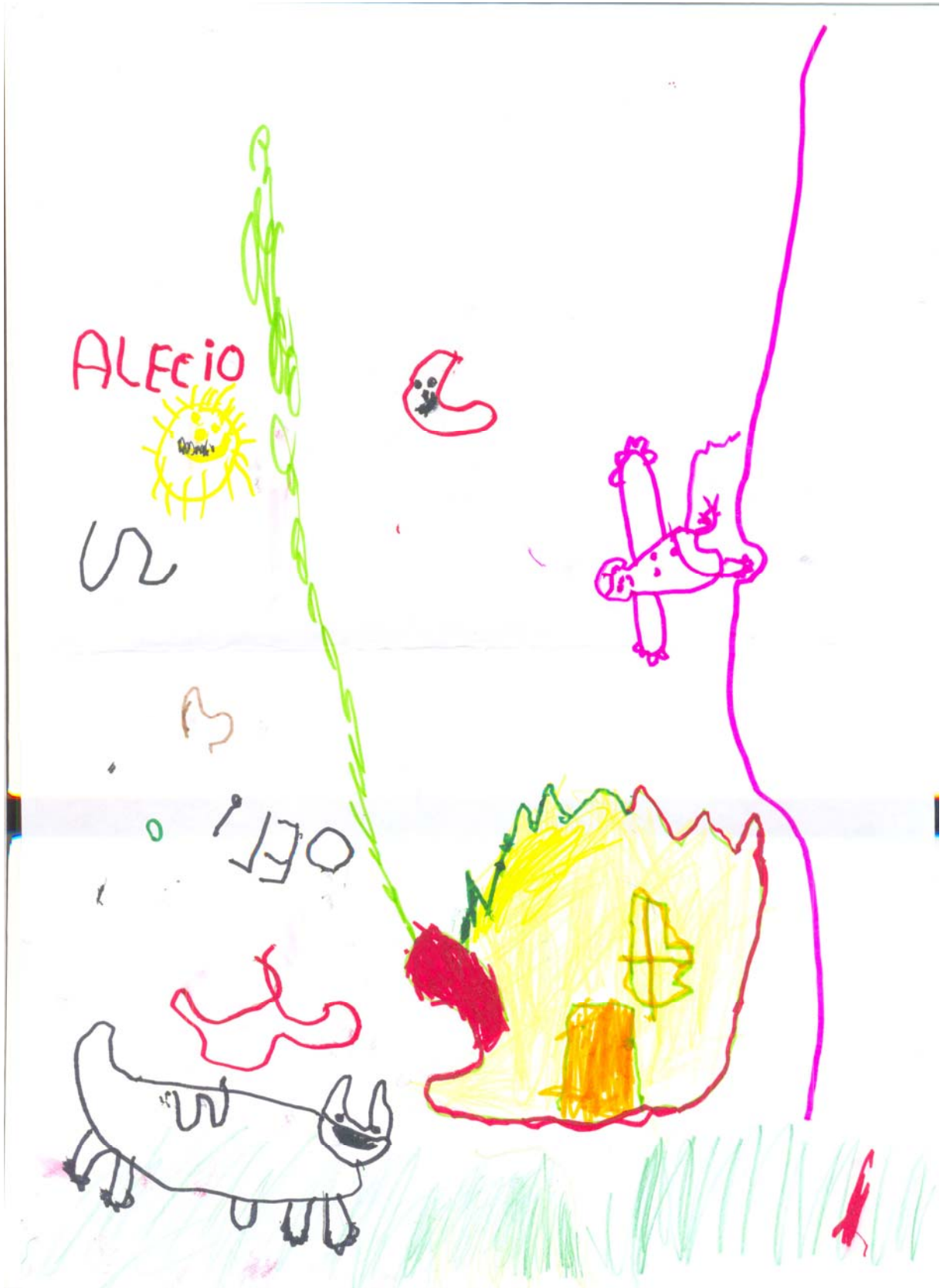
DESENHO DE BATMAN

---



ANEXO D

DESENHO DE HOMEM ARANHA



ANEXO E

DESENHO DE PIU PIU

