

CUIDADO PERIOPERATÓRIO: PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS COM MAIS DE UMA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

PERIOPERATORY CARE: CHILDREN'S PERCEPTION OF MORE THAN ONE SURGERY EXPERIENCE

CUIDADO PERI OPERATORIO: PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A MÁS DE UNA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

Letícia Lima Colinete Costa¹
Mara Lúcia Garanhani²

RESUMO

Para a criança cirúrgica, o período de internação pode consistir em experiência dolorosa e desagradável, sendo necessárias ações de cuidado específicas da equipe profissional que atendam às suas necessidades. O objetivo com este trabalho foi compreender os significados de cuidado perioperatório para crianças submetidas a mais de uma cirurgia e as estratégias de cuidado e autocuidado que utilizam. Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa, no qual foi utilizada a entrevista semiestruturada com dez crianças. A análise das entrevistas seguiu o método de análise de discurso preconizado por Martins e Bicudo, modalidade da estrutura do fenômeno situado que resultou em três categorias: cuidado perioperatório, interações estabelecidas e sentimentos vivenciados. Os significados de cuidado e autocuidado para a criança cirúrgica ficaram restritos ao momento em que ela vivenciou, à maneira como foi cuidada, estando intimamente ligados à relação estabelecida entre ela e a equipe. A presença da mãe, ou pessoa significativa, mostrou-se relevante para a criança, confirmando sua importância. Destaque-se a importância da orientação para a criança e para sua família buscando desmistificar-lhes os medos, a fim de estabelecer uma interação efetiva que promova um cuidado eficaz, integral e humanizado.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem Perioperatória; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The hospitalization period can be a difficult and unpleasant experience to a child so the professional staff needs to provide care that corresponds to the children's specific needs. This study objective to understand the meaning of the perioperative care for children submitted to more than one surgery and the strategies of care and self-care employed. This was a qualitative and descriptive study that used semi-structured interviews with 10 children. The data analysis followed the discourse analysis method recommended by Martins and Bicudo. The phenomenon mode structure resulted in three categories: perioperative care and interactions established; feelings experienced. The meaning of care and selfcare for the child in surgery was restricted to the moment experienced, with the way it was cared for, and it is closely tied to the relationship established between itself and the team. The mother's or other important person's presence, was significant to the child what confirms its importance. The study highlights the importance of guidance to the child and its family. It should try to demystify their fears, and establish an affective interaction that promotes an efficient, integral and humanized care.

Key words: Perioperative Care; Pediatric Nursing; Perioperative Nursing, Qualitative Research.

RESUMEN

Para los niños el periodo de internación puede ser doloroso y desagradable y, debido a ello, el equipo profesional debe brindarles los servicios adecuados para atender sus necesidades más específicas. El objeto de este estudio es comprender el significado del cuidado perioperatorio para niños sometidos a más de una cirugía y las estrategias de cuidado y autocuidado que ellos mismos emplean. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo realizado mediante entrevistas semiestructuradas a 10 niños. El análisis de datos siguió el método del análisis de discurso defendido por Martins y Bicudo, modalidad de la estructura del fenómeno situado. El análisis de las entrevistas resultó en tres categorías: manejo perioperatorio, interacción establecida y sentimientos vividos. El significado de cuidado y autocuidado para estos niños se limitó al momento vivido asociado a cómo había sido atendido, que está estrechamente vinculado a la relación entre ellos y el equipo. La presencia de la madre o de alguien significativo demostró ser importante para el niño, lo cual confirma su relevancia. Se realza la importancia de las instrucciones tanto para el niño como para su familia, con miras a desmistificar los miedos y establecer la interacción efectiva que promueva la atención eficaz, integral y humanizada.

Palabras clave: Atención Perioperatoria; Enfermería Pediátrica; Enfermería Perioperatoria; Investigación Cualitativa.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço: Rua Humberto Nóbile, nº278, Jardim. Califórnia. Londrina-PR, CEP: 86040-110. E-mail: leticia.cost@yahoo.com.br.

² Mara Lúcia Garanhani. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Rua Raposo Tavares, nº445 aptº 22 – Centro. Londrina - PR CEP:86010580

INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência baseia suas atividades no ser humano e tem como objetivo central o cuidado integral, respeitando o ser humano como um ser biopsicossocioespiritual em todas as suas fases evolutivas. Assim, as questões que discutem as relações de cuidado desses profissionais estabelecidas em suas funções diárias tornam-se cada vez mais necessárias.

Juntamente com a discussão sobre o cuidado na profissão de enfermagem, é possível observar o interesse no resgate da humanização nos serviços de saúde, o resgate da própria humanidade do homem. O ser humano traz a humanização nos princípios essenciais de sua espécie, ou seja, em sua natureza própria, a racionalidade, que também é dotada de dignidade, a qual é também chamada de humanidade. Assim, a única exigência para ele ser humanizado é existir.¹

Tais discussões são importantes, pois o profissional da saúde, ao refletir sobre sua prática, demonstra interesse e disposição em crescer na sua atividade e também como pessoa. Essa reflexão pode fornecer subsídios para que, por meio de atitudes mais conscientes e acolhedoras, possam atender às necessidades de saúde do indivíduo e sua família, promovendo, protegendo e recuperando a saúde com maior qualidade e resolutividade.

O período perioperatório, correspondente aos períodos pré, intra e pós-operatório, ocasiona respostas fisiológicas e emocionais no indivíduo, tornando-se evidente a necessidade de uma assistência integral. A criança hospitalizada, para submeter-se a uma cirurgia, torna-se exposta, além dos fatores negativos que a internação representa ao estresse que o processo cirúrgico provoca nos indivíduos.²

Na criança cirúrgica, esse processo pode repercutir em alterações no seu crescimento e no seu desenvolvimento, além do impacto psicológico que pode gerar. Essa situação implica a realização de ações de cuidado da equipe profissional que atendam às necessidades da criança hospitalizada. Os objetivos básicos da assistência de enfermagem à criança cirurgiada devem ser minimizar o estresse pré-operatório, a hospitalização em si e garantir uma recuperação pós-operatória rápida e efetiva.²

Para a clientela infantojuvenil, o período de hospitalização e a doença podem constituir experiências dolorosas e desagradáveis.³ A ocorrência de reinternações diminui a oportunidade de desenvolvimento normal para a criança, impondo-lhe a necessidade de adquirir maior carga de mecanismos adaptativos e favorecendo o surgimento de transtornos nas relações consigo mesma e com o outro.⁴

Para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico é necessário considerar as necessidades da criança, experiências anteriores de hospitalização e a circunstância da atual internação.⁵

Neste estudo, o objetivo foi compreender os significados de cuidado perioperatório para crianças submetidas a

mais de uma cirurgia, assim como as estratégias de cuidado e autocuidado que utilizam, explorando a seguinte interrogação: Quais as percepções de cuidado que a criança cirúrgica, que já teve experiências anteriores, possui em relação ao período perioperatório? Espera-se oferecer subsídios para refletir sobre a assistência de enfermagem à criança cirúrgica e à sua família, propiciando maior aprofundamento nos significados do cuidado em enfermagem e subsidiando fatores de humanização na internação hospitalar.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público do norte do Paraná. A pesquisa qualitativa objetiva apreender aspectos do fenômeno por meio da descrição dos sujeitos sobre sua experiência vivida.⁶ Portanto, o método de coleta de dados foi realizado mediante entrevista semiestruturada, fundamentada em questões que abrangeram as orientações recebidas nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, significados de cuidado e autocuidado. Participaram do estudo dez crianças, pacientes da clínica de cirurgia infantil. Os critérios de seleção dos participantes foram: possuir idade entre 6 e 12 anos, aceite dos pais mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceite da própria criança e o fato de que a criança, obrigatoriamente, já tivesse se submetido a mais de um ato cirúrgico e pudesse se comunicar.

O período de realização das entrevistas ocorreu entre janeiro e agosto de 2009, por meio de visitas à unidade pediátrica durante o período pós-operatório imediato da criança, ou durante o retorno desta ao serviço para pós-consulta no período de pós-operatório tardio. Após autorização da mãe ou responsável mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceite da criança, as entrevistas foram gravadas com a presença do responsável. Considerou-se o número de entrevistas adequado quando as informações obtidas evidenciaram convergências suficientes para a descrição da estrutura do fenômeno investigado.

Para a análise das descrições obtidas nas entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de discurso baseada na modalidade da estrutura do fenômeno situado. Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas as análises ideográficas e nomotéticas.⁷

Na fase de análise ideográfica, foram realizadas leituras flutuantes, quantas vezes necessárias, a fim de chegar a um sentido geral do que estava descrito. Após a obtenção do sentido, realizou-se nova leitura, objetivando identificar unidades de significados contidas nas unidades descritivas. A seguir, essas unidades de significado foram interpretadas buscando uma transposição da linguagem ingênua das crianças.

No segundo momento, que compreendeu a análise nomotética, buscou-se aproximar as diferentes unidades de significados individuais, estabelecendo as convergências e divergências entre elas. Nessa

etapa, houve a síntese das unidades interpretadas em categorias que descrevem uma estrutura do fenômeno estudado: a percepção da criança sobre o cuidado perioperatório.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado *O Cuidado Perioperatório: significado para o paciente, familiares, equipe de saúde e alunos*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 122/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das crianças entrevistadas, oito eram do sexo masculino e duas do sexo feminino, com os seguintes diagnósticos: lesão uretral, fístula uretrocutânea, hipospádia, criptorquidia, cólica nefrética, infecção do trato urinário (ITU), cisto braquial recidivado, traumatismo crânio encefálico e trauma abdominal fechado. A frequência de cirurgias anteriores entre os entrevistados variou de uma a quatro experiências cirúrgicas.

As causas que desencadearam a nova cirurgia foram traumas por acidente automobilístico, outros tipos de traumas domésticos, infecções urinárias de repetição e complicações das cirurgias anteriores.

Com base na análise, foi possível dispor as entrevistas em três categorias: cuidado perioperatório interações estabelecidas e sentimentos vivenciados, descritas a seguir:

• **O cuidado perioperatório** – Nesta categoria estão presentes os procedimentos, orientações e ausência destas, bem como situações de cuidado e não cuidado referidas pelas crianças, além dos diferentes significados de cuidado para elas, os conhecimentos e as atitudes de autocuidado diante do procedimento cirúrgico.

No período pré-operatório, as crianças identificaram alguns procedimentos: consultas médicas, internação, realização e cuidados com acesso venoso e medicação, alimentação e o momento em que foram encaminhadas até o centro cirúrgico.

Durante o período transoperatório, identificaram procedimentos como administração de pré-anestésico, permanência na sala pré-cirúrgica, troca de roupa, ato anestésico, realização da cirurgia e monitorização cardíaca na sala de recuperação pós-anestésica:

Eles colocaram anestesia no meu soro, aí eu fiquei meio tontinho. (C5 – 11 anos)

Só lembro a hora que eu tava dentro de uma salinha lá, e aí, de repente, tinha um negócio no meu dedo da batida do coração, é tipo um pregadorzinho assim com uma luz vermelha, aí tinha um monte de fio enroscado no meu peito. (C9 – 11 anos)

No período pós-operatório, foram identificadas ações como transporte do centro cirúrgico para o quarto, permanência na enfermaria, analgesia, medicação, avaliação de sinais vitais, banho no leito, curativo,

indicação de lavagem da sonda uretral, retirada de pontos, prescrição de alta e agendamento de retorno:

Não, me deram remédio só na hora que cheguei aqui. (C5 – 11 anos)

Quando eu fiz a cirurgia, eu tomava banho na cama [...]. A enfermeira fazia o curativo da cirurgia. (C8 – 10 anos)

As orientações que abrangeram o período pré-operatório continham conteúdos como causa, objetivo e prognóstico da cirurgia, jejum e medicação pré-anestésica, como relatados em alguns dos seguintes trechos das entrevistas:

Disseram apenas que iam tampar a fístula, que era bem mais simples. (C5 – 11 anos)

Falaram que tinha que fazer jejum. (C7 – 11 anos)

Conversou. Falou assim que eles iam me dar um remedinho de morango, não era meio doce, era um pouquinho amargo, e aí depois eu ia dormir e fazer a cirurgia. (C9 – 11 anos)

Entre as dez crianças entrevistadas, cinco relataram que não se lembravam das orientações recebidas durante o período pré-operatório.

Durante o período transoperatório, as orientações relatadas foram sobre o pré-anestésico, a anestesia e a realização da cirurgia. No período pós-operatório, as crianças informaram que tinham recebido orientações sobre dor, repouso, possíveis intercorrências, o procedimento cirúrgico envolvendo desde os resultados obtidos até a utilização de dispositivos introduzidos durante a operação, como o uso de sonda de demora:

Estão orientando o dia que eu vou ficar com ela [sonda vesical]. (C5 – 11 anos)

Relataram, também, que o acompanhante recebeu orientações sobre formas de autocuidado, mas que não houve orientações durante o período pós-operatório, destacando-se que essa falta de informação pode desencadear conclusões errôneas sobre o estado geral da criança. Por exemplo, a falta de informação sobre a possibilidade de haver hematúria no período pós-operatório levou a criança a acreditar que a cirurgia não havia sido realizada de forma adequada:

Podia. Num sei... podiam fazer essa cirurgia melhor, né? É fazendo xixi... daí vai sair o xixi vermelho. Meu xixi era vermelho. (C4 – 6 anos)

Há necessidade de um trabalho de maior orientação à criança sobre seu procedimento cirúrgico, especialmente no período pré-operatório, evitando, assim, medos e interpretações erradas sobre o que ocorre com o corpo dela – como demonstrado no último relato, em que a criança acreditava que a cirurgia não havia sido realizada

corretamente por causa da hematúria, situação comum nos primeiros dias após o tipo de cirurgia a que se submeteu.

Ao fornecer às crianças informações pertinentes e de forma compreensível, torna-se possível que ela se adapte melhor ao processo de internamento, além de evitar o medo daquilo que é desconhecido, facilitando o processo de hospitalização para a criança, a família e a equipe. A inclusão dos aspectos psicoemocionais, e não apenas os biológicos e fisiológicos, no preparo da criança, contribui para restaurar-lhe e manter-lhe a saúde física e também favorecer seu desenvolvimento integral e sua proteção. Isso é relevante, principalmente, quando esses aspectos psicoemocionais abrangem tanto a criança quanto sua família.⁸

Todas as crianças, em algum dos momentos do pré-operatório, do intraoperatório ou do pós-operatório, disseram que não se lembravam de orientações que abrangeram sua hospitalização. Isso pode ser um indicativo de que as orientações não ocorreram ou, se ocorreram, não foram feitas de maneira que atingiu a compreensão das crianças.

Nesse sentido emerge a reflexão sobre a maneira como essas orientações estão sendo desenvolvidas com as crianças. A clientela infantil necessita receber informações mais próximas da sua realidade, para que seja capaz de assimilar e, assim, compreender aquilo que lhe é orientado. A equipe de enfermagem pode utilizar o brinquedo terapêutico como método ou instrumento facilitador para compreender as necessidades da criança, com o objetivo de minimizar-lhe o estresse, prepará-la para procedimentos, além de meio para que ela mesma expresse suas necessidades. A utilização do brinquedo, por si só, constitui um instrumento de cuidado.⁸

Nessa categoria também foi incluído como a criança se sentiu cuidada no hospital. As crianças relataram que se sentiam bem cuidadas ao receber carinho e atenção, na presença da mãe, mediante a boa interação com a equipe e com as enfermeiras, na ausência de dor e ao receberem alimentação, repousar e se sentirem seguras no ambiente hospitalar:

Eles cuidam muito bem de mim... É muito bom né? (C1 – 8 anos)

Gosto de... Conversam bastante comigo, o tratamento deles comigo é muito bom... É bom. (C2 – 8 anos)

Muito bom [...] porque as enfermeiras eram boazinhas [...] as enfermeiras são legais. (C6 – 9 anos)

Como situações de não cuidado as crianças identificaram obstrução da sonda vesical, demora para aspiração de traqueostomia, falta de orientação quanto ao acesso venoso, altura do leito, acomodação sem conforto do acompanhante e sanitário pequeno:

A sonda que colocaram, ela entupiu e resultou nos cálculos vesicais [...]. Quando eu passei para a enfermaria, eu queria aspirar [traqueostomia], mas demorava; minha mãe tinha que ficar chamando, aí ela aprendeu e não precisou mais chamar. (C8 – 10 anos)

As outras não falavam nada, daí entrava ar [no equipo de sorro], daí tinha que dar um jeito [...]. Lá no quarto minha mãe dormiu numa cama daquela. (C10 – 9 anos)

As falas também evidenciam situações de não cuidado vivenciadas pelas crianças com relação às técnicas desenvolvidas pela equipe, demonstrando a preocupação delas com a qualidade dos procedimentos realizados. Para uma efetiva qualidade do cuidado, a equipe de saúde, cada qual em seu nível de competência técnica, deve possuir conhecimento das técnicas, medicamentos, equipamentos e problemas enfrentados pela criança durante a hospitalização. O oferecimento à clientela infantil de quantidade e qualidade de recursos, tanto físicos quanto humanos, influencia na sua recuperação.⁹

Outra situação de não cuidado citada refere-se à falta de preparo do ambiente hospitalar para o acolhimento do acompanhante.

Chato. Porque é minha mãe né? Eu tava dormindo assim ela falou: 'Ai, nossa, tá tudo dolorido aqui de tanto dormi de lado'. Ela só falava isso e não deixava eu dormir. (C10 – 9 anos)

A instituição hospitalar é responsável por oferecer à mãe acompanhante, além da atenção, a garantia de seu bem-estar.¹⁰ A falta de lugares apropriados para o familiar descansar emergiu como preocupação, evidenciando a realidade da falta de estrutura física do hospital para incluir o familiar como parte do processo de cuidado. Ao mesmo tempo em que o hospital oferece a oportunidade da presença de um familiar durante a internação da criança, é necessário buscar meios para acomodá-lo de maneira digna, estendendo o cuidado humanizado ao familiar do paciente internado. Apenas inserir a família no contexto hospitalar não é suficiente. Exige preparo para lidar com sua permanência, compreendendo-a e aceitando suas particularidades.¹¹

Os seguintes significados de cuidado emergiram nas falas das crianças: zelo; algo bom; possibilidade de evitar trauma; precaução; segurança; assistir o paciente; realizar boas atitudes; atitude de cuidar da saúde nas ações de prover alimentação, higiene e medicação, bem como condição de saber viver.

Cuidado é coisa boa [...] É cuidar da saúde [...] Que faz bem as pessoas. (C1 – 8 anos)

Dão remédio quando eu sinto dor. (C5 – 11 anos)

Cuidado é não se machucar. (C8 – 10 anos)

Carinho [...]. Com abraço [...]. Dá um feliz bom dia [...]. Tudo bem. (C7 – 11 anos)

Num fazer as coisa mal [...]. Num fazer bagunça assim, né? (C6 – 9 anos)

Além desses significados, a criança cirúrgica revelou entender o cuidado como algo que, por muitas vezes, pode não ser necessariamente o que a criança deseja,

mas que ela percebe como necessário para o seu bem-estar, como evidenciado na fala:

É fazer as coisas que eu tenho que fazer e não fazer todas as minhas vontades. (C2 – 8 anos)

O termo “cuidado” deriva do latim *cura* e é usado num contexto de relações de amor e de amizade. Expressa a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto querido.¹² Cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.¹³

Quando a criança sente supridas suas necessidades, permite-se afastar a imagem de que o hospital é um lugar triste, de sofrimento, possibilitando relacionar o hospital com seu ambiente familiar.

Essa proximidade com a realidade que vivia antes da internação, sem um rompimento abrupto com a vida que possuía, torna o período de hospitalização mais humano. Nesse sentido, quando o cuidado é considerado em sua complexidade, valorizando as relações estabelecidas do estar e viver em sociedade, os profissionais de saúde poderão contribuir para que a internação pediátrica seja o menos traumática possível, buscando inseri-la como uma fase do viver da criança. Assim, o cuidado poderá não somente contribuir para o viver da criança, mas também para o desenvolvimento do seu ser como pessoa em desenvolvimento.¹⁴

Com relação ao conhecimento sobre o que envolve seu procedimento cirúrgico e a capacidade de descrever os resultados obtidos da cirurgia, surgiram os seguintes relatos:

Eu tive que fazer a ligação da minha uretra. (C1 – 8 anos)

Eles taparam a fistula que tinha e aumentaram o buraquinho de cima e colocaram a sonda, e é onde eu não estava conseguindo fazer xixi [...]. Mas agora eu estou conseguindo. (C5- 11 anos)

Um aparelho que estralava lá dentro da bexiga quebrando os cálculos. (C8 – 10 anos)

As crianças descreveram atitudes de autocuidado relacionadas ao repouso, ao lazer, à alimentação, à ingestão hídrica, a medicações, evitar atitudes que predisponham a um trauma e fazer aquilo que os profissionais de saúde orientavam.

Com relação ao repouso, consideraram o autocuidado, evitar qualquer atividade que ocasionasse esforços durante o período pós-operatório, como correr, jogar bola, andar de bicicleta, subir em árvore, agachar-se e andar muito. Em contrapartida identificaram outras atividades de lazer que evitavam tais esforços, como assistir à televisão, jogar videogame e utilizar o computador.

As crianças relataram, também, a necessidade de ingerir líquidos, como água, manter boa alimentação e tomar

a medicação prescrita, além de seguir as orientações fornecidas pelos médicos:

Eu vou ter que ficar de repouso [...]. Vou ficar deitado no quarto, não sei se na sala ou no quarto do meu pai. (C5 – 11 anos)

Beber muito líquido [...]; beber bastante água, os líquidos [...]; comer; se alimentar [...]. Tem que tomar remédios [...]. Eu me esforço pra fazer o que eles pedem pra eu fazer. (C2 – 8 anos)

Tô fazendo o que os médicos falaram. (C10 – 9 anos)

É possível observar, por meio das entrevistas, que algumas crianças identificaram o autocuidado como evitar a condição que a predispôs à cirurgia, como mostra o seguinte relato:

Ah não quero nem saber de bicicleta mais. Só vou usar quando eu preciso, não vou andar correndo, não vou fazer graça. (C3 – 10 anos)

O autocuidado pode ser compreendido como a prática de atividades que as pessoas aprendem e executam para si mesmas a fim de manter a vida, a saúde, o contínuo desenvolvimento pessoal e o bem-estar.¹⁵ Ao identificar suas atitudes de cuidado, as crianças colocam-se como participantes ativas no seu processo de restabelecimento da saúde, fator que deve ser valorizado pela equipe que lhes presta cuidados, identificando-a como sujeito ativo no processo de cuidar.

• **Interações estabelecidas** – Esta categoria aborda as interações da criança no ambiente hospitalar. Foi possível observar, ainda nessa categoria, como e se a criança é capaz de identificar seus cuidadores e a pessoa de referência no cuidado.

A interação entre a criança e a equipe foi identificada por meio de relatos que mostram situações em que há diálogo entre equipe e paciente, carinho e atenção por parte da equipe com a criança:

Perguntavam qual meu nome, onde eu morava, o que eu fazia, conversavam comigo. (C3 – 10 anos)

Fiquei muito com elas, por isso comecei a gostar delas [...]. À noite eu não ficava sozinho [...]. Escreveram uma cartinha que eu coleei na parede [...]. Eu tenho um álbum em casa que foi tirado aqui, colocaram uma luva na minha mão e tiraram foto; eu tirei foto minha, da minha tia, da brinquedoteca, da tia [...], da casinha, com três enfermeiras... (C8 – 10 anos)

As falas evidenciam a importância para a criança de uma relação mais acolhedora e quão ligada se sente à equipe quando se percebe querida por esta. O processo de cuidar consiste no desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico. Envolve sempre uma ação interativa. Nessa ação interativa ocorre um processo de transformação tanto do ser cuidado como da cuidadora.¹³

Por meio do relato de uma das crianças é possível observar, também, falhas no relacionamento equipe/cliente:

Elas não falavam nada. Elas falavam: 'Oi. Tchau.' É chato. (C10 – 9 anos)

O ser humano é um ser social que sente prazer ao interagir e estar com outros indivíduos.³ No processo de hospitalização da criança, essa interação facilita a aceitação do processo de internação, a adesão ao tratamento, bem como possibilita uma experiência menos traumatizante e mais humanizada para a criança.

Quanto à identificação da equipe, algumas conseguem identificar quais são os profissionais que prestaram cuidados, enquanto outras, não. Nesse sentido, podemos inferir que se torna necessária uma apresentação mais clara do profissional que presta cuidados à criança, apontando seu papel na equipe para que ela tenha a possibilidade de identificá-lo e, conseqüentemente, estabelecer uma relação de vínculo. Por meio dos vínculos estabelecidos, a assistência à criança é otimizada, resultando em benefício para ela. É necessário saber escutar, falar quando necessário, proporcionar abertura para a realização de perguntas, respeitar, ser honesto e disponibilizar tempo para a conversa, além de demonstrar interesse, dentre outras habilidades.¹⁶

Entre as crianças que conseguiram identificar os profissionais que as assistiram, algumas conseguem nomear os profissionais da equipe que lhes foram significativos. Os profissionais da equipe de enfermagem e os da equipe médica foram citados pelas crianças, sendo que os da equipe de enfermagem foram os mais referidos:

As enfermeiras, o médico. É... o médico, chefe lá. Todos eles. Quem faz mesmo é as enfermeiras. (C2 – 8 anos)

Eles cuidam de todas as crianças [...]. Enfermagem. (C5 – 11 anos)

Por um tempo as enfermeiras da UTI cuidaram de mim, depois foram as da pediatria. (C8 – 10 anos)

Destaque-se que muitas crianças entrevistadas indicaram as mães ou, na ausência desta, a pessoa significativa representando o papel materno como referência no cuidado e nas orientações após a cirurgia, o que nos faz refletir sobre a importância de se dar amparo e apoio às mães, fornecendo-lhes informações e compreendendo-as como participante no processo de hospitalização da criança.

As crianças identificaram atitudes da mãe como zelar, orientar, dar banho, auxiliar nos cuidados, tentar fazer o agendamento da cirurgia e estar presente ao acordar da cirurgia:

Ah, recebi muitos carinhos da minha mãe. (C3 – 10 anos)

Ela fazia eu ir no banheiro [...], me dava banho. (C6 – 9 anos)

E minha mãe, ela ficava lá... me olhando [...]. Minha mãe só ficava cuidando [...]; ela ficava de olho em mim. (C10 – 9 anos)

Ao introduzir a família na assistência prestada ao paciente, há uma mudança significativa e satisfatória no processo doente/família. Oferecer à família a devida atenção, informação e respeitar suas decisões demanda tempo, que muitas vezes os profissionais alegam não possuir, reforçando o modelo biologicista, esquecendo-se de compreender o indivíduo como um todo, um ser biopsicossocial, excluindo a família do processo.¹

• **Sentimentos vivenciados** – Esta categoria abordou os sentimentos relatados pelas crianças durante o período perioperatório, evidenciando desde a tranquilidade ao saber do procedimento até sentimentos como dor, medo, culpa e o desejo de não mais operar.

O sentimento de dor esteve presente em todo o processo perioperatório, tanto relacionado à situação da patologia quanto ao período pós-operatório. Quando se fala em dor, há necessidade de refletir como essa queixa é atendida, especialmente pela equipe de enfermagem, que está presente em todos os momentos da hospitalização e é a responsável por avaliar esse que é considerado atualmente um dos sinais vitais, além de intervir na administração de analgésicos prescritos. É necessário que haja sensibilização dos profissionais da pediatria, responsáveis pelo cuidado com relação à avaliação e o manejo da dor pós-operatória, assim como o conhecimento das estratégias adequadas para seu tratamento, contribuindo, dessa maneira, para um período de hospitalização menos traumatizante para a criança.¹⁷

O sentimento de medo apareceu relacionado à dor, aos riscos de acidentes, ao procedimento cirúrgico, à presença dos médicos na sala de cirurgia, aos materiais hospitalares como a agulha e à altura do leito:

Eu ficava com medo porque sabia que ia doer. (C5 – 11 anos)

No começo eu fiquei com medo [...], porque é do testículo, aí eu fiquei com medo. (C7 – 11 anos)

Eu não queria nem descer da cama [...] porque era muito alto e eu tinha medo. (C10 – 9 anos)

Eu cheguei no centro cirúrgico, e na hora que entrei na sala eu fiquei com um pouco de medo porque tinha muitos médicos. (C8 – 10 anos)

Os relatos revelaram, também, a importância da orientação no pré-operatório, explicando como é o centro cirúrgico, quem a criança encontrará na sala de operação, as vestimentas usadas pela equipe e os procedimentos que serão realizados. Uma vez que as crianças deste estudo já haviam passado por outras experiências cirúrgicas, essa aproximação anterior, unida a sucessivas orientações, permitiu à criança desmistificar e preparar-se, o que proporciona menores danos.

A culpa foi mencionada diante da possibilidade de ter sido o causador do trauma que gerou a cirurgia. O desejo de não mais operar foi visível na vontade expressa de que o ato cirúrgico resolvesse o problema e não fosse mais necessário em sua vida:

Ele falou que se esta der certo não vou precisar fazer mais nenhuma [...], e eu espero que esta seja a última. (C5 – 11 anos)

Uma das crianças expressou tranquilidade ao saber que se submeteria à operação:

Ah, eu não fiquei assustada [...], eu fiquei normal [...]. Parecia que eu estava em casa. (C10 – 9 anos)

Identificar e trabalhar os diversos sentimentos expressos pela criança cirúrgica facilita o processo de adaptação hospitalar e o consequente restabelecimento de sua saúde, o que ocasiona menores traumas, possibilitando um cuidado efetivo e holístico à criança cirúrgica.

Além das três categorias que emergiram da análise das entrevistas, as crianças enviaram recados para os profissionais da saúde:

Ah, pra que cuida bem, pra que tenha muito cuidado. (C1 – 8 anos)

É só falar que não vai doer, porque se fala que vai doer a pessoa fica com mais medo. (C5 – 11 anos)

Não brigar com as outras crianças [...], pra eles serem bem legais. (C10 – 9 anos)

Quando eu tava no centro cirúrgico [...], foi muito legal com eles [...]. Só falar assim que muito obrigada deles terem feito a cirurgia em mim. (C9 – 11 anos)

Com relação à profissão, também destacaram uma sugestão:

Ter amor pelo que faz. (C7 -11 anos)

O conhecimento das percepções da criança cirúrgica sobre sua experiência pode revelar outras formas de cuidado que precisam ser observadas pelos profissionais de saúde. Realizar orientações, solucionar dúvidas, explicar os procedimentos realizados torna a criança sujeito ativo

do seu processo saúde-doença, situação importante para a criança como cliente e para o profissional como cuidador holístico.

O cuidado de enfermagem à criança deve direcionar-se no sentido de deixar fluir a interação, a energia criativa, a emoção e a intuição que compõem o lado artístico de todo ser humano, sem negar ou rejeitar aspectos técnicos, científicos e tecnológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou evidenciar três categorias relacionadas ao cuidado perioperatório, às interações com a equipe de saúde e aos sentimentos vivenciados. O significado de cuidado para a criança mostrou ter relação com a maneira como ela foi cuidada, com as necessidades supridas no hospital, além de estar intimamente ligado à relação estabelecida entre ela e a equipe. Ela foi capaz de identificar situações de cuidado e de não cuidado durante a hospitalização.

Para a criança cirúrgica, o cuidado tem como significado: zelo; algo bom; possibilidade de evitar trauma; precaução; segurança; assistir o paciente; realizar boas atitudes; atitude de cuidar da saúde, alimentação, higiene e medicação; e condição de saber viver além de realizar atitudes que lhe predisponham o bem-estar. A criança cirúrgica também é capaz de identificar posturas necessárias para o autocuidado. As estratégias de autocuidado utilizadas por elas estão relacionadas ao repouso, ao lazer, à alimentação, à ingestão hídrica, a medicações, bem como a quanto evitar atitudes que predisponham a um trauma e fazer aquilo que os profissionais de saúde orientam. A presença da mãe, ou de pessoa significativa, mostrou-se relevante para a criança, confirmando sua importância.

Essa realidade nos incita a uma reflexão sobre a maneira como estamos realizando nossas atividades no cuidado à criança cirúrgica. Destaque-se a importância da orientação para a criança e sua família, buscando desmistificar seus medos, fornecendo-lhe orientações completas e adequadas no processo de hospitalização. Torna-se relevante, também, a atenção às interações estabelecidas no período perioperatório visando promover um cuidado mais eficaz, integral e humanizado à criança e à sua família.

REFERÊNCIAS

1. Corbani NMS. O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(4):445-9.
2. Schimtz EMR. Assistência de Enfermagem à Criança nos Períodos Pré, Trans e Pós-Operatório. In: Shimitz EM. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura.* São Paulo: Atheneu; 1995. Cap. 20.
3. Gonzaga MLC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev Latinoam Enferm.* 1998; 6(5):17-26.
4. Schimtz EM. A Problemática da Hospitalização Infantil: aspectos psicológicos. In: Shimitz EM. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura.* São Paulo: Atheneu; 1995. Cap. 16.
5. Guareschi APDF, Martins LMM. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. *Rev Esc Enferm USP.* 1997; 31(3):423-36.
6. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface Comunic Saúde Educ.* 1997; 1(1):109-22.

7. Martins J, Bicudo MAV. A modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa em psicologia. In: Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005. p 91-110.
8. Schmitz SM, Piccoli M, Viera CS. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré operatória de enfermagem à criança. Rev Eletrônica Enferm. 2003; 5(2):14-23. [Citado 2010 jan. 20]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.
9. Tonete VLP, Santo RME, Parada CMGL. Percepções da equipe de enfermagem sobre os médicos da alegria e a hospitalização de crianças. REME Rev Min Enferm. 2008; 12(2):173-181.
10. Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam e não apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3):270-5.
11. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. REME Rev Min Enferm. 2006; 10(1):18-23.
12. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. In: capítulo VII – natureza do cuidado. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2000. p. 87-106.
13. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
14. Silva AL. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000; 13(especial 1):86-90.
15. Souza MF. Abordagens do cuidado na enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000; 13(especial 1):98-106.
16. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):312-8.
17. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):289-95

Data de submissão: 29/3/2009

Data de aprovação: 2/8/2010