

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO

A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA NA UNIDADE  
DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO:  
SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA E O ENSINO  
DE ENFERMAGEM

Nair Regina Ritter Ribeiro

PORTO ALEGRE, Janeiro de 1991

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA NA UNIDADE  
DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO:  
SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA E O ENSINO  
DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada por Nair  
Regina Ritter Ribeiro, como  
requisito parcial para obtenção  
do grau de Mestre em Educação.

Professora Orientadora

Nara Maria Guazzelli Bernardes



## SUMÁRIO

RESUMO .....	X
ABSTRACT .....	XII
INTRODUÇÃO .....	01
1 - REVISÃO DE LITERATURA .....	03
2 - FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES NORTEADORAS E DOS OBJETIVOS .....	13
3 - METODOLOGIA DA PESQUISA .....	15
4 - DESCRIÇÃO DOS CASOS .....	27
5 - A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA NA UTIP .....	217
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	296
BIBLIOGRAFIA .....	310
GLOSSÁRIO .....	318
ANEXOS .....	326

## SER

Eu quero ser uma criança,  
uma criança apenas,  
que se sinta pessoa,  
que se sinta gente,  
que fale porque precisa  
expressar ao adulto  
aquilo que a impressionou,  
que escreva o que  
o seu pensamento organizou  
que não só exista  
mas que possa  
sorrir e desabafar,  
que tenha o direito de brincar,  
brincar...  
com seus próprios brinquedos,  
que seja tão livre,  
como o pássaro e a borboleta,  
para comunicar  
como sente - o sol, a chuva,  
o vento, as flores e as folhas,  
expressando tudo  
que a imaginação criou,  
que tenha o direito de pensar,  
pensar...  
para descobrir em cada coisa,  
o palpitar da vida.  
Só assim, Eu serei  
Promessa...  
para encontrar  
um tesouro escondido  
na essência das coisas simples,  
na pureza e na  
inocência de ser criança.  
Só assim, Eu serei  
Promessa...  
Só assim, Eu serei  
Presença...  
Quando gente grande  
me entender.

Cecília Machado Bueno

**Dedico este Trabalho:**

- aos meus pais, José Aloysio e Alma Acella, que dedicados e incansáveis, cuidam dos meus filhos para que eu possa estudar e trabalhar e que estão desta forma me possibilitando a realização deste trabalho;
- aos meus filhos, Carolina, Milena e Luis Osório, que pelo longo tempo deste trabalho, muito os privei de minha companhia e por serem o meu estímulo constante;
- ao meu esposo João Osório, por ser o que é, e por ter compartilhado com tolerância e amor todos estes momentos.

A Professora Nara Maria Guazzelli Bernardes que competente, incansável e constante, acreditou, estimulou e orientou este trabalho, registro minha admiração, afeto e gratidão.

**Agradeço:**

às crianças e seus pais que participaram como sujeitos desta pesquisa, sem os quais não seria possível sua realização;

à todas as crianças e sua famílias que compartilharam da minha trajetória profissional de forma especial, aquelas que passaram pela UTIP;

à Enfermeira Elizabeth Tannhauser Sant'Anna e ao Dr. Paulo Roberto Carvalho, então chefes da UTIP, pela receptividade que demonstraram e por permitirem que o trabalho se desenvolvesse nesta unidade;

às Enfermeiras Carmem Lúcia Silva Nectou, Eliana Nara Barasuol Rizzardi, Elizabeth Tannhauser Sant'Anna, Gladis Lourdes Bettim de Almeida, Maria Buratto Souto, Neusa Gomes Roque, Vera Lúcia Mendes Dias e toda a equipe de enfermagem da UTIP, pois direta ou indiretamente auxiliaram na realização deste trabalho;

à Professora Helena Becker Issi pela disponibi-



lidade e colaboração durante inúmeros momentos da realização deste trabalho;

à Professora Sandra Maria Mendes, Coordenadora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela compreensão;

à Professora Maria da Graça Corso da Motta, chefe do Serviço de Enfermagem Materno Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela compreensão e incentivo nos momentos decisivos deste trabalho;

aos demais colegas, Professores das Disciplinas de Enfermagem Materno Infantil II e Enfermagem nas Doenças Transmissíveis do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial às Professoras Dulce Maria Nunes e Lourdes Maria Falavigna Boeira, pelo incentivo, compreensão e apoio;

aos demais Professores do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, pela compreensão;

à Professora Marta Sisson de Castro, pelo auxílio e direcionamento inicial deste trabalho;

à FAPERGS, pelo apoio financeiro parcial ao projeto;

à bibliotecária Ana Ladislava Tonelotto, pela revisão da bibliografia;

ao Professor Fernando Volkmer e Vera Kude, pela tradução de inglês;

à Lourdes Zanetti, pela datilografia;

à Amália Maria de Vargas, pela datilografia do projeto;

à Eny Esteves e Lucia Helena Ribeiro Barbosa, pela revisão de linguagem;

e a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com este trabalho.

## RESUMO

Este estudo buscou produzir conhecimentos que possibilitem uma compreensão mais acurada da experiência vivida pela criança na situação de hospitalização na UTIP. A intenção foi compreender o que ocorre com a criança nesta situação, do ponto de vista de quem a vivencia concretamente, ou seja, criança, familiares e membros da equipe de enfermagem.

A produção deste conhecimento poderá ser utilizada por elementos das equipes de saúde que assistem a crianças em Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrico, bem como, servir de subsídio para o ensino de enfermagem pediátrica com vista a uma adequada assistência à criança e sua família.

Como ponto de partida para a busca desta compreensão, foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

- Quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressados pela criança ao vivenciar uma situação de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico?
- Do ponto de vista de seus familiares, quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressados pela criança?

- Do ponto de vista dos membros da equipe de enfermagem, quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressados pela criança?

A metodologia utilizada foi o estudo de caso com materiais qualitativos obtidos através do prontuário, de observações de crianças internadas na UTIP e de entrevistas com crianças, seus pais e membros da equipe de enfermagem da UTIP.

Os dados analisados, conforme os procedimentos da análise compreensiva proposta por Bernardes (1991), permitiram conhecer a experiência vivida pela criança dentro de uma UTIP. Esta experiência revela-se através da dor do corpo, do sofrimento psicológico e da conduta da criança para o enfrentamento da situação. Inclui fatores relacionados à presença dos familiares e das equipes profissionais que lhe prestam atendimento. Permite captar a apreciação da criança e seus familiares no que se refere a fatores responsáveis pelo desconforto e sofrimento, bem como, a fatores geradores de bem estar e tranquilidade.

A compreensão da experiência vivida por estas crianças na UTIP poderá auxiliar os profissionais, os docentes e os acadêmicos em formação, a identificarem as necessidades de seus pacientes e familiares a fim de planejar suas ações de forma a eliminar ou reduzir as fontes de sofrimento.



## ABSTRACT

This study was designed to generate knowledge that provides an accurate understanding of the experiences encountered by children who are hospitalized in a Pediatric Intensive Unit for Treatment.(UTIP). Its objective was to understand what actually happens to the children in such situation, not only under the perspective of children themselves but also under the perspective of their family and members of the nursing staff. That is, to understand the children's concrete experience under the perspective of everyone who was engaged on it.

This knowledge may both help the nursing staffs who treat children in Pediatric Intensive Units and provide bases for teaching other pediatric nurses who, in turn, will assist children and their families.

The following orienting questions constituted the starting point for the research:

- Which expressed perceptions, feelings, and behaviors are presented by the children when they experience the situation of being hospitalized in a Pediatric Intensive Unit?



- What are the viewpoints of the their families regarding the children's expressed perceptions, feeling, and behaviors?
- What are the viewpoints of members of the nursing staff regarding the children's expressed perceptions, feelings, and behaviors?

The methodology employed was based on the case study, and drew upon qualitative materials obtained through the children's medical records, through observations of the children who were hospitalized in the Pediatric Intensive Unit and through interviews with children, their parents and members of the UTIP nursing staff.

The data, analysed according with the procedures of the comprehensive analysis method presented by Bernardes (1991), made it possible to know the experience that is lived by children who are in UTIPs. This experience reveals itself through physical suffering, through psychological suffering, and through children's coping behaviors. It includes factors associated with the presence of family members and of professional staff members.

The research made it possible to discern the children and their families, perception both in terms of factors responsible for discomfort and suffering and of factors that generate well-being and tranquility.

The understanding of the experiences lived by these children in the Pediatric Intensive Unit may help professionals, teachers, and students in training to identify

the needs of their patients and families in order to plan their actions in a way that is suitable to eliminate or reduce sources of suffering.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) é uma Unidade especializada da Pediatria, dotada de recursos humanos e materiais para atender a criança em estado grave.

O objetivo principal da UTIP é retirar a criança da fase crítica e restabelecer suas condições vitais. Já há algum tempo, porém, preconiza-se que a assistência à criança hospitalizada na UTIP não se restrinja ao atendimento de suas necessidades físicas. Há uma grande preocupação para que esta assistência seja integral, englobando necessidades físicas, psicossociais, cognitivas e espirituais; caso isto não ocorra, a hospitalização poderá interferir no curso normal do desenvolvimento da criança, provocando, por exemplo, regressão a fases anteriores, desenvolvimento de comportamento agressivo, hipermotilidade, graus variados de apatia ou, ainda, reações mais brandas como distúrbios do sono, da alimentação e medo exagerado e imotivado (Trezza e Trezza, 1985).

A criança, quando internada numa UTIP, está em estado grave e é alvo de manipulações constantes, da utilização de aparelhos sofisticados, da execução de procedimentos de

urgência; isto acrescenta outros fatores à própria doença que aumentam o estresse da criança e da família.

As crianças internadas na UTIP, na maioria, são admitidas em situações de urgência, sem ter tido oportunidade de um preparo prévio, exigindo uma equipe competente, que aja com precisão e rapidez.

A formação do profissional e o treinamento em serviço não devem ficar restritos apenas aos aspectos técnicos, mas devem englobar aspectos psicológicos, tais como percepções e sentimentos da equipe, percepções, sentimentos e comportamentos manifestos da criança e de seus familiares.

Para que isto ocorra, é necessário que a equipe de saúde que atua nesta área se aproprie de conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança e, também, sobre sua conduta na situação de hospitalização.

Assim, a necessidade de compreender melhor a experiência da criança na situação de hospitalização, numa Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, motivou a realização deste estudo.



## 1 - REVISÃO DA LITERATURA

Com a finalidade de situar de forma mais exata, embora concisa, o tema desta investigação, a presente revisão da literatura aborda as características da criança doente e sua conduta durante a hospitalização, a conduta da equipe e as reações dos familiares das crianças hospitalizadas. Enfoca, de modo particular, a situação da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. Para permitir uma compreensão mais precisa dos leitores que não estão familiarizados com esta área, foi elaborado um glossário que é encontrado após a Bibliografia.

### **A criança doente e a hospitalização**

A doença e hospitalização da criança é uma situação ameaçadora, incompreensível e inevitável para ela e sua família. Stevens (1981) refere que a percepção deste estado, para a criança, depende, entre outros fatores, de sua idade e nível de desenvolvimento. A criança pequena percebe a doença e o ambiente de acordo com seus medos e fantasias predominantes. O que mais a angustia é a limitação da mobilidade, através do descanso imposto na cama e da restrição dos membros, que a



impossibilitam de aliviar suas tensões com atividades motoras. A criança em idade escolar tende a se angustiar pela perda da integridade física e do controle das funções corporais. A preocupação maior do adolescente é uma possível deformação e perda da identidade sexual, embora seja capaz de entender mais a respeito de sua doença.

A criança doente sente-se fraca, indisposta, com dores, e perde a confiança em si mesma, ficando insegura, e este fato é agravado quando os adultos não a deixam fazer as coisas a que está acostumada, como servir-se dos alimentos, vestir-se, banhar-se, escolher os brinquedos, e outras (Trezza e Trezza, 1985).

Geralmente, a hospitalização é uma experiência desagradável e aterradora, e muitas crianças podem percebê-la como ameaça ou castigo.

No hospital, além de vivenciar situações novas, a criança observará coisas que não compreende, aumentando sua ansiedade e intranquilidade, contribuindo, para isto, o fato de não haver, com freqüência, um adulto confiável a quem fazer perguntas ou, quando as faz, não recebe respostas ou estas são pouco claras, evasivas ou simplesmente mentirosas (Trezza e Trezza, 1985).

Se a criança não receber explicações claras e razoáveis a respeito da doença e do tratamento, formulará suas próprias conclusões sobre o que está ocorrendo, dando lugar às fantasias, que se refletem nas suas preocupações constantes. Reforçam os autores, também, que, se as idéias distorcidas não

forem esclarecidas, podem apresentar-se pior que a realidade e se tornarem um obstáculo para uma evolução emocional saudável (Petrillo e Sanger, 1975).

Para Santos et al (1984c), a informação à criança é uma das questões mais importantes no processo de adaptação à hospitalização. A criança deve ser informada sobre exames, intervenções e procedimentos dolorosos, esclarecendo-a sobre o que, como e quando serão realizados. A informação pode diminuir o seu temor, ajudá-la a lidar melhor com aspectos de sua fantasia e facilitar o relacionamento com a equipe.

A criança, ao sentir que tem algum controle sobre a situação, terá sua ansiedade e seus medos diminuídos, pois sentir-se-á positiva em relação a si mesma.

Hunsberger et al (1984) citam que a criança pode exercer algum controle sobre o que está ocorrendo se, por exemplo, ela puder escolher em que braço receberá uma injeção ou, se for uma criança maior, ficar-lhe assegurado o direito de recusar algum aspecto do tratamento. Para Santos et al (1984c), esta atitude alivia a tensão da criança, aumenta o autocontrole e facilita o estabelecimento de uma relação de confiança. Se for permitido à criança algum nível de decisão e participação, poderá ser-lhe passada uma mensagem de respeito.

A hospitalização da criança, para Tobias et al (1986), é uma fonte de agressões físicas, traumas psíquicos e tensões emocionais, tanto para a criança como para a sua família. A criança enferma sofre inúmeras agressões, as quais aumentam na medida em que seu estado se agrava, pois há necessidade de

maior número de exames e aparelhos sofisticados, tornando-a insegura e angustiada. Para a família, o medo e a ansiedade também aumentam à medida e à proporção da doença, agravados por um sentimento de culpa de um possível envolvimento com a etiologia da doença.

Santos et al (1984c) acreditam também que o estresse da hospitalização está relacionado à vivência do desconhecido, do não-controlável, associado às rotinas limitadoras, terapêuticas dolorosas, emoções de sofrimento e morte. A criança facilmente vivencia esta situação como castigo, agressão ou abandono.

Existem alguns fatores agravantes, entre eles, a idade, a ausência de acompanhante e a gravidade do estado da criança.

Waidley (1985) refere que, após uma situação estressante e não-familiar, a criança poderá ter atitudes agressivas, que deverão ser aceitas como normais. É importante lembrar, também, a colocação de Tobias et al (1986), quando diz que a criança ajustada é a que brinca, ri e chora e, não, a criança silenciosa, como muitos pensam.

#### **A hospitalização da criança na UTIP**

Sendo a UTIP uma Unidade que recebe as crianças em estado mais grave e que, freqüentemente, já na admissão proporciona procedimentos dolorosos e sofisticados, além de impossibilitar uma orientação adequada da criança e sua família devido ao fator tempo, é de supor-se que o estresse seja mais intenso e,



portanto, com maiores conseqüências que uma hospitalização fora da UTIP.

Para Stevens (1981), a compreensão do comportamento da criança na UTIP requer a consideração dos seguintes fatores: repercussão da enfermidade na família; disposição genética; experiências passadas e aprendizado anterior; idade e nível de desenvolvimento da criança; assim como sua condição física. Estes fatores interagem para produzir a resposta única, individual, da criança à sua experiência.

As UTIP são ambientes estranhos a todos, com exceção dos poucos profissionais da saúde que lá trabalham em equipe (Stevens, 1981). A par disso, devido ao sofisticado equipamento e à constante vigilância a que a criança é submetida, os pais fazem uma correlação imediata entre UTI e morte (Tobias et al, 1986).

As UTIP dão ênfase ao tratamento técnico para manter a vida durante uma doença grave, mas a assistência não deve ficar restrita às situações de urgência e, sim, atender de forma integral as demais necessidades da criança e sua família.

Este atendimento integral requer um trabalho muito diversificado da equipe da UTIP. Deve observar e registrar, além dos sintomas e sinais que evidenciam a evolução da doença, as respostas da criança à doença e ao ambiente hospitalar, bem com as reações dos pais durante todo o período. Cabe, também, à equipe conhecer o estágio do desenvolvimento em que a criança se encontra, suas fantasias,

suas ansiedades e experiências prévias relacionadas com os procedimentos e sua familiaridade em relação às situações que está vivenciando, lembrando que o comportamento e as reações emocionais diferem muito de uma criança para a outra. Desta forma, a equipe poderá ajudar a criança a manter-se em equilíbrio e contribuir para que o grupo familiar supere a ansiedade (Rocha, 1972).

As colocações feitas por Hunsberger et al (1984) e Santos et al (1984c) reforçam as de Stevens (1981), quando referem que a UTIP pode diminuir os sentidos de identidade, segurança e auto-estima da criança, se estas possibilidades não forem reconhecidas e trabalhadas adequadamente.

As atividades diárias, tais como comer e eliminar, são modificadas, diminuindo as possibilidades de a criança exercer controle sobre elas.

A impossibilidade de participar de decisões simples, como a forma de beber um suco ou a hora de trocar a roupa, aumentará seu sentimento de impotência.

O seu senso de identidade e auto-estima são enfraquecidos por diminuição das atividades, restrição dos membros ou descansos impostos no leito.

Estes fatores são associados à separação da família e seu ambiente, que são causas conhecidas de insegurança para todas as faixas etárias.

São vários os fatores causadores de estresse para a criança e sua família, durante a permanência na UTIP. Para Stevens (1981), estes fatores incluem a doença da criança, a



perda do sono, a falta do ambiente e da rotina familiares, a separação da família, o grau e o tipo de estimulação e os procedimentos terapêuticos e de diagnóstico realizados. Consciente da existência desses fatores geradores de estresse, o enfermeiro deve avaliar seus efeitos reais na criança e na família e, então, planejar a assistência individualizada.

Esta mesma autora cita algumas medidas para diminuir os estímulos negativos numa UTIP, como controlar o ambiente e as rotinas, proporcionando à criança períodos de sono ininterruptos, no mínimo, de 60 a 90 minutos; utilizar artefatos para diminuir os estímulos auditivos, odores desagradáveis, excessos de iluminação; resguardar a criança e a família de presenciarem situações que as possam perturbar.

Stevens (1981) ressalta, ainda, a importância das medidas utilizadas para manter os estímulos positivos normais, entre outras, a familiarização do ambiente com o auxílio de brinquedos favoritos da criança, posters, móveis, e o desenvolvimento de atividades com a criança, de forma semelhante à rotina de sua casa.

De modo semelhante, Tobias et al (1986) dizem que os aspectos relacionados com o ambiente dependem da criatividade da equipe. Ressaltam a importância das cores e figuras pintadas nas paredes e teto, a utilização da iluminação natural para orientar a criança no tempo e no espaço, a presença de um relógio localizado de forma que crianças maiores de seis anos possam visualizá-lo, o uso da televisão em horários de programas infantis, e outros.

Tobias et al (1986) e Stevens (1981) apontam, também, a extrema importância do brinquedo dentro da UTIP, para o que deverá ser levada em consideração a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Waidley (1985) coloca que pode ser utilizado um livro de figuras para preparar a criança e, ao mesmo tempo, envolver os pais. Os livros, preparados diferentemente para cada faixa etária, devem explicar, através de palavras e figuras, os procedimentos, o ambiente, os equipamentos e as pessoas que a criança encontrará.

A atenção da equipe, entretanto, não se esgota no atendimento à criança, pois, como já foi mencionado, ao ser hospitalizada, ela traz consigo a família, e as necessidades de ambos devem ser consideradas para uma assistência global (Augusto e Noda, 1978; Stevens, 1981; Wolterman e Miller, 1985).

A medida que a família entender, aceitar e se tranquilizar em relação à doença, procedimentos e hospitalização, transmitirá estes sentimentos à criança.

Wolterman e Miller (1985) citam a "necessidade de informações" sobre o estado de saúde de seu filho, como um dos principais fatores geradores de estresse na mãe e/ou no pai. Fazem referência, ainda, ao medo da morte, agravado pelo isolamento do filho, desenvolvendo sentimentos de desconfiança em relação à equipe, o que aumenta ainda mais sua ansiedade.

Incluem os autores, ainda, como geradores de estresse nos familiares em crise "o sentimento de perda de controle, a

presença da criança e da família no ambiente estranho, a privação do sono, a exaustão física, a exigência dos irmãos da criança doente e de outros parentes, dificuldades em arranjar 'babysisters' e transporte, e preocupações com os custos do cuidado, tanto imediato como a longo prazo" (Wolterman e Miller, 1985, p. 36).

Após identificar as fontes de estresse para o pai e/ou mãe, as enfermeiras deverão fazer um planejamento para intervir na crise da família, amenizá-la e tentar resolvê-la.

A equipe deve identificar e entender as reações dos familiares, como agressão, regressão, retraimento e repressão, que podem ser manifestadas através de hostilidade verbal, caminhar, torcer as mãos, ou chorar. Eles devem ser orientados sobre o que está acontecendo com a criança e tranquilizados sobre o fato de que procuraram ajuda quando era necessário, que a equipe está fazendo o que pode para ajudar, e que lhes serão dadas mais informações tão logo seja possível. Deve também ser-lhes dito que suas reações são normais, mas, de maneira alguma, devem ser dadas esperanças ou tranquilizações falsas, pois seria injusto e destrutivo da confiança (Wolterman e Miller, 1985).

Faz parte da assistência à criança diminuir os traumatismos aos quais é necessário submetê-la. Segundo Hunsberger et al (1984), a maioria das enfermeiras pediatras acredita que a presença de um familiar ou uma pessoa amiga, embora não evite, pode minimizar a estranheza e a ansiedade provocadas por ambientes não-familiares ou procedimentos que



machuquem.

A permanência dos pais ou familiares é vista, pela equipe, como tendo vários aspectos positivos, citando-se a tranquilização emocional da criança, facilitando seu manuseio, a melhor compreensão da criança, a ajuda objetiva na alimentação e em outros procedimentos, a informação correta sobre o estado da criança e a preservação, da equipe, de deformação profissional, na medida em que desenvolvem maior cobrança e maior controle (Santos et al, 1984a).

Até há poucos anos, eram raras as UTIP que permitiam a permanência dos pais junto às crianças e, ainda hoje, existem algumas UTIP que se mantêm intransigentes quanto a ela.

A ausência dos pais pode acarretar as mais variadas manifestações, entre elas, inapetência, inquietação, choro intenso nos pequenos e, nos maiores, insegurança e retraimento (Santos et al, 1984c).

## 2 - FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES NORTEADORAS E DOS OBJETIVOS

Esta pesquisa pretende produzir conhecimentos que possibilitem uma compreensão mais acurada da experiência vivida pela criança na situação de hospitalização na UTIP.

Como ponto de partida para a busca desta compreensão, foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

- Quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressos pela criança ao vivenciar uma situação de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico?
- Do ponto de vista de seus familiares, quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressos pela criança?
- Do ponto de vista de membros da equipe de enfermagem, quais percepções, sentimentos e comportamentos manifestos são expressos pela criança?

Na medida em que a experiência vivida pela criança, que é assistida em áreas críticas das instituições de saúde, for melhor compreendida, poderá ser reavaliada a assistência a ela prestada por estas instituições. Conseqüentemente, poderá ocorrer uma adequação da assistência à criança e à sua família, com diminuição de traumatismos e seqüelas resultantes da hospitalização.

São, portanto, objetivos deste estudo:

- Compreender as percepções, os sentimentos e os comportamentos manifestos da criança na situação de hospitalização na UTIP.
- Oferecer à equipe da UTIP novos elementos para compreender a experiência vivida pela criança na Unidade.
- Oferecer à equipe da UTIP subsídios para avaliar e, se necessário, reestruturar a assistência à criança na Unidade.
- Fornecer subsídios para o aluno de graduação em enfermagem, com vistas a uma adequada assistência à criança e sua família.



### 3 - METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa é constituída por um estudo qualitativo sobre a experiência de hospitalização das crianças em uma UTIP.

A intenção era compreender o que ocorria efetivamente com a criança naquela situação, do ponto de vista de quem a estava vivenciando concretamente, ou seja, criança, familiares e membros da equipe de enfermagem.

A utilização da abordagem qualitativa para este estudo se apoiou, entre outros, em Bogdan e Biklen (apud Lüdke e André, 1986), por referirem que, na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem um contato direto e prolongado com o ambiente e com a situação que está investigando, e os materiais coletados são predominantemente descritivos. Além disto, dispensa uma atenção especial ao modo como as pessoas vêem as questões que estão sendo estudadas.

Ainda Bogdan (apud Triviños, 1987) aponta, como característica da pesquisa qualitativa, o fato de ela ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador

como instrumento-chave, e de analisar os dados indutivamente, entre outras.

No contexto das abordagens qualitativas, este trabalho define-se como um estudo de caso. Bogdan (apud Triviños, 1987) define o estudo de caso como *"uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente"* (p. 133).

Ampliando esta definição, Sudbrack (1982) afirma que o método de estudo de caso *"é um modo de organizar os dados, em termos de uma determinada unidade escolhida, como a história da vida de um indivíduo, a história de um grupo ou um processo social delimitado"* (p. 45).

Entre as características do estudo de caso qualitativo salienta-se que ele visa à descoberta de novos aspectos da realidade. Por meio deste método, os pesquisadores enfatizam o contexto em que o estudo se desenvolve, buscam relatar a realidade de forma completa e profunda. E, ainda, usam variadas fontes de informações em momentos e situações diferentes, utilizando uma linguagem acessível para comunicar seus resultados (Bogdan e Biklen, apud Lüdke e André, 1986).

Foi, portanto, escolhido este método por acreditar-se que ele permitiria, através de um estudo aprofundado e intensivo, conhecer a experiência vivida pela criança dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva. Este conhecimento foi construído a partir da análise dos comportamentos manifestos, das percepções e dos sentimentos expressos pela criança, seus pais, ou por membros da equipe de enfermagem, e captados pela

pesquisadora.

### O contexto e os sujeitos da pesquisa

A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), na qual o estudo se desenvolveu, tem, como primeiro objetivo, retirar a criança da situação de risco imediato e, posteriormente, atender suas demais necessidades e da sua família.

A UTIP tem capacidade para oito leitos, destinados a crianças de dois meses a doze anos, portadoras de patologias graves que, no momento da internação, apresentem risco, ou crianças que estejam sendo submetidas a procedimentos que exijam cuidados intensivos de uma equipe de saúde.

A área física é constituída de 5 boxes para leitos individuais e uma sala de 3 leitos. Dos leitos individuais, dois possuem todas as condições para serem utilizados como isolamento, quando necessário. Possui, também, o posto de enfermagem, salas de prescrição, expurgo, guarda de material, preparo de nutrição parenteral, sala de espera e uma sala de entrevista e reuniões (Sant'Anna, et al, 1988).

A assistência na UTIP é desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, que pode ser assim discriminada:

- Equipe médica, constituída por médicos assistentes, médicos contratados e médicos residentes;



- Equipe de enfermagem, com enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem;
- Equipe de apoio, com assistente social, psicóloga, nutricionista, técnica de nutrição e atendente de nutrição, recreacionistas, residente de psiquiatria, auxiliar de registros médicos, mensageiro e serventes de limpeza.

A criança admitida na UTIP pode vir encaminhada de cinco setores do hospital, a saber: do Bloco Cirúrgico, nos Pós-operatórios de risco; da Unidade de Emergência, que é a porta de entrada do hospital para a maioria das crianças; do Ambulatório, em casos raros; da Unidade de Neonatologia ou da Unidade de Internação Pediátrica.

A admissão da criança na UTIP é feita normalmente pela enfermeira, pelo médico, e pela auxiliar ou atendente de enfermagem previamente designada pela enfermeira, para preparar a Unidade da criança.

Nos primeiros momentos, são realizados procedimentos para tentar recuperar e manter as condições vitais da criança. À medida que o estado da criança se estabiliza, é feito o planejamento para a manutenção da assistência.

Já desde a admissão da criança, seus pais são orientados sobre as rotinas da UTIP, bem como de que forma eles podem auxiliar na assistência de que seu filho necessita.

Os pais são incentivados a permanecerem com seus filhos na UTIP, dando-lhes apoio e auxiliando na assistência a eles prestada, durante as 24 horas do dia.

É estipulada uma hora diária para a visita de outros familiares que não os pais, respeitando-se as condições da criança.

A alta da UTIP poderá ocorrer em quatro modalidades: alta a domicílio, óbito, transferência para outra instituição ou transferência para a Unidade de Internação Pediátrica, sendo que esta é a mais comum.

Os sujeitos desta pesquisa foram crianças de ambos os sexos, internadas na UTIP de um hospital de ensino de Porto Alegre, nos meses de outubro a dezembro de 1988, e que se encontravam na faixa etária de seis a onze anos.

Através de levantamento realizado sobre as características das crianças admitidas na UTIP durante o ano de 1987, foi constatado que as mesmas pertenciam a diversos níveis sócio-econômicos, e que as causas das internações eram várias. Apesar de a UTIP prestar assistência a crianças de dois meses a doze anos, é maior a incidência da faixa etária de dois meses a um ano.

No estabelecimento do limite inferior da idade dos sujeitos da pesquisa, porém, foi levado em consideração seu estágio evolutivo, de forma a possibilitar uma verbalização mais articulada nos contatos com a pesquisadora. Assim, também, foram excluídas as crianças com alterações do nível de consciência, como, por exemplo as que estavam em estado



comatoso.

Inicialmente, não foi pré-fixado um certo número de crianças, pois o critério seguido para limitação dos sujeitos foi o da saturação dos dados.

Assim, o grupo de sujeitos foi formado por dez crianças, cujo tempo de permanência na UTIP variou, desde aproximadamente 7 horas até 25 dias.

#### Procedimentos para coleta dos dados

Para a coleta de dados ou de materiais, de um estudo qualitativo, pode-se lançar mão de vários recursos técnicos, entre eles, entrevistas, observações e documentos. Também, podem ser coletados em diferentes momentos, em situações variadas e com diferentes informantes.

Para este estudo, inicialmente, pensou-se que o recurso mais adequado seria a entrevista com a criança. Ponderou-se, posteriormente, que seriam necessárias outras informações além daquelas verbalizadas pela própria criança, para que se pudesse compreender sua experiência, visto que muitas delas poderiam apresentar dificuldades de comunicação verbal.

Julgou-se, então, que seria de extrema importância obter-se informações através do prontuário, de observações da criança durante sua internação, de entrevistas com os pais, de entrevistas com membros da equipe de enfermagem, além da entrevista com a própria criança.

O primeiro passo para realizar o trabalho de campo foi um

contato verbal com a enfermeira e com o médico responsáveis pela UTIP, no qual foi exposta a intenção de realizar o estudo. Houve concordância por parte deles, o que possibilitou o acesso ao livro de registros da Unidade, permitindo conhecer as características das crianças internadas no período de janeiro a dezembro de 1987, com vistas a caracterizar os sujeitos que participariam do trabalho e a subsidiar as decisões em relação aos procedimentos de coleta de dados.

A partir da autorização, foi realizado um estudo-piloto, que consistiu na observação descritiva e minuciosa do comportamento de três crianças internadas na UTIP, durante períodos de 30 minutos (Dana e Matos, 1982), e em entrevistas com uma criança e sua mãe, com o objetivo de desenvolver habilidades da pesquisadora, bem como avaliar a adequação dos procedimentos de coleta dos dados.

Ao iniciar-se a coleta de dados para o estudo, geralmente antes da primeira observação, eram explicados para o pai, mãe e/ou criança os objetivos do trabalho, e de que forma seriam coletados os dados. Foram-lhes garantidos, também, o anonimato e o sigilo das informações. Houve o consentimento verbal de todos os sujeitos abordados.

Assim, o *rapport* para as entrevistas foi estabelecido durante as observações da criança.

As observações descritivas e exaustivas do comportamento da criança e dos adultos presentes na situação de internação foram realizadas em diversos momentos da permanência do sujeito na UTIP. O intervalo de tempo de cada observação foi,

em média, de trinta minutos.

Em cada caso, o número de observações realizadas dependeu do tempo de permanência da criança na UTIP. Os dados captados pela observação foram registrados no protocolo elaborado para esta finalidade (Anexo 1).

Convém salientar que, além destas observações efetuadas em intervalos de tempo previamente determinados, em todos os momentos de contato da pesquisadora com a criança, seus familiares e membros da equipe de enfermagem, também foram captados e registrados outros dados de observação.

Durante os períodos de observação, a pesquisadora permanecia dentro do box da criança, procurando não interferir no cenário em que estava inserida. Eventualmente, era solicitada, pela criança, e nestes momentos atendia suas solicitações.

Para as entrevistas com as crianças, pais e elementos da equipe de enfermagem, optou-se pela utilização de um roteiro semi-estruturado (Anexo 2, 3 e 4).

As entrevistas com as crianças e seus pais foram realizadas em locais variados, na grande maioria pais e filhos juntos, no quarto da Unidade de Internação para o qual a criança fora transferida após sua alta da UTIP.

Para a realização das entrevistas, foram levados em consideração a disponibilidade dos entrevistados e as condições gerais das crianças; evitou-se os horários de maior manipulação e de repouso.

As entrevistas com os membros da equipe de enfermagem foram



realizadas na UTIP, após a alta da criança.

Todas as entrevistas foram gravadas em fita magnética e, posteriormente, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

Além das observações e das entrevistas, foram utilizados os prontuários das crianças como fontes de informação. Dos prontuários, foram compilados os dados de identificação, composição familiar, idade e profissão dos pais, motivo da baixa e procedimentos realizados na UTIP.

#### Procedimentos para análise dos dados

*"Analisar os dados qualitativos significa 'trabalhar' todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observações, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis"* (Lüdke e André, 1986, p. 45).

Optou-se por trabalhar os materiais desta pesquisa através do método de análise compreensiva (Bernardes, 1991), pois possibilitava desvendar, no comportamento gestual e na comunicação verbal, o significado, para a criança, da sua hospitalização na UTIP.

O processo da análise ocorreu através de vários passos e várias etapas.

No primeiro passo, procedeu-se à transcrição das entrevistas gravadas em fita magnética, e revisão dos registros das observações realizadas. Estes dados foram

relatados em forma de descrição ingênua, ou seja, mantendo-se na íntegra a expressão verbal das pessoas entrevistadas e evitando inferências e interpretações dos dados da observação.

Como se trata de um estudo de caso, no segundo passo, agruparam-se, para cada sujeito da pesquisa, os dados obtidos através das diferentes fontes de informações, a saber: dados do prontuário, observações, entrevistas com a criança, com um familiar, e com membros da equipe de enfermagem.

Os sujeitos receberam nomes fictícios e foram numerados de um a dez, seguindo a seqüência de internação na UTIP.

No terceiro passo, iniciou-se a análise compreensiva propriamente dita (Bernardes, 1991), dos dados obtidos em cada uma das fontes. O conjunto de dados de cada sujeito foi analisado mantendo-se sempre presente a idéia do contexto. Esta análise se compõe de quatro etapas.

Na primeira etapa desta análise, realizou-se a leitura da descrição ingênua completa com a finalidade de obter a compreensão geral dos enunciados.

Na segunda etapa, realizou-se nova leitura com o objetivo de identificar as unidades de significado.

Na terceira etapa da análise compreensiva, realizou-se a transformação das expressões originais da descrição ingênua na linguagem técnica adequada ao assunto, com ênfase no fenômeno que estava sendo investigado.

Na quarta etapa, realizou-se a síntese das unidades de significado transformadas.



Segundo Bernardes (1991):

*"esta síntese desdobra-se em duas descrições da estrutura de significado: a primeira, denominada descrição específica da estrutura, permanece mais diretamente associada ao sujeito concreto, naquela situação específica. A segunda, denominada descrição geral da estrutura, procura distanciar-se dos específicos da situação na direção de um significado geral do fenômeno" (p. 30).*

Para elaborar a descrição específica, os dados de cada sujeito concreto (resultante das observações, das entrevistas e do prontuário) foram trabalhados e apresentados através de descrições parciais e da compreensão singular da experiência vivida. A descrição específica, portanto, resultou de uma análise vertical dos casos.

Para elaborar a descrição geral, procedeu-se à análise e interpretação horizontal dos casos, considerados no seu conjunto, com vistas a identificar as semelhanças e as diferenças que estavam presentes nas descrições parciais e na compreensão singular da experiência vivida dos sujeitos.

Para estabelecer estas relações, foi necessário, portanto, alternar leituras verticais e horizontais, das quais emergiram as generalidades e as particularidades dos sujeitos.

O quarto passo objetivou identificar os temas centrais que emergiram da descrição geral da estrutura de significado do fenômeno.

A identificação dos temas, bem como das particularidades

e generalidades, e a reflexão sobre eles, no diálogo com a literatura, possibilitou a compreensão da experiência vivida pela criança na UTIP.

#### 4 - DESCRIÇÃO DOS CASOS

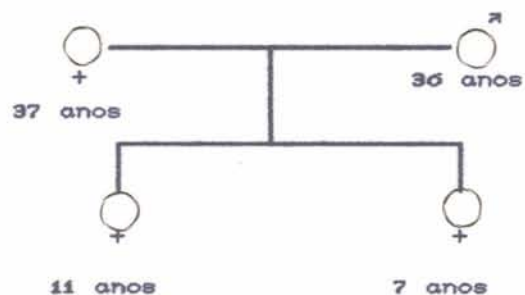
Neste capítulo serão apresentadas as descrições específicas de cada sujeito concreto em forma de caso. Cada caso contém as descrições parciais (resultantes das observações, das entrevistas e dos dados do prontuário) bem como a compreensão singular da experiência vivida de cada criança. Como já foi esclarecido, as crianças receberam nomes fictícios e os casos foram numerados de um a dez, seguindo a seqüência de internação da criança na UTIP.

## CASO 1 - MIRIAM

### Dados de identificação

Miriam é uma menina de sete anos que frequenta a 1ª Série do Primeiro Grau. O pai é criador de gado e ovelhas, e a mãe é do lar. São procedentes de uma cidade do interior do Estado.

### Composição Familiar:



Os pais são pessoas jovens e a mãe é um ano mais velha que o pai.

O casal possui duas filhas, sendo que Miriam é a mais nova. A diferença de idade entre ambas é de quatro anos.

### Dados referentes à hospitalização

Miriam foi encaminhada do interior do Estado para este hospital, para investigar hipertensão intracraniana. Ao ser



admitida, estava em bom estado geral, porém queixava-se de intensa cefaléia. Era sua primeira internação hospitalar e sua primeira experiência com doença.

Permaneceu na UTIP em torno de dezoito horas, durante as quais foi submetida a tomografia e punções venosas.

Ao término deste período, foi transferida para outro hospital, para ser submetida a cirurgia neurológica, de retirada de tumor cerebral.

#### Procedimentos para coleta dos dados

Os procedimentos realizados foram: uma observação da criança na UTIP, uma entrevista com a mãe da menina, e uma entrevista com uma enfermeira e uma atendente de enfermagem que assistiram à menina Miriam enquanto estava internada na UTIP.

A observação foi realizada aproximadamente uma hora após a admissão da menina na UTIP.

Miriam estava no box D, deitada no leito em decúbio dorsal levemente elevado. Estava choramingando e chupava bico.

No início da observação, a mãe estava com a menina e, quando saiu para conversar com um dos médicos, chamou o pai que permaneceu com Miriam.

Durante a observação, tiveram contato com a menina: os pais, dois médicos, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma tia.

A menina mostrava-se assustada, verbalizando medo e

desejo de ir-se embora. Não foram realizadas outras observações, pelo pouco tempo que a menina permaneceu na UTIP.

A entrevista com a mãe teve lugar oito dias após a transferência, no quarto do hospital onde foi feita a cirurgia.

A entrevista com a enfermeira e a atendente de enfermagem foi realizada na UTIP, no oitavo dia após a transferência da menina.

Não foi possível fazer uma entrevista com a menina, porque ela não concordou em falar, embora tenha tido uma pequena participação espontânea durante a entrevista com a mãe.

#### **Observação: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Durante a observação, a menina estava ativa, lúcida e orientada, respondendo coerentemente quando questionada. Verbalizou várias vezes seu desejo de ir-se embora.

##### **● Comportamentos relacionados à dor e ao medo**

A menina reagia à dor externando-a verbalmente e choramingando.

Dizia que estava com medo, mas inicialmente não soube identificar sua causa. Depois, relacionou-a com a UTIP, a

equipe, os procedimentos, a ausência dos pais e a morte.

A manifestação do medo foi feita através da verbalização de que estava com medo, de que queria sair da UTIP e ir ter com a mãe; através, também, da solicitação da presença dos pais, de que o pai se aproximasse mais e se sentasse, do gesto de segurar as mãos dos pais, na tentativa de retê-los junto a ela, e do choro quando a mãe se ausentou. Referiu, além disso, que estava com medo de morrer.

#### ● Interação com pai e mãe

A menina disse que queria ficar com os pais. Chamava-os, perguntava onde estavam e tentava retê-los junto dela, segurando-os pelas mãos. Tranqüilizou-se com a presença do pai.

Miriam expressou sua desconfiança nas colocações da mãe, dizendo que ela lhe havia mentido com relação à sua vinda para a UTIP.

#### Observação: sobre os familiares

#### ● Comportamentos do pai e da mãe

A mãe justificou para a filha a mudança de hospital, dizendo que no outro não havia os aparelhos necessários.

Frente à verbalização de dor, por parte da filha, tentou distraí-la, mostrando-lhe a criança do outro box.

O pai tentou tranquilizar a filha através do contato físico, segurando-lhe a mão, fazendo-lhe carinho, falando baixinho em seu ouvido. Falou, também, que estava por perto e permaneceria com ela, prometendo-lhe que não ficaria sozinha. Assegurou à menina que ela sairia da UTIP, mas só depois de realizados os exames. Perguntou-lhe se queria a presença da mãe, ao mesmo tempo que lhe dizia de seu desejo de ficar junto a ela. Informou ao médico que a menina estava com fome.

#### ● Comportamentos da tia

A tia da menina demonstrou sua tristeza e preocupação através do choro e dos questionamentos que fez ao médico. Quando este solicitou-lhe que tentasse transmitir tranquilidade à criança, ela se afastou e saiu do box.

#### Obrservação: sobre a equipe

#### ● Comportamentos da equipe

Frente às manifestações de medo da menina, houve a preocupação da equipe em tranquilizá-la através de solicitações para que verbalizasse seus medos, orientando-a sobre o que seria feito, elogiando e estimulando-a, falando de brinquedos, solicitando sua participação nos cuidados, informando onde a mãe estava, que o pai viria para ficar com ela e que a equipe queria ajudá-la.



O médico colocou sua mão na perna da menina, enquanto questionava o pai sobre suas reações anteriores.

A equipe informou à menina que ela sairia da UTIP, mas só depois que soubessem o que ela tinha e depois que ela melhorasse.

#### **Manifestações da criança durante a entrevista com a mãe**

##### **● Percepção em relação à UTIP**

Miriam disse que preferia este outro hospital, porque aqui estava no quarto e não na UTIP, e porque sua mãe estava com ela e dormia em sua cama.

##### **● Sentimentos experienciados**

A menina disse que quisera ir-se embora da UTIP, porque se sentira mal. Referiu que tivera medo de que a mãe fosse embora e que estivera assustada com a equipe.

#### **Entrevista com a mãe: sobre a criança**

##### **● Preparo da criança para a hospitalização**

Segundo a mãe, a menina fora preparada para a hospitalização através de explicações sobre o que iria acontecer com ela. Relacionaram sua ida para o hospital e os remédios que necessitava tomar com sua cura e a recuperação

de funções como caminhar e enxergar. Justificaram sua permanência na UTIP com o fato de estar sendo bem tratada e de estar recebendo medicação para ficar boa. Foi prometido também, à criança, que depois da cura iriam passear.

#### ● Adaptação à situação

Segundo a mãe, Miriam verbalizava seu desejo de ir-se embora. Participava de tudo e dizia que, quando retornasse à sua cidade, contaria a experiência vivida.

Para a mãe, houve marcada melhora em Miriam no período em que esteve na UTIP.

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

A menina, inicialmente, estava nervosa, deprimida e assustada. A mãe pensa que o que mais assustou a filha foram os procedimentos dolorosos, como picadas. Relacionou o nervosismo e depressão da filha com o fato de ter sido sua primeira hospitalização e não estar acostumada a ficar sozinha. Com o passar do tempo, a menina foi se acalmando.

#### Entrevista com a mãe: sobre a UTIP

##### ● Percepções da mãe

Segundo a mãe, a UTIP foi uma experiência inesquecível para a criança e para a família.

A lembrança da UTIP será boa e não trará sentimentos negativos, porque a criança recebeu tratamento.

#### **Sentimentos da família**

A mãe referiu que a família teve sentimentos de tristeza, pelo fato da criança estar na UTIP. Mesmo assim, sabem que foi uma situação boa para a criança e para a família.

Receberam orientação e ajuda, que resultaram em aprendizado por parte da família.

Gostaram do trabalho que viram e do fato de terem podido ver e participar, o que os ajudou a terem estes sentimentos positivos.

#### **Entrevista com a mãe: sobre os familiares**

##### **● Percepção da mãe**

A mãe justifica a presença dos pais na UTIP como sendo para atender ao desejo da filha de não ficar sozinha.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Para a equipe, a menina mostrava-se descontente e desconectada do ambiente, não se dando conta de que estava

numa UTIP, devido aos sintomas físicos como cefaléia e náuseas, causadas pela hipertensão intracraniana.

As reações apresentadas pela criança, de agitação, movimentando-se no leito constantemente, e de preocupação intensa em relação ao ambiente desconhecido, questionando quem eram as pessoas que estavam no box e o que iriam fazer, foram consideradas, pela equipe, como anormais.

#### ● Comportamentos gestuais e verbais

A menina dormiu pouco, falava e movimentava-se constantemente, parecendo descontente. Reclamava muito e deixava transparecer dor, medo e pavor, os quais foram atribuídos à própria doença e às situações novas que estava vivenciando.

#### ● Interação com a mãe

Miriam solicitava constantemente a presença da mãe, principalmente para a realização dos procedimentos. Além da presença, a menina parecia necessitar também do contato físico, segurando as mãos da mãe.

A presença materna parece ter sido fator importante para a realização dos exames, pois a mãe conseguiu fazê-la dormir para que os exames pudessem ser feitos.

Apesar de solicitar constantemente a presença da mãe e só permitir que os procedimentos fossem realizados na sua presença, a menina era agressiva com a mãe.



#### ● Interação com a equipe

Miriam teve dificuldades em aceitar a equipe. Solicitava que não a manipulassem, dificultando a realização dos exames. Isto, provavelmente, estava relacionado à dor que a criança sentia e ao curto tempo de hospitalização, dificultando a interação com a equipe.

#### Entrevista com a equipe: sobre a equipe

#### ● Auto-avaliação da equipe

A equipe tentou tranquilizar e acalmar a criança, mas não teve êxito. Não houve interação criança/equipe, e esta não pôde realizar os procedimentos na ausência da mãe, tanto que foi até cogitada a possibilidade de anestesiá-la a criança.

#### Entrevista com a equipe: sobre a mãe

#### ● Percepções e sentimentos manifestos

A mãe da menina estava ansiosa, e esta ansiedade provavelmente era decorrente do diagnóstico de "Tumor Cerebral", que havia sido feito durante esta internação.

#### Compreensão da experiência vivida

Miriam estava vivenciando, pela primeira vez, uma situação de doença e hospitalização. Viera transferida para a UTIP a fim de que fosse investigada a causa das cefaléias constantes, da perda parcial da visão e da deambulação.

Seu tempo de permanência foi pequeno não chegando a completar vinte e quatro horas de UTIP. Manteve-se ativa, manifestando freqüentemente seu desejo de ir-se embora da UTIP, assim como seus sentimentos de dor e medo.

Apesar de a equipe achar que a menina estava um pouco alheia ao ambiente, não se dando conta do que estava acontecendo, o seu comportamento demonstrava o contrário: movimentava-se constantemente, expressava preocupação em relação ao ambiente desconhecido, questionava o que não sabia e, sempre que entrava alguém no box, queria saber quem era e o que iria fazer.

A menina pouco dormiu e este fato pode estar relacionado à dor, ao ambiente estranho ou ao medo de que acontecesse algo durante o sono. O falar constantemente pode ser sinal de ansiedade. Seus medos e suas ansiedades foram manifestos através da verbalização de que estava com medo, da verbalização de que queria sair da UTIP e ir ter com a mãe, da solicitação da presença dos pais e que o pai se aproximasse mais e se sentasse ao seu lado, e da referência de que estava com medo de morrer.

A criança manifestou-os, também, através do choro quando a mãe se ausentou, e de gestos como segurar as mãos dos pais,

como que tentando retê-los junto dela.

O medo, a ansiedade e o pavor que deixava transparecer poderiam estar relacionados também com sua doença e com as situações novas que estava experimentando.

É provável que, encontrando-se numa situação nova, que lhe trouxera insegurança, a menina quisesse a presença dos pais para que eles a apoiassem, ou, talvez, para que eles a tirassem daquela situação. Também, quando era submetida a qualquer procedimento, doloroso ou não, chamava-os e, aparentemente, se tranquilizava mais com a chegada do pai.

A solicitação freqüente, por parte da menina, de que a mãe permanecesse com ela reforça a idéia de que ela se sentia mais segura na presença da mãe: na iminência de algum perigo, procurava sua proteção. É provável, também, que as reações de agressão da menina para com a mãe estejam relacionadas com o fato da mãe não se opor à execução dos procedimentos hospitalares nela. A menina pode haver interpretado o fato como uma punição ou que a mãe não tivesse levado em consideração a sua dor. Talvez, a menina tivesse a esperança de que a mãe a defendesse dos procedimentos.

A presença da mãe também serviu de facilitador entre equipe e criança, na medida em que esta conseguiu o que a equipe não conseguira, ou na medida em que a criança permitiu a ação da equipe quando a mãe estava presente.

A manifestação de desconfiança da menina em relação à mãe, ao dizer que esta havia lhe mentido, reforçou o princípio de que a criança deve ser esclarecida, respeitando-se sua

capacidade de entendimento, para que ela não perca a confiança nas pessoas conhecidas ou desconhecidas que estão junto a ela nos momentos de dor.

O pai, por sua vez, tentou tranquilizá-la quanto ao seu pedido de sair da UTIP, porém não lhe escondeu a necessidade de, primeiro, fazer os exames.

Diante da queixa da menina sobre a dor, a mãe pareceu sentir-se impotente e mudou de assunto, como se quisesse distraí-la.

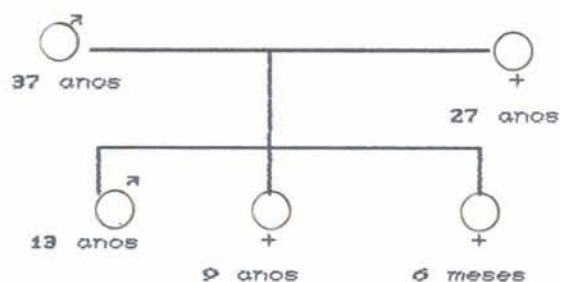


## CASO 2 - TÂNIA

### Dados de identificação

Tânia é uma menina de nove anos e está freqüentando a 3ª Série do Primeiro Grau. O pai trabalha na Cobal e a mãe é faxineira. Residem em uma cidade do interior do Estado.

### Composição Familiar:



O casal tem três filhos: o menino mais velho tem treze anos, e a menina menor tem apenas seis meses.

Tânia é a segunda filha do casal; a diferença de idade para seu irmão mais velho é de quatro anos e, para a irmã menor, é de nove anos.

A diferença de idade entre os pais é de dez anos e, apesar de já terem um filho com treze anos, a mãe só tem vinte e sete anos.

### Dados referentes à hospitalização

Tânia veio transferida de outro hospital, onde estava internada há cinco dias, sendo esta sua primeira experiência hospitalar.

Foi admitida na Unidade de Emergência, com diagnóstico de abscesso pulmonar e anemia. Apresentava-se em regular estado geral, porém mostrava-se assustada e chorosa.

Foi transferida para a UTIP, onde permaneceu sete horas, durante as quais foi submetida a punções torácicas aspirativas. Ao término deste período, retornou à Unidade de Internação.

### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: uma observação da criança na UTIP; uma entrevista com a criança; uma entrevista com o pai; uma entrevista com uma enfermeira e uma atendente de enfermagem que assistiram a menina na UTIP.

A observação foi realizada uma hora após a admissão da menina na UTIP. Tânia estava num box de isolamento, deitada no leito em decúbito elevado.

Mostrava-se bastante pálida e vestia um avental verde do hospital e propés. Estava monitorizada.

Durante o período da observação, o pai e a mãe vieram vê-la, e uma atendente de enfermagem permaneceu no box.

Não foram realizadas outras observações, pelo pouco tempo

que a menina permaneceu na UTIP.

A entrevista com a criança foi realizada no segundo dia após a alta da UTIP, numa sala da Unidade de Internação destinadas a estas atividades.

A entrevista com a enfermeira e a atendente de enfermagem foi realizada na UTIP, no terceiro dia após a alta da menina.

A entrevista com o pai da menina foi realizada no oitavo dia após a alta da UTIP, numa das visitas que o mesmo fez à filha, na Unidade de Internação.

#### Observação: sobre a criança

##### ● Adaptação à situação

Durante a observação, a menina estava lúcida e orientada. Aparentemente, não queria conversar, pois falou o extritamente necessário, quando questionada.

Manteve-se a maior parte do tempo passiva, respondendo, às vezes, através de gestos. Perguntou ao pai sobre seus pertences pessoais e verbalizou o seu desejo intenso de sair do hospital.

##### ● Comportamentos relacionados à dor e ao desconforto

A menina, aparentemente, estava em desconforto, porém não o verbalizou. Tentou diminuir o desconforto com uma mudança de posição, que realizou sozinha, sem solicitar ajuda. Quando lhe

foi oferecida ajuda, perguntou se isto era possível, e aceitou-a.

Permaneceu passiva durante os procedimentos. Manifestou, através de gestos e da expressão facial, que sentia dor, porém não a verbalizou.

Demonstrou preocupação com os procedimentos dolorosos a que seria submetida, quando teve a iniciativa de perguntar a equipe o que lhe aconteceria.

#### ● Interação com o pai e a mãe

Tânia demonstrou satisfação pela chegada do pai na UTIP. A preocupação que o pai mostrava, aparentemente, não foi percebida pela menina. Manteve-se passiva, não se manifestando à sua saída.

Observou a chegada da mãe e não reagiu às suas informações e colocações, respondendo eventualmente com olhares ou gestos. Aceitou, também, passivamente, o afastamento da mãe.

#### ● Reação aos aparelhos

A menina demonstrou interesse, curiosidade e preocupação em relação ao monitor cardíaco, por meio de olhares freqüentes em sua direção e comentários relacionados ao aparelho.

**Observação: sobre os familiares**



#### ● Comportamentos do pai e da mãe

O pai da menina demonstrou preocupação pelo estado de saúde da filha, através das perguntas que fez, e tentou estimulá-la para que aceitasse a situação que estava vivenciando, com vistas à cura. Manifestou sua confiança nos recursos tecnológicos disponíveis e disse que traria seus pertences pessoais.

A mãe fez várias perguntas demonstrando seu interesse em saber o que poderia ocorrer com a filha. Após ter sido informada, enfatizou para a menina que ela precisaria ficar na UTIP para melhorar. Tentou distraí-la, conversando sobre a paisagem, sua aparência e seus pertences. Quando precisou sair para trabalhar, comunicou tal fato à filha, beijou-a na testa e retirou-se.

#### Observação: sobre a equipe

#### ● Comportamentos da equipe

A funcionária conversou com a menina tentando estabelecer uma interação maior e procurando distraí-la.

#### Entrevista com a criança

#### ● Percepção em relação à UTIP

Tânia visualizou a UTIP como um lugar de proteção para a criança, para não ser incomodada. Inicialmente, não verbalizou os seus sentimentos em relação à UTIP; depois, disse que não gostou de coisa alguma e que não se sentiu bem em ter que ir para a UTIP.

#### ● Preparo para a hospitalização

A menina recebeu a informação de que iria para a UTIP, porém não lhe explicaram o que era uma UTIP.

#### ● Sentimentos experienciados

Tânia disse que chorou ao saber da necessidade de hospitalização. Apesar de ter tido uma experiência prévia em isolamento, afirmou ser esta sua primeira hospitalização, justificando, com isto, o fato de não ter gostado da UTIP e dos procedimentos dolorosos (punção). Ao fazer esta afirmação, reviveu a situação, fazendo expressão de dor.

Referiu medo da hospitalização, de injeções e de remédios ruins.

Falou, também, que não se sentiu bem na UTIP, porque os pais estavam ausentes, tendo por isto sentimento de solidão. Embora entendesse que a ausência dos pais era por necessidade de trabalho, ficar sozinha era-lhe desagradável.

Considerou os funcionários bons, mas afirmou que os seus

períodos de ausência, para atenderem outras crianças, contribuíram para aumentar seu sentimento de solidariedade.

#### **Entrevista com o Pai: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Segundo o pai, a menina não modificou seu comportamento, e não verbalizou nada que a tivesse incomodado na UTIP. Teve o comportamento esperado.

Na percepção do pai, ela não gostou da punção, por ser um procedimento doloroso, porém entendeu sua necessidade.

##### **● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP**

Para o pai, a menina chegou assustada, por ser esta sua primeira hospitalização e porque estava traumatizada pela experiência de isolamento que havia vivenciado. Ela estava nervosa e sentiu medo ao chegar.

Com o passar do tempo, a menina se sentiu bem, pois se tranqüilizou e relaxou. Para o pai, a tranqüilidade ocorreu devido à permanência de duas pessoas da equipe (enfermeira e auxiliar de enfermagem) junto à criança, e às orientações que recebia. Sentiu-se segura pela presença do pai e da equipe.

## Entrevista com a equipe: sobre a criança

### ● Adaptação à situação

Para a equipe, a menina se sentiu bem na UTIP. Após os procedimentos e com o passar do tempo, foi se ambientando. Mantinha-se passiva durante os procedimentos, lia revistas, parecendo alheia ao que ocorria na UTIP, só conversando quando solicitada.

### ● Sentimentos manifestos

Na percepção da equipe, as punções de tórax a que a criança foi submetida foram, em parte, responsáveis pelos comportamentos dela na UTIP.

Apesar de os procedimentos a que foi submetida terem sido pouco variados, a sua repetição - mesmo que pouco freqüente - fez com que Tânia se sentisse apavorada, agredida e estranhasse a UTIP.

Durante a realização dos procedimentos, a menina chorava e isto constituía a manifestação mais clara feita por ela. Apesar do choro, ela permitia que os procedimentos fossem realizados.

Quando os procedimentos terminaram, a menina parou de chorar, porém, novamente, manifestou medo ou receio, no momento em que teve alta da UTIP, pois enfrentaria uma situação nova.



#### ● Interação com o pai e a mãe

Enquanto estava na UTIP, a menina não questionou nem solicitou a presença dos pais. A equipe também não mencionou a ausência deles para a criança.

#### Entrevista com a equipe: sobre a equipe

#### ● Auto-avaliação da equipe

A equipe explicou para a menina os procedimentos a que seria submetida, permanecendo ao seu lado e segurando suas mãos durante a realização dos mesmos, na tentativa de dar-lhe apoio.

A equipe não fez comentários, com a menina, a respeito da ausência dos pais.

#### Compreensão da experiência vivida

A menina apresentou um comportamento extremamente passivo e parecia não querer interagir com as pessoas. Colocou-se, na maior parte das vezes, como espectadora da situação, por exemplo, apenas observando a chegada e a saída da mãe. Respondeu eventualmente às informações e colocações da mãe, com gestos e olhares. Parecia aceitar com conformismo o que estava lhe acontecendo.

Esta conduta pode ter sido decorrente de sua timidez. Poderia estar assustada com a situação e não ter coragem de verbalizar tal claramente.

Tânia mora em zona urbana, freqüenta a 3<sup>a</sup> Série e é provável que já tivesse algum tipo de informação prévia sobre hospitais e, talvez, até de UTI, através da família, colegas, televisão ou outras fontes de informações. É possível que ela tenha feito uma associação das informações anteriores com possíveis experiências que vivenciaria, bem como do monitor com seu estado de saúde. Na percepção de Tânia, a UTIP é um lugar de proteção, para onde a criança é levada para não ser incomodada.

O choro, ao saber da necessidade de internação, pode ter sido uma manifestação de medo. Medo do desconhecido, por ser sua primeira hospitalização, e medo de tudo que provavelmente representava para ela uma hospitalização: os procedimentos, as pessoas desconhecidas, a doença, o afastamento do seu meio e de sua família.

A criança normalmente forma um vínculo afetivo com a equipe, durante o período de internação, mesmo que este seja pequeno, e, no momento da transferência para outra unidade, surge novamente o medo do desconhecido, pois ela irá para outra Unidade, onde trabalham pessoas diferentes e, quem sabe, farão novos procedimentos. Com Tânia, a situação foi semelhante.

Era de esperar que a menina tivesse medo de procedimentos dolorosos e, à medida que eles fossem repetidos, o medo também

fosse aumentando. No entanto, ela parecia ter compreendido a necessidade de tais procedimentos para seu tratamento, o que justificaria a sua colaboração na realização dos mesmos.

A ausência dos pais pode ter sido um fator que tenha dificultado a interação criança/equipe. Provavelmente, a menina se sentia sozinha na UTIP, sem o apoio dos pais, em convívio com pessoas que lhe eram estranhas. E, embora entendesse que a ausência dos pais se dava por necessidade de trabalho, ficar sem eles era-lhe desagradável. A menina não questionou nem solicitou a presença dos pais, mas sua atitude de segurar fortemente as mãos de um elemento da equipe durante os procedimentos, deixou transparecer a necessidade da presença de um familiar. Nos momentos em que ela necessitou de apoio e segurança, talvez tivesse se sentido melhor se um dos pais estivesse presente.

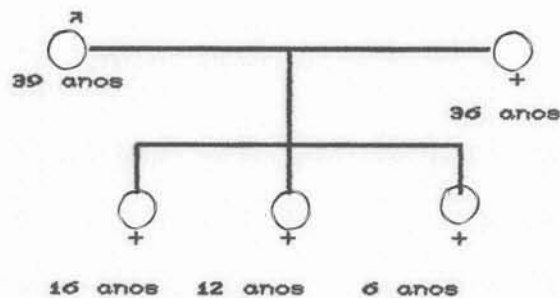
A tranquilidade demonstrada pela menina, no decorrer da internação, foi atribuída ao tempo de permanência na UTIP, embora tenha sido de poucas horas. Outros fatores que contribuíram foram a presença quase constante de uma auxiliar de enfermagem, a presença freqüente da enfermeira, a presença eventual do pai, assim como as orientações dadas à criança.

### CASO 3 - LÚCIA

#### Dados de identificação

Lúcia tem seis anos e ainda não freqüentava a escola. O pai é pedreiro da Universidade Federal e, a mãe, do lar. Moram em Viamão, numa casa de alvenaria com oito peças.

#### Composição familiar:



A família é composta por cinco pessoas, o casal e três filhas. Lúcia é a caçula. A diferença de idade de Lúcia para a primeira filha é de dez anos e, para a segunda, de seis anos.

#### Dados referentes à hospitalização

Lúcia era uma menina hígida até há dois anos, quando tiveram início os sintomas que levaram ao diagnóstico de



hipertensão pulmonar severa, de prognóstico reservado. Veio encaminhada do hospital de uma cidade do interior do Estado, devido ao agravamento do quadro de broncopneumonia. Permaneceu no hospital do interior por cinco dias, sendo aquela, sua primeira experiência hospitalar.

Foi admitida na Unidade de Internação e, no oitavo dia, foi transferida para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, onde permaneceu por 19 dias. Durante o período em que esteve na UTIP, foi submetida a colocação de cateter venoso central, biopsia pulmonar com instalação de dreno de tórax, exames de sangue, várias punções venosas para manutenção de soro em veia periférica, eletrocardiograma e cateteres nasais para administração de oxigênio.

Quando teve alta da UTIP, retornou à unidade de origem, onde faleceu após quinze dias.

#### **Procedimentos para coleta de dados**

Os procedimentos realizados foram: três observações da menina na UTIP, uma entrevista com a mãe, um diálogo com a menina durante a entrevista com a mãe, uma entrevista com uma das enfermeiras e um diálogo com o pai.

A primeira observação foi realizada no dia da admissão na UTIP. Lúcia estava no box A, semi-sentada no leito, vestindo um pijama do hospital e chupando bico. Estava com cateter de oxigênio na narina esquerda, eletrodos para monitorização cardíaca no tórax e **butterfly** heparinizado no dorso da mão

direita.

No início da observação, encontrava-se apenas a mãe no box, com a menina. A enfermeira e a auxiliar entraram atendendo ao chamado da mãe. A enfermeira ficou por alguns momentos e a auxiliar permaneceu no box.

A segunda observação foi realizada no quarto dia de UTIP. Lúcia estava sentada no leito, vestindo o pijama do hospital. Chupava o bico e ainda estava com monitorização cardíaca e cateter de oxigênio. Recebia soro através de um cateter venoso central.

No início da segunda observação, o pai estava se despedindo da filha, e saiu. Em seguida, a mãe entrou, permanecendo com a menina. Estabeleceram contato verbal com a menina, durante este período, a enfermeira, a auxiliar e uma técnica de nutrição.

A terceira observação foi realizada no sexto dia de estada na UTIP. Lúcia estava retornando do bloco cirúrgico, para o mesmo box. Havia sido submetida a uma punção de biópsia pulmonar e colocação de um dreno de tórax à direita. Permanecia com cateter de oxigênio, cateter venoso central e com monitorização cardíaca. Estava ainda desacordada pela anestesia e com leve cianose. Durante a observação, estiveram no box da menina, a mãe, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, e um médico residente.

A entrevista com a enfermeira foi realizada na UTIP, no quarto dia de internação da menina.

A entrevista com a mãe da menina foi realizada na UTIP,

depois de onze dias de internação. Após a entrevista com a mãe, a menina conversou um pouco, porém não verbalizou muito dos seus sentimentos e comportamentos.

Após uma semana da alta da UTIP, foi realizado um breve contato com o pai, na Unidade de Internação.

#### **Observações: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Durante a primeira observação, Lúcia movimentava-se sozinha no leito, desenhava, e olhava para fora de seu box, demonstrando interesse por tudo o que ocorria na UTIP. Verbalizou alguns desejos, como o de ver a novela e o de que a mãe lavasse suas mãos.

Durante a segunda observação, a menina demonstrava interesse pelos brinquedos e tomava a iniciativa de convidar a mãe para brincar, ensinando-lhe os jogos e seu funcionamento. Assim que terminava um jogo, apontava para outro brinquedo e recomeçava a brincar com a mãe.

Quando trouxeram seu almoço, a menina começou a comer rapidamente, parecendo faminta. Frente à solicitação da mãe, para que comesse devagar, a menina respondeu que estava com fome e que a deixasse comer. Solicitava com frequência, para comer, alimentos que não estavam disponíveis no momento.

Lúcia disse que gostaria que o nenê que uma funcionária lhe mostrou fosse sua irmã.

Na terceira observação, a menina chegou na UTIP, procedente do Bloco Cirúrgico desacordada, sendo necessárias três pessoas para transferi-la da maca para o leito. A menina resmungou, se movimentou no leito e novamente resmungou. Olhou em sua volta e gemeu.

#### ● Comportamentos relacionados à dor

Lúcia declarava que sentia dor e indicava com a mão sua localização, solicitando à mãe que a massageasse para diminuir a dor que dizia sentir. Estas verbalizações ocorriam quando se movimentava na cama, ou quando a mãe não atendia prontamente sua solicitações.

Quando a menina colocava a mão no cateter de oxigênio, sua expressão facial era de desconforto.

Respondia negativamente, com movimentos de cabeça, quando as auxiliares lhe questionavam se a dor havia passado.

Quando retornou do Bloco Cirúrgico, a menina movimentava-se no leito, dizendo sentir dores na barriga e nas costas. Gemia, dizendo: "ai, mãe!". Após ser medicada, a menina foi se tranquilizando, e adormeceu.

#### ● Interação com a mãe

Lúcia solicitou à mãe que a colocasse em seu colo e a convidou para brincar. Durante os jogos, a menina explicava as regras e o funcionamento dos brinquedos para mãe. Brincaram



durante algum tempo, até que a mãe pediu-lhe que parassem.

A menina solicitava que a mãe fizesse, por ela, coisas simples, como colocar a prancheta aos pés da cama, lavar suas mãos e massagear seu abdômen. Quando a mãe não atendia prontamente suas solicitações, dizia sentir dor.

Lúcia nem sempre respondia as perguntas da mãe, parecendo não escutá-las. Por várias vezes, não atendeu a seus pedidos, chegando a bater de leve em seu braço, demonstrando não ter gostado de um comentário.

Colocando a mão no cateter nasal, a menina solicitou que a mãe verificasse se estava saindo oxigênio através dele. Chamou a atenção da mãe para que visse o nenê que uma auxiliar lhe mostrava.

#### ● Interação com a equipe

Lúcia, às vezes, respondia as perguntas da equipe e, outras vezes, não. Quando respondia, o fazia com monossílabos e em tom de voz áspero.

#### Observações: sobre a mãe

#### ● Comportamentos da mãe

A mãe lavava as mãos ao entrar no box. Demonstrava cansaço, dizendo que estava com dor nas pernas e que iria sentar-se. Seu tom de voz e a maneira de falar demonstravam

cansaço e irritação.

● Comportamentos relacionados à filha

A mãe verbalizava que a menina estava cheia de fios, referindo-se à quantidade de aparelhos que estavam sendo utilizados, e usou a expressão "parece um cachorrinho, todo atado". Solicitava com frequência, que a filha se movimentasse devagar, tivesse cuidado com os fios e não puxasse o cateter de oxigênio. Comentava que o barulho produzido pela administração de oxigênio era muito forte, e tentava tranquilizar a menina, dizendo que estava tudo bem com relação ao cateter.

A mãe perguntou para a equipe se poderia trazer comida de fora do hospital, dizendo da sua preocupação em relação à aceitação alimentar da filha. Reforçava a necessidade de comer relacionando "comer bastante" com "ir para casa". Pedia que a filha comesse devagar e mastigasse bem.

Quando a menina solicitava alguma coisa diferente, como ver televisão ou lavar as mãos, a mãe dizia que não sabia onde conseguir uma televisão e uma bacia.

A mãe parecia surpresa com o pedido da filha de ir para seu colo, e perguntou se era colo mesmo que ela queria. Frente à confirmação da menina, a mãe perguntou para a pessoa que estava no box se podia pegá-la e levou-a ao colo.

Mãe e filha jogavam, demonstrando uma boa interação e, quando a menina se queixava de cefaléia, a mãe pedia para

pararem de jogar, atribuindo a cefaléia ao barulho dos brinquedos.

Em face da atitude de repreensão da filha para com ela batendo de leve em seu braço, a mãe não fez nenhum comentário sobre a situação, e mudou de assunto demonstrando não querer contrariar a filha. Solicitava, no entanto, que ela tirasse o bico da boca para falar.

Quando a menina se referiu ao nenê, dizendo que gostaria que ele fosse seu irmão, a mãe respondeu: "Chega de irmãos!".

Quando Lúcia retornou do Bloco Cirúrgico, a mãe se aproximou da filha e informou-lhe que estava junto dela e iria massagear suas costas. Declarou, então que sempre fez tudo pela filha e que iria cuidá-la melhor ainda. Disse também que não sairia dali, que permaneceria junto da filha.

A mãe permaneceu em pé, ao lado da cama da filha, passando a mão sobre o seu corpo.

Quando avisaram a mãe de que o marido queria falar-lhe, ficou por alguns instantes calada, observando a filha. Depois perguntou à observadora se poderia sair um pouco. Saiu e voltou em seguida, sentou-se ao lado da cama da filha e ficou observando-a.

● **Comportamentos relacionados às manifestações de dor da filha**

A mãe massagcava o abdômen da menina, toda vez que ela dizia estar com dor ou demonstrava-o através de gestos e

gemidos.

Frente às manifestações verbais de dor, da filha, a mãe, além de massagear seu abdômen, apresentava outros comportamentos, como informando que iria solicitar ajuda, comunicando à equipe de enfermagem que a filha estava com dor, solicitando a presença do médico, verbalizando para a filha que a auxiliar faria medicação para diminuir sua dor.

A mãe usava expressões como: "Ah!, meu amor! Isto dói no coração da mãe também!". Às vezes, dizia para a filha que gostaria de tirar-lhe a dor, mas que não podia, acrescentando que sempre havia cuidado bem dela.

Quando a menina se movimentava na cama, a mãe parecia assustar-se e solicitava à filha que não se agitasse.

#### ● Comportamentos relacionados à equipe

A mãe questionou o médico sobre a necessidade dos drenos e a previsão da chegada dos resultados dos exames da filha, e perguntou se poderia sair um pouco do box, para atender ao chamado do marido.

Quando a auxiliar solicitou que ela se tranquilizasse, respondeu secamente: "eu sei...".

#### Observações: sobre a equipe



● Comportamentos da equipe de enfermagem

A enfermeira e a auxiliar atenderam prontamente ao chamado da mãe e, em vista das queixas de dor, a auxiliar saiu do box, aparentemente para buscar ajuda, enquanto a enfermeira permaneceu conversando com a criança e a mãe.

A cada chamado da mãe, a auxiliar atendia e indagava se a dor não havia passado, embora, aparentemente, nada tivesse sido feito além das massagens da mãe. A auxiliar perguntou se a menina havia dormido muito à tarde, talvez tentando relacionar as queixas da menina com a falta de sono. Comunicou, também, que aumentaria o fluxo de oxigênio, o que aparentemente não tinha nada a ver com a dor referida.

A auxiliar atendia e respondia as solicitações da mãe e da criança, orientando-as calmamente. Tentava dialogar com a menina, mas esta nem sempre lhe respondia. Quando tinha que se ausentar do quarto, comunicava o fato à mãe.

Quando Lúcia chegou do Bloco Cirúrgico, a enfermeira e a auxiliar explicaram à menina que ela já estava no quarto e que haviam colocado um dreno dentro do tórax no qual não deveria mexer. A enfermeira fez-lhe o curativo e disse que iria chamar sua mãe.

A auxiliar verificou os sinais vitais da menina, informando-a de que a mãe estava ao seu lado, e orientou-as sobre o dreno nas costas. Fez a medicação indicada pelo médico, dizendo que a dor logo passaria. Solicitou que a mãe tentasse se acalmar, pois, caso contrário, a criança ficaria mais assustada.

#### ● Comportamentos da equipe médica

Quando Lúcia chegou do Bloco Cirúrgico, o médico entrou, perguntou como a menina estava, examinou-a e determinou que o oxigênio fosse aumentado. Percebeu o seu desconforto e perguntou se havia algum analgésico prescrito.

O médico orientou a mãe sobre o dreno, que era normal a menina sentir dor e que não tinham previsão de quando teriam os resultados dos exames.

#### ● Comportamentos de outras equipes

As funcionárias da copa atendiam prontamente as solicitações da menina, quando queria uma alimentação diferente daquela que havia recebido.

#### Verbalizações da criança

#### ● Percepções relacionadas à UTIP

A menina disse que teve que vir para a UTIP porque estava doente. Disse que na UTIP "é mais bom" porque tudo era bonito, que gostava de tudo, e que nada e ninguém a incomodava.

#### ● Sentimentos experienciados

Lúcia disse que achou bom ter vindo para a UTIP, porque

gostou da UTIP. Referiu que gostou de respirar oxigênio, que se sentiu bem quando colocaram o cateter de Oz, pois, sem ele, não se sentia bem. Informou, também, que se sentiu melhor depois que colocaram o cateter para o soro. Disse que foi ruim a colocação de uma tira (para contenção) e que doeu a colocação do cateter.

#### **Entrevista com a mãe; sobre a criança**

##### **● Preparo para a hospitalização**

Segundo a mãe, a criança não foi orientada de que iria para a UTIP e pensava que iria para casa. Quando chegou na UTIP e viu tudo fechado, começou a se "atacar" aos pouquinhos. Disse que não queria comer, que queria ir-se embora, que queria ir para casa.

##### **● Adaptação à situação**

Segundo a mãe, a menina brigava por causa da comida, pois queria a comida de casa e não a do hospital.

Desde a colocação do dreno de tórax, a menina deixou de comer e brincar e, após sua retirada, ficou bem.

##### **● Comportamentos gestuais e verbais**

Segundo a mãe, mesmo depois da orientação dada pelo

médico, a menina perguntou-lhe se ele iria cortar um pedaço dela, se iria tirar um pedaço do osso, e qual o tamanho do pedaço. Disse que a equipe lhe fez "dodói" e depois não o tirou.

Após as trocas do cateter de oxigênio, a menina ficava parada, sem piscar, embora estivesse acordada. Parecia que estava sonhando, viajando. Para a mãe, esta reação era de medo.

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Na percepção da mãe, Lúcia não gostou de nada na UTIP e o que mais a incomodou foi a cirurgia para colocação do dreno.

No início da internação, a menina não estava muito assustada. Aparentemente, começou a se apavorar e a manifestar mais medo a partir do terceiro ou quarto dia de internação, quando houve necessidade de mais procedimentos e medicações.

Segundo a mãe, a menina manifestou medo "deles" (provavelmente, referindo-se à equipe de enfermagem ou aos médicos), medo de que a prendessem na UTIP e não a deixassem ir embora, das injeções, do cateter de O<sub>2</sub>, da UTIP, e de que a mãe fosse embora e a deixasse.

A menina, inicialmente, queixava-se de dor e fazia acusações e, depois, se deprimiu. A mãe relacionou a depressão com o medo. Medo por nunca ter estado doente e, de repente, ficar com aquele quadro e ir piorando progressivamente. A criança chocou-se com toda a situação e teve um tipo de

trauma.

Começou a se deprimir e passava as noites sem falar; muitos dias, nem mesmo com a mãe ela conversava e nem a comida ela aceitava.

#### ● Interação com a mãe

A mãe revelou que a menina lhe fez acusações. Perguntava-lhe por que permitiu que lhe colocassem o dreno e a deixava com ele. Disse que a mãe não tirava sua dor.

#### Entrevista com a mãe: sobre a equipe

#### ● Comportamentos da equipe

Segundo a mãe, o médico explicou tudo para a criança, inclusive o procedimento de colocação do dreno.

#### Entrevistas com a mãe: sobre os familiares

#### ● Comportamentos da mãe

A mãe caracterizava a filha como "muito inteligente". Verbalizava sua intenção de dar explicações à filha e de ajudá-la ao máximo.

Explicou para a filha que ela necessitava do dreno por causa da sua doença e que, em dois ou três dias, estaria cura-



da e sem os drenos.

Disse, também que, após a alta do hospital, procuraria um psiquiatra ou neurologista para a filha, que provavelmente dele precisaria. A mãe usou a frase: "Deus me ajudará, que ela melhore para ir para casa".

#### Diálogo com o pai: sobre a criança

##### ● Comportamentos antes da hospitalização

Na percepção do pai, a menina, aparentemente, era normal. Brincava com os brinquedos em casa. Às vezes, não queria comer e este comportamento ela repetiu no hospital.

A menina fazia tratamento médico, exames da cabeça e tomava Gardenal.

Uma noite, enquanto passeavam com a menina, ela disse que estava cansada e desmaiou. A partir daí, iniciaram as atuais investigações.

#### Diálogo com o pai: sobre os familiares

##### ● Comportamento e sentimentos do pai, antes da hospitalização

Segundo o pai, antes da hospitalização, ele havia dito para um médico que o tratamento da filha estava errado. O médico respondeu-lhe que era médico há 30 anos, dando a

entender que sabia tudo e não errava.

Na última consulta, quando o médico mandou dar Gardenal à menina o pai não deixou e mandou jogar fora a medicação.

Depois que a menina desmaiou, foi levada a outro médico, ao qual o pai disse que a menina tinha problemas de coração. A partir de então, foram iniciadas as atuais investigações.

### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

#### **● Adaptação à situação**

Para a enfermeira, a criança estava bem na UTIP, porque os pais estavam sempre junto dela e ela conseguia manipulá-los. A menina estava adaptada na UTIP e o fato de ter um funcionário ao seu lado, fazendo recreação e "esse tipo de coisa", era um dos fatores que contribuía para a adaptação, pois ela não manifestava o desejo de sair da UTIP.

#### **● Comportamentos gestuais e verbais**

A enfermeira salientou que a menina tinha seis anos e ainda chupava bico. Para ela, a criança não verbalizou nada relacionado à sua vinda para a UTIP, apenas questionava se a mãe poderia ficar com ela.

Normalmente, a menina não cooperava na realização dos procedimentos, dificultando a realização, mesmo dos procedimentos mais simples, não dolorosos, como a verificação de PVC.

Ainda que a equipe explicasse os procedimentos, a criança relutava e não os aceitava, havendo dificuldade até mesmo para receber medicação oral.

Ao ser submetida a um procedimento invasivo, uma flebotomia, houve necessidade de restringi-la e sedá-la, embora o procedimento não tenha sido demorado. Durante todo o procedimento, a menina gritava, pedindo que a mãe a "acudisse", dizendo que a estavam maltratando. Quando a enfermeira foi fazer o curativo, a menina perguntou se já haviam tirado a agulha. A enfermeira retirou os campos que a cobriam, disse que já não havia agulha e pediu que ela não se mexesse. A criança tranquilizou-se.

#### ● Interação com os pais

A enfermeira iniciou seu relato falando do comportamento da criança em relação aos pais.

Para ela a criança fazia "tudo" em relação aos pais, chegando ao extremo da agressão física. Os pais estavam sempre junto da criança e ela os manipulava. Por exemplo, pedia que a mãe lhe trouxesse comida e, quando esta a trazia, ela já não queria mais.

#### ● Interação com a equipe

A criança tentou manipular a equipe, como fazia com os pais. Quando a equipe não aceitava estas atitudes, "tentando

impor-lhe um pouco de respeito", a criança se bloqueava não falava e chamava as pessoas de "chatas".

As vezes, ela abusava um pouco e queria abusar da equipe também.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a equipe**

##### **● Auto-avaliação da equipe**

A enfermeira disse que ficava um funcionário ao lado da criança fazendo recreação e esse "tipo de coisa".

Quando a menina tentava manipular a equipe, como o fazia com os pais, a equipe não permitia e tentava impor um pouco de respeito, falando "sério" com ela.

#### **Sobre os familiares**

##### **● Comportamentos manifestos**

A enfermeira percebeu os pais da criança como pessoas idosas, tendo ocorrido tarde a gravidez materna. Para ela, os pais tratavam a filha como se fosse um nenê.

As agressões físicas da menina para com os pais eram aceitas pelo pai, que a desculpava, caracterizando-a como "coitadinha" por estar doente.

Na percepção da enfermeira, o pai e a mãe não davam muita ênfase para a cooperação por parte da criança. A mãe não

insistia para que comesse, dizendo apenas que ela iria ficar "fraquinha".

#### Compreensão da experiência vivida

Lúcia é a caçula entre três irmãos e fez tratamento neurológico por 2 anos, até que o pai trocou de médico, por discordar do diagnóstico e do tratamento. Atualmente, faz tratamento para um problema pulmonar.

Estava vivenciando sua primeira experiência hospitalar, durante a qual permaneceu dezanove dias na UTIP.

Durante este período, a menina demorava a responder as perguntas que lhe eram feitas e, quando o fazia, era de maneira vaga, sem consistência. Na maioria das vezes, apenas confirmava ou negava as perguntas que lhe eram feitas. Parecia não ouvir quando o assunto não era de seu interesse.

A menina demonstrava interesse por coisas de que gostava, como brinquedos, balas, comidas e novelas. Apesar de estar na UTIP, algumas vezes ficava atenta ao ambiente e participava do que ocorria à sua volta.

A menina solicitava constantemente a atenção da mãe, pedindo que a mãe fizesse as coisas por ela, que a massagiasse, que a levasse ao colo. Aparentemente, queria toda a atenção da mãe e seu contato físico também. Inclusive, quando o assunto à sua volta não se referia diretamente a ela, a menina voltava a chamar a atenção sobre si, principalmente a da mãe. A menina percebia que o fato de estar com dor



perturbava a mãe e também se utilizava deste fato para chamar e conseguir-lhe a atenção.

Aparentemente, a transferência para a UTIP não foi significativa para a menina, ou foi amenizada pela possibilidade de a mãe permanecer com ela. Quando questionou se a mãe podia ficar com ela, deixou transparecer o medo da separação.

Durante os procedimentos, a reação da menina demonstrava pavor e recorria à mãe, pedindo-lhe ajuda. Esta reação foi maior durante um procedimento invasivo, para o qual foi necessário cobrir sua cabeça, face, o membro que seria puncionado e o tórax, com campos cirúrgicos esterilizados.

Acresce ainda o fato de ter sido necessário restringí-la mecanicamente.

Lúcia, normalmente não cooperava com o tratamento, tornando difícil a realização dos procedimentos, porém, o que provavelmente mais a marcou foi a restrição feita com esparadrapo, para imobilizá-la durante uma colocação de cateter.

Nas verbalizações da criança transparecia que ela não entendia por que as coisas estavam acontecendo com ela. Questionava por que a mãe permitia que estas coisas acontecessem, como se a mãe tivesse o poder de impedir e não o fizesse. A menina solicitou ajuda para a mãe, mas uma ajuda que ela não lhe podia dar.

No momento em que a mãe prometeu à filha que, em poucos dias estaria curada e sem os drenos, estava reforçando a idéia

de que ela podia resolver os problemas da filha.

A menina demonstrava preocupação e conhecimentos relacionados ao cateter de oxigênio. Provavelmente, sentia algum desconforto, pois recebia um fluxo alto de O<sub>2</sub> e solicitava a ajuda da mãe para verificar se ele estava funcionando.

Aparentemente, a menina tinha medo do tratamento e, como consequência, se deprimiu. Para a mãe, a depressão se manifestou através do silêncio e do fato de não comer. No início, a menina pediu ajuda, verbalizando o medo que sentia e solicitando coisas. Parece que o medo da menina era tão grande que não deixava a mãe sair de perto.

Ela responsabilizava a equipe por sua dor e que deveria, portanto, removê-la, porém não o fazia.

Quando estava sonolenta, pela anestesia, provavelmente percebeu a manipulação a que estava sendo submetida, sentindo dor ou desconforto. Mesmo naquele momento, a verbalização da menina sobre sua dor era dirigida a sua mãe, como se estivesse pedindo-lhe ajuda.

O contato físico da mãe com a filha, através da massagem ou da passagem da mão sobre a menina, parecia trazer conforto para a menina, já que era uma atitude freqüente da mãe, muitas vezes solicitada pela própria criança. Provavelmente, isto contribuía para que a mãe se sentisse útil com relação à filha.

A mãe repetia para a menina que estava ao seu lado e que não sairia dali. A intenção parecia ser a de tranquilizar e

confortar a filha, mas poderia ser uma forma de comunicar à equipe que ela não se afastaria da menina e que cuidaria dela.

Frente à manifestação de dor, da filha, a mãe ficava penalizada, dizendo que esta dor fazia doer seu coração. Demonstrava seu sofrimento, dizendo que gostaria de tirar sua dor, mas não podia, acrescentando que sempre cuidara bem dela, deixando transparecer sentimentos de culpa e de perplexidade pelo fato de, apesar de ter cuidado bem dela, ela ter adoecido.

Aparentemente, a mãe não suportava assistir a dor da filha e tentava tranquilizá-la, pedindo-lhe que esperasse um pouco, dizendo que receberia medicação, e massageando-a.

A mãe irritou-se com o fato de a funcionária não se encontrar no quarto quando a filha precisou de ajuda e reagiu comentando sua ausência e batendo na divisória de vidro do box com certa irritação. Demonstrou impaciência por não medicarem a filha e pela ausência do médico, bem como certa agressividade em relação à equipe. Esta atitude podia estar relacionada à sua própria ansiedade.

Quando a mãe dizia à menina que a auxiliar faria medicação para passar-lhe a dor, a verbalização, aparentemente, era dirigida à criança como forma de tranquilizá-la. Mas era feita, na verdade em tom de voz alta, de forma que as pessoas que estavam no box escutassem. Possivelmente, era uma forma de solicitar à equipe que medicasse sua filha.

Aparentemente, havia uma grande confiança na figura do

médico, como a pessoa que resolveria o problema da dor. Quando dizia "o doutor está aqui" parecia entender que estava ali a pessoa que iria ajudar a filha.

Por outro lado, o pai estava desgostoso e desacreditando do médico que tratara da filha anteriormente, o que contribuía para que se sentisse inseguro em relação a todos os médicos.

A mãe demonstrava interesse pelo que estava acontecendo com a filha, pois questionava o médico sobre seu estado de saúde. Parecia insegura de se afastar do lado da filha. Hesitava, parecia querer certificar-se de que ela estava bem, antes de sair. Necessitava da confirmação de outra pessoa de que poderia sair do box.

Esta insegurança podia estar relacionada ao fato de não ter certeza se a filha estava bem, ou ao fato de auxiliar não estar sempre dentro do box.

Quando saía para falar com o marido, retornava em seguida, demonstrando sua ansiedade e necessidade de permanecer junto à filha.

Aparentemente, a mãe conhecia algumas rotinas da Unidade e outras não, pois pediu consentimento de alguém para levar a filha ao colo. Pode também ter tido receio de pegá-la, devido aos aparelhos a ela conectados.

A mãe, provavelmente, usou o termo "parece um cachorrinho, todo atado", carinhosamente, demonstrando sua preocupação com a quantidade de fios ligados nela.

Aparentemente, a equipe não aceitou bem o fato de Lúcia ainda chupar bico, por ser uma atitude muito infantil e

esperava um posicionamento mais firme dos pais frente às atitudes da criança, principalmente no sentido de fazê-la cooperar mais com o tratamento.

Havia a preocupação da equipe em tranquilizar a menina, dizendo-lhe onde estava, o que estava sendo feito, e permitindo a presença dos pais.

Nem sempre havia alguma coisa a fazer frente às queixas de dor da menina, ou ela não era valorizada pela equipe.

A auxiliar, ao perceber a ansiedade da mãe, pediu que ela se acalmasse, porém não fez nenhuma tentativa para tranquilizá-la. A colocação da auxiliar deixou a mãe contrariada.

O médico verbalizou junto à criança sua piora clínica. Que fantasias pode fazer uma criança que escuta que está pior?



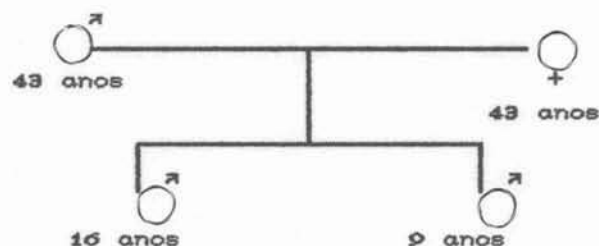
## CASO 4 - ANDRÉ

### Dados de identificação

André é um menino de nove anos que está cursando a 3<sup>a</sup> Série do Primeiro Grau.

Os pais são vendedores e a família possui casa própria, de alvenaria. São procedentes de um município da Grande Porto Alegre.

### Composição Familiar:



Os pais têm a mesma idade. O casal possui dois filhos: André é o caçula, e a diferença de idade com seu irmão é de sete anos.

### Dados referentes à hospitalização

André foi hospitalizado através da Unidade de Emergência, por sangramento digestivo em consequência de uma úlcera

gástrica. Estava em bom estado geral, mas, devido ao grande sangramento, foi transferido diretamente para a UTIP, onde fez um choque hipovolêmico.

Foi levado à cirurgia de úlcera e retornou à UTIP para o pós-operatório imediato e mediato.

Permaneceu na UTIP por quatro dias, com soro em veia periférica e sonda nasogástrica. Ao término deste período, foi transferido para a Unidade de Internação.

Esta foi sua primeira experiência de hospitalização.

#### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: uma observação do menino na UTIP, entrevista com o menino, entrevista com a mãe e entrevista com uma das enfermeiras que assistiram André na UTIP.

A observação foi realizada alguns minutos após a admissão do menino na UTIP.

André estava no box D, deitado em decúbito dorsal, com a cabeceira levemente elevada. Apresentava-se extremamente pálido, com expressão assustada. Recebia soro em veia periférica nos dois membros superiores e estava com uma sonda nasogástrica aberta em frasco, drenando secreção sanguinolenta.

Uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem estavam no box com André.

Esta observação durou apenas dez minutos, porque o menino

adormeceu.

No quarto dia de internação de André na UTIP, tentou-se fazer nova observação, mas o menino não estava. Ele havia recebido autorização para ir com sua mãe até a sala de recreação da Pediatria.

A entrevista com o menino foi realizada na UTIP, poucas horas antes de sua transferência para a Unidade de Internação.

A entrevista com a mãe ocorreu logo após a entrevista com o menino, ainda na UTIP:

A entrevista com a enfermeira se desenvolveu na UTIP, aproximadamente quatro horas após a transferência de André.

#### **Observação: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

O menino modificou sua expressão facial arregalando os olhos e encolhendo os ombros, quando lhe perguntaram como estava. Em seguida, falou em tom de voz baixa: "Mais ou menos". Depois, fechou os olhos.

#### **Observação: sobre a equipe**

##### **● Comportamento da enfermeira**

A enfermeira explicou para a observadora que o sangramento que estava ocorrendo e drenando pela sonda nasogástrica era causado por uma úlcera.

## Entrevista com a criança

### ● Percepção em relação à UTIP

Para André, a UTIP é um lugar onde se fica quando se está muito doente.

### ● Sentimentos positivos experienciados

A criança referiu que se sentia bem na UTIP, por ter sido bem cuidado, e reforçou que não era ruim ficar no hospital porque todos cuidavam-no bem.

O que o tranqüilizou foi o fato de ficar mais tempo na UTIP e com isto foi se acostumando. Não soube dizer que outros fatores o levaram a perder o medo e se tranqüilizar. Disse, porém, que não estava com muita vontade de sair da UTIP.

### ● Sentimentos negativos experienciados

Para o menino, a cirurgia e a sonda nasogástrica foram ruins e o marcaram muito. Disse que ficou assustado e com medo, quando chegou na UTIP, porque estava sangrando e o sangue saía dele. Era, também, a primeira vez que isto ocorria.

Estava triste e sobre o motivo de sua tristeza, inicialmente, disse que não sabia; depois, relacionou-a com o

tempo que estava no hospital, pois tinha saudades de casa e sentia falta da professora e dos amigos. Afirmou ainda que sentia falta de muitas coisas, mas não sabia quais, e que em casa tinha mais liberdade, podia ver televisão e andar de bicicleta.

André falou que não sabia se seus amigos podiam vir visitá-lo, mas achava importante a visita deles. Comunicou, também, que se sentiria sozinho caso seus pais não pudessem ficar com ele na UTIP.

#### ● Comportamentos da equipe

A criança disse que foi bem tratada e confirmou as colocações da mãe de que a equipe explicava o que iria fazer. Referiu que as explicações eram importantes, pois, caso não soubesse o que seria feito, ficaria bem mais assustado.

#### Entrevista com a mãe: sobre a criança

#### ● Adaptação à situação

Segundo a mãe, o menino normalmente é uma criança tranqüila e cooperativa. Aceita as orientações e os procedimentos. Não chora e faz o que a equipe pede.

Quando recebeu orientação sobre a cirurgia, questionou se iria sentir alguma coisa. Quando foi levado para fazer raios-X, assustou-se, retraiu-se e arregalou os olhos.



A mãe colocou que houve apenas um momento em que viu o filho gritar: na hora da colocação da segunda sonda.

Apesar disto, a mãe pensa que o menino se sentiu bem na UTIP, porque foi bem tratado, com muito carinho, muito incentivo e de forma semelhante por toda a equipe.

Ainda que ele tenha vindo direto para a UTIP, sem ter passado pela Unidade de Internação, a mãe pensava que ele preferia a UTIP, pela suas características de não gostar de barulho e correria, gostar mais de calma. Ele estava gostando da UTIP.

A mãe relatou que o menino teria dito que "o hospital não era tão ruim" e que "todos foram bons para ele".

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Segundo a mãe, o menino ficou "meio assustado" quando veio do Bloco Cirúrgico, porque as pessoas eram estranhas e os pais não estavam junto a ele.

Ficou "assustado" por ser sua primeira experiência hospitalar, de emergência, e deste quadro. Também, porque estava com pessoas estranhas e entrou em salas cheias de aparelhos que nunca havia visto antes.

Estava "muito assustado" por tudo que ele passou: por não saber o que iria acontecer em cada sala diferente que entrava.

Para a mãe, o momento em que ele mais se assustou foi durante a realização do raios-X, pois provavelmente não havia

sido orientado, desconhecia o procedimento e o aparelho. Ele se retraiu e arregalou os olhos. Quando a mãe percebeu a reação do menino, orientou-o, com a ajuda do técnico do raios-X, e solicitou sua colaboração.

Outro momento em que o menino ficou muito assustado, foi quando da colocação de outra sonda nasal, pois o sangramento era tão intenso que só uma sonda não fora suficiente.

Estes sentimentos ocorreram apesar de ele ter sido orientado sobre o que seria feito.

Segundo a mãe, a criança ficou triste e disse que não via o irmão desde que viera para o hospital. Com sua chegada, o menino se animou bastante.

Havia também o desejo da criança de retirar a sonda. Esta foi retirada, pois já havia melhores condições para deixá-lo sem ela.

A coincidência de serem atendidos seus dois desejos proporcionou uma melhora visível na disposição do menino.

#### Entrevista com a mãe: sobre a UTIP

##### ● Percepção da mãe

Segundo a mãe, a criança sabia que tinha passado por uma fase difícil, e que o que fora feito com ela não havia sido "judiaria", mas para salvá-lo. Foi feito o possível e o impossível.

#### ● Sentimentos da família

A mãe caracterizou como "horrível" tudo o que o menino passou, citando os exames e a colocação da sonda. Para ela, o procedimento (SNG) machucou o filho e o comportamento dele foi normal em relação ao que passou.

A mãe disse que, para ela, o filho nasceu outra vez e referiu sentimentos de gratidão para a equipe que o atendeu.

#### Entrevista com a mãe: sobre os familiares

##### ● Percepção da mãe

Pai e mãe (um de cada vez) permaneceram com a criança, durante todo o período, porque, em situações anteriores, ele nunca foi deixado sozinho. Os únicos momentos foram nas trocas de plantões, por rotina da Unidade.

#### Entrevista com a mãe: sobre a equipe

##### ● Percepção da mãe

A mãe referiu que a equipe orientou a criança sobre tudo o que seria feito nela e porquê. Explicaram a cirurgia e tranquilizaram a criança, de que estaria dormindo e se, depois, sentisse alguma coisa, deveria avisar. As pessoas conversavam com a criança e mostravam que eram amigas, fazendo

com que a criança se sentisse melhor.

Quando a criança ficou triste, houve a preocupação das enfermeiras em saber o motivo da tristeza e em diminuí-la, permitindo que seu irmão viesse vê-lo.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Segundo a enfermeira, a mãe disse que o menino era uma criança tranqüila, não costumava extravasar nem demonstrar os sentimentos. Raramente chorava e, muitas vezes, agüentava calado.

Na percepção da enfermeira, houve duas fases distintas da criança na UTIP. Uma, quando ela estava pior, mostrando-se muito assustada; e outra, quando ela estava melhor e se mostrava tranqüila.

Foi uma criança que sempre aceitou tudo. Chorou muito pouco, mesmo nos procedimentos dolorosos, quando era esperado que chorasse como as outras crianças. Por isto, para a equipe, era uma criança diferente.

##### **● Comportamentos gestuais e verbais**

O menino solicitava a mãe constantemente e pedia que ela lhe segurasse a mão.

Ele não verbalizava o medo, mas deixava transparecê-lo

através do olhar e das perguntas. Questionava tudo o que não sabia. Fazia perguntas sobre a cirurgia, do tipo "se ia dormir, se ia sentir o corte".

Quando ele já estava melhor e teve náuseas, questionou se todos os sintomas se apresentariam novamente.

Quando era explicado o que seria feito e o porquê, a criança aceitava e se tranqüilizava com as explicações.

#### ● Sentimentos manifestos

A enfermeira percebeu os seguintes sentimentos: medo, ansiedade, insegurança, susto, tranqüilidade.

Inicialmente, o menino estava muito assustado, pelo grande número de procedimentos a que era submetido. Porém, apesar de assustado, mostrava-se tranqüilo com as explicações que recebia, mesmo ao saber que iria ser submetido a uma cirurgia. Aparentemente, estava ansioso por estar na UTIP, mas, mesmo assim, aceitava os procedimentos que lhe eram explicados.

A transferência do menino para outro box, devido à sua melhora, deixou-o inseguro. A equipe percebeu seu olhar assustado, medo e insegurança sempre que se aproximavam dele, apesar de ter-lhe sido dito que estava quase bom e com pré-alta da UTIP. No final da internação, sua tranqüilidade parecia estar relacionada com o fato de se encontrar na UTIP.

#### ● Interação com os pais



André solicitava a atenção da mãe constantemente e pedia que ela segurasse sua mão.

O menino demonstrava um bom relacionamento e um vínculo muito forte com os pais. O fato de eles permanecerem ao seu lado durante todo o tempo deu-lhe tranqüilidade.

#### **Entrevista com a equipe: sobre os pais**

##### **● Comportamentos e sentimentos manifestos**

Os pais mostravam-se muito serenos, mesmo nos momentos mais difíceis, como, por exemplo, quando o filho estava em choque hipovolêmico. A mãe preferiu ficar junto à criança e ver o que estava acontecendo. Verbalizou que ficaria muito angustiada se não pudesse acompanhar tudo.

Conversavam muito com o filho e, além de aparentarem tranqüilidade, demonstravam um vínculo muito forte e bom relacionamento com ele.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a equipe**

##### **● Percepções em relação ao menino**

A equipe percebeu que o menino estava com medo, mas não soube dizer se era medo da UTIP ou de alguma outra coisa. O que mais chamou a atenção foi o fato da criança não chorar,

apesar de muito assustada. A equipe percebia sua vontade de chorar e até o estimulava a isto, porém a criança pouco chorou.

A enfermeira usou a expressão "foi impressionante" ao se referir ao comportamento e reações da criança.

#### ● Auto-avaliação da equipe

A equipe forneceu as explicações necessárias sobre os procedimentos, a cirurgia, a anestesia e a presença dos pais.

#### Compreensão da experiência vivida

André demonstrou ser uma criança possuidora de grande auto-controle.

No início da internação, parecia não estar-se sentindo bem ou não conseguia explicitar como se sentia, pois não respondia às perguntas; a expressão facial e os movimentos dos ombros pareciam expressar dúvidas. Mantinha o tom de voz baixo, o que demonstrava fraqueza, cansaço ou indisposição para o diálogo.

Deixou transparecer o medo à dor da cirurgia, provavelmente relacionando cirurgia com cortar, e cortar com dor. A colocação da sonda nasogástrica fez com que perdesse o controle, possivelmente pela dor e desconforto desencadeados.

Manifestou a necessidade da presença da mãe nos momentos difíceis, bem como do seu contato físico, como, por exemplo,

segurar sua mão. Este contato parecia ter efeito tranqüilizador. Verbalizou que se sentiria sozinho, se os pais não ficassem com ele, apesar dos funcionários permanecerem no box. Isto deixou transparecer que a presença dos pais era vista, pelo menino, como sendo insubstituível, por melhor que fosse a equipe.

O menino atribuiu à equipe o fato de sentir-se bem na UTIP, dizendo que a equipe cuidou bem dele.

Aparentemente, a idéia inicial dele era de que ficar no hospital era ruim, e esta idéia foi modificada pelo tratamento recebido. A criança, no entanto, relacionava UTI com a gravidade da doença, o que demonstra que tinha sido esclarecido e orientado.

É provável que, nos primeiros momentos da internação, ele estivesse assustado em função do que lhe estava ocorrendo.

A medida que lhe era explicado o que seria feito e os motivos, ele serenava.

André verbalizou seu medo quando sangrava, e isto era esperado, pois, em geral, as pessoas relacionam sangramento com perigo. Além disto, era uma situação nova para ele.

Aparentemente, o que mais o assustava era o desconhecido. O temor do desconhecido, revelado por André, demonstrou que foi importante seus pais estarem junto quando foi levado para o Bloco Cirúrgico, quando acordou da anestesia, ou quando foi submetido a procedimentos novos para ele como, por exemplo, a instalação da sonda nasogástrica ou a realização de raios-X. A medida que ele foi-se familiarizando com o ambiente e os

procedimentos, deixou de ter medo e se acalmou.

O tempo que a equipe dispendeu para dialogar com André, com a finalidade de evitar ou amenizar situações de medo, contribuiu para que isto acontecesse.

Apesar de ser submetido a procedimentos dolorosos, parece que o menino entendeu a sua necessidade, pois permitiu sua realização sem opor resistência.

O sentimento de tristeza foi atribuído, pela mãe, à necessidade que André sentiu de manter o vínculo com toda a família, não só com o pai e a mãe. Havia faltado um elemento importante da família, o irmão.

Apesar de o menino sentir falta do irmão, da professora e dos amigos, não teve a iniciativa de perguntar se eles poderiam vir visitá-lo.

Ele verbalizou "faz tanto tempo" quando se referiu ao período em que estava ausente de casa; na realidade, estava hospitalizado há apenas quatro dias.

A criança deixou transparecer que se sentiu sem liberdade na UTIP, pois gostava de fazer coisas que ali não eram permitidas ou que o ambiente não comportava, como, por exemplo, andar de bicicleta.

Já próximo à alta da UTIP, quando foi transferido de box, demonstrou insegurança, o que pode ser atribuído ao fato de desconhecer o que significava ser transferido de box. Poderia estar sentindo medo de sair da UTIP por se sentir seguro ali, onde seu estado de saúde experimentou uma melhora sensível.

Ao exprimir que não estava com muita vontade de sair da UTIP, o menino, provavelmente, queria dizer que já estava adaptado à Unidade, e uma transferência significaria situações novas desconhecidas, que poderiam desencadear novos medos ou temores.

Parece que André tinha confiança nas colocações da equipe, pois ficava tranqüilo com elas.

Para André, o sentimento de gostar da UTIP relacionava-se com o fato de ser este um lugar calmo. Provavelmente, o menino fazia a idéia de que a Unidade de Internação é agitada, uma vez que lá se encontram muitas crianças.

Os pais eram pessoas que conseguiam manter-se calmas, e o comportamento de ambos refletiu-se no comportamento do filho.

Provavelmente, a mãe experimentou sentimentos de perda relacionados com a situação de risco pelas quais o filho passara, quando disse que o filho "renasceu". Verbalizou também, sentimentos de gratidão para com a equipe.

A equipe identificou e atendeu as necessidades da criança, preocupando-se em tranqüilizá-la e esclarecer-lhe as dúvidas.



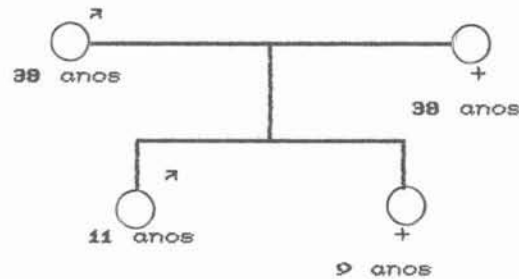
## CASO 5 - CRISTINA

### Dados de identificação

Cristina é uma menina de nove anos e mora em Porto Alegre, numa casa de madeira.

O pai é carregador de um depósito de supermercado e a mãe é faxineira.

### Composição Familiar:



O pai e a mãe têm a mesma idade e ambos trabalham fora. Possuem um casal de filhos. Cristina é filha caçula, sendo dois anos mais moça que seu irmão.

### Dados referentes à hospitalização

Cristina veio ao hospital para ser submetida a uma cirurgia de pulmão. Quando foi admitida, estava em bom estado geral, mas um pouco emagrecida.

Fez uma pneumectomia à direita e foi transferida para a UTIP já no pós-operatório imediato, onde permaneceu por cinco dias.

Cristina já havia sido hospitalizada no ano anterior para exames, oportunidade em que foi diagnosticada hipoplasia pulmonar à direita.

#### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: quatro observações da menina na UTIP, uma entrevista com Cristina, uma entrevista com a mãe, e uma entrevista com uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem.

A primeira observação foi bastante rápida, poucos minutos após sua chegada, procedente do Bloco Cirúrgico. Cristina ainda estava com o tubo orotraqueal e recebia soro nos dois membros superiores. Movimentava-se um pouco no leito e gemia. Estavam presentes no box três médicos e uma auxiliar de enfermagem.

A segunda observação foi realizada aproximadamente dezoito horas após sua admissão. Cristina apresentava-se sonolenta, deitada em decúbito dorsal, com a cabeceira levemente elevada. Estava com uma sonda nasogástrica drenando secreção sanguinolenta, cateter de oxigênio, monitorizada com os eletrodos adaptados no tórax, um curativo, e um dreno torácico à direita, drenando secreção sanguinolenta. A mão direita estava puncionada com um abocath e a mão esquerda com

um butterfly para receber soro.

A auxiliar responsável por Cristina permaneceu com ela quase todo o tempo. Estiveram também no box uma médica e outra auxiliar de enfermagem.

A terceira observação ocorreu aproximadamente quarenta e oito horas após a admissão da menina na UTIP e em torno de trinta horas após a última observação.

Cristina estava acordada, sentada no leito, observando todo o movimento no seu box. Permanecia ainda com o dreno de tórax, os eletrodos para monitorização, o curativo e o abbocath na mão direita.

Durante a observação, tiveram contato com Cristina duas enfermeiras, uma médica, a auxiliar responsável por ela, uma tia e a patroa da mãe.

No início da observação, a menina foi colocada numa cadeira ao lado da cama, onde permaneceu em torno de 15 minutos. Parecia cansada, eventualmente gemia e referia dor.

A quarta observação foi realizada na manhã do dia em que teve alta da UTIP para a Unidade de Internação.

Cristina estava sentada em uma cadeira ao lado da cama, com os pés apoiados na grade da cama. Permanecia com o curativo, o dreno de tórax e estava recebendo soro em veia periférica do punho direito. Tiveram contato com a menina, no período da observação, a mãe e a auxiliar de enfermagem.

A menina estava com melhor aspecto do que nas observações anteriores e mostrava-se bastante comunicativa.

As entrevistas com a menina e sua mãe, foram realizadas

três dias após a alta da UTIP, no quarto de Cristina, na Unidade de Internação.

A entrevista com a enfermeira e a auxiliar de enfermagem, foi realizada na UTIP, oito dias após a alta da menina.

#### Observações: sobre a criança

##### ● Adaptação à situação

No início da internação, a menina não questionava nada, e respondia as perguntas com monossílabos ou movimentos da cabeça. Às vezes, não respondia, apenas abria os olhos, olhava as pessoas à sua volta e novamente fechava os olhos.

Ao ser colocada na cadeira, demonstrava cansaço, pois mantinha a cabeça apoiada em uma das mãos, os olhos fechados e a respiração ofegante. Ainda comunicava-se preferentemente por sinais, mas colaborou quando a enfermeira puncionou outra veia periférica. Às vezes, olhava o monitor cardíaco, mas não fazia nenhum comentário.

No último dia de permanência na UTIP, estava sorridente, comunicativa e auxiliava nos procedimentos. Informou que estava melhor, sem dor e caminhando. Disse que estava contente porque iria para o quarto, que era melhor porque tinha recreação e brinquedos.

Olhava com certa frequência a mão onde estava instalado o soro, e o curativo do tórax. Ainda verbalizava e demonstrava cansaço.

### ● Comportamentos relacionados à dor

As manifestações de dor da menina foram através de gemidos, expressão facial, verbalizações e através de monossílabos ou movimentos afirmativos de cabeça, quando lhe perguntavam se estava com dor.

Referiu dor no tórax e na incisão, ao falar, tossir ou movimentar-se. Fez expressão facial de dor e choro ao movimentar-se, ao sair da cama, ao ser puncionada uma veia da mão e ao soprar uma luva.

Apesar de verbalizar que estava com dor, às vezes dizia que não era intensa, e não necessitava de medicação. Porém, quando sentou na cadeira, disse que a dor era intensa no tórax e na mão onde havia infiltrado o soro.

### ● Interação com a mãe

A menina perguntou para a mãe se ela havia telefonado e o motivo de sua demora. Informou para a mãe que ainda não havia recebido o lanche solicitado e que aprendera a abrir uma tesoura. Mostrou para a mãe como manusear uma pinça e pediu que ela também o fizesse. Pediu, também, que a mãe lhe alcançasse uma seringa plástica que se encontrava sobre a cama, dizendo: "Vou dar um banho em todo o mundo, menos nas tias"!



### ● Interação com as visitas

Quando a menina foi informada de que sua tia estava ao seu lado, ela abriu os olhos, olhou e fechou-os novamente, sem se manifestar frente às colocações da tia. Cristina novamente apenas abriu e fechou os olhos quando foi novamente informada da presença da tia. Disse que queria sua mãe e olhou para a tia despedindo-se com um aceno de mão, quando esta informou que sairia e chamaria sua mãe. Quando a patroa da mãe chegou e perguntou à menina como ela estava, Cristina não respondeu.

### Observações: sobre os familiares

#### ● Comportamentos da mãe

A mãe da menina lavou as mãos quando entrou no box. Perguntou para a filha se havia demorado e informou-lhe que havia feito várias coisas durante o tempo em que esteve ausente da UTIP, e que telefonaria mais tarde. Solicitou para Cristina que comesse a maçã e alcançou-lhe a pinça e a seringa, que ela havia pedido.

#### ● Comportamentos das visitas

A tia entrou, olhou a menina e comentou que ela estava quase dormindo. Permaneceu alguns minutos observando a menina e, depois, perguntou-lhe se queria que chamasse sua mãe. Frente à resposta afirmativa da menina, a tia se despediu

dizendo que chamaria sua mãe.

Em vez da mãe, entrou sua patroa. Ela passou a mão sobre a cabeça da menina, perguntando como estava e quanto tempo ficaria na UTIP. Informou que lhe havia comprado uma boneca que guardaria para quando a menina saísse do hospital. Quando foi informada de que poderia trazê-la para o hospital, disse que a traria e saiu.

#### **Observações: sobre a equipe**

##### **● Comportamentos da equipe de enfermagem**

A auxiliar de enfermagem, ao se aproximar da criança, disse-lhe que verificaria seus sinais vitais. Verificou a pressão arterial, retirou o *butterfly* da mão e elevou a grade da cama. Quando a menina falou que queria urinar, outra auxiliar colocou uma cuba sob o períneo da menina, orientou-a e massageou seu abdômen. Como a menina não conseguia urinar, a auxiliar retirou a cuba, disse-lhe para que chamasse novamente se quisesse urinar e saiu do box.

Frente a uma nova solicitação da menina para urinar, a auxiliar responsável por ela colocou-a na comadre, protegeu-a com um lençol e disse-lhe que, caso a comadre não a estivesse machucando, poderia ficar assim posicionada até conseguir urinar.

Em outro momento, a auxiliar perguntou se a menina estava se sentindo bem, sentada na cadeira, colocou uma

medicação no soro, verificou sua temperatura e informou-lhe que sua tia estava ali. Alcançou-lhe uma luva e uma cuba enquanto solicitava que assoprasse a luva e tentasse expectorar na cuba.

Quando trouxeram uma maçã para a menina, a auxiliar perguntou-lhe se queria comê-la e se era para descascá-la. Com a resposta afirmativa, a auxiliar descascou a fruta e alcançou-a para Cristina e, em seguida, posicionou-a na cadeira perguntando-lhe se estava confortável.

Em alguns momentos, a menina manifestou dor e a equipe atendeu-a prontamente. A enfermeira perguntou se sentia dor ao sentar na beira do leito. A auxiliar colocou uma escadinha para que ela pudesse apoiar as pernas e perguntou-lhe se estava melhor.

A auxiliar chamou inicialmente a enfermeira e, depois, a médica de plantão, quando a menina referiu dor, por duas vezes.

Ao entrar no box, a enfermeira acariciou a cabeça da menina, examinou sua mão, informou-lhe que teria que ser retirado o *abbocath* e puncionada nova veia. Solicitou à auxiliar que colocasse compressas mornas na mão após a retirada do *abbocath*. Tentava tranquilizar a menina, sempre que ela gemia.

#### ● Comportamentos da equipe médica

Ao aproximar-se do leito, a médica chamou a menina pelo

nome, examinou-a e perguntou se seu abdômen estava doendo. Avisou que iria verificar sua pressão e informou que, quando tivesse dor, deveria avisar a equipe para ser medicada. Identificou-se, depois, para a criança e avisou que iria picá-la para ver como estava o açúcar no seu sangue.

Em outra ocasião, quando a auxiliar chamou a médica, esta veio até o box e perguntou o que a menina estava sentindo e comentou: "Está com uma carinha..." Perguntou também se a menina queria sair da cadeira e se estava com fome. Como a resposta fosse negativa para a primeira pergunta e positiva para a segunda, a médica informou-lhe que, talvez, à tardinha poderia comer alguma coisa.

#### Entrevista com a criança

##### ● Percepções em relação à UTIP

Quando Cristina fez referências à UTIP, inicialmente disse que era boa, porque as "tias" cuidavam bem. Em outro momento, porém, disse que não gostou de ficar na UTIP, porque era ruim, não tinha ninguém para brincar e que não era legal ficar lá e só conversar, conversar e... nada.

Quando foi questionada sobre o que não havia gostado, a menina fez comentários sobre as picadas que aconteciam a toda hora, embora soubesse que o soro era necessário para ficar boa e para sua alimentação.

A menina verbalizou, também, que não gostou do dreno e da cama, pois esta era muito dura e causava-lhe dor nas costas.

Quando fez referências à área física, disse que era muito pequena e abafada, causando-lhe sudorese, a tal ponto que era necessário trocar de roupa frequentemente.

A menina se expressou dizendo: "Ainda bem que eu saí de lá".

Disse, ainda, que solicitou várias vezes e por muito tempo que as funcionárias lhe troxessem brinquedos e não sabe informar o motivo da demora em atenderem sua solicitação. Quando recebeu os brinquedos, brincou até ir para o quarto.

#### ● Sentimentos experienciados

Cristina manifestou que, na UTIP, sentiu-se chateada, triste, assustada e com medo.

Ela ficava aborrecida quando nenhum dos pais estavam junto dela, pois queria-os sempre perto. Também, aborrecia-se porque não tinha ninguém para brincar e o box era muito abafado.

O sentimento de tristeza foi relacionado às punções venosas e manutenção dos soros.

Segundo a menina, um incidente com o sistema de drenagem a assustou muito. Ela descreveu a situação ocorrida, quando se soltou um dos látex do sistema de drenagem, derramando sangue no chão. Nesta ocasião, foi informada da possibilidade de colocação de outro dreno. Após a troca do frasco por outro maior, Cristina esperou amanhecer, sentada na cadeira.

A menina informou que o dreno era o que tinha de mais importante para dizer sobre a UTIP. Ela teve medo da dor

relacionada ao manuseio e retirada do dreno, e medo de que acontecesse alguma coisa com o dreno.

Cristina verbalizou que teve medo de morrer, pois teria que deixar todo o mundo. Este medo surgiu quando começou a ter dor e tossir. Pensou que ia morrer quando viu alteração no traçado do monitor, e chamou a funcionária. Relacionou a morte com a UTIP porque estava assustada e com dor na região torácica.

A menina referiu que o medo diminuiu e ela se acalmou com as explicações que recebeu.

#### ● Percepções relacionadas à presença dos pais

Cristina relatou que seus pais permaneciam com ela todo o período, com exceção dos poucos momentos em que se ausentavam para irem ao banheiro ou para verem quem os aguardava na porta da UTIP.

Disse que era bom os pais ficarem com ela, mas gostaria que os dois ficassem juntos. Não gostou do fato dos pais terem que entrar separadamente na UTIP, ou seja, apenas um poderia ficar com ela de cada vez. Queria os pais junto dela e para que pudessem fazer os procedimentos. Tinha medo de ficar sozinha e se sentia contrariada longe dos pais.

#### ● Percepções relacionadas à equipe

Cristina informou que gostou das "tias", porque elas eram



boas e cuidaram bem dela. Fez referências a uma funcionária, em especial, porém não lembrava seu nome. Disse que as funcionárias e a mãe a ajudavam a sair da cama e sentar na cadeira.

Os procedimentos a que seria submetida eram explicados e, com relação ao monitor cardíaco, foi-lhe dito que era como uma novela e não precisava ter medo. Após as explicações, o medo diminuía e a menina se sentia melhor.

A menina contou que pediu às funcionárias que lhe trouxessem brinquedos, porém houve grande demora em atenderem seu pedido, o que na verdade ocorreu apenas no dia da sua alta. A menina usou a expressão "demoraram um monte de dias" para dizer como sentiu a demora para receber os brinquedos.

#### **Entrevista com a mãe: sobre a criança**

##### **● Características da menina**

A mãe caracterizou a menina como sendo uma boa filha, nada rebelde, tranqüila e um pouco "nervosinha". Tinha sempre complicações de saúde, como febre e infecção. Quando era repreendida pelos pais, ficava nervosa, porém aceitava facilmente o que era explicado.

A mãe manifestou o desejo de que tenha sido resolvido o problema de saúde da filha com este tratamento.

### ● Adaptação à situação

Segundo a mãe, a criança ora estava agitadinha, ora ficava serena. Num momento, ela tinha medo, e depois se acalmava.

Ela não indagava nada, só escutava e aceitava. Aceitou facilmente a idéia da cirurgia, pois já havia sido hospitalizada anteriormente, para fazer exames. Aceitava tudo bem.

A menina perguntava pelas outras crianças. Não queria ficar sozinha e queria a presença da mãe. Quando a mãe chegava reclamava porque havia saído e demorado.

Segundo a mãe, a menina olhava o monitor, se assustava, pedia para a mãe não deixá-la, externando o medo de morrer.

A mãe contou que a menina só brincou no último dia de UTIP, quando estava mais disposta, e que a recreação animou-a um pouco mais.

### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Na percepção da mãe, Cristina na UTIP apresentou nervosismo, medo e dor. Às vezes, ela estava um pouco nervosa, outras vezes estava muito nervosa, e suas reações foram em função deste nervosismo.

A menina verbalizou, algumas vezes, que tinha medo de morrer, e esta manifestação não havia ocorrido em casa nem na Unidade de Internação. Quando olhava o monitor, se assustava, dizia que estava com medo de morrer, e pedia que a mãe não a

deixasse sozinha. E, embora dissesse que estava sendo bem cuidada, reforçava que queria o pai e a mãe junto dela.

Quando seu estado clínico se estabilizou, Cristina manifestou, para a mãe, seu desejo de ir para a sala de recreação. Ela tinha pressa em sair da UTIP, para freqüentar a sala de recreação.

#### **Entrevista com a mãe: Sobre a equipe**

##### **● Comportamentos da equipe**

Cristina foi preparada para a cirurgia pela pediatra e, sempre que era submetida a algum procedimento, a equipe avisava e explicava o que seria feito.

No entanto, a mãe refere que só no último dia de UTIP a equipe buscou brinquedos para a menina.

#### **Entrevista com a mãe: sobre os familiares**

##### **● Comportamentos dos pais**

Segundo a mãe, os pais não deixavam a menina sozinha e só saíam na hora da troca da equipe ou quando a criança dormia.

A mãe explicava os motivos dos seus afastamentos e, frente ao medo da menina em ficar sozinha, questionava se estava sendo bem atendida. Acalmava a menina, dizendo que não lhe iria acontecer nada, que não iria morrer e que iria ficar boa.

## Entrevista com a equipe: sobre a criança

### ● Adaptação à situação

A auxiliar de enfermagem caracterizou o comportamento da menina na UTIP como normal, pois ela se ajudava e, quando necessitava de alguma coisa, solicitava. Para a equipe, ela reagiu muito bem na UTIP. A partir do segundo dia de cirurgia, ela se ajudava, apesar da dor, e cuidava para o soro não infiltrar.

### ● Comportamentos gestuais e verbais

Cristina era pouco comunicativa. Não olhava para as pessoas com quem conversava, mantendo-se de cabeça abaixada ou desviando o olhar. Muitas vezes, escutava sem fazer comentários. Aceitava passivamente os procedimentos, colaborava sem questionar ou chorar.

A menina verbalizou seu medo de morrer e de novas punções venosas.

Ela tinha pouca atividade, apenas saía e voltava para cama, não solicitava a presença de pessoas ou brinquedos.

A equipe atribuiu sua atitude ao fato de ela permanecer muito tempo sonolenta pela medicação e ao pouco tempo que permaneceu na UTIP. Quando poderia mudar seu comportamento, teve alta.

#### ● Sentimentos manifestos

Na percepção da equipe, Cristina tinha muito medo de sentir dor, conseqüentemente tinha medo das punções venosas e do manuseio do dreno de tórax.

Tanto a enfermeira como a auxiliar de enfermagem perceberam, na menina, o medo de morrer. Para a enfermeira, este sentimento foi verbalizado durante um plantão, enquanto chorava de dor. Para a auxiliar, a menina pediu que ela tivesse todo o cuidado para não soltar nenhuma extensão do dreno, pois se escapasse alguma coisa, ela morreria.

#### ● Interação com a mãe

A enfermeira referiu que o apoio e a dedicação da mãe, sempre ao lado da menina, foi um fator positivo durante sua internação. Durante as poucas ausências da mãe, Cristina solicitava sua presença, embora não modificasse seu comportamento caso ela não estivesse junto.

Era uma menina tranqüila que conversava com os pais e recebia outras visitas.

#### ● Interação com a equipe

No início da internação, a menina tinha medo de conversar com a equipe, porém entendia e aceitava o que ela lhe dizia.

Quando a menina chorava, a equipe conversava e ela ficava tranqüila.

Na ausência da mãe, a menina solicitava a equipe. Apesar dos seus medos, ela confiava na equipe.

### **Entrevista com a equipe: sobre a equipe**

#### **● Auto-avaliação**

A equipe explicava para a Cristina todos os procedimentos a que seria submetida.

Quando ela verbalizou o medo de morrer, a enfermeira serenou-a falando de um familiar que teve um problema semelhante e atualmente está bem. Já a auxiliar, tentou tranqüilizá-la, fazendo brincadeiras a respeito do assunto.

### **Entrevista com a equipe: sobre a família**

#### **● Percepções e sentimentos manifestos**

A enfermeira colocou que a menina tinha uma mãe superdedicada ao lado dela, e que o seu apoio foi um ponto positivo.

A mãe verbalizou que a menina estava assim (chorando) porque tinha medo de morrer.

### **Compreensão da experiência vivida**



Cristina estava vivenciando sua segunda experiência de hospitalização, porém era sua primeira cirurgia e primeira internação em Unidade de Tratamento Intensivo.

Febre e infecções parecem ter norteado toda a vida da menina, que demonstra ser bastante sensível física e emocionalmente.

Seu comportamento durante a hospitalização pareceu instável e, provavelmente, estava relacionado com as situações que vivenciava a cada momento.

Aparentemente, a criança era excessivamente passiva frente aos procedimentos, o que se pode atribuir ao medo ou às características próprias da criança, que parecia introvertida e envergonhada.

No início da internação, ela estava sonolenta e semi-sedada e parecia não ter interesse em conversar. Demonstrava constrangimento para urinar e ao ser examinada. Apesar da sonolência, verbalizava e demonstrava sua dor.

O comportamento inicial da menina era esperado, pois quando se chega num lugar novo, desconhecido, o retraimento é comum, até que se conheça o lugar e as pessoas.

Aparentemente, a menina teve muita dor, podendo ter ficado deprimida, achando que estava piorando e que esta piora poderia levá-la à morte. É provável que ela sentisse muita dor quando o dreno era tocado ou manuseado.

A menina fez mais de uma referência ao dreno. Provavelmente, foi o que mais a marcou, de tudo o que passou na UTIP.

Talvez tenha escutado algum comentário sobre os riscos do dreno.

É possível que o momento em que se soltou o látex do dreno tenha acarretado muito estresse para a menina, uma vez que ela percebeu que foi um acidente de relativa gravidade, e que foi levantada a possibilidade de colocação de outro dreno (já não gostava de um). Pode ter entendido a troca do frasco por um outro maior, como o conserto de um erro. A situação ocorreu à noite e ela esperou amanhecer, sentada na cadeira. Isto deixa transparecer o medo que sentia em voltar a adormecer esperando sentada que o dia amanhecesse.

Ao descrever o episódio, a criança parecia reviver a situação. Parece não ter entendido exatamente o que aconteceu e a causa, mas compreendeu que foi uma coisa grave, de risco, possivelmente pela mobilização que desencadeou na equipe, ou pela "lameira" de sangue que ela viu.

A menina relacionou o sentimento de tristeza com procedimentos que lhe causaram dor. Demonstrou saber a importância da infusão endovenosa, mas verbalizou que não gostou de ser punccionada. Houve referência à frequência das punções, o que, por certo, não corresponde exatamente à verdade.

A menina externou oralmente o medo da morte, vista, por ela, como uma partida sem retorno, quando disse que "teria que deixar todo o mundo". Ela parecia ter uma real compreensão do que vem a ser a morte física.

Referiu que o medo da morte surgiu quando teve dor e

começou a tossir. É provável que tenha relacionado estes sinais com uma piora do seu estado de saúde.

O monitor cardíaco com o traçado alterado também a fez pensar em morte, tal fato estando relacionado possivelmente com informações prévias adquiridas através dos meios de comunicação ou da própria família.

É provável que a criança tenha relacionado o hospital e a doença, com a morte. O fato de não querer ficar sozinha demonstra o medo que sentia, medo este que poderia ter relação com os procedimentos a que foi submetida, a dor que sentia ou as informações prévias sobre UTIP.

A menina não queria ficar sozinha, sem os pais, na UTIP. Parecia ter medo de ficar sozinha, num lugar estranho, com pessoas estranhas, e do que poderia lhe acontecer. Pedia a presença constante da mãe, cobrando-lhe o tempo que permanecia longe.

A verbalização de seus medos para a mãe, e a solicitação para que ficasse junto dela eram esperadas e compreensíveis, pois a mãe era a pessoa conhecida que a estava acompanhando e lhe dando apoio.

É provável, também, que a menina tivesse a idéia de que a mãe poderia mudar o curso dos acontecimentos, ou seja, a mãe, estando junto, poderia evitar que ela morresse.

A ausência dos pais significava, para Cristina, estar sozinha, e a presença deles transmitia-lhe segurança. Seu desejo era que os dois permanecessem juntos durante todo o tempo, o que é diferente do desejo de ter alguém para brincar.

Na Unidade de Internação, a menina já havia convivido com outras crianças. Na UTIP não havia este convívio, o que, provavelmente, a fez sentir-se muito isolada.

Quando disse que não tinha ninguém para brincar deu a entender que permaneceu longos períodos ociosa. Em termos de atividades, não lhe foi oferecido nada, além de conversar, o que não lhe foi suficiente. Ela sentiu falta de alguém para brincar. Desabafou dizendo: "Ainda bem que eu saí de lá...".

A menina deixou transparecer seu sentimento em relação à demora das funcionárias de trazerem um brinquedo para ela. Na sua percepção, ela pediu várias vezes e esperou muito tempo. Ficaram mesclados a necessidade de recreação e o sentimento de solidão (não ter ninguém).

No entanto, parece que a equipe entendia que a menina não tinha condições ainda de atividades recreativas, devido ao seu estado geral e às medicações. Provavelmente, não foi perguntado à menina se ela queria algum brinquedo, nem foi estimulada a isto.

A menina valorizou o "cuidar bem" e sentiu-se bem cuidada, dando a entender que gostou do atendimento recebido.

Os pais atenderam ao desejo da filha, de não ficar sozinha, diminuindo assim os seus medos. Saíam apenas nas trocas de plantões, atendendo a rotina da Unidade e nas horas em que a menina dormia, de modo que ela não sentisse a falta deles. A mãe deixava as suas necessidades em segundo plano, para ficar com a filha.

Frente à manifestação de medo da morte, pela criança, a

mãe a tranquilizava. Provavelmente era mais fácil para a menina verbalizar seus medos para a mãe do que para alguém da equipe, a quem quase não conhecia. Também poderia ser mais fácil aceitar as explicações da mãe, se esta estivesse sempre junto.

A mãe, tentando entender o medo verbalizado pela menina, questionou-a sobre o atendimento que estava recebendo.

O que contribuiu para a boa aceitação da cirurgia, pela criança, foi a orientação dada, a experiência hospitalar prévia e a evolução satisfatória do tratamento, a ponto da mãe caracterizar como "tudo bem, tudo tranquilo".

É provável que a menina estivesse assustada pela experiência que estava vivenciando e pela dor que sentia. Mostrava-se introvertida e quase sempre passiva ao que estava acontecendo. Mas, ao sentir medo de morrer, teve a iniciativa de chamar alguém, de pedir ajuda.

Apesar da dor e dos medos, a menina não desanimou; ao contrário, tentou ajudar-se, o que é um fator importantíssimo na recuperação de qualquer pessoa.

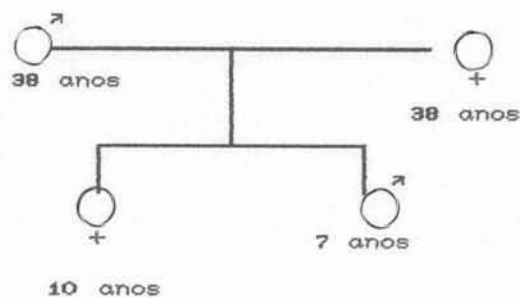
## CASO 6 - ROSA

### Dados de identificação

Rosa é uma menina pré-adolescente de dez anos e seis meses, que frequentou apenas a 1<sup>a</sup> série do Primeiro Grau por orientação médica, devido ao seu estado de saúde.

Os pais trabalham na confecção de calçados, porém a mãe trabalha no domicílio. São procedentes de uma cidade do interior do Estado, onde moram com um tio, em uma casa com três peças.

### Composição Familiar



A família é de classe social média-baixa e o casal possui dois filhos, uma menina e um menino. Rosa é a mais velha, sendo de três anos a diferença de idade entre ela e seu irmão.



### Dados referentes à hospitalização

Rosa foi encaminhada do interior do Estado para este hospital em pré-choque hipovolêmico, causado por epistaxe e hematêmese.

Já esteve hospitalizada várias vezes, quando foi feito o diagnóstico de Anemia de Fanconi, e várias transfusões sangüíneas.

Ao chegar no hospital, foi levada diretamente à UTIP, em mau estado geral e sangrando muito. Permaneceu em torno de treze horas na UTIP, durante as quais foi submetida a uma flebotomia no membro superior direito, para que pudesse receber transfusões de sangue. Foi instalado, também, um dispositivo intravenoso para as infusões de soros e foram feitos controles freqüentes da pressão arterial.

Quando o estado clínico de Rosa se estabilizou, ela foi transferida para a Unidade de Internação.

### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos para coleta de dados foram: uma entrevista com a criança, uma entrevista com a mãe de Rosa e uma entrevista com a enfermeira que estava de plantão na noite que ela passou na UTIP.

A observação não foi realizada, pois a menina foi admitida por volta das 21 horas e teve alta da UTIP na manhã seguinte.

A entrevista com Rosa foi realizada na Unidade de Internação, oito dias após a alta da UTIP. Ela estava em companhia da mãe, e seu comportamento demonstrava que estava constrangida e com muita dificuldade de participar do diálogo. Após muita insistência, emitia respostas em tom de voz baixo ou respondia apenas com movimentos de cabeça. Encolhia-se na cama, sem olhar para as pessoas ao seu redor, mantendo-se constantemente com os olhos baixos e fixando os lençóis.

Ainda no início da entrevista, deixou de responder às perguntas. Foi realizada, então, a entrevista com a mãe e, posteriormente, foi estabelecido um rápido diálogo com a menina, por insistência da mãe.

A entrevista com a mãe teve lugar na presença de Rosa, que permaneceu com o olhar baixo.

A entrevista com a enfermeira foi feita na UTIP, nove dias após a alta da menina. A enfermeira falou que não lembrava claramente da menina, pois já haviam decorridos dois plantões desde sua estada na UTIP.

### **Entrevista com a criança**

#### **● Percepção em relação à UTIP**

Rosa informou que ficou uma noite na UTIP. Quando ela chegou, não estava bem, porque vomitava sangue e sentia algo estranho no peito, mas na UTIP ela ficou boa, porque lhe deram sangue. A menina já tivera outros sangramentos, ficando bem

após as transfusões sanguíneas.

#### ● Sentimentos experienciados

A menina referiu que gostou da UTIP porque lá ela ficou boa, referindo-se à parada do sangramento. Gostou dos funcionários, porque lhe deram banho e trocaram sua roupa. Disse que a única coisa de que não gostou foi dos aparelhos, especificamente o monitor cardíaco. Negou que tivesse sentido medo enquanto esteve na UTIP.

#### Entrevista com a mãe: sobre a criança

#### ● Características da criança

A mãe descreveu a filha como uma criança normal que canta, dança e brinca, mas que se irrita por qualquer motivo, e, às vezes, fica muito nervosa.

#### ● Preparo para a hospitalização

A mãe refere que a menina foi preparada para a hospitalização, mas ela quase não falava e não reagiu devido às suas condições clínicas naquele momento.

#### ● Adaptação à situação

Rosa reagiu aos procedimentos gritando, chorando e retirando o braço para evitar a ação da equipe. A retirada, inclusive, de um butterfly foi motivo de choro para ela. A mãe justificou estas reações dizendo que a filha estava ressabiada por ter sido puncionada inúmeras vezes.

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Segundo a mãe, a filha não podia se sentir bem nem ver o que estava acontecendo, porque estava muito mal.

#### ● Interação com os pais

Na percepção da mãe, Rosa alimentava-se, reagia e sentia-se melhor quando um dos pais permanecia com ela. A presença deles foi importante, pois a filha viu que eles estavam ao seu lado.

#### Entrevista com a mãe: sobre os familiares

#### ● Comportamentos dos pais

A mãe relatou que o pai e ela necessitavam demonstrar paciência frente ao comportamento da filha, mas, às vezes, perdiam o controle e dirigiam-se à criança com gritos.

Eles permaneceram na UTIP enquanto a filha estava lá, pois acreditavam que a presença deles era importante para ela.

A mãe estimulava a filha ao diálogo, insistindo para que ela conversasse.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Segundo a enfermeira, a menina tinha o comportamento semelhante ao das outras crianças, e ficou pouco tempo na UTIP.

O aspecto físico era de sujidade e não foi possível identificar se era o habitual da criança ou se estava suja no momento da baixa.

##### **● Comportamentos gestuais e verbais**

A menina estava lúcida e muito atenta, observando furtivamente o ambiente e as pessoas. Encolhia-se na cama, escondendo-se sob os lençóis. Mostrava-se retraída, sem reagir aos procedimentos realizados, aceitando passivamente tudo.

Ela falava pouco e não questionava nada. A maneira de comunicar-se era através de movimentos afirmativos de cabeça, ou verbalizando um monossílabo em tom de voz baixo.

Quando a enfermeira se aproximava, ela fechava os olhos e fingia que estava dormindo, para saber o que falavam a seu respeito.

- **Sentimentos manifestos**

A enfermeira refere que a criança parecia um pouco assustada com as pessoas e com o manejo feito com ela. Não parecia assustada em relação ao ambiente. A enfermeira percebeu também que a criança estava envergonhada, provavelmente porque estava despida quando chegou na UTIP, coberta apenas com um lençol.

**Entrevista com a equipe: sobre a mãe**

- **Comportamentos manifestos**

A mãe permaneceu com a filha na UTIP, mas a enfermeira não lembrou se a permanência foi durante todo o tempo. Não houve, também, nada destoante no relacionamento mãe/filha, que chamasse a atenção, pois, segundo a enfermeira, se houvesse um envolvimento muito bom, ou muito difícil, ela lembraria, gravaria.

**Entrevista com a equipe: sobre a equipe**

- **Auto-avaliação da equipe**

A enfermeira disse que lembrava pouca coisa em relação a Rosa, pois já haviam passado nove dias desde que ela estivera na UTIP. Fez referências às suas condições de higiene e a



pediculose que tinha. Orientou suas funcionárias para que não fizessem comentários perto da menina, pois ela fingia que estava dormindo.

A equipe explicou os poucos procedimentos que foram realizados nela, como a monitorização cardíaca eletrônica e as punções venosas.

#### Compreensão da experiência vivida

Rosa já teve várias internações hospitalares, e a situação de urgência que desencadeou esta última internação, impossibilitou um preparo adequado da menina.

A mãe refere que a menina é bastante irritada. Falar pouco parecia ser uma característica sua, e mostrava-se desconfiada na medida em que fingia que estava dormindo para escutar o que as pessoas diziam.

Este comportamento podia também ser uma fuga. Enquanto dormisse (fingisse que dormia), não precisava participar do que estava acontecendo à sua volta, não precisava conversar e, quem sabe, não precisava fazer os procedimentos (ser submetida aos procedimentos).

O fato de "encolher-se" podia estar relacionado com o sentimento de vergonha, por estar despida e/ou suja, mas podia ser uma atitude de defesa em relação às pessoas estranhas e aos procedimentos a que seria submetida.

Geralmente, no momento da admissão, a criança é examinada e atendida por mais de uma pessoa. Estando despida, provavel-

mente sentiu-se invadida na sua privacidade. Sendo uma pré-adolescente, grande para a idade, as alterações corporais próprias da puberdade já se manifestavam, aumentando mais este sentimento de vergonha. Talvez, o aspecto de sujidade tenha sido um outro fator a deixá-la envergonhada.

A menina não se mostrava à vontade para conversar. Falava baixinho, após muita insistência, com poucas palavras e sem olhar para as pessoas. Quando foi convidada a conversar, encolheu-se na cama e abaixou a cabeça e os olhos, fazendo movimentos de cabeça para dizer que não queria conversar. Pouco comunicativa, muito retraída e com grande dificuldade de verbalizar as coisas.

Rosa sabia que alguém vai para a UTIP quando está ruim, para ficar bem. Estava orientada e percebia quando estava bem, quando estava ruim e que melhoraria com as transfusões.

Como se trata de uma criança com experiências anteriores de hospitalização, provavelmente o ambiente era-lhe, de certa forma, familiar, ao passo que as pessoas lhe eram estranhas e ela não sabia o que estas pessoas estranhas iriam lhe fazer.

Era esperado que a menina verbalizasse alguma coisa relacionada com as punções e transfusões, porém, fez referência aos eletrodos do monitor cardíaco. Pode-se supor que seja porque as transfusões e punções já eram experiências conhecidas, ao passo que a monitorização foi algo ainda não vivenciado antes.

É provável que a família de Rosa não seja muito severa com ela, em função da sua patologia. A mãe verbalizou que a

menina já teve inúmeras internações anteriores e foi muito picada, traumatizada.

A mãe disse que a presença dos pais na UTIP é importante, sob todos os aspectos, para a criança, porém não explicou o que isto significa para os pais.

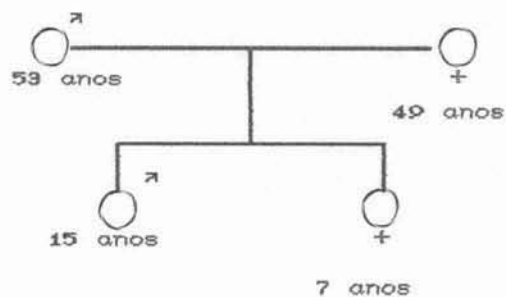
## CASO 7 - FÁTIMA

### Dados de identificação

Fátima tem sete anos e seis meses e frequenta a 1<sup>a</sup> Série do Primeiro Grau.

O pai é funcionário público, trabalha na Assembléia Legislativa, e a mãe é do lar. São procedentes de uma cidade do interior do Estado. O pai trabalha em Porto Alegre e passa os fins de semana no interior, com a família.

### Composição Familiar



Os pais são pessoas de meia idade, e a mãe é quatro anos mais moça que o pai.

Eles têm um casal de filhos, e Fátima é a caçula, com oito anos de diferença para seu irmão.

### Dados referentes à hospitalização

Fátima tem uma vivência muito grande de hospitalizações desde pequena, e esta é sua décima nona hospitalização por sangramento de varizes esofágicas. Foi admitida na Unidade de Internação Ala Sul para ser submetida a cirurgia de anastomose esplenorrenal. Após quatro dias de hospitalização, sofreu cirurgia e, do Bloco Cirúrgico, foi transferida para a UTIP com sonda nasogástrica drenando secreção sanguinolenta, com cateter arterial no membro superior esquerdo para verificação da pressão arterial média, e com dispositivo intravenoso para infusão de líquidos.

Fátima teve alta da UTIP após quatro dias, sendo transferida para a Unidade de Internação 10<sup>o</sup> Sul.

### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: duas observações da menina na UTIP, uma entrevista com a menina, uma entrevista com a mãe e uma entrevista com uma das enfermeiras da UTIP.

A primeira observação foi realizada no dia da cirurgia. Fátima estava no box D, deitada na cama em decúbito dorsal, com uma sonda nasogástrica, drenando secreção sanguinolenta. O membro superior esquerdo estava em extensão, com cateter arterial e cateter venoso periférico. Na região cervical direita estava inserido um cateter venoso central. No tórax havia três eletrodos para monitorização cardíaca e, no

abdômen, uma incisão cirúrgica transversa. A menina estava sonolenta, pois havia recebido analgésico recentemente.

A mãe, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem tiveram contato com ela durante a primeira observação.

A segunda observação foi realizada no dia em que a menina teve alta da UTIP. Ela permanecia no box D. Estava sentada na cama com os eletrodos no tórax e o cateter venoso na região cervical. A mãe estava sentada ao lado da cama, mostrando-lhe algumas fotografias e conversando com Fátima. A auxiliar de enfermagem responsável pela menina também se encontrava no box, durante a observação.

A entrevista com a enfermeira foi realizada na UTIP, no quinto dia após a alta da menina.

As entrevistas com a menina e em sua mãe foram realizadas no sexto dia após sua alta da UTIP, no quarto para onde foi transferida. Aparentemente, a menina não estava tranqüila nem à vontade para conversar sobre a UTIP, pois foi necessário insistir muito até que ela respondesse às perguntas.

Durante a entrevista com a mãe, a criança manifestou-se várias vezes, ora confirmando, ora negando suas colocações.

#### **Observações: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Durante a primeira observação, a menina estava sonolenta e comunicava-se com a mãe e a auxiliar através de movimentos



de cabeça, de mãos e principalmente com abrir e fechar os olhos.

Apesar de sonolenta, estava atenta ao que ocorria ao seu redor, pois, sempre que alguém falava, abria os olhos, observava por alguns momentos e fechava-os novamente. Mesmo durante a lavagem da sonda nasogástrica, que lhe provocou náuseas, quando lhe perguntaram se estava doendo, ela não falou, apenas apontou para a sonda.

Durante a segunda observação, a menina estava bem disposta, ativa, cantarolando. Verbalizava o que queria e o que não queria, e observava o soro e o esparadrapo em sua mão.

#### ● Comportamentos relacionados à dor

A menina manifestava sua dor através da expressão facial e através da verbalização da dor, quando se movimentava no leito. Referiu que a dor era na incisão cirúrgica do abdômen e na região cervical onde estava o cateter.

Quando tentou se posicionar na comadre para urinar, referiu dor no abdômen e disse que iria desistir de urinar devido à dor.

#### ● Interação com a mãe

Deitada em decúbito lateral, a menina observava os movimentos da mãe e respondia a todas as suas colocações.

Quando a mãe perguntou se estava com dor, a menina respondeu afirmativamente e questionou: "O que tu querias?".

Quando a mãe comentou sobre a criança que estava no box ao lado, a menina disse que não enxergava, pois estava deitada, mas quando a mãe perguntou se ela gostaria de levantar-se para vê-la, disse que não, e que queria virar para o outro lado. Com a ajuda da mãe, a menina se virou e depois disse "boa-noite" como se estivesse encerrando o diálogo.

Quando a mãe informou que iria devolver uma colher na copa, a menina reagiu dizendo: "Mas tu não vais sair daqui!".

#### ● Interação com a equipe

A menina pouco respondeu às perguntas. Frente à insistência da mãe para que respondesse, fez leves movimentos de cabeça, dando a entender que estava bem.

Quando a auxiliar brincou, dizendo que ela ficaria como a "Olivia Palito", caso não comesse, ela respondeu: "Melhor!".

#### Observações: sobre os familiares

#### ● Comportamentos da mãe

A mãe, ao chegar, cumprimentou a menina afetuosamente, dizendo: "Oi Xuxu! Olha a mãe!" Observava a filha por longos períodos e externou seu contentamento quando a menina disse que se sentia bem.

A mãe respondia as perguntas da menina e conversava sobre pessoas conhecidas, informando sobre as pessoas que vieram vê-la, telefonaram ou mandaram beijos. Mostrou fotografias de

um álbum para ela.

A mãe ajudava a menina na movimentação no leito, na alimentação e nas eliminações, quando colocava a comadre para ela urinar.

Quando a menina referia dor, a mãe se aproximava dela, acariciava sua mão, dizia que a dor iria passar e que ela permaneceria ao seu lado até que o pai quisesse entrar.

Fátima disse para a mãe que estava com vergonha. A mãe tapou a menina com um lençol informando-a do que fazia e disse que não precisaria ficar envergonhada.

A mãe falava com a menina sobre assuntos variados e estimulava-a a responder as perguntas que lhe faziam.

A mãe verbalizou que a filha não permitia que ela saísse, nem para beber água.

#### ● Comportamentos da equipe

A enfermeira observou a menina e questionou se estava com dor. Verbalizou que as crianças são mais fortes que os adultos e que, portanto, logo estaria boa.

A auxiliar realizou procedimentos como lavagem da sonda nasogástrica, verificação da temperatura e do soro. Orientou a menina sobre alguns procedimentos que realizou, sobre a medicação analgésica que recebeu e que a variação do gotejo de soro estava relacionada com a mudança de decúbito. Questionou sobre a aceitação da alimentação, dizendo em tom de brincadeira para Fátima que ela ficaria igual à "Olívia

Palito", caso não comesse.

### Entrevista com a criança

#### ● Percepção em relação à UTIP

Fátima referiu que a UTIP foi legal, porque as enfermeiras a trataram bem. Sempre permitiu que os procedimentos fossem realizados, pois não sentia nada durante os mesmos. Disse que se sentiu bem na UTIP, e já esquecera tudo.

Segundo a menina, sempre lhe explicaram os procedimentos a que seria submetida e isto foi importante, porque, se não soubesse, não se submeteria a eles.

A menina disse que gostaria de ter tido oportunidade de brincar com outras crianças na UTIP.

#### ● Sentimentos experienciados

A menina informou que os pais ficavam com ela na UTIP, um de cada vez, pois os dois não podiam ficar ao mesmo tempo. Ela não sabia o motivo pelo qual pai e mãe não podiam ficar juntos.

Disse que o pai brincava com ela e que era bom brincar com ele.

Gostava de ficar com os pais na UTIP, e, quando tinha de ficar sozinha, ficava triste. Concordou com a colocação da mãe, de que se sentia mais segura na presença dos pais.

Em nenhum momento teve medo, nem quando foi fazer exames, nem quando vomitou sangue. Disse que engolir a sonda é ruim e que uma vez chegou a vomitar um pouco de sangue durante a passagem da sonda.

#### Entrevista com a mãe: sobre a criança

##### ● Características da menina

Fátima é muito ativa, tem paixão por dança e música. Gosta de dançar para o pai ver.

Não é muito sociável, e tem um certo problema de relacionamento na escola e em casa. Disse que na escola ninguém quer brincar com ela e, em casa ninguém gosta dela. A mãe acredita que esta é uma atitude para chamar a atenção.

É uma criança muito questionadora, quer saber das coisas. Com cinco anos, disse que não gostava de Deus porque ele não gostava dela, pois a fez nascer com problemas. Não gosta de coisas espirituais.

É bastante precoce para a idade. Quer ser uma moça e às vezes, age como se tivesse 15 anos. Está apaixonada por um rapaz de 20 anos, desde fevereiro. Apesar de não vê-lo há muito tempo, não o esquece.

É precoce, também, na concepção de beleza, do bonito, do gostar, e na preferência por novelas.

##### ● Preparo para a hospitalização

Quando Fátima foi orientada sobre a cirurgia, sua reação foi de calma, pois, há algum tempo, já sabia que necessitava de uma cirurgia.

Quando a funcionária do Bloco Cirúrgico quis orientá-la, ela disse que a mãe já a havia informado.

Segundo a mãe, a menina estava preparada para a cirurgia.

#### ● Adaptação à situação

A menina foi muito corajosa, cooperativa, ajudando em tudo e aceitando tudo muito bem. Só no final ela foi ficando mais dengosa, achando que tudo ia doer.

O fato de achar-se na UTIP, não interferiu no comportamento da menina, porque os pais estavam sempre ao seu lado, e havia uma funcionária sempre presente.

A mãe acha que a menina comparou esta UTIP com a outra. Não tinha curiosidade em saber quem estava nos outros boxes. Ficou mais passiva.

A menina teve um bom relacionamento com as funcionárias, e gostou de todas. Para a mãe, ela "estava tão normal, como se estivesse num quarto... até mais...".

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Na percepção da mãe, Fátima sentiu-se segura, bem tratada e protegida na UTIP. A segurança esteve relacionada à presença



dos pais e de uma funcionária só para ela. A menina gostou de todos os funcionários e a sua presença trouxe-lhe segurança também.

A menina verbalizou medo da cirurgia, em apenas um momento, na noite anterior à cirurgia. Depois, não falou mais, esqueceu o medo e não teve mais tempo para pensar. Ela estava bem, corria e participou da recreação.

Na UTIP, a menina não teve medo porque, ao acordar da anestesia na UTIP, já viu o pai ou a mãe e ela sempre foi uma menina muito corajosa.

Só no final, foi ficando dengosa, achando que tudo ia doer, pois já estava traumatizada.

#### ● Comportamentos relacionados à mãe

Quando a mãe saía da UTIP, na hora da passagem de plantão, a menina reclamava um pouco e, quando a mãe olhava para outras crianças, reagia dizendo para ela ir cuidar delas, que a funcionária se encarregaria dela. A menina queria atenção só para si, e a mãe achava que era uma reação normal para aquele momento.

#### Entrevista com a mãe: sobre a UTIP

#### ● Percepções da mãe

A mãe referiu que o atendimento na UTIP foi maravilhoso.

As funcionárias foram solícitas, educadas e queridas. A mãe disse que só tinha a agradecer.

#### ● Sentimentos da família

Segundo a mãe da menina, nas outras hospitalizações não fora permitida a presença dos pais. Tinham 15 minutos cada, um deles, para ficar com a filha. Esta situação foi terrível para a criança, porque ela se sentia desprotegida, pensando que os pais não estavam no hospital, embora lhe fosse dito que eles estavam além da porta.

A mãe achou muito importante os pais permanecerem no hospital com a filha, pois ela se sentiu mais segura. Outro aspecto que lhe trouxe segurança foi o fato de haver um funcionário para cada criança. No outro hospital, várias crianças ficavam a cargo de uma só funcionária.

A mãe achou importante ter uma funcionária só para a filha.

#### Entrevista com a mãe: sobre os familiares

##### ● Percepção da mãe

Os pais permaneceram com a menina na UTIP e só saíam durante a passagem de plantão. Orientavam a filha sobre o que seria feito e aonde iriam.

A mãe tentou dar as explicações conforme suas concepções,

pois, se Fátima tinha capacidade para fazer as perguntas, deveria ter capacidade para entender as respostas.

A criança e os pais sabiam da cirurgia e da necessidade de permanecer na sala de recuperação, mas não foram informados da necessidade de ir para a UTIP.

### **Entrevista com a mãe: sobre a equipe**

#### **● Percepção da mãe**

Segundo a mãe, a criança não foi preparada para a hospitalização pelo pessoal do hospital. Houve uma expectativa criada pela psicóloga do hospital, em relação ao preparo para o Bloco Cirúrgico e UTIP, mas isto não ocorreu.

A equipe só comunicou a ida da menina, para a UTIP, após a cirurgia, embora a mãe achasse que isto poderia acontecer.

Segundo a mãe, o médico explicou tudo, dizendo que a única coisa ruim, era o fato de ter de engolir a sonda.

### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

#### **● Adaptação à situação**

O comportamento da menina na UTIP foi muito instável. Quando ela estava se sentindo bem, era muito cooperativa; quando não estava bem, dificultava o atendimento e mostrava resistência a qualquer conduta, como troca de soro ou

medicação oral.

A menina também não teve um comportamento uniforme em relação às explicações dadas sobre os procedimentos. As vezes, os procedimentos explicados eram aceitos e, às vezes, não, mesmo que fossem procedimentos simples, como pentear os cabelos.

O comportamento, segundo a enfermeira, esteve relacionado com seu estado geral, e, depois do resultado da endoscopia, a criança e os pais se acalmaram.

#### ● Comportamentos gestuais e verbais

A menina reagiu berrando, esperneando e chorando, para tomar medicação por via oral. Mostrava-se resistente à ingestão do anti-ácido e chegou a vomitar. Aceitou a medicação quando foi ameaçada com a passagem de nova sonda nasogástrica para lhe ser administrada a medicação.

Assim que a menina fez um bom relacionamento com a equipe, começou a ler e a brincar, esquecendo que queria ir para o quarto. Quando soube que teria alta da UTIP, não manifestou muito contentamento.

Porém, quando se manifestou novo sangramento, a menina, novamente, quis sair da UTIP, e não deixou que fossem feitos os procedimentos. Ela chorava e brigava muito, tornando as coisas muito difíceis.

#### ● Sentimentos manifestos

A menina veio para a UTIP no pós-operatório, quando estava se recuperando da anestesia. Estava assustada, apavorada, e só queria voltar para o quarto. Ela estava assustada devido as suas próprias fantasias em relação à cirurgia.

Na véspera da alta, a menina fez um choque por sangramento, assustou-se e entrou em depressão.

Na percepção da enfermeira, a menina teve muito medo de morrer, na UTIP. Ela não verbalizou o medo, mas chorou muito pelas coisas que aconteciam.

A UTIP começou a ser vista, pela criança, como um local ruim, em função do sangramento, das transfusões, das medidas antichoque a que foi submetida. Houve necessidade de muitos procedimentos, devido ao choque.

A enfermeira acha, no entanto, que, na hora da alta, a menina estava com pena de sair da UTIP. Aparentemente, procurava pretextos para ficar mais tempo ali.

#### ● Interação com a mãe

A menina solicitava muito a presença da mãe e, nos momentos difíceis, chamava por ela e não pelo pai.

Na presença da mãe, ela era mais chorosa, mais resistente e, na sua ausência, era mais cooperativa.

### Entrevista com a equipe: sobre a equipe

#### ● Auto-avaliação da equipe

Segundo a enfermeira, nem sempre os procedimentos eram explicados à criança.

Quando a equipe não conseguiu dar medicação para a menina, levantou a possibilidade de passar uma sonda nasogástrica para a medicação. Mas estabeleceu o diálogo com a criança e, juntas, combinaram a maneira desta receber a medicação.

### Entrevista com a equipe: sobre os pais

#### ● Comportamentos e sentimentos dos pais

Os pais da menina ficaram na UTIP durante todo o período de internamento, inclusive à noite. A mãe permanecia mais tempo e o pai, enquanto não estava trabalhando.

Os pais ajudaram muito a equipe, eram pessoas bastante cooperativas, que se esforçaram para que a menina aceitasse o atendimento.

Segundo a enfermeira, o estado emocional dos pais poderia ser relacionado com o estado emocional da criança: os pais se estressavam muito e transmitiam isto para a criança, apesar da cooperação demonstrada.

Quando ocorreu novo sangramento após a cirurgia, os pais



se preocuparam e fantasiaram, por não saberem o que estava acontecendo. Quando retornaram da endoscopia e souberam que o sangramento não era das varizes, eles se acalmaram e ficaram bem.

### Compreensão da experiência vivida

Fátima é uma menina com diagnóstico de varizes esofágicas e, em consequência disto, estava sendo hospitalizada pela décima nona vez em apenas sete anos de vida. É provável que poucas tenham sido as experiências novas vividas nos quatro dias em que permaneceu na UTIP, a menos que os hospitais anteriores dispusessem de poucos recursos. Neste caso, os exames mais elaborados seriam desconhecidos pela menina.

No início da internação, Fátima tinha um comportamento passivo, provavelmente porque estava em pós-operatório, com dor, e sob efeito de medicações.

Ao ser submetida a um procedimento desagradável que lhe provocou náuseas, não reclamou e o aceitou passivamente. Mesmo quando lhe foi dada abertura à resposta, através da pergunta se estava doendo, ela apenas indicou a sonda, sem fazer referência a dor ou a desconforto.

Apesar de sonolenta, parecia querer interagir com a mãe e mantinha-se atenta ao que se passava ao seu redor. Não verbalizou seu sono, mas os movimentos freqüentes de abrir e fechar os olhos o demonstrava. Parecia resignada e passiva

frente ao que estava lhe acontecendo.

No decorrer da internação, passou a ter comportamentos instáveis, como referir dor num momento e, em seguida, cantarolar. Por ela ter passado por experiências semelhantes, era de se esperar que ela as comparasse com esta de agora. Por ser uma criança caracterizada como ativa e curiosa, era de se esperar que questionasse as coisas da UTIP, ao menos as diferentes da outra UTIP, mas parece que isto não aconteceu. Provavelmente, a reação inicial de choro e berros foi uma maneira de protestar contra tudo aquilo que estava passando e, talvez, não estivesse entendendo, o motivo de passar por tudo aquilo. Porém, ao se sentir ameaçada, aceitava os procedimentos.

Após o novo sangramento, sua reação de chorar, brigar e não permitir a realização dos procedimentos, talvez tenha sido a forma que ela encontrou para dizer que estava com medo, ou para protestar, pois passou por uma cirurgia corretiva que poderia parecer não ter tido sucesso.

Após a endoscopia, os pais se acalmaram e, provavelmente, por reflexo de seu comportamento a menina também se acalmou. Pode-se supor que ela tenha se dado conta de que a situação era menos grave do que parecia.

Provavelmente, dificultar o atendimento era a maneira pela qual conseguia dizer que não estava bem. É importante ressaltar que a equipe percebeu bem isto.

Para a mãe, a menina foi corajosa, cooperativa, ajudou e aceitou tudo muito bem.

A percepção da mãe, possivelmente relacionava-se as experiências anteriores. Talvez, o comportamento da menina nas interações anteriores tenha sido mais rebelde, mais intranquilo, e a mãe, comparando dois momentos achou que nesta interação ela teve comportamento adequado (corajosa, cooperativa, de aceitação). E o fato de estar na UTIP, não interferiu no seu comportamento.

Fátima, ao dizer que sempre permitia os procedimentos e que não sentia nada durante os mesmos, demonstrou que não queria falar de coisas que lhe desagradavam, o que foi uma constante, desde o início do diálogo. Talvez estivesse constrangida pelo comportamento que vinha desenvolvendo.

Ela solicitava a presença da mãe com frequência, porém era mais cooperativa na sua ausência.

Este comportamento de solicitar apoio e ajuda, nos momentos difíceis, da pessoa com quem mais convivia, é compreensível. Uma vez que o pai trabalha em Porto Alegre e vai para casa nos fins de semana, era de se esperar que a menina fosse mais apegada à mãe, solicitando sua presença nos momentos de perigo.

Provavelmente, quando ela estava sem a mãe, sentia-se sozinha, no meio de pessoas estranhas, sem ter a quem pedir ajuda, tendo que fazer aquilo que estas pessoas estranhas pediam.

Sentia-se sem forças, sem apoio para impor-se, e protestar.

Nos momentos em que a mãe estava junto a ela, sentia que

tinha alguém para lhe dar forças, alguém que poderia impedir que tais pessoas lhe fizessem o que ela não queria.

A menina exigia constantemente a atenção da mãe e ficava irritada quando ela observava outras crianças.

Frente à possibilidade de a mãe se afastar, a menina reagiu dizendo que ela não sairia dali. A colocação da criança não foi em forma de pedido e, sim, uma atitude muito firme, mais parecendo uma ordem. Com estas atitudes deixou transparecer que queria exclusividade da mãe, sentindo ciúmes só pelo fato de a mãe olhar para outras crianças. Embora fosse uma reação bastante possessiva, a mãe caracterizou-a como normal para a situação (provavelmente, situação de doença e hospitalização da filha).

É provável que a mãe contribuisse para esse tipo de reação da filha.

Às vezes, a menina mostrava-se pouco receptiva às colocações da equipe, através de respostas desafiadoras, respostas que indicavam o término do diálogo ou através da ausência de respostas. E embora, às vezes, nada respondesse à auxiliar, quando esta se ausentava, a menina tinha atitudes que demonstravam que não estava indiferente às suas colocações.

Ao referir-se à UTIP, Fátima apenas mencionou o fato de ter sido bem tratada. Talvez isto tenha sido significativo para ela, pois já experimentara várias internações anteriores. Disse, também, que estava "bem" na UTIP. Mas ela só esteve bem no final do período, quando teve alta. Chamou a atenção o fato de ela não ter feito referência aos momentos de risco que

vivenciou. Podem ter sido situações rotineiras para ela, ou situações que não queria relembrar nem comentar. Esta segunda hipótese é a mais provável.

Aparentemente, a mãe não valorizou o medo expressado uma vez pela criança.

O fato da menina não verbalizar mais vezes, não quer dizer que não tivesse tido medo. O mais provável é que não lhe tenha sido dada oportunidade para verbalizar. E quando tentou, não teve receptividade para continuar. Talvez, a própria criança tenha tentado ocupar o tempo para não pensar.

A menina queria se mostrar muito forte e muito adulta, reafirmando que nunca tivera medo.

Será essa a conduta que lhe foi cobrada ou imposta, indiretamente, o tempo todo?

A experiência da noite em que entrou em choque, deixou-a assustada, com medo, embora não tivesse sido a primeira vez que tal lhe sucedera.

O retorno do sangramento, deve tê-la feito pensar numa piora do quadro, no insucesso do tratamento cirúrgico e que teria que passar por tudo novamente. Reagiu a isto, com depressão.

Provavelmente, a menina estava assustada pela série de experiências que vinha vivenciando, desde a internação, o pré-cirúrgico, a cirurgia e, agora, um ambiente novo.

A presença de pessoas conhecidas (pais), com quem a criança tinha maior afinidade, trouxe-lhe segurança, fazendo com que o ambiente novo não fosse tão estranho e assustador.

É possível que a criança tenha relacionado seu estado de saúde com o local onde estava. Quando estava no quarto, o estado de saúde era melhor e era submetida a menor número de procedimentos, do que na UTIP.

Deveria sentir-se mais segura no quarto, reforçando a idéia do medo do desconhecido. Quando passaram as situações de risco e gravidade, e ela começou a se relacionar com as pessoas que deixaram de ser estranhas para ela, perdeu o medo do local, e se acostumou e se afeiçãoou à equipe da UTIP.

O sentimento de vergonha verbalizado pela menina poderia estar relacionado com a presença da observadora, que lhe era uma pessoa completamente estranha.

Este sentimento não é comum nesta faixa etária, aparecendo com maior freqüência no pré-adolescente e adolescente, em vista das modificações corporais que ocorrem, tanto mais que a menina já havia tido inúmeras internações anteriores, tendo sido muito manuseada.

Ao dizer que foi importante explicarem os procedimentos para que ela os permitisse, a menina reforçou a teoria de que os procedimentos devem ser sempre explicados ao paciente.

Ao referir que gostaria de ter tido outras crianças para brincar, podia estar refletindo a falta de recreação neste período e um sentimento de solidão.

Ao verbalizar seu sentimento de tristeza, relacionado com a ausência dos pais, reforçou o desejo de que queria ter seus pais junto à ela. A menina não questionou a equipe, nem os pais, porque eles não podiam ficar juntos na UTIP. Talvez, a



criança fosse muito passiva, e aceitasse as coisas sem questionar nem solicitar, ou não viu a necessidade de eles ficarem juntos. Ou ainda, por ter experiências anteriores em outros hospitais, onde nenhum dos dois podia permanecer. A última hipótese é a mais provável.

A mãe de Fátima valorizou muito a permissão da presença constante dos pais e a designação de uma funcionária para cada criança. É provável que, nas hospitalizações anteriores, estes dois fatores não estivessem presentes, e isto contribuiu para que os pais tivessem gostado do atendimento da UTIP.

Segundo a mãe, a não-permanência dos pais, durante a hospitalização, faz com que a criança se sinta desprotegida, pensando que os pais não estão no hospital. Pode ser uma situação terrível para a criança.

Os pais também sentem-se seguros, por saberem que as atenções da funcionária são exclusivas para com sua filha, não sendo necessário dividi-las com outras crianças.

A presença da mãe foi constante junto à filha demonstrando carinho, proteção e preocupação pelo seu estado clínico. Parecia necessitar de maior interação, ao mesmo tempo que tentava animá-la, conversando sobre assuntos variados.

A mãe cooperou nos procedimentos de conforto, higiene, alimentação e eliminações. Suas ações demonstraram muita paciência e afeto.

O papel dos pais está bem marcado pela sua presença, sua ajuda e o seu esforço. É provável que, sem os pais, tudo fosse mais difícil. A menina, além de não estar se sentindo bem,

poderia também, sentir-se abandonada por eles.

Aparentemente, a presença dos pais foi bem vista pela equipe, pois eram pessoas cooperativas. Porém, as reações da criança eram um reflexo das reações dos pais.

A preocupação que os pais demonstravam era uma reação natural, frente ao novo sangramento da menina. Como não sabiam a origem do sangramento, ficaram fantasiando com medo de que as varizes fossem as responsáveis.

É provável que os pais também estivessem preocupados, pensando que a cirurgia não tivesse resolvido. Sendo assim, teriam exposto a filha a uma cirurgia sem sucesso.

Quando a enfermeira disse: "As coisas também melhoraram", provavelmente queria dizer que tudo se tornara melhor e mais fácil. A família, a criança e a própria equipe estavam mais tranqüilas, sabendo o que realmente estava ocorrendo. A família e a criança voltaram a confiar na equipe, permitindo os procedimentos.

Com o resultado da endoscopia, viram que o sangramento não era devido às varizes esofágicas, o que, provavelmente, os tranqüilizou e, em consequência, modificou o seu comportamento. Os pais se tranqüilizaram e, como reflexo, a criança serenou, a ponto de a enfermeira caracterizá-los como estando "muito bem".

A enfermeira demonstrou interesse pela criança e tentou estimulá-la, dizendo que logo estaria melhor. Salientou que as crianças são mais fortes que os adultos.

Frente à manifestação de dor da menina, a auxiliar se preocupou em acalmá-la, dizendo-lhe que já havia recebido

medicação e que a dor passaria logo.

A auxiliar tentou brincar com a menina, chamando-a carinhosamente de "gata" e fazendo referência à "Olívia Palito", reforçando a importância de uma boa alimentação.

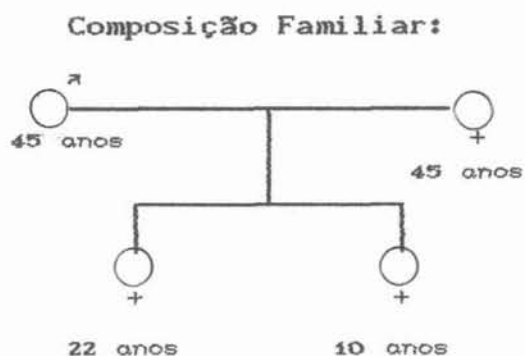
Ao colocar o termômetro para medir a temperatura corporal da menina, a auxiliar não explicou o que estava fazendo e ainda verbalizou que o soro havia corrido rápido devido a mudança de decúbito da paciente.

Aparentemente, não havia uma conduta uniforme da equipe quanto à orientação sobre os procedimentos. É provável que, no início da internação, não tivessem parado para conversar com a menina e explicar-lhe a necessidade e importância da medicação.

## CASO 8 - HELENA

### Dados de identificação

Helena é uma menina de dez anos, que frequenta a 4<sup>a</sup> Série do Primeiro Grau. O pai é comerciante, a mãe é do lar e a irmã é estudante universitária. São de classe média-alta e residem numa cidade do interior do Estado.



Os pais têm quarenta e cinco anos de idade. Possuem duas filhas, a mais velha com vinte e dois anos, e Helena, com dez. A diferença de idade entre ambas, portanto, é de doze anos.

### Dados referentes à hospitalização

Helena foi encaminhada do interior do Estado, para ser submetida a uma cirurgia cardíaca. Ao ser admitida no

hospital, estava em bom estado geral e, após dois dias, foi submetida à cirurgia.

Após a cirurgia, foi transferida para a UTIP, para o pós-operatório, onde permaneceu em torno de quarenta e duas horas. Durante este período, permaneceu com cateter venoso central, e foram retirados o dreno de tórax, o cateter arterial e a sonda vesical.

Foi transferida para a Unidade de Internação em quarto privativo, quando seu quadro clínico se estabilizou.

Esta foi sua primeira experiência de hospitalização, porém há quatro anos a família vivenciou situação semelhante, quando a mãe foi submetida a uma cirurgia.

#### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: duas observações da menina na UTIP, uma entrevista com a paciente, uma entrevista com uma enfermeira e uma entrevista com a mãe da menina.

A primeira observação foi realizada na manhã do primeiro dia pós-operatório, aproximadamente quatorze horas após sua admissão na UTIP.

Helena estava no box A, deitada em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada. Estava com um cateter venoso central na região cervical direita, por onde recebia medicação analgésica. No membro superior esquerdo tinha um cateter arterial para verificação da pressão arterial média. Estava com sonda vesical, eletrodos para monitorização, curativos

cirúrgicos e dreno de tórax.

Durante a observação, o pai da menina estava ao seu lado, ora observando-a, ora acariciando-a. Durante este período, também tiveram contato com a menina, dois médicos e duas auxiliares de enfermagem.

A segunda observação foi realizada vinte e quatro horas após a primeira, portanto no segundo dia pós-operatório, três horas antes da alta da UTIP.

Helena estava no leito em decúbito elevado em torno de 30°. Acordada, com aspecto tranqüilo. Já estava sem dreno de tórax, cateter arterial e sonda vesical. Permanecia com os eletrodos para monitorização cardíaca e cateter venoso central na região cervical direita.

Durante a observação, o pai permaneceu no box, conversando com a filha, estimulando-a para que comesse e respondendo as perguntas que eram feitas.

Tiveram contato com a menina, um médico que a examinou, uma auxiliar de enfermagem e a enfermeira.

A entrevista com Helena foi realizada no quarto, dois dias após a alta da UTIP. Ela estava sentada na cama, falava em tom de voz baixo e, em muitos momentos, parecia encabulada. Tinha o aspecto frágil.

A entrevista com a mãe foi realizada cinco dias após a alta da UTIP, também no quarto. Quase ao término da entrevista, chegaram o pai e a irmã, que participaram da mesma.

A entrevista com a enfermeira foi realizada na UTIP, no



segundo dia após a transferência de Helena para Unidade de Internação.

**Observações: sobre a criança**

● **Adaptação à situação**

A menina manteve-se passiva, sem se movimentar, mas atenta ao movimento do ambiente. Informou que estava bem, e não estava sentindo nada, porém não mostrou receptividade à solicitação de sair da cama feita pela enfermeira.

● **Comportamentos gestuais e verbais**

Na maioria das vezes, a menina comunicava-se com o pai por movimentos afirmativos ou negativos de cabeça. Frente à sua insistência, tomou água por mamadeira e sorriu aos comentários do pai. Frequentemente, fechava os olhos dando a entender que queria dormir.

**Observações: sobre os familiares**

● **Comportamentos do pai**

O pai levantou o lençol e olhou a filha demorada e frequentemente.

Colocou a mão sobre sua cabeça, olhou os aparelhos e

perguntou se a filha teve febre.

O pai permaneceu grande período com a menina na UTIP, penteou seus cabelos, estimulou-a para que comesse e saísse da cama. Verbalizou que a filha estava bem e que teve uma melhora espantosa, embora permanecesse com "dor no peito".

Perguntou-lhe se queria dormir, e, frente à sua resposta afirmativa, cobriu-a carinhosamente com o lençol, comentou sobre as grades da cama e informou que buscaria seus chinelos para que pudesse levantar-se.

O pai observou a conduta da auxiliar e do médico, dialogando com ambos.

#### **Observações: sobre a equipe**

##### **◆ Percepção da auxiliar em relação a menina**

A auxiliar caracterizou Helena como querida e cooperativa. Tratou-a de "pequena".

##### **◆ Comportamentos da equipe de enfermagem**

A auxiliar comunicou à menina que faria medicação e, depois, fez medicação através do cateter, colocou o termômetro, revisou os controles e fez os registros.

Informou aos pais dados sobre a menina e disse-lhe que poderia tomar água.

A enfermeira contou ao médico que a menina ainda não

havia saído do leito, mas que o faria em seguida. Estimulou-a para que se levantasse do leito e caminhasse, e ofereceu um batom para a menina se pintar. Frente à pouca receptividade da menina, a enfermeira disse-lhe que poderia dormir um pouco, mas que depois deveria sair do leito.

#### ● Comportamentos da equipe médica

O médico questionou a auxiliar sobre o soro da menina e perguntou ao pai se ela já havia acordado. Verificou os aparelhos, examinou a menina, cobriu-a com o lençol, lavou as mãos e olhou os registros.

Em outro momento, outro médico questionou se a menina teve dor ou febre e se já havia saído da cama. Examinou-a, comentando que ela estava corada, e revisou os registros nas folhas de controle.

#### Entrevista com a criança

#### ● Percepções em relação a UTIP

Segundo a menina ela foi para a UTIP porque fez uma cirurgia cardíaca, e sempre que se faz uma cirurgia, se passa pela UTIP.

A menina disse que não conhecia e não tinha idéia do que era uma UTIP. Foi importante conhecê-la antes da cirurgia, pois, caso contrário, ela teria se assustado. Achou a UTIP "boa" e "legal" porque ficou lá deitada e, quando saiu de lá,

saiu bem, saiu melhor: "Aí, não precisei fazer nada". Também achou o quarto na UTIP bom, porque era fechadinho e só dela.

Quando se referiu aos aparelhos, disse que os achou legal, porque eles a fizeram melhorar. Com relação às pessoas (equipe), disse que foram queridas e "legais" porque cuidaram bem dela.

A menina fez referência ao momento da alta da UTIP para o quarto. Gostou de sair para poder ver mais pessoas, como o namorado da irmã, o primo, os padrinhos e por poder brincar.

O que achou pior na UTIP foi a retirada do dreno de tórax, porque doeu, embora lhe tivessem explicado o que seria feito. Outras coisas de que não gostou foram a retirada do cateter central e a retirada do tubo, embora não tivesse visto a retirada do tubo.

Com relação aos aparelhos, achou-os ruins, porque tinha que ficar "pendurada".

A menina referiu, também, que na UTIP só dispunha de uma hora por dia para ver outras pessoas. Na UTIP, não havia ninguém com quem brincar.

#### ● Sentimentos experienciados

Quando questionada sobre os momentos em que teve medo, referiu o da retirada do dreno e quando o médico a examinou e apertou (provavelmente, o abdômen ou o tórax), causando-lhe dor.

#### ● Percepções relacionadas à permanência dos pais

O pai, a irmã ou a mãe ficaram com Helena na UTIP. Para ela, era importante a presença deles, por serem seus pais.

Quanto ao que eles poderiam fazer por ela, respondeu "só ficar comigo". Se os pais não tivessem podido ficar com ela, teria se sentido mal, teria ficado triste.

Quando questionada se o pai tinha ajudado e em que, a resposta foi: "Quando eles tiraram o caninho, ele ficou ao meu lado".

#### Entrevista com a mãe e a irmã: sobre a criança

##### ● Características da menina

A mãe caracterizou-a como mimada, sempre chorando ou ameaçando chorar por qualquer motivo. Normalmente, ela chora até por uma leve batida. Fica sempre junto da mãe, nunca se afastando dela. Justifica esta atitude da filha pelo seu problema de saúde e por ser a menor da casa.

##### ● Preparo para a hospitalização

A menina foi preparada para a cirurgia pelo médico e psicólogo da cidade de origem, e pelo anestesista do hospital. Foi-lhe explicado o que fariam, foi-lhe mostrada a UTIP, assim como o box onde ficaria.

Ela já conhecera a UTIP anteriormente, por isso não se

apavorou. Sabia que ia para a UTIP, que sentiria dor e, caso passasse mal, os pais não poderiam ficar com ela. O médico lhe explicou tudo.

A mãe colocou que a filha foi preparada, só que ela (mãe) não imaginava que seria desta forma.

Segundo a irmã, a tranquilidade da menina, talvez, possa ser atribuída ao preparo que ela recebeu. Sempre foi-lhe dita a verdade, para que não se apavorasse. Ela sabia que ia ter as agulhas, o tubo e os aparelhos, sabia bem o que lhe ia acontecer. Quando ela perguntou quando teria alta para o quarto, foi lhe dito tudo, localizando-a no dia e hora. De algumas coisas ela se lembrou, de outras, não.

#### ● Adaptação à situação

A irmã disse que a menina passou muito tempo dormindo, por causa da anestesia. Quando acordava e via um dos familiares, ficava mais tranquila. Quando um dos familiares colocava a mão nela, dormia novamente.

A mãe disse que pensou que a filha entraria em desespero, mas ela reagiu melhor do que podia esperar. Nunca viu a menina se queixar da realização dos procedimentos.

Segundo a irmã, a menina, em casa, é agitada, muito diferente do comportamento apresentado no hospital.

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

A menina acordou da anestesia tranqüila e sem dor. O pai referiu que nem ele ficaria tão calmo numa situação semelhante. Atribuíram a serenidade de Helena à presença constante de um familiar e ao atendimento recebido dos funcionários da UTIP. Nunca referiu dor, embora tenha sido medicada e, quando questionada se tinha dor, negou olhando para a equipe. Ela "adorou" os médicos e sentiu segurança com a equipe.

A menina sentiu-se bem na UTIP, com apoio, embora tenha se sentido isolada.

Segundo a mãe, apesar de ter sido preparada, Helena não tinha nem noção do que passaria. Apesar disto, em momento algum verbalizou medo de morrer ou qualquer tipo de medo. A preocupação maior da menina era o soro, pois temia que ele terminasse sem que o fato fosse notado. Quando foi para o quarto, continuou cuidando do soro.

A mãe pensa que não houve nada na UTIP de que Helena não tenha gostado, porque, no dia anterior à entrevista, ela havia passado a tarde na UTIP com as funcionárias.

#### Entrevista com a mãe e a irmã: sobre a equipe

##### ● Percepção dos pais

A mãe refere que a menina foi bem atendida pela equipe da UTIP e teve confiança nela. O pai elogiou o atendimento hospitalar.



## Entrevista com a mãe e a irmã: sobre os familiares

### ● Comportamentos dos familiares

Houve a presença constante de um dos familiares (o pai, a mãe ou a irmã) durante o período em que a menina ficou na UTIP. Era suficiente que eles colocassem a mão sobre a menina para que ela adormecesse.

A irmã desmaiou na primeira vez em que viu Helena na UTIP, com todos os aparelhos. Depois, reagiu bem.

### ● Sentimentos verbalizados

Os pais sabiam dos riscos que a filha correria, mas não tinham noção da situação como um todo. O pai disse que a primeira vez que entrou na UTIP, não imaginava ver a filha com todos aqueles aparelhos.

Para a mãe foi importante a presença dos pais; caso contrário, a menina teria chorado, apesar de ter feito amizades logo. Assim, ela se queixava bem menos.

Ficou aborrecida, porém, porque não quiseram deixar a irmã mais velha ficar com a menina, só os pais. Disse que tem só as duas filhas, e elas são muito unidas e se dão bem. A mãe chegava na UTIP, se apavorava e pensava: "Será que ela vai sair ainda daí?". E a irmã, não.

A mãe pensa que deve ser permitida a presença de um outro

familiar, caso os pais não possam ficar, pois acha importante a companhia de alguém chegado ao paciente.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

A menina foi extremamente cooperativa quanto aos procedimentos. Ela até chorava, mas sempre os aceitava. Acatou muito bem todas as orientações feitas, fez exatamente o que a equipe lhe dizia, sem questionar.

O que mais surpreendeu a enfermeira foi a maturidade da menina. Era esperado que ela chorasse e tivesse reações comuns à sua idade, mas ela se comportou como um adulto.

##### **● Comportamentos gestuais e verbais**

A menina só aceitou água quando oferecida na mamadeira, embora tenham sido tentados o copo e o canudinho. Ela tomava mamadeira em casa. A menina trocava letras para falar e escrever, e a mãe atribui isto a um trauma de colégio. Para a enfermeira, parece ser uma "regressão".

A menina questionava muito quando iria para o quarto.

A equipe insistia para que a menina fizesse fisioterapia, sentasse e andasse, mas ela não o fazia por medo da dor. Ela se negava a fazer e até dizia que estava com dor. Quando lhe foi dito que ela só iria para o quarto quando estivesse sentando e caminhando, em seguida ela começou a movimentar-se.

#### ● Sentimentos manifestos

Segundo a enfermeira, a menina teve medo de morrer na cirurgia. Quando chegou na UTIP e soube que a cirurgia já havia sido feita, "tranqüilizou-se". Teve, também, muito medo de dor.

Estava ansiosa em voltar para o quarto, para poder ficar com toda a família. No dia da alta, queria sair o mais rápido possível. A enfermeira atribui isto ao bom relacionamento familiar.

#### ● Interação com os familiares

Segundo a enfermeira, no primeiro dia, sempre que os pais se afastavam, a menina solicitava a presença deles. No segundo dia, ela aceitou bem quando eles avisaram que iam sair. Sem os pais, a menina conversou mais, porém era extremamente carinhosa e afetiva com os familiares.

#### ● Interação com a equipe

A menina foi reservada, mas cooperativa, com a equipe. Aceitava bem sua orientação, sem questionar.

#### Entrevista com a equipe: sobre a equipe

### ● Auto-avaliação da equipe

Os procedimentos aos quais a menina seria submetida eram sempre explicados. Como geralmente eram coisas positivas (retirada de tubos e cateteres), eram bem aceitos, pois constituíam um passo a mais para sua melhora e alta para o quarto.

### Entrevista com a equipe: sobre a família

#### ● Comportamento da família

A família tratava-a como se fosse uma criança menor do que ela realmente era.

### Compreensão da experiência vivida

Helena estava vivenciando sua primeira experiência hospitalar e, também, sua primeira experiência cirúrgica. Permaneceu na UTIP quarenta e duas horas.

A visita à UTIP, antes da cirurgia, fez com que ela não fosse totalmente estranha à menina e, talvez, este contato prévio tenha diminuído um pouco seus medos.

Provavelmente, a menina não relacionou a UTI com uma situação de risco. Era de esperar que ela já tivesse visto, em filmes e novelas, uma UTI, mas ela não deve ter relacionado o que viu com esta onde estava.

Na percepção dos familiares, o preparo prévio e a exposição da verdade são fatores importantes numa hospitalização e conseqüente recuperação da criança. No entanto, parece que os pais e a irmã não foram suficientemente preparados. Eles se assustaram quando viram a menina pela primeira vez na UTIP. A mãe não se sentiu em condições de vê-la no primeiro dia e a irmã chegou a desmaiar. Eles sabiam dos riscos e, por isto, tiveram medo.

Provavelmente, a maioria dos aparelhos eram desconhecidos para os familiares, já que eles pareciam impressionados com a quantidade de fios conectados na menina. A mãe sempre chorava e tinha um constante medo de que a filha não sobrevivesse.

Quando a menina referiu que "ficou lá deitada", talvez quisesse dizer que não precisou fazer nada, que ficou passiva, que faziam as coisas por ela. Pareceu relacionar o local com a melhora, o local aonde se vai para melhorar, para ficar bem. Outra coisa que deixou transparecer é que na UTIP foi feito tudo (provavelmente, todos procedimentos dolorosos) e quando saiu não precisou fazer mais nada. Ela gostou da UTIP, pelas perspectivas futuras, ficou lá para depois sair e estar bem.

Aparentemente, a menina queria ficar isolada, fechada no seu mundo, sem querer dividi-lo com outras crianças.

Era de esperar que a menina lembrasse dos procedimentos dolorosos. O fato de lhe explicarem o que seria feito foi importante para diminuir o medo, porém a dor foi real, como na retirada do dreno. A remoção do tubo deve ter ocorrido quando ainda estava sob efeito da anestesia. Talvez tenha

feito esta referência por informações recebidas após acordar, ou estava semi-sedada e percebeu o que estava acontecendo.

A menina não foi submetida a muitos procedimentos desagradáveis e não deve ter relacionado os procedimentos com o castigo de determinada pessoa. Parece que conseguiu separar tratamento do trato das pessoas por ter recebido muita atenção da equipe.

Provavelmente, a menina se sentiu presa no leito por causa dos aparelhos e soros. Este, talvez, tenha sido um dos motivos da sua passividade no leito: medo de se mexer ou sentimento de não poder se mexer por causa dos fios a que estava ligada.

Aparentemente, o fato de ser permitida uma hora para visitas de outros familiares, assim como a presença de uma só pessoa de cada vez, fez com que a criança percebesse isto como uma restrição. Provavelmente, à medida que ela foi melhorando fisicamente, foi sentindo maior necessidade de ver outros familiares, de brincar com outras crianças, de sair da rotina da UTIP.

Pelo que a mãe verbalizou, a menina é tratada com reservas, é superprotegida por ser a caçula e ter problemas de saúde, conseqüentemente consegue as coisas através do choro.

Parece que a mãe esperava um comportamento de desespero, de não-aceitação dos procedimentos, porém a menina a surpreendeu. Parece que, de certa forma, a mãe atribui este "bom comportamento" ao preparo prévio.

A menina se manteve passiva aos cuidados, porém atenta ao

movimento do ambiente, parecendo interessada no que estava acontecendo e no que poderia acontecer.

Provavelmente, a menina mantinha-se imóvel, passiva, para não sentir dor, dizendo muitas vezes que estava com dor para não movimentar-se e não vir a sentir dor.

Muitas vezes, as reações da menina surpreenderam a equipe. Era esperado um comportamento mais infantil frente aos procedimentos como choro ou alguma forma de protesto.

A menina não respondia às perguntas e à insistência do pai para que comesse, apenas movimentava a cabeça. É possível que esta atitude tenha a ver com o medo da dor ou com um sentimento de impotência, daí a passividade.

Não se poderia supor que uma menina de 10 anos ainda tomasse mamadeira. Um comportamento regressivo em função do hospital e da cirurgia poderia acontecer. Mas como foi dito que este é um comportamento comum em casa e que a irmã mais velha teve o mesmo comportamento, é de se questionar se essa menina não recebe um tratamento muito infantil, o que poderia justificar, de certa forma, a sua passividade. Ela não pegou a mamadeira com as mãos, esta lhe foi colocada na boca. Ela não respondeu aos questionamentos, apenas fez sinais. Será que os pais não querem que ela cresça?

Parece que a menina estava ambivalente, às vezes aceitando a atitude dos pais e se comportando como um bebê, e outras vezes se comportando como adulta.

O fato dela aceitar todas as orientações pode ter relação com o preparo para a cirurgia, a confiança que ela depositava



na equipe, com uma personalidade passiva ou com a consciência da necessidade dos procedimentos.

É provável que ela soubesse que, se ajudasse, a recuperação seria mais rápida.

O medo verbalizado por Helena estava relacionado à dor, aos procedimentos dolorosos, fazendo com que permanecesse passiva.

Aparentemente, o comportamento da menina modificou-se quando soube que já havia passado a cirurgia, levando a supor que ela lhe tinha medo.

O sentido de isolamento, provavelmente, derivou do fato de estar acompanhada por apenas um familiar. É lógico que, decorridas as primeiras horas após a cirurgia, à medida que a criança foi se sentindo melhor, ela quisesse participar do convívio familiar, quisesse ver mais gente. Mas, a rotina da UTIP permite que apenas uma pessoa entre de cada vez e, preferentemente, os pais.

Aparentemente, a insegurança gerada por se ver sozinha num ambiente estranho, com pessoas estranhas, esteve presente apenas no primeiro dia de UTIP. Como ela logo fez amizades e os pais diziam quando iriam e para quê iriam sair, a menina ficava bem.

Para ela, a presença dos pais foi importante pelo simples fato de que eram seus pais. Parecia-lhe uma coisa óbvia eles ficarem só com ela. Ela admitia um sentimento de tristeza, de se sentir mal, no caso da ausência dos pais.

A menina fez referência a um dos momentos ruins, de dor,

em que o pai estava ao seu lado. O simples fato de estar ali, ao seu lado, foi importante para a criança. Ele pode até não ter feito nada, mas a sua mera presença física, a sua força moral, foram importantíssimas para a menina.

Para a mãe, mesmo que a criança tivesse feito logo amizade com a equipe, a presença do familiar foi importante para que a criança não chorasse e se queixasse menos.

O pai demonstrou interesse e preocupação pelo estado de saúde da filha. Manteve-se atento a tudo que acontecia com a menina e a tudo que se passava ao seu redor. Parecia querer certificar-se de que a filha estava bem. Velava o seu sono e acariciava sua cabeça como se quisesse lhe dar forças ou dizer que ele estava ali ao seu lado. Suas atitudes demonstraram ajuda e carinho para com a filha.

Aparentemente, o pai a tratava como a um bebê. Falava em "soninho" deu-lhe mamadeira, falava nas grades da cama, porém com muito carinho.

O pai parecia querer adivinhar o que estava acontecendo com a filha através dos gestos da auxiliar e atitudes do médico, observando cada movimento.

As palavras do pai deixaram transparecer que não esperavam tão boa recuperação da menina; suas palavras, ao mesmo tempo pareciam um reforço no sentido de valorizar sua recuperação.

Os pais verbalizaram seu descontentamento com a rotina da UTIP, que autoriza a permanência do pai ou da mãe, excluindo outros familiares. Embora a rotina também faça exceções, na

impossibilidade da presença dos pais, aparentemente naquele momento não foi levado em conta o desejo dos pais de abrirem mão dos "seus direitos", em favor da irmã.

Quando a funcionária caracterizou a menina como querida e cooperativa, deixou transparecer que a menina cativou a equipe. Ser cooperativa e ajudar no banho, no pós-operatório, não é comum.

O termo "pequena" usado pela auxiliar, parece ser uma forma carinhosa de tratamento.

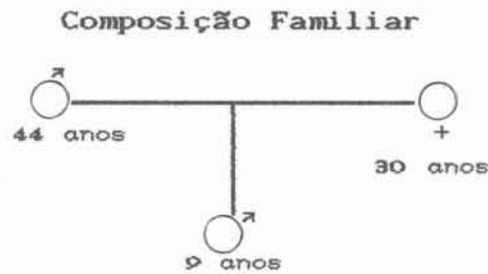
Frente à importância da deambulação precoce no pós-cirúrgico, podemos entender a insistência da equipe para que a menina saísse da cama. A enfermeira, ao dar meia-hora para a menina dormir, provavelmente estava dando um tempo para a menina se acostumar com a idéia. A primeira saída do leito, normalmente, traz muito medo às crianças, medo da dor, medo de estarem fracas, embora não verbalizem.

É importante que a criança seja estimulada a fazê-lo, e deve ser orientada quanto à importância disso, justificando-a, para que ela entenda e coopere.

## CASO 9 - FLÁVIO

### Dados de identificação

Flávio é um menino de nove anos. O pai é motorista e a mãe é do lar. A família procede de uma cidade do interior do Estado.



A mãe é uma pessoa jovem e o pai é quatorze anos mais velho que ela. Flávio é filho único, embora a mãe tivesse tido uma gestação anterior, que não chegou a termo.

### Dados referentes à hospitalização

Flávio é portador de estenose esofágica. Há cerca de dois anos, fez cirurgia de funduplicatura e, desde então, já fez doze dilatações esofágicas. Também já fez várias pneumonias por aspiração.

Foi admitido na Unidade de Internação e, após cinco dias, foi transferido para a UTIP, por piora do quadro respiratório,

permanecendo aí aproximadamente quarenta e oito horas. Teve alta da UTIP e, depois de aproximadamente 30 horas, foi novamente transferido para a UTIP, onde permaneceu por quinze horas, retornando novamente a sua Unidade de origem.

Na UTIP, estava com cateter de oxigênio, eletrodos para monitorização cardíaca, drenagem de tórax à direita e à esquerda, sonda de gastrostomia à esquerda e dispositivo intravenoso no membro superior esquerdo. Foram feitas punções venosas para coleta de sangue, sondagem vesical de alívio e sondagem vesical de demora.

#### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: uma observação do menino na UTIP, uma entrevista com a criança, uma entrevista com o pai e entrevista com duas enfermeiras.

A observação foi realizada aproximadamente doze horas após a segunda admissão na UTIP.

Flávio estava no box D, deitado em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada aproximadamente 30°. Mantinha as pernas fletidas, movimentando-as lateralmente com frequência. Tinha três eletrodos para monitorização cardíaca aderidos no tórax, uma incisão cirúrgica transversa cicatrizada na linha axilar direita. Estava com um dreno de tórax à direita e um à esquerda, ambos em aspiração contínua, e uma sonda de gastrostomia aberta em frasco. Recebia soro em veia periférica no membro superior esquerdo. Apresentava a face e a região

cervical frontal edemaciadas, sugerindo enfisema subcutâneo. Parecia assustado e com medo.

Durante a observação, o pai do menino estava ao seu lado, um senhor magro, com aparência cansada. Também tiveram contato com o menino a auxiliar de enfermagem e a enfermeira responsáveis por ele no turno.

A entrevista com Flávio foi realizada dois dias após sua alta da UTIP, no quarto da Unidade de Internação. Parecia pouco à vontade para conversar.

A entrevista com o pai foi realizada logo após a entrevista com Flávio, no mesmo local. Flávio interferiu, espontaneamente, algumas vezes durante a entrevista com o pai e, outras vezes, estimulado pelo pai e pela observadora.

As entrevistas com as enfermeiras foram realizadas na UTIP. Uma delas foi no segundo dia após a alta de Flávio da UTIP e, a outra, no terceiro dia.

#### **Observação: sobre a criança**

##### **● Adaptação à situação**

Durante a observação, Flávio manteve diálogo quase constante com seu pai. Referiu frio, sede e boca seca. Disse que há cinco dias não tomava água e brigaria com os médicos porque não o deixavam fazê-lo. Quando lhe foi solicitado que levantasse da cama, não concordou e fez expressão de choro.

#### ● Comportamentos relacionados à dor e ao medo

O menino verbalizou sua dor ao pai e à funcionária. Fazia expressão facial de dor, gemia e olhava para o pai, ao movimentar-se no leito e frente à possibilidade de receber medicação.

Quando o menino foi puncionado, gemeu, chorou, chamou pelo pai, pedindo que este segurasse sua mão, dizendo: "Pai, me salva, me salva!", e gritando: "Tia, pára!".

Verbalizou que não queria ser puncionado e pediu que não o machucassem.

Expressou verbalmente seu medo das punções e das agulhas.

#### ● Interação com o pai

Quando o pai comunicava ao filho que iria sair um pouco do box, o menino dizia: "Não! Fica aqui, pai!" ou pedia que ele não se demorasse.

#### Observação sobre os familiares

#### ● Comportamentos do pai

O pai permaneceu sentado ao lado da cama do filho, com a mão sobre sua cabeça, conversando com ele.

Por vezes, o pai aproximava seu rosto do rosto do filho e conversavam em tom de voz baixo, num gesto de carinho.

Procurou tranquilizar o menino, falando da necessidade



das punções venosas, solicitando que permanecesse imóvel durante as mesmas, e que se acalmasse.

Informava à auxiliar a dor verbalizada pelo filho, explicando o local e o tempo.

Permanecia ao lado do filho quando este solicitava.

### Observação sobre a equipe

#### ● Comportamentos da equipe

Embora não permanecesse dentro do box, a auxiliar prestava atenção aos movimentos e solicitações do menino e seu pai, atendendo-os prontamente.

Quando trouxe a medicação, mostrou-a ao menino e tranqüilizou-o dizendo que não doeria; porém, frente a sua manifestação de dor, suspendeu a administração da mesma, informando que chamaria a enfermeira.

A enfermeira pediu ao menino que não tivesse medo e que iria tirar o butterfly e, posteriormente, colocaria o soro no outro braço. Em vista da solicitação do menino para ficar um pouco sem soro, a enfermeira informou que poderia ficar, apenas durante o tempo de preparo do material. Assim que a auxiliar trouxe o material, a enfermeira orientou o menino sobre o procedimento e solicitou sua ajuda. Quando o menino verbalizou o seu medo, a enfermeira sorriu e conversou com ele, tentando serená-lo.

## Entrevista com o menino

### ● Percepção em relação à UTIP

Flávio disse que foi para a UTIP porque fez cirurgia e, nesses casos, alguns vão para a UTIP. Achou a UTIP boa, porque cuidavam bem dele, porém preferia ficar no quarto, porque é mais sossegado, podia ficar quieto. Na UTIP, não o deixavam quieto, sempre faziam alguma coisa.

### ● Sentimentos experienciados

Embora o menino não se considerasse manhoso, achou que se sentiria "ruim", que iria chorar e berrar por saudades dos pais, se eles não tivessem podido ficar junto na UTIP. Sentiu um pouco de medo quando esteve sozinho, sem nenhum familiar. Teve medo, também, de que a infusão do soro doesse.

Segundo o menino, o que menos gostou na UTIP foi ficar com as "sondinhas" (sondas e drenos), porque não dava para caminhar e, às vezes, os drenos doíam.

Também não gostou de levantar-se da cama para que a mesma fosse arrumada.

O menino referiu que se sentiu bem na UTIP, porque o pessoal foi bom com ele e o cuidaram bem, não fazendo nada de que não tenha gostado. Porém, o que mais gostou foi do quarto, porque ficou sozinho e era mais calmo do que o quarto da Unidade de Internação. O quarto da Unidade era ruim, porque lá

havia um "indiozinho" com ele, que fazia muito barulho.

Quando questionado sobre o que poderia ser feito na UTIP, para deixar as crianças mais à vontade, ele colocou que deveriam ter mais revistinhas e mais joguinhos. Disse que lá não lhe deram jogos e que ele não tinha brinquedos para levar para a UTIP.

#### ● Percepção em relação a presença dos pais

Flávio referiu que, se os pais não tivessem podido ficar com ele na UTIP, se sentiria mal, iria chorar e berrar de saudades deles. Sentiu um pouco de medo quando não tinha nenhum familiar por perto.

O menino não gostava, quando os pais saíam para falar com os familiares na sala de visitas.

#### Entrevista com o pai: sobre a criança

##### ● Características do menino

O menino foi caracterizado, pelo pai, como uma criança normal, quieto, que brinca bastante e tem muitos amiguinhos.

É filho único, um pouco manhoso. Muito quieto e tranqüilo.

Segundo o pai, em casa, o menino sempre teve medo de botões, a ponto de não abrir uma gaveta e não vestir roupas com botões. Nem o pai, nem o menino sabem justificar a origem deste medo.

● Preparo para a hospitalização

Segundo o pai, o menino não foi preparado para a cirurgia, porque a primeira vez que veio ao hospital, não havia vaga. Quando baixou, três dias depois já fez a cirurgia. Ele sabia que ia submeter-se à cirurgia, e que iria para a UTIP. O médico informou que havia a possibilidade de ir para a UTIP.

● Adaptação à situação

Segundo o pai, o menino reagiu muito bem na UTIP. O pai não pensou que ele fosse se recuperar, se sentir e reagir como fez.

O menino esteve hospitalizado há dois ou três anos atrás, para uma cirurgia de estômago, mas era a primeira vez que ia para uma UTIP. Ele fez o pós-operatório imediato na UTIP, teve alta, e, no dia seguinte, voltou novamente para a UTIP.

Segundo o pai, o menino não se assustou com os aparelhos, porque mais ou menos uma vez por semana ele fazia radiografias, e outros exames.

● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Segundo o pai, o menino se sentiu bem na UTIP, porque lá havia toda a aparelhagem para observação, houve todo o

cuidado com ele e, quando os pais chegavam na UTIP, o ambiente estava mais alegre, mais à vontade.

O menino não conhecia e não tinha idéia do que é uma UTIP, mas os aparelhos não o assustaram porque já estava habituado com eles. Havia freqüentado o hospital várias vezes para dilatação esofágica.

Não referiu nenhum medo e não teve medo da cirurgia, porque tinha vontade de se curar, "então sempre se luta".

O pai coloca que o menino se sentiu mais tranqüilo quando ele lhe trouxe revistinhas, depois do meio-dia. Mas isto aconteceu quando ele já estava bem melhor.

#### **Entrevista com o pai: sobre os familiares**

##### **● Comportamentos dos pais**

Em casa, os pais fazem tudo o que o menino quer, por ser filho único.

Os pais sabiam que era uma cirurgia bastante delicada, mas colocaram para o menino como se fosse algo fácil e necessário para ser feito.

O pai ou a mãe permaneceram com o filho na UTIP.

##### **● Percepção sobre a permanência dos pais**

O pai referiu que foi a primeira vez que viu permitirem as pessoas entrarem numa UTIP, e achou muito bom. Achou também muito importante para a criança, porque ela se sentiu mais à

vontade e ficou mais tranqüila.

#### ● Percepção sobre a UTIP

O menino teve que voltar para a UTIP porque se sentiu mal no quarto, ao levantar para urinar. Teve uma espécie de convulsão, ficou todo inchado e o médico informou que ele tinha "ar por dentro" (enfisema subcutâneo).

No entender do pai, na UTIP o risco era menor, o menino era mais cuidado, as enfermeiras atenderam bem e foram boazinhas. No quarto, ficava com muita gente.

O pai pensa que a equipe teria meios para melhorar o atendimento na UTIP, para a criança se sentir melhor e mais à vontade. Poderiam colocar mais aparelhos, livros e revistas para lerem, e brinquedos para se distraírem. Outras coisas não poderão ser feitas, porque o espaço é pequeno e, dependendo do estado da criança, ela não pode se movimentar. Não houve nada que pudesse ter deixado o menino pouco à vontade.

#### Entrevista com a Equipe: sobre a criança

##### ● Adaptação à situação

A equipe percebeu o menino como uma criança muito medrosa e muito dependente dos pais. A primeira impressão foi a de uma criança com retardo psicomotor, que lutou muito com alguns procedimentos.

A enfermeira relatou que o menino tem uma história

clínica prévia. Desde um ano de idade, tinha vômitos freqüentes sem causa diagnosticada. Foi levantada a hipótese de causa emocional. Com seis anos apenas foi diagnosticada, no HCPA, uma atresia de esôfago. Agora, aos nove anos, esta já é a quinta ou sexta cirurgia.

Esta não estava sendo nem sua primeira cirurgia, nem a primeira experiência. Na segunda vez em que esteve na UTIP, já conhecia o ambiente e as pessoas que cuidariam dele.

#### ● Comportamentos gestuais e verbais

Segundo uma das enfermeiras, o menino não permitiu qualquer procedimento sem a presença dos pais.

Desde que acordou na UTIP, ele disse que queria ir para o quarto, embora não tivesse verbalizado o motivo. Para a enfermeira, era porque, no quarto, ele estaria esperando uma cirurgia eletiva, sem sondas adicionais, só de gastrostomia.

Ele fez um escândalo, mas não chegou a impedir os procedimentos, colaborando no momento. A reação dele foi estranha, porque, até para uma punção venosa, que certamente ele já havia feito várias vezes, ele fazia o mesmo escândalo, tipo: "Vai doer, vocês vão me machucar, vão me matar, vão me quebrar". Ele nunca colocou que alguma coisa iria ajudá-lo, apesar de doer. Sempre expressou que era para maltratá-lo.

Como sua ida para o quarto foi condicionada à retirada da sonda, soro e oxigênio, ele permitiu os procedimentos.

Segundo esta mesma enfermeira, o comportamento do menino



chamou sua atenção, porque ele não aceitava que tivesse que se submeter a situações que fossem, de alguma forma, dolorosas para ele, como, por exemplo, a sede. Ele colocava: "Quero beber água, vocês não me dão água. Vocês vão me matar de sede". E culpava alguém pela agressão que estava sofrendo.

Na sua percepção, o comportamento do menino era inadequado, tanto para a faixa etária, quanto para as situações vivenciadas.

A outra enfermeira disse que no segundo dia da segunda internação, o menino estava bem, quieto, piscando os olhos mais que o normal, falando pouco ao ser questionado, mas se comunicando bem com a mãe.

Quando soube que iria para o quarto, chegou a ficar ruborizado, questionando a hora em que tal iria suceder.

Na percepção desta enfermeira, ele se comportou bem e colaborou em todos os procedimentos. Ele resmungou quando lhe foi dito que teria que urinar deitado, pelo risco de novo pneumotórax. Concordou quando lhe foi reforçada a importância de fazê-lo para melhorar mais rápido e ir mais cedo para casa. A aceitação dos líquidos, no 5<sup>o</sup> dia pós-operatório, foi boa. Como já estava com sede, pediu mais líquidos. A enfermeira referiu que isto, também, foi positivo para ele.

#### ● Sentimentos manifestos

O menino parecia uma criança que já sofreu muito, porque falava freqüentemente em morte: "Vocês vão me matar", "eu

preferia morrer".

Esteve quieto, piscando muito e se comunicando pouco com a equipe. Parecia que estava com medo.

Ele não queria que os procedimentos fossem feitos, por medo de que doessem. Esta reação é atribuída ao medo da dor, pois é uma criança que, provavelmente, passou por várias experiências dolorosas.

#### ● Interação com os pais

O pai ou a mãe permaneceram ao lado do menino com constância e, aparentemente, tinham um bom relacionamento com ele.

Era muito dependente dos pais e, embora não quisesse submeter-se aos procedimentos na ausência deles, fazia menos "escândalo" e colaborava mais, muito embora também chorasse e esperneasse. Na presença dos pais, ele chamava mais a atenção.

Era de esperar-se que ele reagisse bem sem os pais, pois já tinha nove anos e a equipe era experiente.

#### Compreensão da experiência vivida

Flávio estava vivenciando sua primeira experiência em UTIP. Num período de cinco dias, teve duas admissões na UTIP. Na primeira, permaneceu lá em torno de 48 horas e, depois, permaneceu cerca de 15 horas.

Antes destas duas experiências de UTIP, Flávio havia

vivenciado várias situações hospitalares e de diagnóstico, de modo que conhecia muitos dos procedimentos a que foi submetido, fato este que deveria diminuir o estresse e o medo que poderia estar vivenciando.

O menino é filho único e a dependência que tem dos pais, provavelmente, é consequência do tratamento que estes lhe dispensam, devido aos problemas de saúde que vinha apresentando.

É provável que os pais tentem protegê-lo de todas as dificuldades, salvá-lo de todas as situações difíceis. Isto se reflete no comportamento na UTIP, quando pediu que o pai o salvasse dos procedimentos e também quando o pai disse que escondeu do filho a gravidade da cirurgia.

Embora ele soubesse que, talvez, fosse para a UTIP no pós-operatório, não tinha idéia de como seria. Nestes casos, também é importante que a criança tenha um contato prévio com a UTIP e com a equipe.

Para o pai, o menino reagiu muito bem e não teve medo na UTIP. Aparentemente, ele esperava que o filho tivesse uma reação pior. Provavelmente, é uma criança que reage mal às situações, ao ponto da sua reação na UTIP ter sido considerada muito boa, pelo pai.

O pai também colocou que o menino se recuperou bem. Talvez estivesse imaginando que a situação seria pior do que realmente foi.

O pai talvez não se lembrasse de que o menino lhe dissera que tinha medo, pois, durante a observação, o pai estava junto

quando ele referiu medo das punções. Será que o pai construiu a imagem de um menino que não tem medo de nada ou que não deve ter medo de nada, ou ele queria transmitir esta imagem do filho? O fato de querer se curar e precisar lutar para a cura, não impede que se sintam medos. É provável que o pai não tenha percebido os medos do filho, ou não quis aceitá-los.

Embora o pai dissesse que o menino estava acostumado, certamente os aparelhos e procedimentos eram diferentes daqueles que ele conhecia das anteriores experiências hospitalares.

O menino verbalizou mais de uma vez que queria sair da UTIP. No início, querer sair da UTIP podia ter relação com o ambiente estranho e as informações e conhecimentos prévios do que é uma UTIP. Num segundo momento, pode estar relacionado com os procedimentos a que foi submetido. Os procedimentos na UTIP, provavelmente, eram mais elaborados e em maior número do que os feitos no quarto.

A vontade de ir para o quarto parecia maior que o medo que sentia dos procedimentos, tendo ocorrido quase uma troca; ele iria para o quarto se deixasse fazer os procedimentos.

Se o menino tinha medo da UTIP seria de esperar que ele quisesse sair de lá o quanto antes, mas deve ser considerada a possibilidade de ele relacionar sua ida para a UTIP com um agravamento de suas condições de saúde. O menino também teve pouco tempo para se relacionar e criar vínculos com a equipe.

Um outro aspecto importante que aparece é a verbalização do medo da agulha, por parte da criança.

O menino demonstrou verdadeiro pânico com a possibilidade de nova punção, chorando, chamando pelo pai, pedindo que ele o salvasse e gritando "socorro". Parece ver, no pai, a pessoa que poderia defendê-lo. Provavelmente, queria que o pai interferisse e impedisse os procedimentos. Será que o menino percebeu estes procedimentos como castigo?

Aparentemente, o menino teve muito medo de sentir dor, de ser machucado. Não queria fazer nada, para não se mexer. Não se mexendo, diminuiriam as possibilidades de sentir dor.

Apesar da dor, o menino conversava com o pai e o olhava como se pedisse ajuda.

Provavelmente, experiências anteriores fizeram com que sentisse todo este medo.

O menino chorava de dor e, talvez, por sentir-se vencido. Seus argumentos não o ajudaram e seu pai, também, não pôde ajudá-lo.

Quando a enfermeira disse-lhe que não tivesse medo, o menino gemeu e referiu sede. É provável que estivesse com sede, mas parecia querer chamar a atenção para ganhar tempo, pois pediu também para ficar um pouco sem soro, mudou de assunto e tentou negociar.

O menino parecia não entender, ou realmente não sabia por que não podia beber água. Quando disse que iria brigar com os médicos, deu a entender que não tomar água seria um castigo que lhe havia sido imposto. Caberia, neste momento, uma explicação para o menino, que o fizesse aceitar o NPO (nada por via oral).

As reações do menino foram tão fortes e exageradas que chamaram a atenção. Colocava-se sempre no papel de vítima sofrendo a ação dos outros, como se estivesse sofrendo um castigo. Provavelmente, não aceitava a doença nem os procedimentos como necessários para sua cura.

As reações do menino eram desmesuradas: situações de privação, que nem eram de dor física, desencadeavam o mesmo tipo de reação que um procedimento doloroso.

Para a enfermeira, o comportamento foi inadequado, pois, de um menino de 9 anos, já se espera um autocontrole maior, uma autocensura mais desenvolvida.

O menino não soube dizer claramente por que foi para a UTIP. Será que não lhe foi explicado por que a ida a UTIP, uma vez que no pós-cirúrgico foi, primeiro, para o quarto, e, depois, foi transferido para a UTIP? Será que um menino, nesta idade, não se questiona por que as coisas estão-lhe acontecendo e o que está acontecendo?

O menino relacionou o bom com o cuidar bem, e o cuidar bem com a atenção constante e melhora do estado geral.

Para o pai, o fato de o filho sentir-se bem tinha relação com o tipo de cuidado e a quantidade de aparelhos. Provavelmente, tenha relacionado o fato com a atenção individualizada, pois referiu que, no quarto, havia "mais gente", quando, na realidade, ali se encontravam, apenas, duas crianças. Relacionou também, com o que ele percebeu do ambiente, caracterizando-o como descontraído e alegre.

É possível que o menino tenha-se sentido valorizado por

ter um quarto só para si. A referência ao "indiozinho", companheiro de quarto, parece repleto de ciúmes, visto que o "indiozinho" era alvo das atenções de toda a Unidade.

Embora tivesse achado a UTIP boa, preferiu ficar no quarto por ser mais sossegado. Provavelmente, ele se referiu à maior freqüência dos procedimentos, aos cuidados mais intensivos. Sabe-se que, na UTIP, a criança é manuseada freqüentemente.

A restrição ao leito poderia fazê-lo sentir-se impotente frente às suas necessidades de locomoção, ou sentir-se impotente a várias coisas. É provável que fazer a criança levantar da cama para que ela seja arrumada venha a ser uma coisa planejada, para que a criança se movimente mais, visto que a movimentação precoce é um aspecto importante no pós-cirúrgico. O fato do menino não ter gostado disso, certamente está relacionado com a dor que deve ter sentido ao ser movimentado.

O fato de sentir-se mal parece estar relacionado com a sensação de sentir-se sozinho, por querer a presença dos pais, e a forma de protestar seria o choro e o berro.

As reações exageradas do menino, na presença dos pais, talvez fossem uma forma de chamar a atenção dos pais, ou comportamentos comuns do menino e que os pais permitiam, ou, ainda, uma forma de culpar os pais pela situação a que estava sendo submetido.

Os períodos que os pais ficavam com o menino talvez fossem bem mais longos que aqueles passados com os familiares.



Mas, parece, a percepção do menino foi bem outra. Ele não queria dividi-los com ninguém. Flávio verbalizou que sentia medo quando estava sozinho sem os pais.

Quando o menino falava "vocês vão me matar!", ou "eu preferia morrer!", provavelmente era a maneira que ele encontrou para dizer que estava com medo.

Talvez este medo e a dependência dos pais advenham das experiências vividas anteriormente. Os pais são as pessoas que o salvaram de situações difíceis. Aqueles que faziam os procedimentos representavam as pessoas que iriam machucá-lo ou matá-lo.

A repetição de situações de estresse e medo fizeram com que ele quisesse dar um basta em tudo, para que terminasse tudo: "Eu preferia morrer", "eu preferia que isto terminasse".

A permanência dos pais na UTIP foi uma novidade para o pai, que ele achou muito boa. Não fez referência ao que isto representou para ele e sua esposa, apenas para a criança. Aparece, aqui, a preocupação com o filho. Os pais estarem com os filhos é bom para a criança, porque ela fica mais à vontade e mais tranqüila.

Mas se tal fato tiver aspectos positivos para os pais, fatalmente isto refletirá nos filhos.

O pai demonstrou preocupação com a manifestação de dor do filho. Sua atitude foi de atenção, carinho e ajuda. Colaborou nos procedimentos, encorajou o filho, conversando e permanecendo ao seu lado, segurando suas mãos.

Segundo o pai, a UTIP é para o paciente que está mal. O

fato de o filho haver saído e voltado para a UTIP, deve ter contribuído para a colocação, do pai, quando disse que, na UTIP, o cuidado é melhor. O menino esteve na UTIP, melhorou, e foi para o quarto. No quarto, ele piorou, e teve que voltar para a UTIP. Na UTIP, melhorou e voltou para o quarto.

O pai, num primeiro momento, colocou que deveriam melhorar a UTIP, aumentando o número de aparelhos, relacionando isto ao tratamento. Num segundo momento, pareceu pensar no bem-estar da criança, e falou da necessidade de esta se sentir mais à vontade, através da leitura e divertimento. Ele se referiu, aqui, à recreação. Parece que, na percepção do pai, a parte recreativa, de lazer, poderia ser melhorada.

Aparentemente, não estava claro para o pai o que não deixava o menino à vontade. Seria o tempo ocioso, o não-fazer nada? Ou o pai estava com receio de fazer alguma crítica em relação a UTIP? Disse que, talvez, pudessem modificar "um pouquinho", mas não disse o quê, e, em seguida, disse que não havia reclamações a fazer. O mais provável é que tenha se sentido constrangido para fazer críticas.

O pai lembrou que, ao levar as revistinhas, o menino já estava bem, dando a entender que esta fora uma atitude tardia. Talvez se as revistinhas tivessem sido levadas antes, os sentimentos do menino e do pai tivessem sido outros. Embora não possa ser esquecido, o fato de que o interesse pelas coisas começam quando a criança melhora, deve-se estimular isto precocemente.

O pai percebeu que existem limitações para muitas coisas,

como o espaço físico e as condições clínicas e físicas da criança. Mas deve ser lembrado que tudo deve ser feito de acordo com as necessidades individuais de cada criança.

A equipe, aparentemente, esteve atenta às reações clínicas da criança, medicando-o quando sentia dor e trocando o local de punção quando o soro infiltrava. Conversaram com o menino, tentando tranquilizá-lo. Orientaram-no sobre o procedimento e solicitaram sua ajuda.

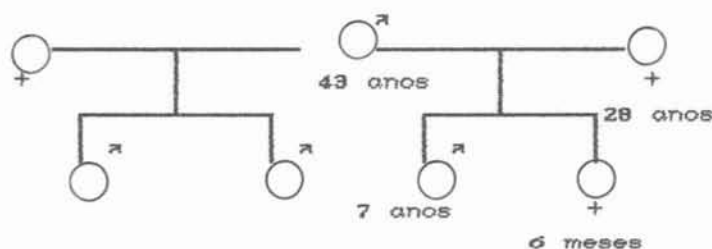
Quando o menino demonstrou medo da punção venosa, foi-lhe dada a oportunidade de manusear o material utilizado, e teve respondidos seus questionamentos. É provável que, se a criança estivesse um pouco mais tranqüila antes da punção, ela poderia ter opinado, participando da escolha do local a ser puncionado.

## CASO 10 - SÉRGIO

### Dados de identificação

Sérgio é um menino de sete anos, que estava freqüentando a 1ª Série do Primeiro Grau quando foi hospitalizado. O pai é autônomo, trabalha com carros usados, e a mãe é do lar. A família é procedente da capital.

### Composição Familiar



Este é o segundo casamento do pai de Sérgio, do qual nasceram dois filhos, Sérgio, com sete anos, e sua irmã de seis meses. A mãe de Sérgio tem 28 anos, sendo, pois, quinze anos mais moça do que o pai.

O pai tem ainda dois filhos adolescentes do primeiro casamento.

### Dados referentes à hospitalização

Sérgio foi hospitalizado com os diagnósticos de

hemofilia, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), desnutrição e desidratação. Ao ser admitido, seu estado geral era regular, vindo a se agravar posteriormente, levando-o ao óbito.

Devido ao seu diagnóstico de hemofilia, o menino fez três aplicações de crioprecipitado ao nível ambulatorial e teve uma hospitalização de mais ou menos 20 dias, em outro hospital, há dois anos. Esta, porém, era sua primeira experiência de UTI.

Após 27 dias de hospitalização, foi transferido para a UTIP, onde permaneceu por 25 dias, durante os quais, foi submetido a várias punções de veias periféricas, colocação de cateter por flebotomia e Nutrição Parenteral Total (NPTD).

#### Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos realizados foram: três observações do menino na UTIP, entrevista com uma das enfermeiras da UTIP, e entrevista com o pai do menino.

A primeira observação foi realizada no terceiro dia após sua transferência para a UTIP.

Sérgio estava no box B, sentado no leito, com eletrodos para monitorização cardíaca, e estava recebendo Nutrição Parenteral Total em veia periférica no membro superior esquerdo. Estava magérrimo, com os olhos encovados e a expressão muito triste.

Durante toda a observação, Sérgio se manteve extremamente passivo, quase estático. Fez raros movimentos de face e falou

poucas coisas.

O pai permaneceu ao seu lado, conversando, mostrando uma revista de carros e estimulando-o.

Tiveram contato com o menino, durante a observação, uma auxiliar de enfermagem que lhe trouxe uma maçã, e uma médica vestindo avental, máscara e luvas, que o examinou.

A segunda observação foi realizada no sexto dia de UTIP. Sérgio permanecia no box B e estava sentado na cama folhando uma revista. Recebia ainda NPT em veia periférica, porém, no membro superior direito. No membro superior esquerdo visualizava-se extenso hematoma.

No início da observação, a mãe estava no box com o menino. Depois, ela saiu e o pai entrou, permanecendo por alguns minutos. A auxiliar responsável por ele durante o turno, também esteve no box algumas vezes.

Sérgio estava com aspecto melhor que na observação anterior. Estava mais receptivo, mais comunicativo e um pouco mais ativo.

A terceira observação foi realizada no nono dia de UTIP. Sérgio estava no mesmo box e, sentado na cama, folhava uma revista. Estava recebendo NPT em cateter central na região cervical direita e tinha um butterfly heparinizado no dorso do pé esquerdo.

No início da observação, a auxiliar responsável por Sérgio durante o turno estava no box conversando com ele, que conversava e sorria com suas colocações. Em seguida, o pai chegou e ambos mantiveram um diálogo entusiasmado. A

enfermeira do turno também veio conversar com Sérgio, durante a observação.

O menino estava com um bom aspecto, movimentava-se sozinho na cama e mostrava-se entusiasmado com a perspectiva de alta para a Unidade de Internação.

A entrevista com a enfermeira foi realizada na UTIP, cinco dias após a última observação do menino, isto é, quatorze dias após sua admissão na UTIP.

A entrevista com o pai foi realizada na UTIP, no vigésimo primeiro dia de internação do menino na UTIP.

No dia da entrevista com o pai, houve a tentativa de entrevista com o menino, mas ele referiu que estava com sono e não queria conversar. Após a entrevista com o pai, houve nova tentativa com o menino. Apesar de estar mais receptível e de o pai insistir com ele, não quis conversar novamente, mas concordou em uma entrevista num outro dia.

Dois dias após estas tentativas, houve uma piora gradativa do seu estado clínico que o levou ao óbito dois dias depois.

#### Observações: sobre a criança

##### ● Adaptação à situação

Durante a primeira observação, o menino permaneceu quase todo o tempo calado, fazendo lentos e eventuais movimentos de cabeça ou braço. Manteve-se, quase sempre, com o olhar vago.

Na segunda observação, Sérgio estava atento à



movimentação da mãe dentro do box, questionou quando teria alta da UTIP, comunicou que o soro terminara, e solicitou à mãe, que ambos fossem passear na Unidade.

Durante a terceira observação, ele estava alegre, solicitou que o pai comprasse uma pomada, pediu que lhe alcançassem uma revista e sentou-se na cama sem ajuda de ninguém.

#### ● Comportamentos relacionados à dor

O menino movimentava o braço no qual recebia soro e fazia movimentos afirmativos de cabeça, quando questionado se estava com dor no braço.

Quando a médica o examinou, o menino gemeu e mostrou-lhe a região do braço onde foi puncionado para retirarem sangue. Colocou a mão na barriga, dizendo que ela doía.

#### ● Comportamentos verbais e gestuais

Na primeira observação o menino manteve-se extremamente passivo, calado, comunicando-se através de movimentos afirmativos de cabeça ao responder aos questionamentos e às solicitações do pai. Com movimentos negativos de cabeça informava à auxiliar que não queria comer.

Observava o ambiente da UTIP através do vidro e, em determinado momento, falou: "Acho que a mãe chegou", justificando o fato com o toque da campainha.

O menino tossia, expectorava em uma fralda colocada pelo pai próxima à sua boca, sem fazer qualquer movimento com os braços.

Já na segunda observação, o menino estava sentado na cama, folheando uma revista, e acompanhava o movimento da mãe e da auxiliar de enfermagem.

Ao tossir, fechava os olhos e fazia expressão de esforço. Chupava bala fazendo barulho com os dentes.

Inicialmente, respondia às perguntas apenas com movimentos afirmativos ou negativos de cabeça, ou nem mesmo as respondia.

Mudou o comportamento quando falou que o pai lhe traria churrasco e iogurte à noite. Passou a conversar com a mãe sobre o assunto e até sorriu. Conversou sobre sua alta da UTIP e o motivo pelo qual estava ali. Solicitou à mãe, que fossem passear pela Unidade de Internação.

Quando o pai chegou, o menino conversou com ele, entusiasmado, sobre o churrasco.

Durante a terceira observação, o menino mostrava-se bem disposto, respondia sorrindo as perguntas que lhe eram feitas. Questionou a possibilidade de antecipação do horário de medicação, para poder passear. Informou que teria alta da UTIP, que o recreacionista estivera com ele pela manhã e que já podia se movimentar sozinho na cama.

Estava folhando uma revista sobre carros e conversava com a auxiliar, dizendo que construiria um carro de verdade.

Dialogava animadamente com o pai e lhe mostrava o carro

que havia escolhido na revista, para ele. Depois, pegou o álbum de figurinhas que o pai havia trazido e, juntos, marcaram os números das figurinhas que faltavam.

O menino não se mostrou receptivo à sugestão de caminhar feita pela enfermagem.

#### ● Interação com os pais

Na primeira observação, o menino, apesar de calado, parecia prestar atenção ao pai. Atendia suas solicitações após alguma insistência e respondia aos seus questionamentos com movimentos de cabeça.

Quando a campainha da porta da UTIP tocou, o menino verbalizou: "Acho que a mãe chegou". Frente às colocações do pai, nada mais disse.

Na segunda observação, inicialmente também respondia às colocações da mãe, com movimentos de cabeça. Porém, no momento em que falou sobre o churrasco que o pai lhe traria sorriu e passou a conversar animadamente com a mãe sobre o assunto. Quando a mãe questionou de onde o pai traria sua comida, o menino respondeu: "Ele disse que tem! Ora!". Após isto ficou alguns minutos em silêncio. Mais tarde, o menino pediu à mãe que o levasse a passear, uma vez que o soro estava terminando.

Quando a mãe informou que sairia e voltaria logo, o menino não se manifestou.

Quando o pai entrou e falou sobre a professora e os temas, o menino disse: "Tá! E o churrasco?". Em vista das

colocações do pai, o menino conversou entusiasmado com ele. Quando o pai saiu, pediu que dissesse à mãe para entrar.

Na terceira observação, o menino conversou animadamente com o pai sobre o seu álbum de figurinhas e sobre o carro que escolhera para o pai, na revista. Sorrindo e entusiasmado, disse: "Este, pai! O teu jipe! Com farolete e tudo!" Ambos conversavam sobre o carro, o menino questionando e o pai explicando. Solicitou ao pai que lhe comprasse uma pomada para passar nas mãos, que estavam secas. Participou da conversa do pai com a enfermeira e a auxiliar sobre a possibilidade de ir à sala de recreação à tarde.

#### ● Interação com a equipe

Inicialmente, o menino comunicava-se com a equipe através de movimentos afirmativos ou negativos de cabeça, ou com movimentos indicativos dos braços. Por vezes, nem respondia as perguntas que lhe faziam.

Aos poucos, começou a responder, a perguntar e iniciar o diálogo, chegando a manter uma conversação amigável, fazendo solicitações e sugestões.

#### Observações: sobre os familiares

#### ● Comportamentos do pai

O pai permanecia junto ao filho, conversando, explicando,

estimulando e ajudando-o. Folhava as revistas, mostrando-as ao filho, limpava sua boca, posicionava o braço que estava com soro, alcançava alimentação e sucos, estimulando-o para que os ingerisse. Ajudava o menino a fazer os temas, esclarecendo suas dúvidas e respondendo as suas perguntas. Estimulava o filho à participação.

O pai relatou à médica os sintomas apresentados pelo filho e sua melhora, e fez alguns questionamentos.

Informou à auxiliar de enfermagem os sucos preferidos pelo filho.

#### ● Comportamentos da mãe

A mãe estava junto ao leito do filho e tentava colocar o travesseiro sob suas costas, para posicioná-lo confortavelmente. Elevou a cabeceira da cama e pediu que o filho se recostasse. Perguntou-lhe sobre suas micções e conversou sobre o churrasco prometido pelo pai.

A mãe ajudou a auxiliar a adaptar a saboneteira sobre a pia, informou que o filho estava enjoado e havia vomitado.

Solicitou à auxiliar que providenciasse uma mamadeira de chá e, chamou-a, quando o menino avisou que o soro havia terminado.

A mãe permaneceu algum tempo sentada ao lado da cama do filho, lendo uma revista. Quando a avisaram de que o pai a estava esperando saiu, dizendo que voltaria logo.

## Observações: sobre a equipe

### ● Comportamentos da equipe de enfermagem

A auxiliar de enfermagem abriu a porta do box, mostrou uma maçã ao menino, perguntando se ele a queria, colocou-a sobre a pia, olhou o soro e saiu.

Em outro momento, a auxiliar arrumou o suporte de sabão com a ajuda da mãe, e questionou o menino sobre várias coisas como: se já havia feito os trabalhinhos, se aceitara o lanche, se havia urinado e se comeria a maçã.

A auxiliar colocou mais soro no equipo, quando a mãe lhe disse que o mesmo estava terminando. Quando o menino perguntou se poderia passear, a auxiliar disse que perguntaria à enfermeira. Perguntou ao menino sobre o recreacionista e reforçou a orientação da médica de que o menino iria para o quarto se continuasse comendo e não vomitasse mais.

A auxiliar se aproximou, perguntou se o menino sabia ler, se iria comprar um carro e se seria engenheiro mecânico. Colocou o termômetro no menino, auscultou-o, perguntou se queria comer mais alguma coisa e fez os registros na folha de controle.

A enfermeira disse que fecharia a janela e ligaria o ar condicionado para refrescar o quarto. Perguntou ao menino se ele queria antecipar a medicação para poder passear, e disse que retiraria o butterfly se ele promettesse caminhar. Como o

menino não quisesse caminhar, a enfermeira comunicou-lhe que anteciparia o horário da medicação e, após, retirariam o butterfly para que ele pudesse passear.

A enfermeira, o pai e a auxiliar conversaram com o menino sobre a ida dele à recreação, no turno da tarde.

#### ● Comportamentos da equipe médica

A médica entrou vestindo avental e máscara. Disse para o menino que estava usando a máscara porque estava gripada e que não queria transmitir-lhe uma gripe tendo em vista ele estar com suas defesas diminuídas. Lavou as mãos, disse que o menino estava com uma aparência melhor e pareceu aliviada com as respostas dadas pelo pai sobre o menino.

Informou a este que iria examiná-lo e vestiu luvas descartáveis. Examinou-o, perguntando como estava se sentindo e se continuava com dor. Fez comentários sobre o soro e que teriam que identificar a causa da dor no braço.

A médica falou: "Coitadinho, não consegue nem mexer o braço", quando examinou o menino e ele gemeu. Informou-o de que o examinaria devagar e pediu que ele dissesse onde doía. Manifestou-se, dizendo que as aftas da boca do menino haviam melhorado.

Informou ao pai que o menino teve uma reação à medicação em forma de tremores. Disse que era uma reação esperada e o esclareceu como e porquê havia ocorrido.



#### ● Comportamentos de outros profissionais

A funcionária do raios-X entrou, perguntou como ele estava, se havia brincado e pintado. Quando viu os desenhos sobre a mesa, disse: "Ah! Tá aqui, e eu perguntando se tinha pintado".

A secretária abriu a porta e avisou que o pai havia chegado e queria falar com a mãe.

Uma funcionária da copa trouxe suco e a auxiliar lhe perguntou sobre o chá que havia pedido, dizendo que o menino não gostava de suco.

#### Entrevista com o pai: sobre a criança

#### ● Características do menino

Sérgio conhecia seu diagnóstico de hemofilia e os riscos, ao correr, de se machucar. Ele mesmo já se condicionara, embora tivesse atividades como jogar bola e andar de bicicleta. Seus amiguinhos também sabiam e os pais estavam sempre atentos.

Havia períodos nos quais parecia alegre e, outros, em que se mostrava introvertido. Segundo o pai, a introversão estava relacionada às manifestações clínicas da doença, como dores frequentes nas articulações, edema, irritação. Nestes períodos, ele ficava deprimido, inativo e não participava das conversas. Quando estava bem fisicamente, era uma maravilha,

queria sair, ir ao parque, à praia e andar de carro com os pais.

O pai o caracterizou como um menino inteligente e de grande compreensão.

#### ● Preparo para a hospitalização

Quando o menino se sentiu mal, em casa, ele mesmo pediu para voltar, dizendo ao pai que o trouxesse para o hospital, onde estaria melhor.

Segundo o pai, o menino aceitou muito bem quando lhe foi explicada a necessidade de vir para a UTIP, fazer NPT, colocar um cateter para se alimentar, pois, pela boca, não estava sendo possível.

O menino foi orientado sobre os procedimentos a que seria submetido, reagindo de maneira tranqüila, às vezes ensinando qual o melhor local a ser puncionado.

#### ● Adaptação à situação

Segundo o pai, no início, o menino falava em ir para o quarto, porque lá os pais poderiam ficar juntos e receber visitas de outros familiares.

O menino estava muito compreensivo. Reagia tranqüilamente aos procedimentos, colaborava retirando os esparadrapos, retirando a agulha. Ajudava, participava e isto era muito importante para ele.

Ficava irritado quando sentia dor, como, por exemplo, a dor que sentiu nas costas quando lhe fizeram punção lombar, pois só na quarta tentativa é que foi possível coletar o líquido.

Quando iam passear na Unidade e ele sentia náuseas, queria logo voltar para a UTIP, apesar da tentativa do pai de atendê-lo na Unidade. Mas o menino queria voltar para a UTIP, porque se sentia melhor do que quando chegou.

#### ● Comportamentos manifestos

O menino não externava com palavras que sentia falta de alguma coisa, mas, às vezes, pedia que o pai trouxesse coisas como seus carrinhos, álbuns de figurinhas e figurinhas, ou maçãs. Outras vezes, não pedia nada, apesar de os pais lhe pergutarem se queria alguma coisa.

Sempre que o pai pedia para o menino comer, para não precisar mais de NPT e ir para o quarto, o menino solicitava comida. Ele sabia que, quando não precisasse mais de NPT, sairia da UTIP e iria para o quarto, onde podia ficar com mais familiares. Ele solicitava comida, mas não dizia que queria ir para o quarto.

O menino sempre pedia para dar uma voltinha de cadeira de rodas pela Unidade de Internação e Sala de Recreação. A voltinha dele era sagrada e ficava controlando o horário do intervalo da NP, para poder sair.

#### ● Sentimentos manifestos durante a internação na UTIP

Segundo o pai, o menino não falava do que gostou ou do que não gostou na UTIP. O pai teve a impressão de que ele se sentia bem e se sentia seguro. Ele se sentia fisicamente melhor na UTIP do que em casa porque recebia antibiótico e NPT. Gostou da mudança de quarto por causa do ar condicionado.

O pai estranhou em vê-lo contente com as revistas novas que ganhou.

Segundo o pai, tanto ele quanto o menino se sentiram seguros na UTIP.

#### Entrevista com o pai: sobre a equipe

#### ● Comportamentos da equipe

Segundo o pai, a equipe os orientou quanto a só os pais poderem entrar na UTIP. Apenas na noite anterior à entrevista, ficaram sabendo que existia um horário especial a tarde, para outros familiares, como a avó, os tios, as pessoas de que ele gostava.

Segundo o pai, o "pessoal" foi "fenomenal" no sentido de não traumatizar a criança. A equipe tinha o cuidado de tirar a dor, trocar o curativo e, às vezes, deixavam o próprio menino tirar o curativo.

## Entrevista com o pai: sobre os familiares

### ● Comportamentos e percepções dos pais

O pai relatou que eles não estranharam o comportamento do menino, porque estavam acostumados com ele em casa.

Os pais explicaram ao menino que eles teriam um horário a cumprir na UTIP: o pai permaneceria com ele das 8 às 12h; a mãe, das 12 às 19 horas e novamente o pai até o menino adormecer, por volta das 24 h ou 1 hora.

Segundo o pai, no início, eles ficavam constantemente, mas perceberam que não trazia benefício nenhum, porque se desgastavam, ficando nervosos, irritados e sem condições de perceberem as coisas com clareza. Optaram, então, por este horário, para benefício do próprio menino.

Eles procuravam adivinhar o horário que o menino sairia para passear e, então, os familiares vinham vê-lo. Mas, para isto, tinha de haver coincidência numa série de coisas.

Quando o menino estava com dor nas costas, o pai o massageava e a dor passava.

Os pais procuraram não criar ilusões na criança, pois não sabiam quando ele poderia sair do hospital. Não prometiam o que não sabiam se poderiam cumprir.

### ● Percepções sobre a presença dos pais

Segundo o pai, se eles não tivessem podido ficar com o

filho na UTIP, o relacionamento do menino com a equipe teria sido muito difícil, pois ele era introvertido e sentia uma grande dependência do pai e da mãe. Ele se sentia o tempo todo "no fundo de um poço sem luz". Ele se sentia seguro junto dos pais, que o apoiavam, faziam-lhe companhia e executavam alguns procedimentos (lavagem, davam-lhe banho e atendiam-no durante os vômitos). O menino se sentia mais seguro com os pais e com a ação deles.

Para os pais, a sua permanência na UTIP também era importante porque eles acompanhavam e conheciam as reações e os resultados, ficando ao par do que estava acontecendo. Acompanhavam, com os médicos, os problemas que estavam sendo resolvidos, e os que estavam surgindo. Os pais conheciam bem o tipo de doença do filho, o que poderia acontecer, e o que iria acontecer. Ficavam envolvidos com os médicos, sabendo qual exame seria feito, o que havia melhorado, para que servia cada medicação que o menino recebia. Caso não tivessem ficado junto, não teriam tido tranquilidade.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a criança**

##### **● Preparo para a hospitalização**

A enfermeira achou que o menino não havia sido preparado para permanência na UTIP, porque ele havia ido para casa com previsão de lá ficar. Com a piora do quadro clínico, precisou voltar para o hospital e para a UTIP.

#### ● Condições clínicas e motivo da internação na UTIP

Segundo a enfermeira, o menino veio para a UTIP para fazer NPT.

Na véspera do Natal, foi tentado compensar o estado clínico do menino, na Unidade, sem sucesso. Mesmo assim, ele saiu do hospital para passar o Natal em casa. Teve, então, vários episódios de vômitos com perda de peso significativa. Após o Natal, retornou ao hospital, à UTIP.

Em sua vinda para a UTIP, o menino estava muito desnutrido, com provas de coagulação alteradas, sangrando por causa da hemofilia. Naquele momento, precisou de quarto privado, com uso de máscara para as pessoas que entravam em contato com ele. Posteriormente, só eram usadas luvas para o contato com secreções e sangue.

Segundo a enfermeira, o menino, apesar de ter SIDA, não estava em isolamento, apenas em precaução. Quando estava na Unidade de Internação, era mantido em quarto privado, por causa dos familiares das outras crianças, que, se soubessem do diagnóstico, se assustariam.

#### ● Comportamentos verbais e gestuais

No início da internação, o menino não falava nada, apenas se defendia muito de alguns procedimentos agressivos, como punção venosa ou colocação de cateter, e não permitia a



realização de procedimentos se o pai não estivesse junto.

Mais ou menos pelo quinto dia de UTIP, ele começou a falar algumas coisas, a se comunicar com a equipe. No primeiro dia do Ano Novo, ele já estava bem mais ativo, mais comunicativo, concordando mais. Já estava fazendo trabalhinhos e presenteando o pessoal da equipe. Ele deu um trabalhinho para cada pessoa que entrava no box e conversava com ele.

Segundo a enfermeira, o que chamou sua atenção, foi a mudança de cor nos seus trabalhos. Nas vésperas do Ano Novo, todas as pinturas eram pretas ou cinza. A partir do Ano Novo, ele passou a solicitar cores, como vermelho, rosa e amarelo, e a colorir seus trabalhos.

Passou a se interessar pelo que as pessoas falavam (festa, bolo), pediu comida, pediu coisas de fora do hospital, como o álbum de figurinhas de carros e jogadores de futebol, e começou a brincar com estas coisas. Esta mudança ocorreu, mais ou menos, uma semana após a internação na UTIP.

Segundo a enfermeira, a partir desta data, também, ele começou a fantasiar que iria à praia, à piscina, que iria brincar e construir seu carro. Começou a viver mais o mundo fora da UTIP, pedia para sair, ir à sala de recreação e passear, embora continuasse a mostrar resistência aos procedimentos mais agressivos.

Outro aspecto que chamou a atenção da enfermeira foi o fato de o menino nunca ter verbalizado nada sobre sua doença, da qual, provavelmente, ele tinha conhecimento ou dela suspeitava. Ele não falava sobre a SIDA.

### ● Sentimentos manifestos

Segundo a enfermeira, a volta ao hospital, para o menino, além de interromper as festas de Natal e de fim de ano, significou, também, a vinda para a UTIP, para fazer nutrição parenteral. O menino ficou extremamente deprimido, enclausurado no seu mundo, nos primeiros três ou quatro dias.

Ele demonstrou muito medo da punção venosa e de sangrar, por causa da hemofilia.

Disse que não gostou da UTIP, porque o pai não podia dormir com ele, e a avó não podia ficar uma tarde inteira. A enfermeira percebeu o sentimento de separação da família.

### ● Interação com os pais

O menino não queria que os procedimentos fossem realizados na ausência dos pais. Ele sempre pedia que esperassem o pai chegar. Os procedimentos até eram feitos, porém, com muita resistência, na ausência deles.

O pai ficava na UTIP toda a manhã e a mãe permanecia toda a tarde. À noite, um dos dois se demorava até ele adormecer. Assim sendo, o menino sempre tinha junto a si um familiar, e reagiu bem.

Segundo a enfermeira, o relacionamento pai/filho era muito bom. O relacionamento mãe/filho era bem mais distanciado. No início, o garoto ficava deprimido com a presença da

mãe, e ela não conseguia acompanhá-lo por muito tempo.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a família**

##### **● Comportamentos da família**

Segundo a enfermeira, os pais verbalizavam sobre a doença e a medicação AZI que estava sendo providenciada para o menino. A mãe fez comentários sobre outros lugares onde fazem uso da medicação e os pacientes ficam bem.

A família trouxe gesso para o menino fazer esculturas.

#### **Entrevista com a equipe: sobre a equipe**

##### **● Comportamentos da equipe**

Os recreacionistas forneceram material para o menino fazer trabalhos manuais.

#### **Compreensão da experiência vivida**

Sérgio era um menino diferente de outras crianças por ser hemofílico. Embora seus pais tentassem proporcionar-lhe uma vida normal, havia, é claro, algumas limitações, que Sérgio e seus amigos conheciam bem.

Sérgio esteve hospitalizado, e apesar de não estar em condições de alta, foi-lhe autorizada a saída do hospital, para passar o Natal em casa, com a família. Sua presença em

casa era tão importante para ele como para os demais.

Mas, como o menino começou a se sentir muito mal em casa, pediu para voltar ao hospital. E, desta vez, foi para a UTIP. A admissão na UTIP não foi em situação de emergência, pois não estava em risco iminente de vida. Apesar de estar mais debilitado do que na alta, por causa dos vômitos, o risco existia a médio prazo. É provável, portanto, que, na admissão, não tenha sido submetido a muitos procedimentos, talvez uma coleta de sangue e a instalação de soro. Mesmo assim, o menino parecia muito triste e deprimido.

Sua adaptação a esta situação nova, provavelmente, teria sido mais fácil se tivesse tido uma preparação prévia. E se não estava prevista uma reinternação a curto prazo, a necessidade de retorno deve ter sido difícil de aceitar e, conseqüentemente, a situação nova de UTIP também.

Nos primeiros dias em que esteve na UTIP, o menino manteve-se extremamente passivo, não respondendo às tentativas de diálogo. Seus movimentos eram raros e lentos, como se estivesse sem forças, e em desconforto. Comunicava-se muito pouco e, praticamente, só através de gestos. Não se queixava e parecia conformado com o que estava acontecendo. Aparentava estar distante e indiferente aos esforços do pai para estimulá-lo.

A depressão do menino se manifestou através do silêncio, e poderia estar relacionada ao seu estado clínico, ao retorno ao hospital, à separação da família, e à incerteza quanto à sua volta para casa.

Enquanto não melhorou clinicamente, Sérgio permaneceu apático, passivo a tudo.

Aos poucos, foi se interessando pelo que se passava à sua volta e por revistas de carro, embora ainda não quisesse conversar. Comunicava-se por gestos e movimentos de cabeça, na maioria das vezes.

Com o passar dos dias, Sérgio ficou comunicativo e receptivo com as pessoas. De extremamente passivo, passou a ser ativo. Sugeria mudança nos horários de medicações e solicitava para ir passear fora da UTIP. Relacionava-se com as pessoas, sorria, fazia planos para o futuro, procurando atividades e movimentando-se sozinho.

Aparentemente, o menino participava das decisões que eram tomadas a seu respeito. Provavelmente, sentiu-se valorizado por poder opinar e dizer o que queria e o que não queria.

Vários fatores, com certeza, contribuíram para a mudança no seu comportamento. Os vômitos e as aftas diminuíram e seu estado clínico melhorou. Com o período longo de internação, foi-se familiarizando com a maioria dos procedimentos, com a UTIP e com a equipe. A mãe e, principalmente, o pai, estavam constantemente ao seu lado. A equipe da UTIP e os recreacionistas o estimulavam a participar. E, à medida que a depressão foi diminuindo, ele passou a demonstrar maior interesse em fazer trabalhos manuais, utilizando cores mais vivas.

A mudança de cores nos trabalhos sugere que ocorreram mudanças no menino. Ele havia passado uma semana sem dar

importância a nada. A partir daí, passou a se interessar por situações normais para um menino da sua idade. Passou a participar da vida.

Já não queria permanecer constantemente dentro da UTIP. Solicitava para passear de cadeira de rodas pela Unidade de Internação. Estas pequenas saídas da UTIP eram importantes para ele, pois estava há algum tempo na UTIP e, durante os passeios, podia ter contato com outras pessoas da família, além do pai e da mãe. Além disto, Sérgio passou a ter um objetivo diário, para o qual controlava o tempo.

Passou a expressar seus gostos, seus desejos e seus planos futuros. Passou a agir sadiamente, embora a enfermeira tenha interpretado suas colocações como fantasias, por conhecer seu diagnóstico e prognóstico.

Sérgio não falava sobre sua doença. Ou ele não sabia, nem suspeitava do diagnóstico de SIDA, ou ele sabia mas não queria conversar sobre sua doença. O mais provável é a segunda possibilidade, pois era um menino muito esperto e os meios de comunicação têm divulgado freqüentemente matérias sobre a SIDA.

O pai disse que o menino se sentiu bem na UTIP e aceitou-a bem, ao ponto de não solicitar para sair. É provável que ele tenha se sentido tão mal e inseguro que, ao receber na UTIP os cuidados necessários, tivesse se tornado tranqüilo e seguro. Na realidade, ele teve que ter muita coragem para pedir que o trouxessem de volta para o hospital. Por outro lado, o fato de não solicitar para sair da UTIP podia estar

relacionado ao seu desânimo inicial, que o tornava extremamente passivo a tudo.

Embora o pai pensasse que o menino não diferenciava a UTIP da Unidade de Internação, é provável que ele realmente tivesse alguma idéia do que era uma UTIP, pois tinha quase oito anos de idade, assistia aos meios de comunicação e já havia estado anteriormente em uma Unidade de Internação.

A presença dos pais de Sérgio, durante a internação, foi importante tanto para ele quanto para os pais. Estes ficaram mais tranquilos, pois tiveram oportunidade de acompanhar, de perto, o tratamento e a evolução do estado do filho, ao mesmo tempo, que realizavam alguns procedimentos. Para Sérgio, os pais davam apoio emocional e físico, fazendo-lhe companhia e auxiliando no seu relacionamento com a equipe.

A mãe parecia adaptada ao hospital e preocupada com o conforto e bem-estar do filho, e bastante atenta as suas necessidades de alimentação, visto que o motivo principal de sua admissão na UTIP foi a má absorção alimentar. Tentava justificar, para a equipe, suas atitudes, falava por ele e, às vezes, o tratava como a um bebê.

Em alguns momentos, a presença da mãe era apenas física, tanto que o menino parecia querer chamar sua atenção.

Vários fatores podem ter interferido no comportamento da mãe: não gostar de ver o filho hospitalizado, o estado clínico em que se encontrava, os medos e tabus relacionados com a SIDA, preocupações relacionadas com a outra filha, de apenas alguns meses.



Além da presença física do pai, havia uma grande interação entre pai e filho, inicialmente, mais por parte do pai, pois o menino estava muito passivo. O pai mantinha-se atento a qualquer movimento do filho, para ajudá-lo. Tentava estimulá-lo, distraí-lo, fazê-lo interessar-se e participar das atividades. Parecia entendê-lo através de seus gestos. Conhecia os interesses do filho e procurava animá-lo sempre. O pai deixava claro seu propósito de estimulação.

Sérgio, aparentemente, comunicava-se mais com o pai. Valorizava as promessas por ele feitas e demonstrava grande satisfação ao falar dos presentes que o pai lhe traria, como, por exemplo, churrasco, iogurte e álbum de figurinhas.

Tinha muita confiança no pai e não aceitava que a mãe demonstrasse qualquer sinal de dúvida em relação a ele.

Para o pai ele verbalizava as situações que lhe traziam desconforto e já propunha soluções. Demonstrava curiosidade e interesse pelos assuntos abordados pelo pai, principalmente quando conversavam sobre carros.

Quando estava melhor clinicamente, parecia tranquilo. Procurava fazer as coisas sem ajuda dos outros. Parecia querer mostrar ao pai que podia movimentar-se sozinho.

Provavelmente, o pai era a pessoa que lhe transmitia mais segurança, pois solicitava sua presença no momento de realizar os procedimentos. Não gostar de procedimentos dolorosos é um comportamento esperado de uma criança. Porém não ficou claro o que caracterizou a resistência de Sérgio aos procedimentos: se o medo do procedimento ou se apenas a exigência da presença do

pai nesses momentos.

A atitude do pai sempre foi de ajuda para com o filho. Ele se mantinha ao seu lado pronto para ajudá-lo, mas não interferia se não houvesse necessidade. Desta forma, ele não impedia que Sérgio progredisse e se tornasse independente.

Quando o pai referiu que a presença deles, durante o dia, fez com que o filho se sentisse mais seguro e mais amado, veio ao encontro da percepção e orientação da equipe da UTIP. Ela não proíbe a permanência dos pais nas vinte e quatro horas, porém orienta-os de que é preferível que eles fiquem durante o dia, pois a criança permanecerá mais tempo acordada e, conseqüentemente, sentirá mais a falta dos pais; que reservem o período da noite para descansarem e, desta forma, terem condições de darem mais atenção ao filho.

A permanência dos pais também foi importante para que o menino não perdesse o vínculo com a família e não se sentisse abandonado ou perdido num mundo novo.

Se o pai tinha um bom relacionamento com o filho, como parecia ter, este foi mais um fator que auxiliou para que Sérgio se sentisse seguro e protegido na sua presença.

Provavelmente, as características do relacionamento pais/filho, eram anteriores à sua vinda para o hospital. O menino demonstrava uma maior ligação com o pai e tinham interesses semelhantes. Desta forma, era de esperar-se que se sentisse melhor na companhia do pai.

Talvez, o que tenha sido caracterizado, pela equipe, como depressão, quando Sérgio estava na companhia da mãe, fosse

apenas a falta do pai, embora se alegrasse com a possibilidade da chegada da mãe, e ficava decepcionado quando o pai dizia que ela só viria mais tarde.

Os pais estavam acostumados com Sérgio e, melhor do que ninguém, conheciam os comportamentos e as reações do filho. Estando ao seu lado, ajudaram a equipe a compreendê-lo e, assim, melhor assistí-lo.

Os pais eram muito realistas e procuravam não criar falsas expectativas para o filho, embora demonstrassem que não haviam perdido toda a esperança em relação à sua cura.

Embora os tabus em relação à SIDA possam ter diminuído, devido às campanhas feitas através da imprensa, alguns temores ainda persistem. Os medos que os pais de outras crianças demonstram é semelhante aos que alguns elementos da equipe ainda têm. Provavelmente, os pais de Sérgio percebiam isto e, talvez, ele também.

Embora a médica tenha dito que estava usando máscara para proteger o menino de sua gripe, o uso da luva, ao examiná-lo, foi para sua própria proteção e sobre isto não fez referência. As atitudes da equipe (vestir luvas) deveriam ter sido esclarecidas para que não suscitassem tensões na criança e sua família.

A médica tentou estimulá-lo a comer e disse que ele estava com um melhor aspecto, mas demonstrou sentimentos de compaixão ao verbalizar termos como "coitadinho".

Apesar de a auxiliar de enfermagem não permanecer todo o tempo dentro do box, ela estava sempre atenta, observando o

menino. Dava a impressão de que estava sempre por perto, estimulando-o e distraíndo-o.

A enfermeira estimulava Sérgio a caminhar e, para isto, tentava negociar com ele os horários de medicação e de retirada do butterfly.

Aparentemente, houve falha de comunicação da equipe sobre as rotinas da UTIP relacionadas com os horários de visitas. Este fato trouxe uma série de transtornos para os familiares, que não mediram esforços para atenderem os desejos e necessidades da criança.

Apesar disto, o pai elogiou o desempenho da equipe. Se ele elogiou, provavelmente, gostou do atendimento. Teve condições de avaliá-lo, uma vez que estava freqüentemente com o filho.

## 5 - A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA NA UTIP

Este capítulo contém a reflexão, apoiada no diálogo com a literatura, sobre os temas que emergiram das descrições gerais das estruturas de significado. As descrições gerais *per se* não serão apresentadas.

Tais temas, mais abrangentes ou mais específicos, possibilitam compreender a experiência da criança na situação de hospitalização na UTIP.

Os dois primeiros temas dizem respeito à dor do corpo e ao sofrimento psicológico que as crianças experienciam e manifestam.

O terceiro tema refere-se ao modo como as crianças enfrentam a situação de hospitalização.

O quarto e o quinto temas estão relacionados à presença dos familiares e das equipes profissionais junto às crianças.

O último tema contém uma apreciação sobre a UTIP do ponto de vista das crianças.

### A Dor do Corpo e suas Manifestações

A dor do corpo foi um sintoma vivenciado por todas as crianças, estava relacionada a várias situações, principalmente aos procedimentos, e foi manifestada de diversas formas como, por exemplo, a verbalização e o choro.

Para Whaley e Wong (1989), a dor é *"um fenômeno pessoal que não pode ser experimentado por nenhum outro indivíduo"*. Apoiam-se na definição de McCaffery, que diz: *"a dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz, existindo sempre o que ela diz que existe"* (p.450). A dor, portanto, é uma experiência singular da criança uma vez que não resulta apenas das sensações mas de percepções. Entende-se por percepção *"o processo de organizar e interpretar dados sensoriais recebidos (sensações), para desenvolvermos a consciência do ambiente que nos cerca e de nós mesmos. A percepção implica interpretação. A sensação não."* (Davidoff, 1983, p. 211).

Sendo uma operação ativa e complexa, o processo da percepção não reproduz exatamente a realidade, pois frequentemente muitos aspectos do ambiente que nos cerca passam despercebidos, da mesma forma que às vezes percebemos estímulos não presentes. As percepções, enquanto conteúdo deste processo de interpretação da realidade, dependem de expectativas, motivações e experiências anteriores.

A lesão corporal é temida por todas as crianças após o primeiro ano de vida. Geralmente os temores diminuem com o preparo da criança para os procedimentos dolorosos (Whaley e Wong, 1989).

Muitas crianças tendem a reprimir as manifestações de dor, e têm necessidade de saber que é permitido expressar sua dor. Saber que podem gritar, chorar ou gemer faz com que manifestem seus sentimentos em uma atmosfera de apoio e aceitação.

Segundo Whaley e Wong (1989), a criança em idade pré-escolar (de três a cinco anos) é muito vulnerável a ameaças de lesão corporal e o temor da mutilação encontra-se muito presente. O conceito de integridade física está pouco desenvolvido e os procedimentos invasivos, dolorosos ou não, representam uma ameaça para ela.

Neste período, a reação à dor se modifica, e muitas crianças demonstram um grau crescente de autocontrole enquanto sentem dor. "O papel sexual estereotipado de que 'os homens valentes não choram' é geralmente observado em meninos pequenos que tentam ser corajosos, e, caso falhem, sentem-se culpados e envergonhados" (Whaley e Wong, 1989, p. 443).

Para as mesmas autoras, a partir dos seis ou sete anos, surge na criança o temor da natureza física da doença. "A preocupação com a dor real pode ser menor do que com a incapacidade, recuperação incerta ou possibilidade de morte" (Whaley e Wong, 1989, p. 445). Em geral, as crianças nesta faixa etária têm interesse por sua saúde ou doença. Elas têm



noção dos perigos do tratamento, das conseqüências a longo prazo, de lesão permanente ou perda de função e do significado da morte.

A grande maioria das crianças verbalizou claramente que estava sentindo dor e algumas sabiam localizá-la. Apenas Helena, André e Tânia não diziam que estavam com dor. Quando Tânia estava com dor, mudava de posição movimentando-se no leito e, eventualmente, chorava. Helena evitava a movimentação tentando, talvez, diminuir a dor com a imobilidade. André, por sua vez, raramente chorava ainda que lhe fosse dada liberdade para isto.

A conduta de Helena, André e Tânia é compatível com as colocações de Whaley e Wong (1989) de que a maioria das crianças de nove ou dez anos demonstram pouco medo ou resistência clara à dor. Na maioria das vezes, as manifestações são passivas: permanecer rigidamente quietas, cerrar os punhos ou dentes ou tentar agir corajosamente sob o lema "sorria e agüente".

Assim como aceitam a dor, de forma passiva, também, raramente solicitam ajuda ou apoio de forma direta. Ou seja, nesta fase do desenvolvimento, a criança raramente falará de seus sentimentos ou pedirá que alguém fique com ela durante um período de estresse ou solidão. Esta conduta pode dar uma idéia errada de sua necessidade de apoio.

Manifestações mais evidentes de resistência à dor tais como morder, chutar, pular para longe, tentar escapar, chorar ou barganhar são mais raras nessa fase e, quando ocorrem,

tendem a ser negadas posteriormente por medo de perder o status (Whaley e Wong, 1989).

A manifestação mais clara e mais freqüente depois da verbalização, foi a expressão facial seguida do gemido, choramingo ou choro. Estas manifestações estavam presentes também em todas as crianças que expressavam dor por meio de verbalizações. Houve manifestações mais intensas como gritos, que foram constantes em Flávio, várias vezes em Lúcia e, eventualmente, em Fátima.

Houve outros comportamentos mais individualizados, mas que da mesma forma eram manifestações de dor. Cristina, Fátima e Helena evitavam a movimentação. Miriam quase não dormiu. Sérgio ficava irritado. Lúcia assim como Tânia, mudava de posição e movimentava-se no leito.

Além disso, Lúcia também usava a expressão "Ai mãe!" em forma de gemido e dizia que a equipe era responsável por sua dor e portanto, deveria retirá-la. Ela percebia que o fato de estar com dor perturbava sua mãe e usava isto para chamar sua atenção. Flávio além de gritar, chamava pelo pai pedindo que ele o salvasse e dizia que preferia morrer a suportar a dor.

A conduta de Lúcia e Flávio parecem estar associadas à dor psicossomática pois como Whaley e Wong (1989) argumentam, esta modalidade de dor pode surgir na criança que se encontra na fase pré-escolar. Isto ocorre devido aos ganhos potenciais atribuídos ao papel de doente; a dor abdominal recorrente é a queixa somática mais freqüente.

De forma mais ou menos intensa, todas as crianças

associaram a dor aos procedimentos. Entende-se por procedimento toda a ação ou tarefa necessária ao atendimento do paciente, realizada por qualquer profissional.

A manifestação de dor relacionada com o dreno de tórax foi uma constante em todas as crianças que passaram por esta experiência. Cristina chegou a dizer que a dor fez com que tivesse medo de morrer. Lúcia referiu dor no procedimento de instalação do cateter venoso central.

Apesar de sentirem dor na realização de alguns procedimentos, a maioria das crianças compreendia sua necessidade e permitia sua realização. Para alguns, a antecipação da dor provável provocava tanto sofrimento que tentavam impedi-los dificultando sua realização. Esta situação era freqüente em Rosa e Flávio.

Flávio, por exemplo, lutava muito contra os procedimentos levando algumas pessoas da equipe de enfermagem a pensar, inicialmente, que ele estivesse apresentando um retardo psicomotor, o que provocaria esta conduta inadequada para sua idade. Embora tivesse nove anos sua conduta se aproximava muito da conduta da criança em idade pré-escolar.

As crianças em idade pré-escolar costumam reagir ao estresse da dor e medo através da agressão, expressão verbal e dependência. A agressão geralmente é direcionada para a luta ou a fuga. Podem empurrar a pessoa, segurar o equipamento ou procurar um lugar seguro. Através da expressão verbal eles podem agredir as pessoas dizendo "saia daqui" ou "eu odeio você" ou podem tentar persuadir a pessoa a não fazer o que

havia se proposto.

Fátima, por exemplo, só aceitava os procedimentos, inicialmente, quando se sentia ameaçada de um perigo maior; foi orientada e com o passar do tempo passou a colaborar.

Segundo a exposição de Whaley e Wong (1989), algumas crianças em idade escolar preferem participar dos procedimentos enquanto outras não querem nem olhar. Embora a tendência de alguns seja adiar sua realização, a maioria gosta de receber explicações sobre os procedimentos.

Foi observado que para diminuir a dor, além do analgésico que recebiam, as crianças evitavam a movimentação e solicitavam que os pais as massagassem.

A procura do contato físico como, por exemplo, segurar as mãos do pai ou da mãe, solicitar colo ou massagem faz parte de um conjunto de comportamentos através dos quais a criança inicia ou mantém sua relação afetiva com os pais.

Este conjunto de comportamentos, denominado apego, tem como característica básica a busca da proximidade com a pessoa que é objeto de apego. "Essa busca abrange desde comportamentos proximais de contato físico e aproximação, até distais, como interação e comunicação à distância (olhar, sorriso, vocalização...)" (Rossetti-Ferreira, 1986, p. 18).

Segundo os estudos apontados por Rossetti-Ferreira (1986), "o apego surge no decorrer do primeiro ano de vida da criança, sobretudo a partir do segundo semestre, permanecendo intenso durante a infância e passando a diminuir ou modificar suas formas de expressão entre três e quatro anos de idade"

(p. 18), permanecendo, no entanto, presente por toda a vida.

Para a mesma autora, o apego contribui para a sobrevivência do indivíduo, pois promove e mantém uma proximidade "segura" com a pessoa que é objeto de apego, pois esta lhe garantirá a proteção frente às ameaças ambientais. Para a criança, o primeiro objeto de apego, geralmente, é a mãe ou quem assume este papel.

Quando a criança manifestava dor, a equipe de enfermagem prestava um atendimento imediato. A auxiliar, normalmente, chamava a enfermeira para avaliá-la. A enfermeira conversava com a criança e o familiar, perguntando sobre o local, o tipo e a intensidade da dor. Examinava o local indicado, posicionava melhor a criança, tentava tranquilizá-la e orientava-a sobre a causa da dor e efeitos da medicação. A enfermeira orientava a auxiliar, por exemplo, a medicar a criança ou colocar compressas mornas nos edemas causados pelo extravazamento do soro. Às vezes, trocava o local da punção venosa e tocava de forma carinhosa na criança.

A auxiliar medicava a criança, questionava se a dor havia diminuído e se a criança havia dormido. Conversava tentando tranquilizá-la, esclarecia o procedimento que estava realizando e pedia a sua ajuda.

As ações da equipe de enfermagem mostram que, de um modo geral, ela compreendia o que é sentir dor e não subestimava a dor física da criança, acreditando nas suas manifestações verbais e não-verbais.

Os dados analisados corroboram as colocações de Whaley e

Wong (1989) no sentido de apontar para a importância da equipe de enfermagem permanecer alerta também, às manifestações não-verbais que indicam necessidade de ajuda, como por exemplo, uma expressão facial séria, a falta de atividade, o silêncio, o isolamento social ou uma resposta quase inaudível dizendo "eu estou bem." Geralmente a criança aceita bem o apoio oferecido pela equipe que identifica estas mensagens não-verbais. *"Repreender as crianças para que ajam com maturidade, ou encorajá-las a fazer as coisas dizendo 'Eu sei que você pode fazer sozinha', priva-as do apoio que solicitam e lhes aumenta os sentimentos de culpa e vergonha"* (Whaley e Wong, 1989, p. 444).

Nesta pesquisa foi possível perceber que, independente da idade, a dor do corpo esteve presente em todas as crianças, em algum momento da sua internação na UTIP. As crianças, também, associaram a dor aos procedimentos e a manifestaram principalmente pela verbalização e o choro. A conduta da criança frente à dor, variou desde a sua aceitação passiva até a tentativa de impedir a realização dos procedimentos.

#### **O sofrimento psicológico e suas manifestações**

O sofrimento psicológico das crianças na UTIP manifestou-se, predominantemente, através de sentimentos tais como medo, nervosismo, ansiedade, insegurança, tristeza, solidão, preocupação e constrangimento.

Os sentimentos podem ser entendidos como sendo o

componente subjetivo das emoções e seu significado é tão importante que pode até ser considerado a própria emoção (Mouly, 1966).

Emoções foram definidas por Murray (1971) como "*poderosas reações que exercem efeitos motivadores sobre o comportamento. As emoções são reações fisiológicas e psicológicas que influem na percepção, aprendizagem e desempenho*" (p. 80).

Davidoff (1983) acentua o fato de que as emoções ou afetos são estados internos que não podem ser diretamente observados ou avaliados. Incluem componentes subjetivos ou sentimentos (cognição e sensações), reações fisiológicas e comportamentos manifestos expressivos.

A intensidade das emoções pode variar num contínuo, desde um estado suave até um estado intenso, de difícil controle por parte da pessoa que as experimenta. O sentimento da emoção também pode apresentar-se sob formas diversas, em amplitudes polarizadas, tais como contrariedade - satisfação, prazer - desprazer (Mouly, 1966). Do mesmo modo, os componentes fisiológicos podem ser diferentes conforme a emoção; por exemplo, taquicardia e tensão corporal na raiva e sintomas gastrointestinais na ansiedade. Os comportamentos manifestos expressivos englobam verbalizações, gestos, posturas, expressões faciais e ações (Davidoff, 1983).

As emoções e seus sentimentos resultam de um processo evolutivo que se inicia com o nascimento da criança. Baseado nas pesquisas de Bridges, Mouly (1966) descreve este processo.

O desenvolvimento emocional inicia-se com a excitação



presente no momento do nascimento, e evolui até o desprazer e o prazer aos três meses de idade. Por volta dos seis meses, o desprazer se diferencia em medo, repugnância e cólera; aos dezoito meses, também em ciúmes. O prazer passa a ser discriminado em animação e afeição em torno dos doze meses. Aos dezoito meses ocorre a diferenciação da afeição por adultos e a afeição por crianças. Por volta dos 24 meses, surge a alegria. A faixa etária precisa em que ocorre a diferenciação entre as emoções pode variar de criança para criança.

A expressão manifesta do comportamento emocional diminui com a idade. A moderação na expressão parece ser uma questão de aprendizagem, mas *"pode também refletir a aquisição de outros meios para exprimir os sentimentos, apresentados tanto pela maturação quanto pela suscetibilidade emocional, resultante de novas necessidades, novos objetivos e novos desenvolvimentos"* (Mouly, 1966, p. 110). Também a aprendizagem social influencia as emoções e suas manifestações (Murray, 1971).

Com a idade, mudam também os estímulos que provocam as emoções. Nas crianças, os estímulos são, em geral, os de seu ambiente próximo e aqueles diretamente relacionados com os estados internos como fadiga, fome e doença (Mouly, 1966).

Segundo este autor, o aparecimento das emoções, portanto, depende de estímulos internos e externos. Para a criança eles são geralmente mais próximos no tempo e no espaço do que para o adulto. Ao contrário da criança, este pode controlar o tipo

de estímulo e a natureza das emoções que provavelmente experimentará pois possui capacidade para predizer e evitar situações difíceis bem como para propor objetivos realistas.

O significado dos estímulos internos ou externos não é homogêneo para todos os indivíduos. Conseqüentemente, "*a situação emocional é constituída, também, pela natureza do estímulo com relação ao indivíduo*" (Mouly, 1966, p. 111). Por exemplo, uma determinada ameaça pode provocar medo em uma criança e em outra não.

Em suma, a determinação do tipo de emoção e sua intensidade dependem do significado da situação para a pessoa e dos fatores de predisposição (fadiga, doença, fome, segurança, hábitos anteriores, tensões anteriores acumuladas). Um estado emocional pode ser provocado por tudo aquilo que representa uma ameaça à satisfação das necessidades da pessoa. O medo e a cólera, por exemplo, ocorrem quando a pessoa tem dúvidas das suas condições de enfrentar a situação (Mouly, 1966).

No presente estudo, o sentimento que apareceu com maior freqüência nas crianças foi o medo, seguido de nervosismo ou ansiedade, insegurança, tristeza e solidão. Preocupação e constrangimento também foram manifestados pelas crianças, porém em menor freqüência.

O medo surge frente a uma situação em que a pessoa percebe-se ameaçada. Pode ser entendido como terror, receio, temor, apreensão ou susto (Ferreira 198 , p. 12).

O medo está presente na criança desde muito cedo e

persiste até a idade adulta. Com o aumento da idade, tendem a diminuir suas manifestações tais como o choro, o tremor, o agarrar-se a uma pessoa protetora, entre outros. O medo pode também ser negado ou encoberto com atos de rebeldia. A criança mais velha apresenta maior autocontrole e menor tendência a revelar suas emoções, porém isto não garante que o medo não exista (Oliva Filho, 1985).

Para Oliva Filho (1985) há dos tipos de medo: o "medo não aprendido" e o "medo aprendido". O medo não aprendido é de natureza física como, por exemplo, "ruidos excessivos, perda de apoio ou qualquer outro estímulo intenso, repentino, inesperado e desconhecido. Dor, lugar elevado, movimentos bruscos, clarões, sombras, objetos, situações e pessoas desconhecidas podem gerar medo" (p. 407).

O "medo aprendido" desenvolve-se com a maturação infantil e com o desenvolvimento da percepção e da discriminação. A criança passa a *"perceber o perigo potencial de uma situação. A experiência penosa anterior, o fato de já ter se assustado com alguém ou alguma coisa, por 'aprendizagem', geram angústia"* (Oliva Filho, 1985, p. 407).

O medo foi experienciado por todas as crianças em algum ou em vários momentos do período de internação na UTIP; manifestou-se através de verbalizações das próprias crianças ou foi percebido pelos pais e/ou pela equipe de enfermagem.

A intensidade com que o medo foi sentido, variou entre as crianças e entre as situações. Foi também expresso com diferentes termos como "assustado", "muito assustado", "com

medo" e "apavorado". O modo de exteriorização do medo e o fator desencadeante mostraram-se sob formas diversas.

Os procedimentos dolorosos como punções, cirurgias, drenagem de tórax foram os maiores desencadeadores de medo, atingindo a todas as crianças, independente do número de internações vivenciadas. Este medo dos procedimentos com certeza está relacionado ao temor da dor do corpo, ou de ser machucado, como muitas verbalizaram bem, como ao medo do desconhecido quando eram situações novas para a criança, embora tivessem recebido orientações da equipe.

Alguns procedimentos específicos foram identificados por elas. Sérgio, Tânia, Cristina e Flávio, por exemplo, tinham muito medo das punções venosas. Para Flávio acrescenta-se ainda medo do soro, de ser machucado e verdadeiro pavor das agulhas. Lúcia e Tânia acrescentaram as medicações ruins. Cristina tinha medo do manuseio do dreno e de que ocorresse alguma intercorrência; Helena, da sua retirada. André ficou apavorado com a colocação de uma segunda sonda-nasogástrica e Rosa, por sua vez, tinha medo de qualquer manuseio.

As crianças que foram submetidas à cirurgia verbalizaram que tiveram medo da cirurgia ou da dor causada por ela.

Muitos dos comportamentos gestuais e verbais foram provocados, provavelmente, por estes medos ou eram sua manifestação.

Algumas manifestações deixavam isto claro. Rosa se esquivava a qualquer manuseio; Lucia e Fátima não cooperavam com a realização dos procedimentos. Alguns, como Flávio e

Sérgio não os permitiam na ausência dos pais; Tânia segurava fortemente a mão de um elemento da equipe. Lúcia pedia para a mãe ajudá-la e perguntava porque permitia a situação; Lúcia e Tânia choravam. Flávio reagia com veemência gritando por socorro, pedindo que o pai o salvasse, tentando ganhar tempo e pedindo para terminar logo com tudo. Aparentemente, algumas crianças se sentiram agredidas pelos procedimentos.

Para Mouly (1966), a manifestação do medo, da mesma forma que da cólera, diminui com a idade e depende de vários fatores como, a situação em que a pessoa se encontra, sua segurança emocional, sua experiência anterior, sua saúde e disposição momentânea e a natureza do estímulo.

O nenê, por exemplo, tem medo de qualquer estímulo forte e inesperado, enquanto que o medo do imaginário é comum e de difícil solução no final da infância. E quanto mais insegura a criança, mais ela teme os riscos de fracassar em qualquer situação.

A aprendizagem desempenha papel importante no desenvolvimento dos medos, assim como a maturidade das capacidades sensoriais e mentais das crianças, que lhes permite fazer discriminações e ver perigos até então não percebidos.

Mouly (1966, p. 120) acentua ainda que *"muitos medos se desenvolvem apenas através de processo de associação; se a criança ficou com medo, em determinada situação, tenderá a temer situações semelhantes e, sob este aspecto, qualquer situação em que possa reconhecer alguns dos elementos de*

*situação amedrontadora. Os medos podem ser bons ou maus, e isso depende de sua natureza específica e de sua gravidade”.*

Conforme já foi referido anteriormente, quando se analisou a dor do corpo, a partir do primeiro ano de vida, todas as crianças temem a lesão corporal. Elas estabelecem uma associação entre os procedimentos e a lesão corporal. Em geral este temor está relacionado ao medo da mutilação, da invasão corporal, das mudanças na imagem corporal, da incapacidade ou da morte. A injeção é o procedimento doloroso mais conhecido destas crianças e, provavelmente, o que causa mais medo.

O preparo das crianças para os procedimentos dolorosos, geralmente, diminuem seus temores. Permitir que chorem e manifestem seus sentimentos, faz com que se sintam apoiados e aceitos.

Montessori (198 ) acrescenta que o medo poderá ser afastado, se for permitido à criança estabelecer contato com a realidade e experienciar as coisas que a rodeiam, facilitando sua compreensão.

Oliva Filho (1985) corrobora as colocações anteriores ao afirmar que o medo pode ser amenizado com a *“ambientação, a explicação a nível de entendimento para a faixa etária, o acompanhamento por uma das pessoas de maior ligação afetiva...”* (p. 408) e também o preparo dos pais, pois a criança costuma assumir a emoção que percebe neles.

Houve manifestações claras de uns e velada de outros do medo da morte. Miriam e Cristina verbalizaram que sentiam medo de morrer. Durante os procedimentos, Flávio gritava “você

me matar". Para outras crianças, o medo da morte estava relacionado à cirurgia (Helena), às alterações do traçado do monitor cardíaco (Cristina e Rosa), ao sangramento (André, Cristina, Sérgio e Fátima), à dor intensa e ao dreno de tórax (Helena, Cristina e Flávio).

Para Whaley e Wong (1989), a compreensão da morte não é homogênea e acompanha a faixa etária da criança.

As crianças entre três e cinco anos acreditam que seus pensamentos são suficientes para causar a morte, e em consequência disto têm sentimentos de culpa, vergonha e castigo. Geralmente possuem alguma noção do significado da palavra morte e já ouviram falar dela porém, esta significa apenas uma partida, uma espécie de sono. A vida e a morte podem trocar de lugar entre si. As palavras "para sempre" não têm o significado real devido ao conceito imaturo de tempo que possuem.

As crianças de seis a sete anos, têm algum entendimento semelhante às idades anteriores, porém apresentam uma compreensão mais profunda da morte, no sentimento concreto. Tentam personificá-la como demônio, fantasma, Deus, espantalho e outros. Aparece, em geral, uma conotação destrutiva e as crianças temem especialmente a mutilação e a punição que associam à morte.

Por volta dos nove ou dez anos, a maioria das crianças já possuem um conceito adulto da morte, compreendendo que ela é inevitável, universal e irreversível. *"A compreensão da morte iminente é uma enorme ameaça ao seu senso de segurança e à*



*força do ego*" (Whaley e Wong, 1989, p. 400).

O medo do desconhecido estava presente em várias situações e em momentos diferentes para cada criança. Tânia, Miriam, Lúcia, André e Rosa tinham medo da equipe e sempre queriam saber quem eram as pessoas que se aproximavam e o que fariam. Miriam, Lúcia, Tânia e Flávio tinham medo da UTIP e diziam que queriam sair de lá. André, Tânia e Cristina pareciam muito assustados com a situação que estavam vivenciando. Para todas estas crianças, com exceção de Fátima, era a primeira experiência de UTIP e para alguns era a primeira experiência de hospitalização, inclusive.

André e Tânia tiveram medo de sair da UTIP quando estavam se familiarizando com ela. É provável que a alta para outra unidade tenha representado, mais uma vez, uma situação nova e desconhecida.

É importante lembrar porém, que embora a alta da UTIP signifique uma melhora do estado clínico, este fato produz ansiedade tanto para a criança quanto para os familiares. Deverão ter, preferentemente, um contato prévio com a equipe da unidade de internação, clarear suas dúvidas e seus medos. A criança deve compreender também, que a transferência não é um castigo por mau comportamento na UTIP (Stevens, 1981).

Para quase todas as crianças, a ausência dos pais era motivo para sentirem medo, o que também era manifestado quando diziam que tinham medo de ficarem sozinhos ou com pessoas estranhas.

Isto era evidenciado quando diziam que queriam ir com

suas mães, ou quando solicitavam a presença dos pais e/ou não permitiam os procedimentos na ausência deles. Ficava claro também, no choro de Miriam sempre que a mãe se ausentava assim como na sua solicitação e na de Cristina para que os pais se aproximassem e se sentassem. E, ainda, nas tentativas de retê-los, segurando suas mãos como faziam Miriam, Lúcia e André. As duas meninas, por sua vez, tinham medo também de que os pais as abandonassem na UTIP.

O medo de uma evolução clínica desfavorável também esteve presente em algumas crianças deste grupo. Cristina tinha medo de novo incidente com o sistema de drenagem, o que trazia o risco de desencadear uma piora do seu estado de saúde. André, Cristina, Sérgio e Fátima tinham medo de novos sangramentos.

Houve também outras fontes geradoras de medo para estas crianças. Lúcia parecia ter medo do tratamento e verbalizou seu medo e desagrado da restrição mecânica e do cateter de oxigênio. André e Helena tinham medo da mobilização. Tânia, dos remédios ruins. Cristina e talvez Miriam tinham medo de dormir pois poderia acontecer algo durante este período.

Quando as crianças expressavam medo, a equipe de enfermagem tentava tranquilizá-las, permitindo a presença dos pais junto à criança, estimulando que verbalizassem seus medos, orientando as crianças sobre os procedimentos e estimulando-as a participarem. Algumas vezes pediam que a criança não tivesse medo, permitindo que ela manipulasse o material a ser usado nos procedimentos. Outras vezes, conversando, sorrindo e elogiando a criança e até lhes dando

um tempo para se preparar para o procedimento.

Ajudar a criança a se perceber segura e competente é uma forma de proteção, pois ela pode utilizar suas energias, não para combater seus temores, mas para superar outras dificuldades. Apresentar situações ameaçadoras em condições de segurança para a criança, dar-lhe notícia antecipada do que esperar, explicar o que acontece e distraí-la; enquanto gradualmente vai aparecendo a situação temida, são citados por Mouly (1966) como sugestões para lidar com situações de medo da criança.

Vivenciar uma situação pela primeira vez, ou seja, estar frente ao desconhecido representado pela hospitalização na UTIP, fez com que as crianças, com exceção de Helena, se mostrassem ansiosas.

Davidoff (1983, p. 40) define a ansiedade *"como uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição e pela vigilância do sistema nervoso simpático"*. Esclarece que não é fácil diferenciar ansiedade de medo e muitas vezes estes são termos usados como sinônimos. Uma distinção que tem sido feita, embora não haja unanimidade entre os autores a respeito, seria a de que o objeto do medo pode ser facilmente identificado, ao passo que o objeto da ansiedade, frequentemente é obscuro. *"A intensidade do medo é proporcional à magnitude do perigo. A intensidade de uma ansiedade tem a probabilidade de ser maior do que o medo objetivo (se for conhecido)"* (Davidoff, 1983, p. 441).

Murray (1971) é um dos autores que diferenciam medo de ansiedade dizendo que *"o medo envolve uma ameaça física e es-*

*pecífica, ao passo que a ansiedade é uma reação mais comum às ameaças pessoais" (p. 88).*

Tanto os familiares como os funcionários usaram o termo "nervosa" ao se referirem à criança que apresentava manifestações de ansiedade.

No caso de Miriam isto foi atribuído ao fato de ser sua primeira hospitalização, estar vivenciando situações novas, em contato com pessoas desconhecidas e ao risco imaginado de ficar sozinha. Tânia se mostrava "nervosa" apenas no início da internação, sendo isto atribuído, também, ao fato de ser sua primeira experiência em UTIP. A situação que estava vivenciando fez com que Cristina se mostrasse "nervosa" em diferentes graus de intensidade. A ansiedade de André foi atribuída ao fato de estar na UTIP vivenciando várias situações novas.

Algumas vezes a ansiedade está vinculada à situação e outras vezes pode vir associada à características individuais de personalidade. Biaggio (1984) diferencia a ansiedade como um estado transitório e a ansiedade como um traço relativamente estável. Para esta autora, *"a ansiedade-estado pode ser conceituada como um estado emocional transitório ou como uma condição do organismo humano que varia em intensidade e flutua de um momento para outro" (p. 119).* A *"ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em predisposição à ansiedade..." (p. 119).* Assim sendo, a ansiedade-estado tende a ser alto quando o indivíduo percebe a situação como ameaçadora. Além disto, *"pessoas com ansiedade-traço alta tendem a perceber um maior número de situações como perigosas*

*ou ameaçadoras do que pessoas com ansiedade-traço baixa...*" (p. 119). O estudo realizado por Teichman et al (1986) mostra que o nível de ansiedade-traço da criança e a ansiedade materna percebida por ela influenciavam o nível da ansiedade experimentada pela criança. O nível mais alto de ansiedade, mesmo que não estatisticamente significativo, foi apresentado por crianças com ansiedade-traço mais alto e que percebiam ansiedade em suas mães.

Desta forma é de se supor que as manifestações de ansiedade das crianças que se encontravam na UTIP poderiam também estar relacionadas não só ao grau de ansiedade-estado provocado pela situação de internação como, em alguns casos, pelo nível de ansiedade-traço. Os dados coletados porém, não permitem aprofundar esta questão.

A ansiedade provocada pelo desejo de voltar para o quarto na unidade de internação, atribuída à Helena pela equipe de enfermagem, na realidade era manifestação da expectativa e do desejo de retornar ao seu quarto, onde poderia ter a companhia de outros familiares.

No caso de Miriam e André, por exemplo, a ansiedade foi acompanhada pelo sentimento de insegurança. Insegurança que pode ser entendida como ausência de certeza ou de confiança (Ferreira, 198 ). Para Miriam, esta insegurança era devido às situações novas que vivenciava. Para André, devido à transferência de box e ao desconhecimento do que iria lhe acontecer lá.

Helena sentiu-se insegura nos primeiros momento da inter-

nação na UTIP, por se ver sozinha, num ambiente estranho e com pessoas desconhecidas. Já para Fátima que tinha várias experiências de hospitalização, a insegurança foi gerada pela ausência do pai e da mãe pois sentiu-se desprotegida.

A maioria das crianças tiveram momentos de tristeza, chegando às vezes a ficarem deprimidas.

Para Whaley e Wong (1989) a depressão infantil não é detectada facilmente, pois as crianças muitas vezes não conseguem expressar verbalmente seus sentimentos e tendem a fazê-lo através de seu comportamento não verbal. Dentre as manifestações de depressão da criança estão incluídas fisionomia triste e abatida, tendência ao choro, irritabilidade e falta de interesse para com atividades e pessoas anteriormente apreciadas. Além disto, aumentam suas atividades solitárias como assistir televisão e piora o desempenho escolar. Algumas crianças passam a ser mais dependentes e apegadas e outras mais agressivas e desorganizadas. Muitas vezes surge anorexia e/ou insônia.

Um evento traumático como a hospitalização, morte ou separação dos pais, perda de um animal de estimação ou um amigo ou ainda a mudança de residência, podem ser desencadeadores da depressão na criança. Suas manifestações costumam persistir por poucos dias ou semanas, resolvendo-se, geralmente, de modo espontâneo (Whaley e Wong, 1989).

Para Miriam, Helena, Cristina e Fátima, a tristeza estava relacionada à ausência dos pais, o que significava estarem sozinhas. Para André estava relacionada ao tempo de hospitalização, à falta de liberdade e às saudades do irmão, dos amigos e

da casa. Sinais de agravamento do estado, clínico, como por exemplo, a necessidade de oxigenioterapia, foram responsáveis pela tristeza de Lúcia e lhe causaram medo. A tristeza de Fátima surgiu com o novo sangramento. A de Sérgio com a interrupção das festas de fim de ano, e a de Cristina foi desencadeada pela dor intensa. Cristina também ficava triste com as punções venosas, manutenção do soro, procedimentos dolorosos e por não ter ninguém para brincar.

Esta tristeza era manifestada pelo silêncio ou pelo choro e, eventualmente, pela recusa alimentar como no caso de Lúcia.

O sentimento de solidão também foi experienciado pela maioria das crianças embora sempre houvesse a presença de um elemento da equipe de enfermagem. Esta solidão era devido a ausência de pessoas com quem a criança tinha mais vínculo e não ao fato de estar sozinha, pois estava sempre na companhia de um adulto.

Tania, cujos pais não puderam permanecer com ela, disse que se sentiu muito sozinha e chateada. Acrescentou que as saídas do funcionário do seu box para atender outras crianças, colaborou para se sentir assim.

Cristina e Fátima sentiam-se sozinhas quando estavam sem os pais; também sentiram falta de outras crianças para brincarem.

Para Sérgio, André e Helena a presença de apenas um familiar não era suficiente. André chegou a verbalizar que sentiu saudades do irmão, dos amigos e da professora.

Algumas crianças, como Miriam, manifestaram preocupação



ou seja, sentiram-se inquietas ou apreensivas com o ambiente e as pessoas desconhecidas, além dos procedimentos que seriam realizados. Tânia e Rosa controlaram atentamente o monitor cardíaco e as alterações no seu traçado. O soro era uma preocupação constante de Helena, que temia que ele terminasse sem que isto fosse percebido pela equipe. Isto demonstra que a criança sente necessidade de conhecer o ambiente, as pessoas e o que ocorre ao seu redor, para que se sinta mais segura e com controle da situação.

Assim sendo, cabe ressaltar aqui, que para a criança em idade pré-escolar, a perda de controle é provocada pela restrição física, rotinas alteradas e dependência imposta durante sua hospitalização. As mesmas habilidades cognitivas específicas que a fazem sentir-se onipotente e toda poderosa, também a fazem perder o controle. O pensamento mágico e egocêntrico desta faixa etária, limita sua capacidade para compreender os acontecimentos. As explicações fantasiosas destas crianças para as experiências ou os ambientes desconhecidos, geralmente, são mais exageradas e assustadoras do que a realidade. As crianças em idade escolar, por sua vez, lutam por independência e produtividade sendo portanto muito vulneráveis a acontecimentos que diminuam o controle e o poder que julgam possuir.

Quando estas crianças em idade pré-escolares estão hospitalizadas, as atividades para cuja realização dependem de outros como, por exemplo, banho no leito ou transporte em cadeira de rodas, podem significar uma ameaça direta a sua segurança, diminuindo seu poder e afetando sua identidade individual. Ao se

permitir a estas crianças exercer controle, em certa medida, por menor que seja, elas tornam-se cooperativas e passam a perceber-se como capazes de exercer maior controle.

As crianças, geralmente, procuram informações sobre seu estado físico (Whaley e Wong, 1989). Fornecer a informação correta solicitada por elas, proporcionar preparo prévio aos procedimentos e orientá-las sobre o foco de suas preocupações, são condutas que ajudam muito na diminuição do medo e da ansiedade.

O constrangimento entendido como acanhamento, embaraço ou vergonha foi percebido em pelo menos três crianças. Cristina ficava envergonhada quando era submetida ao exame físico e quando necessitava urinar na presença de pessoas da equipe. Fátima, de forma semelhante a Cristina, se envergonhava de urinar na presença de pessoas da equipe. É provável também, que ficasse embaraçada, às vezes, por emitir gritos exagerados, demonstrando perda de auto-controle.

Whaley e Wong (1989) referem que a maioria das crianças entre nove e dez anos demonstra pouco medo ou resistência manifesta à dor. A tendência destas crianças é tentar agir corajosamente; caso apresentem, porém, sinais evidentes de resistência como morder, chorar, chutar e outros, tendem a negar tais reações principalmente para não perder o status dentro do grupo. Indo ao encontro das colocações destes autores é possível supor que Fátima tenha se sentido envergonhada pelos momentos em que perdeu o auto controle. Cabe lembrar que apesar de ter apenas sete anos de idade, sua mãe disse que suas

atitudes eram típicas de uma criança de mais idade.

Rosa constrangia-se constantemente, e, por vezes, tentava esconder o rosto sob os lençóis. Sua conduta talvez tenha sido decorrente do fato de ela ser uma pré-adolescente e estar despida na cama, protegida apenas por um lençol. É possível, também, que parcela desse constrangimento pudesse ser atribuído às precárias condições de higiene corporal que exibia.

As alterações na aparência física que caracterizam a puberdade vêm acompanhadas de mudanças do auto controle e das respostas emocionais. Os sinais visíveis da maturação sexual feminina, aparecem, normalmente, na seguinte ordem: *"aumento pondero-estatural rápido, mudanças nas mamas, alargamento da bacia, crescimento de pelos pubianos, aparecimento de pelos axilares, menstruação e diminuição abrupta do crescimento linear"* (Whaley e Wong, 1989, p. 344).

As alterações físicas e as rápidas mudanças da imagem corporal que ocorrem nos adolescentes durante o desenvolvimento puberal, freqüentemente os deixam inseguros em relação a seus corpos. A hospitalização, a doença e os procedimentos aumentam sua preocupação com a normalidade. Eles podem reagir a estas situações fazendo muitas perguntas, retraindo-se, rejeitando outras pessoas ou questionando a adequação da assistência.

As mudanças sexuais que ocorrem neste período fazem com que os adolescentes se preocupem muito com a privacidade. Quando esta necessidade de privacidade for desrespeitada, pode provocar um estresse maior do que a dor física. Cabe ressal-

tar, também, que eles procuram saber se seu desenvolvimento é normal, dentro dos padrões aceitáveis, através da observação atenta das reações dos outros em relação à sua aparência (Whalley e Wong, 1989).

Pelo que pode ser revelado por meio desta pesquisa, o sofrimento psicológico manifestou-se predominantemente através de sentimentos tais como medo, nervosismo, ansiedade, insegurança, tristeza, solidão, preocupação e constrangimento. Este sofrimento psicológico poderá ser eliminado ou, ao menos, amenizado se a criança e seus familiares forem preparados para as situações que irão vivenciar, bem como se a equipe souber identificar estas manifestações e atender às necessidades da criança e de sua família.

#### O Enfrentamento da Situação

A maneira como as crianças que estiveram na UTIP enfrentaram a situação, diferenciou-se em alguns aspectos porém foi semelhante em outros. No início da internação a maioria delas manteve uma atitude passiva e pouco cooperativa. Com o decorrer dos dias, geralmente, aumentavam suas atividades e passavam a aceitar a situação e a cooperar com o tratamento.

Com a finalidade de tornar mais clara a exposição deste tópico, esta foi dividida em duas partes: a primeira diz respeito à conduta passiva e à conduta ativa e a segunda refere-se à aceitação e à cooperação.

##### ● Conduta passiva e conduta ativa

A admissão de uma criança em uma UTIP, geralmente, vem

acompanhada de numerosos fatores estressantes para a criança e seus familiares.

A natureza e a gravidade da doença, com certeza, são os fatores principais, acrescidos da presença de pessoas desconhecidas falando sobre a criança, porém, eventualmente, com ela. Outros fatores como a área física, os aparelhos, as luzes constantemente acesas e os ruídos estranhos, a sensação de urgência e a alteração de sua rotina diária podem impressionar, assustar e intimidar a criança (Whaley e Wong, 1989).

O modo como as crianças enfrentam a situação de hospitalização geradora de sofrimento físico e psicológico, fez com que a maioria demonstrasse uma **conduta passiva** no início da internação.

No âmbito deste trabalho, entende-se situação como transformações que afetam as interações entre o organismo e o meio e que provêm do meio ou ambiente. Nesta perspectiva, condutas são transformações das interações entre o organismo e o meio, que provêm do indivíduo (Lagache, 1988).

Conduta, portanto, é *"compreendida como o conjunto de respostas significativas pelos quais o ser vivo em situação integra as tensões que ameaçam a unidade e o equilíbrio do organismo"* (Lagache, 1988, p. 70).

Dizer que as crianças tiveram uma conduta passiva, refere-se ao fato delas permanecerem sem ação, inertes, aparentemente indiferentes ao que estava acontecendo. Como já foi referido anteriormente, a maioria das crianças entre nove

e dez anos demonstram pouco medo ou resistência à dor. Em geral suas manifestações são de natureza passiva, parecendo que tentam agir corajosamente (Whaley e Wong, 1989).

Por exemplo, Tânia parecia mera expectadora do que acontecia e Flávio não queria fazer nada.

Esta conduta pode ser decorrente do estado clínico com o qual chegaram ao hospital ou da reação ao ambiente e às pessoas estranhas que encontraram na UTIP, ou ainda das características da faixa etária.

De todas as crianças, apenas Rosa manteve esta conduta passiva durante toda sua estada na UTIP. Observava furtivamente o ambiente e as pessoas. Quando a enfermeira se aproximava, fechava os olhos fingindo dormir, ou encolhia-se na cama escondendo-se sob os lençóis. Era retraída, pouco comunicativa, com muita dificuldade de verbalização. Não olhava para as pessoas para conversar e parecia desconfiada.

A equipe de enfermagem considerou esta conduta constantemente passiva de Rosa, como consequência de suas características pessoais e ao pouco tempo em que permaneceu na UTIP, o que não possibilitou uma maior interação com a equipe. Muitas vezes a criança tímida torna-se silenciosa e sem resposta (Lanning, 1985).

Estes aspectos da conduta passiva podem ser, em certa medida, compreendidos a partir das colocações de Montessori (198 , p. 190-191): *"a criança traz consigo uma convicção de inferioridade e impotência (...) O desencorajamento mais profundo é o que decorre da convicção de 'não poder' (...) A*

*possibilidade de realizar esforços extingue-se antes mesmo de ser posta à prova e produz a sensação de incapacidade antes da experiência".*

Cabe ao adulto encorajar a criança à ação dizendo-lhe que é capaz de fazê-la e que sua ação será valorizada, diminuindo talvez o sentimento de incapacidade e inferioridade em relação aos outros, que a impede de participar das situações. Estes sentimentos podem levar a criança à timidez, à indecisão, à repentina esquivia diante das dificuldades e críticas, ao desabafo por meio do pranto.

Das dez crianças, Miriam e Lúcia não passaram por um período, no início da internação, no qual mostravam uma conduta passiva.

Miriam também permaneceu pouco tempo na UTIP mas desde o início apresentou uma conduta mais ativa, ou seja, reagia aos estímulos que recebia, questionando, chorando, movimentando-se. Respondia quando questionada, expressava sua preocupação em relação ao ambiente desconhecido, perguntava quem eram as pessoas que entravam no seu box e o que iriam fazer. Pouco dormiu, falando e movimentando-se constantemente. Pareceu sentir-se descontente, pois reclamava muito e dizia que queria sair da UTIP e ir com a mãe. Ao mesmo tempo, manifestou desconfiança em relação as colocações da mãe, pois esta não lhe havia dito que iria para a UTIP.

A conduta ativa foi interpretada pela equipe de enfermagem como evidência de que a menina estava descontente e "desconectada" do ambiente. Esta percepção pode estar



relacionada ao conhecimento do diagnóstico de tumor cerebral ou ao fato de que uma conduta mais ativa não é comum nas crianças quando chegam na UTIP.

Lúcia, desde o início da sua internação, manteve-se lúcida e orientada pois conversava com a mãe, demonstrando interesse por tudo o que ocorria na UTIP e manifestando desejos relacionados às atividades da vida diária.

Fátima, Cristina, Sérgio e André, tiveram condutas instáveis, ora mais passivas, ora mais ativas.

A mudança de uma conduta mais passiva para mais ativa estava relacionada com a melhora clínica, com a diminuição da frequência dos procedimentos e também com sua familiaridade e tempo de permanência na UTIP.

A mudança de conduta de Sérgio, por exemplo, reflete o que normalmente ocorre com as crianças, com o passar do tempo e com a melhora de suas condições clínicas. Sérgio no início da internação na UTIP era extremamente passivo, não fazia nada sozinho, parecia indiferente e conformado com tudo. Com a melhora clínica e o passar do tempo, aproximadamente uma semana, sua conduta foi modificando-se. Conversava com a equipe, demonstrava satisfação ao falar das promessas feitas pelo pai, fazia trabalhos manuais com os quais, presenteava os elementos da equipe de enfermagem. Progressivamente foram sendo modificadas as cores que utilizava em seus trabalhos, passando do preto e cinza para cores vivas. Participava do ambiente e de algumas decisões sobre seu tratamento. Pedia para passear pela unidade e para isto controlava o término do

soro e o horário.

Apesar da conduta passiva inicial da maioria das crianças, muitas ficavam atentas ao que existia e ao que se passava no ambiente mais próximo, e algumas questionavam o que não sabiam.

Cristina e Rosa, por exemplo, controlavam cuidadosamente o monitor cardíaco; quando Cristina percebeu alteração no seu traçado, tomou a iniciativa de chamar por ajuda.

A mudança de conduta da criança quando estava na UTIP, se comparada a sua conduta habitual fora do hospital, não parecia ser uma constante. Tânia que parecia alheia ao que ocorria a sua volta disse que se sentiu bem na UTIP, assim como André também. Ambos não modificaram sua conduta e corresponderam às expectativas de seus familiares.

Helena por sua vez, surpreendeu a família e a equipe de enfermagem com sua conduta. Estava receptiva, comunicativa e participativa. Informava que estava bem e demonstrava interesse por tudo o que ocorria na UTIP. O único momento em que não cooperou, foi quando solicitaram que saísse da cama. Provavelmente tinha ficado com medo da dor, ao movimentar-se. Sua conduta como um todo, refletiu o preparo prévio que recebeu da psicóloga e do médico de sua cidade de origem, complementado pelas orientações recebidas nesse hospital; ultrapassou a expectativa de sua família e da equipe de enfermagem.

Lúcia, ao contrário, apresentou uma conduta diferente da sua conduta habitual, revelando maior instabilidade e

agressividade na sua relação com a mãe. Esta agressividade também aparecem, em determinados momentos, em relação à equipe de enfermagem. Para a mãe, esta mudança de conduta se tornou mais nítida com o uso do dreno de tórax.

Para a equipe, chamou a atenção o comportamento de Lúcia de chupar bico quase constantemente; visto que ela tinha seis anos, isto foi considerado regressivo e resultante da situação de hospitalização na UTIP. Entretanto os familiares esclareceram que este comportamento era habitual, mesmo antes da hospitalização.

#### ● Aceitação e cooperação

As reações das crianças ao estresse da doença e da hospitalização podem ser diferenciados segundo a faixa etária, embora isto não possa ser rigidamente delimitada.

Whaley e Wong (1989) descrevem as condutas de crianças em idade pré-escolar (de três a cinco anos) e crianças em idade escolar (de seis a doze anos) as quais mostram estas diferenciações nas reações. A criança na fase de três a cinco anos, em situação normal, tende a ser mais madura e auto-suficiente que a criança menor. Na situação especial de doença e hospitalização, no entanto, não são tão capazes de lidar com a separação; está presente o temor pela perda de controle, pela lesão corporal e pela dor ou seja, o medo dos procedimentos invasivos, e das mutilações. Suas reações, nesta situação, tendem a ser um protesto menos direto e agressivo do

que no caso da criança pequena, porém também com desesperança e negação. Pode haver agressão física e verbal assim como regressão manifestada através de dependência, retraimento, sentimento de medo, ansiedade, culpa, vergonha e comportamento imaturo.

As crianças de seis a doze anos de idade, em geral, temem a separação dos pais e de seus pares, bem como a perda do controle através da dependência imposta e dos papéis familiares alterados. Temem também a lesão corporal e a dor, a própria doença, a incapacidade e a morte. Normalmente, não são observados, nestas crianças, comportamentos de protesto, desesperança ou negação. Aceitam passivamente a dor e mantém-se rigidamente quietas. São crianças que tentam agir com coragem, comunicam sua dor, buscam informações e podem tentar adiar um procedimento (Whaley e Wong, 1989).

No presente estudo, embora as crianças pertençam ao grupo dos escolares (as idades variam de seis a doze anos), as reações à situação vivenciada não se restringem àquelas esperadas para este grupo etário.

A maioria das crianças cooperava com o tratamento e observava atentamente os aparelhos, demonstrando certa preocupação de que tudo corresse bem. O monitor cardíaco e o dreno de tórax pareciam despertar muita atenção das crianças. Também os cateteres e os soros eram alvo dos seus cuidados.

Muitas vezes, entretanto, as crianças não cooperavam, deixando de seguir as orientações da equipe de enfermagem, como foi o caso de Flávio. Comportamento este, bem oposto ao

de Helena que seguia as orientações recebidas, imediatamente.

A maioria das crianças permitia e até cooperava na realização dos procedimentos. Apesar de não gostarem devido ao desconforto e/ou à dor que sentiam, aparentemente, entendiam sua necessidade.

Algumas concordavam com a realização dos procedimentos sem apresentar sinais evidentes de rejeição, como por exemplo, Rosa ou Cristina que não choravam ou mesmo André que, apesar de muito assustado, também não chorava. Helena os permitia frente à possibilidade de alta da UTIP. Sérgio passou a colaborar com a realização dos procedimentos no decorrer da internação. Fátima permitia-os quando se sentia bem ou frente à ameaça da equipe de enfermagem de realizar o procedimento de modo diferente porém mais desagradável. Quando havia uma piora clínica, porém, a menina chorava, berrava e esperneava.

Flávio chorava, gritava, pedia socorro, tentava ganhar tempo, mas acabava por permitir que os procedimentos fossem realizados.

Esta dificuldade de auto-controle aliada à extrema dependência do pai e da mãe fez com que a equipe de enfermagem qualificasse sua conduta de regressiva devido à situação de hospitalização na UTIP, pois era uma criança de nove anos de idade. Neste caso, também, apareceu uma divergência entre a percepção da equipe de enfermagem e dos familiares, visto que para estes últimos a conduta de Flávio não havia se modificado na UTIP.

Outras crianças como, por exemplo, Miriam e Lúcia, não

cooperavam e dificultavam a realização dos procedimentos e/ou dos exames, por mais simples que fossem.

Para Whaley e Wong (1989), a reação frente aos procedimentos difere entre as crianças. Enquanto alguns preferem participar do procedimento, outros nem querem olhar. A maioria, entretanto, gosta de explicações sobre os procedimentos, o que diminui seu medo. Alguns tentam adiar o procedimento como forma de exercer controle. As mesmas autoras colocam, ainda, que as crianças em idade escolar normalmente não iniciam um diálogo sobre seus sentimentos e não solicitam diretamente apoio ou ajuda, embora os aceitem de bom grado. Já as crianças em idade pré-escolar manifestam ansiedade relacionada à incerteza, ao medo, à dor ou à separação através de comportamentos como agarrar-se aos pais, recusar-se a brincar com outras crianças, voltar a meios não-verbais de comunicação, desejar colo ou recusar-se a ficar sozinha. Frequentemente pedem "Me ajude".

Determinadas atitudes reveladoras de rejeição à realização dos procedimentos eram características de algumas crianças. Lúcia implorava ajuda para sua mãe, pedindo que ela a acudisse pois a estavam maltratando. Acusava as equipes médica e de enfermagem de serem responsáveis pela sua dor e perguntava à mãe por que permitia que lhe fizessem os procedimentos.

Flávio gritava, pedia socorro para o pai, fazia acusações e dizia que preferia morrer. Quando não estava bem, Fátima chorava, berrava e esperneava. Miriam, Tânia, Cristina e Rosa

choravam. Sérgio choramingava, ficava irritado e solicitava que o pai o massageasse.

André por sua vez demonstrou grande auto-controle, agüentando todos os procedimentos sem chorar embora lhe fosse dado liberdade para tanto. Isto fez com que a equipe de enfermagem considerasse sua conduta como sendo "muito adulta" para sua idade. O único momento em que perdeu o auto-controle foi quando houve necessidade de colocar uma segunda sonda nasogástrica concomitante com a primeira. Segundo seus pais, André sabia que tinha passado por uma fase difícil e que tudo o que fora feito, era para salvá-lo e não para machucá-lo. Sabia também, que fora feito o possível e o impossível para salvá-lo.

De um modo geral, as crianças se adaptaram à UTIP. Com o passar do tempo tornam-se receptivas, comunicativas e participativas. Apenas Miriam e Rosa não se adaptaram a aquele ambiente até então desconhecido. Pode ser dito com certeza que foi pelo pouco tempo que lá permaneceram. Cristina apesar de não querer ficar sozinha e muitas vezes demonstrar constrangimento, também se ambientou.

Apesar disto, grande parte destas crianças verbalizavam que queriam sair da UTIP e apresentavam justificativas variadas para isto. Helena queria sair da UTIP para poder ficar com mais familiares no quarto. Cristina sentia falta de brinquedos e sabia que quando tivesse alta da UTIP, poderia brincar na sala de recreação. Fátima queria sair quando piorava seu estado clínico. Provavelmente para fugir de uma



série de procedimentos que eram necessários para que melhorasse novamente. Flávio queria voltar para seu quarto, talvez para fugir dos procedimentos da UTIP. Sérgio não chegava a pedir para ir para o quarto, mas diariamente saía, a seu pedido, para passear de cadeira de rodas pela unidade, onde encontrava outros familiares.

Se para algumas crianças a rejeição à situação de hospitalização se expressava por meio da manifestação do desejo de sair da UTIP, ao mesmo tempo, como nos casos de Tânia e Sérgio, havia aparentemente uma aceitação de toda essa situação, apesar da manifestação desse desejo.

Por outro lado, André parecia tão adaptado que não queria sair da UTIP; provavelmente por não conhecer a unidade para onde seria transferido, o que lhe exigiria nova adaptação. Fátima, quando estava bem, também não queria sair da UTIP pois já conhecia as pessoas e a UTIP.

O comportamento das crianças, aparentemente, também era muito influenciado pelo comportamento dos pais. Os pais de André eram extremamente tranquilos e cooperativos, o que, com certeza, contribuiu para o seu desempenho. Da mesma forma os pais de Sérgio. Este fato também ficou muito claro em relação à Fátima. Quando os pais estavam tranquilos, ela também estava, mas quando os pais estavam ansiosos, a menina ficava inquieta, e cooperava menos. Esta mudança de comportamento, geralmente estava relacionada ao estado geral da criança, o mesmo ocorrendo com Cristina e Lúcia.

As reações imediatas dos pais, principalmente a de

ansiedade é contagiosa, ou seja, os pais que manifestam ansiedade na presença de seus filhos, transmitem suas emoções para a criança. Portanto as reações das crianças podem ser influenciadas significativamente pelo estado emocional da mãe, do pai ou do adulto que interage com ela (Teichman et al, 1986, Neira Huerta et al, 1986).

Em suma, a cooperação e a aceitação das orientações dadas pelas equipes médica e de enfermagem bem como da realização dos procedimentos foram se tornando mais evidentes para a maioria das crianças, com o passar dos dias. Para tanto, contribuiu de forma decisiva a melhora clínica e a conseqüente diminuição do número de procedimentos realizados, bem como a presença e a reação dos pais e a interação com a equipe.

#### **A Presença dos Familiares**

A separação da família é o maior estressor para a criança de qualquer idade, em conseqüência da dependência que ela tem de seus pais para superar as dificuldades (Stevens, 1981).

Estudos realizados ou apresentados por Bowlby (1988), enfatizam os efeitos danosos que a privação dos cuidados maternos causam às crianças pequenas. Embora os riscos sejam menores para as crianças de cinco a oito anos, é provável que muitas delas não sejam capazes de se adaptarem às separações, principalmente se forem repentinas e sem preparação prévia. O autor faz referências, por exemplo, a um estudo no qual foram

observadas as reações de crianças de dois a doze anos de idade, hospitalizadas; constatou-se que todas elas apresentaram perturbações iniciais, geralmente relacionadas à separação dos pais, embora estas tenham sido mais acentuadas nas crianças de dois a quatro anos (Bowlby, 1988).

Após os três ou quatro anos de idade, a privação dos cuidados maternos tem como consequência uma necessidade excessiva de afeto e exagerados impulsos agressivos, provocando na criança conflito interno, infelicidade e atitudes sociais muito negativas. Associado a isto, para muitas crianças, a separação é percebida como punição na medida em que pensam que foram castigadas por terem sido más. Quando este sentimento errôneo não é expresso, se torna mais aterrador (Bowlby, 1988).

Em face de estudos realizados, na maioria dos pesquisadores e profissionais que, atualmente, estudam ou atendem à criança enfatizam a importância da permanência dos pais junto à criança hospitalizada independente de sua faixa etária (Stevens, 1981; Lanning, 1985; Neira Huerta, 1985; Nascimento, 1985; Rossetti-Ferreira, 1986; Issi, 1989; Motta, 1990; Zamo et al, 1990; Ribeiro, 1990).

Corroborando este posicionamento, recentemente foi divulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente que lhes dá o direito de ter a presença de seus pais quando hospitalizados (Brasil, 1990).

Bowlby (1988, p. 165), acentua: "... manter a criança em contato com seus pais deve ser considerado o primeiro

*princípio de assistência psicológica a uma criança doente...*".

Permitir e estimular a presença do pai ou da mãe junto à criança hospitalizada é de extrema importância tanto para a criança como para sua família, visto os fatores estressantes decorrentes da separação da criança de sua família, acrescido dos decorrentes da sua doença e da sua hospitalização.

Prever uma assistência à criança que permita o acompanhamento dos seus familiares e considerá-los como elementos integrantes da equipe, caracteriza uma assistência fundamentada em princípios que valorizam a promoção e manutenção das inter-relações afetivas entre a criança e a família (Nunes, 1990). Considera também a criança como um todo e objetiva atender a todas suas necessidades.

A grande maioria das crianças teve a presença do pai ou da mãe quase constantemente ao seu lado, durante o período de internação na UTIP. Os períodos de ausência geralmente eram eventuais e pequenos, seguindo a rotina da própria unidade que solicita que os acompanhantes se ausentem durante a passagem de plantão entre os turnos e durante os round.

Os round consistem na discussão sobre o estado de saúde da criança, planos e condutas propostas, realizadas diariamente, com a participação da equipe médica e dos enfermeiros (Sant'Anna et al, 1988).

Apenas o pai e a mãe de Tânia não permaneceram com ela na UTIP pois ambos tinham que trabalhar. Eles explicaram esse motivo para a filha e a beijavam ao se despedirem.

Dos familiares que permaneceram com seus filhos, apenas o

pai e mãe de Sérgio, não ficavam durante a noite. Esta decisão se devem ao fato de Sérgio ter vindo para a UTIP após um longo período de internação na unidade pediátrica e não haver uma previsão do tempo que permaneceria ainda hospitalizado. Eles próprios justificavam sua conduta de forma plausível, dizendo que ao irem para casa à noite, no outro dia estariam descansados e com mais condições para ajudar o filho.

Das nove crianças cujos familiares permaneciam na UTIP, seis tinham a mãe a maior parte do tempo, ao passo que, apenas três tiveram maior tempo o pai. Este fato, provavelmente, está muito relacionado à disponibilidade de tempo dos proenitores e ao relacionamento muito próximo das crianças com a mãe, no dia a dia. A interação mais intensa da mãe com os filhos e as filhas é determinada também pela cultura patriarcal dos diversos segmentos de nossa sociedade; segmento esta, cuidar das crianças em todos os seus aspectos é função essencial da mulher (Bernardes, 1989). Para Schmitz (1989), a presença mais freqüente da mãe junto à criança está relacionada a situações anteriores que as uniram, iniciando pela própria gestação e pela amamentação, acrescidas da função cultural de ser mãe, a quem são atribuídos a proteção, os cuidados e o atendimento das necessidades, dependências emocionais e físicas da criança.

Cabe ressaltar o caso de Helena, cuja mãe, embora permanecendo no hospital durante todo o período de internação da filha, não se sentia em condições emocionais de ficar junto dela na UITP. O pai e a irmã se revejavam junto a ela. A

presença do pai de Sérgio também era mais constante do que a da mãe e foi identificada uma interação maior entre pai e filho do que entre mãe e filho.

Embora o pai e a mãe de Flávio se revesassem para permanecer com ele na UTIP, a presença do pai, foi aparentemente, mais constante do que a da mãe.

Rossetti-Ferreira (1986) faz referência a uma série de estudos que enfatizam a importância do pai com objeto de apego. Embora, a criança normalmente procure e prefira a mãe, quando o estresse externo e interno são mais intensos como a fadiga ou a doença, em situações de menor estresse, a criança estabelece com o pai interações, sobretudo de jogo.

A pessoa objeto de apego não é exclusivamente a mãe, embora na grande maioria das vezes, o seja. A mesma autora fazendo referência a estudos realizados por outros pesquisadores afirma que *"a aproximação da mãe ou da figura de apego atenua substancialmente na criança o medo a estranhos ou a estímulos novos, e facilita a exploração de um ambiente estranho"* (Rossetti-Ferreira, 1986, p. 22).

As crianças em sua totalidade desejavam a presença da mãe e do pai, e isto era evidenciado de várias formas. Através da manifestação verbal desse desejo como Miriam e Cristina o fizeram ou como Fátima que ordenava que a mãe não se afastasse dela e dizia da tristeza que sentia na sua ausência. Através da tentativa gestual de retê-los, como Miriam que segurava-os fortemente pelas mãos. Também através do choro de Miriam quando os pais se afastavam e da alegria demonstrada por Tânia

com a chegada do pai. E ainda, através da solicitação de atenção constante por parte de Lúcia, André, Cristina e Fátima, bem como dos pedidos para que os pais fizessem por eles atividades simples.

A presença dos familiares era mais solicitada pela maioria das crianças na hora da realização dos procedimentos. Muitas vezes só permitiam que estes se realizassem na presença deles.

De maneira oposta, algumas crianças como Flávio e Fátima mostravam-se mais cooperativos em certos momentos na ausência da mãe e do pai, sendo mais chorosos, mais resistentes aos procedimentos ou tendo reações mais esageradas na presença deles.

Nascimento (1985, p. 20) citando Velloso e Salk afirma: *"o ambiente estranho do hospital provoca o aumento da tensão emocional da criança, pelo medo de ser abandonados, de perder o afeto da família, da ameaça de situações dolorosas e de necessidade de amor e segurança que lhe faltam com a ausência dos pais"*.

Numerosos autores citam resultados positivos advindos da permanência dos pais durante a hospitalização de seus filhos. Alguns destes resultados são assim descritos: reduz os traumas psicológicos e emocionais do período de hospitalização; proporciona melhor adaptação ao ambiente hospitalar; facilita a aceitação e a resposta à terapêutica; proporciona a recuperação rápida; reduz o tempo de permanência hospitalar; evita os efeitos nocivos da separação criança-família. Estes



resultados são favorecidos pela presença do pai e/ou da mãe porque a criança busca e encontra neles segurança, apoio, ajuda, orientação, proteção para o desconhecido e para o sofrimento; desta forma suporta melhor os sentimentos desencadeados pela doença e hospitalização (Neira Huerta, 1985; Nascimento, 1985; Schmitz, 1989; Santos et al, 1984a; Carvalho e Tobias, 1989; Ribeiro, 1990).

Algumas crianças percebiam o pai ou a mãe como protetores que tinham o poder mágico de impedir a realização dos procedimentos ou de evitar situações desagradáveis.

A criança fantasia, e para ela, todo adulto é poderoso, onipotente e capaz de realizar seus sonhos e desejos. Este sentimento tem respaldo nos contos de fadas e romances infantis nos quais são obtidos favores e riquezas de modo fantástico e que supera a capacidade humana (Montessori, 198 ).

É de conhecimento geral na área de enfermagem pediátrica que a criança necessita de apoio durante a realização dos procedimentos e que as principais fonte de apoio são seu pai e/ou sua mãe. Ela os vê como fonte de segurança, conforto, bem-estar e como alguém que "melhora as coisas". Assim sendo, quando os familiares colaboram durante a execução dos procedimentos, a criança poderá identificá-los como cúmplices e culpá-los por permitirem que lhe causem dor (Whaley e Wong, 1989).

Este fato ocorreu com Lúcia que, vivenciando sua primeira experiência hospitalar, culpava e acusava a mãe por permitir a realização dos procedimentos que lhe causavam dor.

No entanto, Miriam só permitia a realização de exames na presença da mãe. Rosa também reagia melhor na presença do pai e/ou da mãe. Flávio verbalizava durante o choro "Pai me salva!".

Uma conduta mais dependente da criança representa, geralmente, a regressão a comportamentos mais estáveis e confortadores. No caso da criança em idade pré-escolar, por exemplo, a ansiedade relacionada à incerteza, ao medo, à dor ou a separação, pode ser expressa por meio de *"comportamento como agarrar-se aos pais, recusar-se a brincar com outras crianças, voltar a meios não verbais de comunicação, desejar colo ou recusar-se a ficar sozinha*. Comumente usam a expressão "Me ajude" (Whaley e Wong, 1989, p. 444).

O contato físico como levar ao colo, segurar as mãos, colocar a passar a mão na cabeça ou fazer uma massagem, muitas vezes colocava-se como uma necessidade da criança para se sentir mais protegida e mais tranqüila.

Schmitz (1989) manifesta-se quanto a este aspecto dizendo: *"O cuidado físico e o contato corporal são manifestações de amor e/ou são percebidas como tal"* (p. 191). A criança, independente da idade, tem grande necessidade da companhia e do afeto familiar, especialmente se ela estiver em estado grave ou em isolamento.

Perceber o pai e a mãe como protetores fez com que algumas crianças igualmente, verbalizassem que se sentiam sozinhas e com medo, durante a ausência dos familiares. Outras diziam que se sentiam mal ou "ruim", tristes, com saudades e

algumas choravam pela presença deles. A maioria não gostava nem que eles saíssem um pouco do seu box.

Ter medo e sentir-se sozinha na ausência do pai e da mãe, pode fazer aflorar, na criança, a fantasia de abandono ou punição por algo errado que tenha feito.

Em estudo realizado por Eiser e Patterson (1984), com crianças de cinco a dez anos de idade, foi constatado que as crianças entendem que os aspectos negativos relacionados com a hospitalização envolvem tédio, solidão, a possibilidade de dor e de morte. As respostas relacionadas à "pior coisa da hospitalização" foram categorizadas como fatores associados à doença ou como fatores sociais. Fazem parte destes últimos, a saudade de amigos e familiares, estar entediado e assustado. Neste grupo de crianças, a frequência destas respostas aumentou com a idade.

Divergiam desse padrão, Rosa e Tânia. Rosa não solicitava a presença do pai e da mãe; isto provavelmente se deveu ao fato de ela ser uma menina extremamente encabulada e, conseqüentemente, apresentar uma conduta mais passiva. Tânia, por sua vez, não chamava pelo pai e pela mãe pois sabia que não poderiam ficar na UTIP; verbalizou, entretanto, que era desagradável ficar sem eles e que gostaria que estivessem com ela.

Existem vários motivos que podem dificultar a permanência dos familiares junto aos filhos ou às filhas hospitalizadas. Entre outros, podem ser citados, a existência de outros filhos, os afazeres domésticos, o emprego e a falta de condições

monetárias para o transporte e alimentação. É necessário fazer referência também a alguns motivos de ordem psicológica como intolerância, pânico frente à situação hospitalar e afastamento progressivo frente à possibilidade de perda do filho ou da filha. A equipe precisa ficar atenta para não exigir a presença da família, se ela não tiver condições de ficar, pois poderá fazer com que ela se sentia culpada (Santos et al, 1984c).

Pode ser constatado que a maioria das crianças tinham um bom vínculo afetivo com seus pais, porém com André, Helena, Flavio e Sérgio, essa relação era muito forte. Provavelmente, não estava relacionado apenas às hospitalizações da criança mas sim, à qualidade do relacionamento prévio existente entre eles.

Os comportamentos em relação aos familiares pareciam estar mais relacionados às características individuais de cada criança do que com a situação de hospitalização. Enquanto Helena, segundo a percepção da equipe de enfermagem, era extremamente carinhosa, Lúcia, muitas vezes, mostrava-se agressiva com a mãe, batendo em seu braço, não lhe respondendo e dizendo que estava com dor, toda a vez que esta não atendia a suas solicitações.

As crianças, de uma modo geral, eram sinceras e espontâneas nas suas manifestações. Assim como convidavam o pai ou a mãe para brincarem e mantinham longas conversas, também manifestavam seus desgostos, como Miriam que expressou sua desconfiança nas colocações da mãe.

Para que seja mantida uma relação de confiança e segurança com a criança, é imprescindível que tanto os familiares quanto as equipes falem sempre a verdade, orientando-a sobre os procedimentos e as situações que experienciará. Caso a verdade não prevaleça, a criança perde a confiança, sentindo-se ansiosa e desprotegida (Tobias et al, 1986, Schmitz, 1989).

Algumas crianças, como Lúcia, Flávio e Fátima monopolizavam a atenção dos familiares por vezes demonstrando ciúmes como, por exemplo, Fátima que disse para a mãe que ela fosse cuidar da criança do box ao lado; por vezes, ficando irritados, respondendo de forma ríspida, quando o pai ou a mãe desviavam sua atenção para outra criança ou outra pessoa.

Os pais e as mães mostravam ser pessoas dedicadas e cooperativas e sempre que podiam, atendiam às solicitações dos filhos ou das filhas. Isto foi uma constante nas mães de Lúcia, Cristina e Fátima e nos pais de Helena, Sérgio e Flávio que ajudavam na alimentação, auxiliavam nas eliminações e movimentação no leito, estimulavam a participavam na recreação, de suas crianças. Eles achavam bom participar e ver com os filhos e filhas eram cuidados. A maioria gostou do trabalho que viu sendo realizado pelas equipes.

Além disto, os familiares procuravam, por meio do diálogo com as crianças, fazer com que se sentissem mais tranquilas e menos resistentes à hospitalização. Diziam que estavam ali ao seu lado e que não as deixariam sozinhas. As mães de Lúcia, Helena e Cristina, enfatizavam que estava tudo bem e a de

Miriam justificavam para a filha a troca de hospital e reforçava que logo ela sairia da UTIP.

A mãe de Lúcia explicava à filha a necessidade e o tempo de permanência dos drenos, prometendo que logo seriam retirados e fazia planos para após a alta.

O pai e a mãe de Tânia, Sérgio e Fátima estimulavam os filhos para que aceitassem a hospitalização. A mãe de Lúcia pedia que ela não se agitasse e tivesse cuidado com os aparelhos, porém não enfatizava a necessidade de cooperação da filha. O pai de Flávio, solicitava que ele se acalmasse e cooperasse durante a realização dos procedimentos.

Na filosofia da assistência da UTIP, os familiares são considerados integrantes da equipe multidisciplinar que assiste a criança (Sant'Anna et al, 1986). Eles são as pessoas que melhor conhecem a criança e grande parte dos cuidados que esta necessita, são de conhecimento do pai e/ou da mãe e realizados por ele antes da hospitalização. Podem realizar os cuidados relacionados às atividades da vida diária, como por exemplo, alimentação, higiene, conforto e recreação. Recebem, quando necessário, orientação das equipes médicas e de enfermagem, as quais realizam os procedimentos mais elaborados.

A participação dos familiares nos cuidados da criança hospitalizada na UITP, traz vantagens para a criança, a família e para as equipes. A criança mantém seus laços familiares o que é vital para seu ajustamento social e psicológico durante a hospitalização. Os pais se sentem

participantes da recuperação do filho ou da filha, assim como se sentem seguros ao verem o tratamento que eles recebem das equipes. As equipes aprendem com os pais a respeito da criança.

Durante sua permanência na UTIP, alguns familiares às vezes, colocavam-se ao lado das crianças e apenas as observavam; outras vezes tentavam distraí-las. O pai e a mãe de Sérgio, por exemplo, traziam materiais para sua recreação como revistas, esculturas, cadernos e livros e tentavam adaptar-se as rotinas da unidade. Levavam-no a passear de cadeira de rodas pelos corredores das unidades e na sala de recreação. Combinavam com os demais familiares para que viessem vê-lo nestes períodos em que estava passeando fora da UTIP. Os pais de Flávio trouxeram-lhe revistas.

A reação dos familiares às manifestações verbais de dor dos filhos e das filhas não se mostrava homogênea. A mãe de Miriam tentava distraí-la, conversando sobre outros assuntos. A mãe de Lúcia verbalizava que sentia pena da filha, massageava seu abdômem, dizia que iria pedir ajuda e que a menina receberia medicação. Comunicava à equipe de enfermagem que a filha sentia dor e solicitava a presença do médico, demonstrando irritação e impaciência quando o equipe não dava analgésicos para a filha. O pai de Flávio informava a equipe de enfermagem sobre a dor que ele sentia. O pai de Sérgio fazia massagem no local da dor. A mãe de Fátima se aproximava da filha, acariciava suas mãos e dizia que a dor logo passaria.

Durante o período de internação dos filhos e das filhas



na UTIP, os familiares experienciaram **sentimentos** diversos. Sentiram preocupação, tristeza, pena, culpa, insegurança, ansiedade, irritação, medo da morte mas também segurança e gratidão. Estes sentimentos, entretanto, não se mostraram relacionados ao número de internações que as crianças tiveram.

Vários autores fazem referências aos sentimentos manifestados por pais que tiveram a filha ou o filho hospitalizado em uma UTIP. Alguns destes sentimentos são: medo, culpa e/ou hostilidade, insegurança e ansiedade. (Stevens, 1981, Tobias et al, 1986, Schmitz 1989, Carvalho e Tobias, 1989). Estes sentimentos são decorrentes dos estressores que agem sobre os pais durante este período. Para Wolterman e Miller (1985), os principais estressores são: a necessidade de informações sobre o estado de saúde de seu filho ou sua filha, o medo da morte, o isolamento da criança, o sentimento de desconfiança para o estafe da unidade, o sentimento de perda de controle, o ambiente estranho, a privação do sono, a exaustão física, as exigências familiares, e as preocupações financeiras. Lanning (1985), especifica um pouco mais, quando refere que os estressores para os pais estão relacionados com: os sinais, os ruídos e os aparelhos da UTIP; a aparência do filho ou da filha devido aos tubos e aos aparelhos; o comportamento do filho ou da filha, como rebelião e choro; as emoções da criança como medo, raiva e depressão; os procedimentos a que a criança é submetida, como aspirações e soros; o comportamento das equipes fornecendo explicações rápidas e não compreensíveis; a privação do papel dos pais.

Os pais e as mães da maioria das crianças mostravam preocupação pelo estado de saúde dos filhos e das filhas através de: perguntas que faziam sobre a evolução da doença, os exames, os procedimentos; informações que davam à equipe médica e de enfermagem; observação cuidadosa que faziam dos filhos e das filhas; estresse demonstrado frente à piora do quadro clínico da criança.

A mãe de Miriam, Lúcia, Rosa e André compartilharam o sofrimento das filhas e do filho e expressavam sentimentos de pesar ou tristeza. A mãe de Rosa verbalizou que a menina ficou muito traumatizada e a mãe de André disse que a SNG (sonda nasogástrica) machucou o filho e que foi "horrível tudo o que ele passou".

O uso de vários aparelhos parecia deixar os familiares particularmente preocupados e sentindo pena dos filhos. Isto ficou claro com o pai e a mãe de Helena e de Lúcia. A mãe de Lúcia chegou a dizer "Parece um cachorinho, todo atado". A mãe de Rosa ficaria penalizada pelas inúmeras punções que a filha já tinha recebido, dizendo que ela estava traumatizada.

A internação de um filho ou uma filha numa UTIP pode gerar no pai e na mãe o medo da morte, o qual torna-se mais intenso devido à insegurança quanto à evolução da doença. Este medo pode ser evidenciado na vigência de novos sangramentos, no caso do pai e da mãe de Fátima e André .

A mãe de Lúcia parecia bastante insegura em relação à evolução clínica da filha. As vezes se assustava pelo simples fato de a menina movimentar-se no leito ; perguntava para a

equipe se podia sair um pouco do box e o que podia e o que não podia fazer.

A mãe de André vivenciou sentimentos de perda frente à situação de risco que o filho passou. Chegou a verbalizar que o filho "nasceu de novo". Ainda assim, mesmo nos momentos mais críticos, a mãe preferia ficar junto ao filho.

Já os pais de Helena disseram que conheciam os riscos da cirurgia, mas não tinha noção da situação como um todo e se assustaram muito no primeiro momento. A mãe se sentiu "apavorada", sem condições de ficar com a filha na UTIP. Chorou com medo de perdê-la e a irmã desmaiou. Ficaram, no entanto, surpresos com as reações e a evolução da menina.

É comum o pai e a mãe se sentirem culpados pela doença dos filhos e das filhas. A mãe de Lúcia deixava transparecer este sentimento quando verbalizava, freqüentemente, que sempre havia cuidado bem da filha e mesmo assim ela ficara doente e que passaria a cuidá-la melhor ainda. Era extremamente tolerante para com a menina, inclusive em relação ao seu comportamento agressivo com ela. Tentava não contrariá-la embora nem sempre atendesse a suas solicitações. A mãe demonstrava cansaço e o verbalizava.

É provável que a associação destes sentimentos, medo, insegurança, culpa fizessem com que ficasse ansiosa com as queixas da filha e irritada com a demora da equipe em medicá-la.

Esses sentimentos reveladores do sofrimento vivenciado pelos familiares foram também acompanhados de sentimentos que

indicavam atenuação do sofrimento e possibilidades de encontrar tranqüilidade, em certa medida.

Isto só foi concretizado devido à permanência dos familiares na UTIP, durante a internação de seus filhos e suas filhas, a qual foi extremamente valorizada por todos.

Todos os familiares referiram que sua presença trouxe vantagens para as crianças e alguns acrescentaram os benefícios para eles próprios.

Alguns colocaram que permaneceram junto aos filhos e às filhas atendendo ao desejo deles de não ficarem sozinhos. Acharam importante atenderem suas solicitações pois nunca haviam ficado sozinhos anteriormente. Para eles, sua presença deixou as crianças mais seguras e tranqüilas. O pai de Helena disse que era suficiente que colocasse a mão sobre ela para que adormecesse. O pai de Sérgio acrescentou que a presença dos familiares faz como que a criança se sinta mais amada e facilita seu entrosamento com a equipe. O pai e a mãe de Sérgio, caso não tivessem podido permanecer com o filho não ficariam tranqüilos em se ausentarem por alguns períodos; só assim, puderam acompanhar de perto o tratamento, a evolução da doença, as reações, os resultados e puderam também entender a necessidade dos exames e de certa forma aceitar o prognóstico reservado.

Muitos pais e muitas mães auxiliavam nos procedimentos; sentiam-se mais tranqüilos quando podiam fazê-lo isto refletia-se na conduta da criança que também se tranqüilizava. Para Helena, o simples fato dos familiares ficarem ao lado

deles, já era uma forma de ajuda.

O pai e a mãe de André, o pai de Helena e o pai de Sérgio conseguiam manter-se muito tranqüilos, o que também refletiu-se no comportamento dos filhos. Da mesma forma, o comportamento mais tranqüilo ou menos tranqüilo de Fátima era influenciado pelo estado psicológico de seus familiares.

A criança costumam observar e imitar o comportamento dos adultos. Assim, quando a criança percebe as emoções de quem está por perto, ela tende a assumir a mesma emoção. Portanto, a ansiedade ou tranqüilidade dos familiares transmitem-se à criança como que por contágio, influenciando seu comportamento (Oliva Filho, 1985, Lanning, 1985, Neira Huerta, 1986, Schmitz, 1989).

Para que a presença do pai e da mãe repercuta favoravelmente sobre a criança, é necessário que eles sejam assistidos pelas equipes a fim de que compreendam, aceitem e possam colaborar na adaptação da criança à hospitalização (Valle, 1984).

O pai e a mãe de Sérgio estimulavam o filho a participar de tudo, verbalizavam seu comportamento quando o menino dizia que estava bem, apesar de não criarem falsas ilusões devido ao seu prognóstico reservado.

A mãe de Fátima manifestava seu contentamento quando a menina dizia que estava bem, mas parecia não ter dado importância ao medo da cirurgia manifestado pela filha. Os pais de Flávio esconderam-lhe os riscos da cirurgia. Já a mãe de Cristina entendeu o medo da morte verbalizado por ela e

tentou tranquilizá-la.

A maioria dos familiares gostou do atendimento e enfatizou que não conhecia outro hospital que permitisse sua permanência com os filhos, em uma UTIP.

A qualidade da assistência médica e de enfermagem bem como a supervisão constante e personalizada que a criança recebe na UTIP, fazem com que ela e seus familiares sintam-se confortados e experimentem certa segurança, apesar de todos os estressores ali existentes (Whaley e Wong, 1989).

A presença de um funcionário para cada criança foi mais um fator que colaborou para a segurança sentida pelos familiares, acrescida dos recursos tecnológicos utilizados na UTIP.

A mãe e o pai, de modo geral, manifestaram sua confiança nos médicos e na equipe de enfermagem, bem como sua gratidão.

A presença dos familiares também trouxe repercussão sobre o relacionamento equipe-criança. O pai e a mãe facilitam o relacionamento da criança com a equipe pois têm maior ligação afetiva com ele, conhecem seus hábitos e suas particularidades. Isto ficou muito nítido nos casos de Miriam e de Sérgio, cuja presença dos familiares foi fator facilitador de uma boa interação entre as crianças e a equipe da UTIP, enquanto que, aparentemente, a ausência do pai e da mãe de Tânia dificultou esta interação.

As mães e os pais, de uma forma geral, tinham contatos constantes com a equipe de enfermagem e freqüentes com a equipe médica. O pai e a mãe de Sérgio procuravam falar com as

equipes sobre a doença e os avanços medicamentosos. A mãe de Lúcia não gostou quando uma auxiliar de enfermagem pediu que ela se acalmasse. A equipe de enfermagem no entanto, esperava que o pai e a mãe de Lúcia tivessem uma atitude mais firme com ela, para que esta cooperasse mais com o tratamento.

Os pais de Helena e Sérgio, no entanto, manifestaram seu descontentamento em relação à rotina da UTIP que permite que apenas um deles fique com a criança, excluindo outras pessoas da família. Cristina e Fátima também verbalizaram que gostariam que o pai e a mãe, juntos pudessem ficar com ela durante a internação.

Houve oportunidade de observar somente uma criança em companhia de outros familiares, embora tenha havido manifestações de outra criança sobre seu desejo de que a avó pudesse visitá-la por mais tempo.

A tia de Miriam e a patroa da mãe de Cristina demonstraram suas preocupações, perguntando para a equipe como as crianças estavam. A tia de Miriam chorou ao vê-la e quando lhe foi solicitado que transmitisse tranquilidade para a criança, saiu do box.

A tia de Cristina a olhou por alguns instantes e depois perguntou-lhe se queria que chamasse a mãe.

A patroa da mãe de Cristina passou a mão sobre a cabeça da menina, perguntou-lhe como se sentia e informou que lhe havia comprado um presente.

Cristina não reagiu frente as colocações da tia e da patroa de sua mãe que vieram visitá-la; ao contrário, chamou



pela mãe.

Em suma, a presença dos familiares revelou ser de extrema importância para as crianças que estiveram na UTIP. Com eles ao seu lado, a criança não se sente sozinha e abandonada; ao contrário, sente-se amada e protegida. O pai e a mãe transmitem aos filhos hospitalizados apoio, proteção e segurança, independente do número de hospitalizações já vivenciadas anteriormente.

#### **A Presença das Equipes Profissionais**

De um modo geral, uma boa interação da criança com a equipe de enfermagem, foi ocorrendo gradativamente, com o passar dos dias. Esta interação progressiva estava, provavelmente, relacionada a vários fatores; entre estes, o medo do desconhecido, as condições clínicas das crianças, as características individuais das crianças e dos elementos da equipe de enfermagem, as rotinas da unidade e a presença dos familiares.

A conduta inicial da maioria das crianças dificultava o relacionamento imediato com a equipe de enfermagem: não respondiam às perguntas que lhes eram formuladas, mantinham-se extremamente passivas ou chamavam os elementos das equipes médica e de enfermagem de "chatos".

Para procurar entender a conduta destas crianças devem ser levadas em consideração as colocações de Eiser e Patterson (1984) que, fazendo referências a Rackman e Phillips, afirmam:

*"raramente (é) possível distinguir entre os efeitos da admissão hospitalar e a doença em si, entre os efeitos da doença e os procedimentos médicos, tais como injeções, (...), ou entre os efeitos da admissão hospitalar e a angústia causada pela separação dos pais" (p. 45).*

No caso destas crianças é provável que suas condutas iniciais tenham sido decorrentes, entre outros, do medo do desconhecido, no qual inclui os elementos das equipes da UTIP e seu pouco conhecimento prévio sobre hospitalização.

O primeiro contato com as pessoas, o ambiente e os equipamentos estranhos é o momento da admissão na UTIP o qual, devido a isto, se caracteriza por ser muito estressante para a criança e seus pais. Como neste primeiro momento, as atenções estão, comumente, voltadas para os aspectos de risco, não se favorece ao início de uma interação com o ambiente novo e as pessoas desconhecidas (Ribeiro, 1990).

De um modo geral os elementos da equipe de enfermagem conversavam com todas as crianças, tentando provocar uma maior interação. Procuravam distraí-las e brincavam com elas.

A equipe de enfermagem não teve muito sucesso com Miriam e Rosa, provavelmente, devido ao pouco tempo que permaneceram na UTIP. Miriam mostrou dificuldades em aceitar a equipe de enfermagem e solicitava que não a manipulassem, opondo-se à realização dos exames. A equipe de enfermagem tentou acalmá-la e tranquilizá-la sem êxito. Desta forma, não puderam realizar os procedimentos na ausência dos familiares e chegaram a cogitar a possibilidade de uma anestesia geral. Rosa, além do

pouco tempo de UTIP, era introvertida e demonstrava grande constrangimento.

Cristina parecia, inicialmente, ter medo de conversar com a equipe de enfermagem mas aos poucos foi ficando tranqüila, confiante e até solicitava sua presença na ausência dos pais. Esta equipe auxiliou Cristina a superar ou a diminuir seus medos, conversando e brincando com ela.

A conduta destas crianças pode ser melhor compreendida através das recomendações de Rossetti-Ferreira (1986) que se apoia em autores como Bretherton, Batter e Davidson ao dizer que uma pessoa estranha à criança poderá confortá-la em seus momentos de estresse, se encontrar o melhor momento e a melhor forma de aproximação, a partir de pistas da própria criança. Desta forma, a criança poderá desenvolver uma relação positiva com este estranho. No entanto, se a aproximação for *"forçada e pouco usual, provoca uma maior reação de estranheza na criança"* (p. 27).

Na percepção da enfermeira, Lúcia tentou manipular a equipe de enfermagem como fazia com seus pais, mas ela não permitiu e teve que falar "sério" com a menina, para impor respeito.

Com o decorrer dos dias e com a melhora do estado geral, as crianças passaram a confiar na equipe de enfermagem e a cooperar com ela, desenvolvendo-se um vínculo afetivo entre elas, independente do número de hospitalizações vivenciadas.

A familiarização da criança com a equipe ocorre pouco a pouco. No início da internação há uma expectativa constante do

que pessoas estranhas, que não consegue discriminar, vão fazer. Existe o medo e a ansiedade de ser manipulada pelas pessoas de branco. Com o passar dos dias vão ocorrendo algumas definições. Já consegue dar nome aos profissionais conforme a cor dos uniformes. Reconhece os rostos com os quais tem maior contato. Quando as rotinas são mais ou menos fixas pode prever o que vai ocorrer e aprende que os procedimentos têm um início e um fim (Santos et al., 1984c).

As crianças gostaram da equipe de enfermagem e entre as justificativas verbalizadas, a maioria expressou: "As tias cuidam bem"; "Os funcionários eram bons"; "Os funcionários trataram bem"; "Eles explicavam os procedimentos e assim diminuía o medo". Rosa por exemplo, gostou das "tias" porque elas lhe deram banho e trocaram sua roupa.

Cristina e Flávio apenas, reclamaram que elas demoraram para trazer os brinquedos que pediram, apesar de gostarem das "tias".

São plausíveis as reclamações das crianças pois como refere Angelo (1985) citando Brooks, "*o brinquedo é o trabalho da criança*" (p. 214); com ele a criança ocupa a maior parte de seu tempo, sendo parte integrante de sua vida. Proporciona entre outros, atividade física e estímulo intelectual.

O jogo ou o brinquedo ajudam a criança hospitalizada a compreender o que está acontecendo, ao mesmo tempo que libera seus temores, raivas, frustrações e ansiedades. Desta forma desvenda o que a criança sente e pensa, facilitando a compreensão mútua da enfermeira e da criança (Valle, 1984).

Os sentimentos positivos das crianças em relação a equipe de enfermagem foram se manifestando ao longo da internação.

A presença da equipe de enfermagem composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem foi constante. Suas ações foram dirigidas tanto para a criança como para seus familiares, englobando as dimensões técnica e afetiva.

A equipe de enfermagem orientou a criança e os familiares sobre as várias situações que vivenciaram, principalmente os procedimentos e as rotinas. Realizou procedimentos nas crianças, dos quais os mais freqüentes e realizados em todas as crianças foram as verificações dos sinais vitais e as administrações das medicações. Atendeu prontamente os chamados e as solicitações das crianças e dos familiares.

Além disto, a equipe de enfermagem mantinha-se atenta, estimulava a manifestação dos sentimentos das crianças, identificava e atendia suas necessidades. Por exemplo, segurar a mão da criança na ausência do pai e da mãe, foi uma ação freqüente desta equipe, trazendo tranqüilidade para a criança.

Demonstrava interesse pelas crianças; solicitava que se movimentassem, como por exemplo, saindo da cama; animava-as dizendo que logo estariam bem; tentavam deixá-las com melhor aparência; oferecendo, por exemplo, baton para Helena se pintar.

As poucas falhas observadas ou apontadas pelas crianças, referiram-se à demora por parte da equipe de enfermagem em oferecer brinquedos para as crianças na UTIP; além disto,

observou-se que por vezes as informações dadas aos pais eram incompletas.

Menos intensa foi a presença da equipe médica junto à criança pois não é previsto que o médico se mantenha ao lado da criança como a equipe de enfermagem; até porque não há número suficiente de médicos para que isto ocorra.

De modo geral, ao chegar junto da criança, a equipe médica perguntava como ela estava, questionava sobre dor, febre, fome e o que a criança estava sentindo e após, examinava-a.

Os médicos também orientavam verbalmente as crianças, os familiares e a equipe de enfermagem. As crianças, por exemplo, foram orientadas sobre o dreno de tórax, a SNG (sonda naso-gástrica), os procedimentos, a dor, a cirurgia, os exames e a possibilidade de alta. Os familiares, por exemplo, foram orientados sobre a necessidade dos drenos e dos exames e sobre as reações das medicações. A equipe de enfermagem, por exemplo, foi orientada para administrar medicação.

No entanto, algumas condutas médicas poderiam ser questionadas: não orientar Sérgio sobre o motivo que o fez usar luvas durante o exame físico; verbalizar, na presença de Lúcia, sua piora clínica; manifestar sentimentos de pesar para Cristina e Sérgio.

A criança merece que a verdade lhe seja dita. Quando não é esclarecida pelo profissional sobre condutas e procedimentos, a criança não está sendo protegida; ao contrário, isto possibilita que sua fantasia faça com que se sinta mais

ansiosa e apreensiva.

A verdade que deve ser dita para a criança deverá ser aquela que ela solicita e que a ajudará a suportar os períodos de crise. A discussão à beira do leito é desaconselhada para as crianças na idade de seis a doze anos. *"Ela interpreta as expressões verbais e mudanças de tom de voz como ameaça de perigo evidente"* (Tobias et al., 1986, p. 167).

Além da equipe de enfermagem e da equipe médica havia a presença eventual das atendedoras de nutrição, da secretária e da recreacionista no box da criança. A alimentação era providenciada prontamente frente às solicitações das crianças.

Nesta pesquisa, foi possível perceber que os profissionais que formam o estafe da UTIP, procuravam atender às necessidades da criança e de sua família com vistas a uma melhor recuperação de sua saúde.

#### **Apreciação sobre a UTIP**

Durante o período de hospitalização na UTIP a criança tem oportunidade de vivenciar situações desagradáveis que podem causar-lhe desconforto e até sofrimento; estas relacionam-se ao tratamento, às rotinas da UTIP, ao afastamento das pessoas com quem convive, à área física, à ausência de recreação e de preparo prévio. Concomitantemente a estas situações estão presentes também, fatores responsáveis pelo bem estar e pela tranquilidade destas crianças. Entre estes fatores estão incluídos a evolução clínica favorável, o



ambiente individualizado, o preparo adequado para o desconhecido, a presença dos familiares e de um elemento da equipe de enfermagem.

● **Fatores responsáveis pelo sofrimento e desconforto**

A hospitalização geralmente é vivida pela criança com muita insegurança e como uma ameaça à sua integridade física. Porém sua reação à hospitalização dependerá de vários fatores entre os quais podem ser citados: a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, a reação da família frente à hospitalização, a gravidade do estado clínico da criança, o tipo de cuidado a que será submetida, experiências passadas e o tempo de hospitalização (Ribeiro, 1990).

Motta (1988, p. 45) lembra que *"a criança, no hospital, entra em contato com um mundo totalmente diferente, com pessoas estranhas, com objetos desconhecidos que produzem sofrimento, o que lhe provoca, por vezes, um estado de pânico, onde o medo do abandono fica muito acentuado, sendo essencial a presença dos pais"*.

Além dos fatores já citados, Eiser e Patterson (1984) em seu estudo, constataram uma escassez de conhecimento sobre hospitais em crianças de cinco e seis anos de idade. Algumas apresentavam percepções distorcidas, o que pode aumentar o temor antecipado que as crianças tem de hospitais. Todas as crianças do grupo estudado (de cinco a dez anos de idade) relacionavam os hospitais com a dor e o desconforto da doença

em si. As crianças maiores fizeram referências às restrições sociais dos hospitais, isto é, a criança hospitalizada sente falta da escola, dos amigos e dos pais. Estas crianças também estão mais preocupadas com o que é esperado delas no ambiente hospitalar ao mesmo tempo que a ansiedade se torna mais aguda por estarem afastadas de pessoas com as quais estão familiarizadas.

Issi (1989) refere que uma das maiores causas de sofrimento para as crianças hospitalizadas consiste nas alterações no seu cotidiano; destaca, entre elas, as limitações às suas atividades recreativas, o absenteísmo e o medo da repetência escolar, a modificação de seus hábitos de vida diária provocados pela doença e pelo tratamento e pelas exigências requeridas para seu controle.

Além disso, numa UTIP, as crianças geralmente estão em estado grave e apresentam comprometimento de uma ou mais das funções vitais. Estas crianças *"necessitam de vigilância contínua e eficiente de suas condições e, frequentemente, apoio ou substituição de uma ou mais daquelas funções com a utilização de aparelhos, manipulações constantes e execução de procedimentos de urgência. Isto aumenta o estresse que a criança e sua família vivenciam com a doença"*. (Ribeiro, 1990, p. 48).

Na presente pesquisa, a opinião das crianças e dos familiares sobre a UTIP, permitiu a identificação de fatores responsáveis pelo sofrimento e desconforto destas crianças durante a internação.

Do ponto de vista das crianças, houve várias ocorrências que elas não gostaram. A mais citada entre elas, foi a realização de procedimentos. As crianças verbalizaram seu desagrado com a instalação e manutenção do dreno de tórax, colocação e manutenção da sonda naso-gástrica, a cirurgia, as punções venosas, a contensão mecânica e os procedimentos que provocavam dor em geral. Cabe ressaltar, que todas as crianças que estiveram com dreno de tórax, o responsabilizaram pelo maior desconforto. Isto seguramente pode ser atribuído à dor que o dreno de tórax provoca.

A criança em idade pré-escolar possui o conceito de integridade física pouco desenvolvido; como consequência, os procedimentos invasivos, dolorosos ou não, representam uma ameaça para ela. Para a criança em idade escolar, no entanto *"a preocupação com a dor real pode ser menor do que com a incapacidade, recuperação incerta ou possibilidade de morte"*. (Whaley e Wong, 1989, p. 445). Os procedimentos, portanto, podem ter sido motivo de desagrado, tanto pela dor causada por eles, como também pelo que eles representavam em termos de ameaça à integridade, à capacidade e à vida.

A presença e o uso de aparelhos também desagradou as crianças que estiveram na UTIP e, entre eles, foi citado o monitor cardíaco. A maioria das crianças não estava familiarizada com os aparelhos existentes na UTIP. Como tudo que é desconhecido pode gerar insegurança e medo, acrescido ao fato de alguns aparelhos restringirem a movimentação da criança, é compreensível que elas não gostem. A referência ao

monitor cardíaco pode estar relacionada à restrição física, mas pode também estar relacionada à idéia de gravidade ou risco de vida, caso estas crianças tenham tido alguma informação prévia sobre a função deles, através dos meios de comunicações ou de outras pessoas. Tobias et al. (1986) fazem uma rápida referência aos monitores, dizendo que os mesmos devem ser localizados atrás da criança, para evitar a ansiedade que os mesmos podem causar.

A rotina de permanência dos familiares e de visitas da UTIP foi outro fator de desagrado para as crianças. Elas queriam a presença do pai e da mãe ao mesmo tempo dentro da UTIP, bem como a presença de outros familiares por tempo mais prolongado.

A ausência dos pais era motivo de sofrimento para as crianças e ficou mais acentuado para aquela cujos pais não puderam permanecer, o que fez com que se sentisse sozinha.

O sentimento de desamparo em crianças hospitalizadas vem sendo apontado por estudiosos do desenvolvimento infantil, tais como Anna Freud desde a década de 40. A hospitalização envolve o rompimento da rotina familiar, separação do pai e da mãe, do irmão e da irmã e dos amigos (Teichman et al., 1986).

Para diminuir os problemas psicológicos decorrentes do afastamento da criança de seu ambiente familiar, torna-se de grande importância a permanência e a participação da família, especialmente da mãe, junto da criança doente (Motta, 1988).

A este respeito, Ainsworth Capud Rossetti-Ferreira, 1986, p. 21) enfatiza "a função da mãe como base segura de

*apoio para a criança, que a usa como porta segura da qual parte para explorar o ambiente e ao qual retorna seja para se recuperar, seja à busca de proteção diante de qualquer sinal de perigo”.*

Além da necessidade da presença da mãe e do pai, a criança sente saudade dos amigos e outros familiares (Eiser e Patterson, 1984).

As crianças sentiam falta dos outros familiares além do pai e da mãe, principalmente quando passavam muitos dias hospitalizados e quando o convívio com os familiares era muito próximo. Isto também ficou claro quando Helena achou ruim o fato de ter apenas uma hora de visitas por dia para outros familiares, além do pai e da mãe.

Entretanto, apenas Miriam e Tânia verbalizaram que não gostaram da UTIP. Miriam justificava sua colocação dizendo que se sentiu mal e que sua mãe não podia dormir na sua cama, como fazia no outro hospital. Tânia disse que não se sentiu bem em ter que ir para a UTIP embora tenha entendido que teve de ir para não ser incomodada. É provável que as colocações de Tânia reflitam uma adaptação à unidade de internação de onde veio, e seu desagrado aos procedimentos realizados na UTIP.

As crianças verbalizaram também que durante o período que permaneceram na UTIP, quiseram sair de lá. Algumas não justificaram, porém outras, como Helena e Sérgio diziam que na unidade de internação podiam ficar com outros familiares além do pai e da mãe. E Flávio referiu que na unidade de internação ficava mais quieto pois não era submetido a tantos

procedimentos.

É esperado que numa UTIP o número de procedimentos realizado seja maior do que numa unidade de internação e o tipo de procedimento pode também ser mais invasivo. Desta forma é compreensível que as crianças queiram sair da UTIP para se verem livres destes momentos de sofrimento mais agudo.

As crianças fizeram referências também à pouca recreação na UTIP, dizendo que não havia brinquedos ou que demoravam muito para trazê-los e que também não havia pessoa alguma para brincar.

A percepção destas crianças hospitalizadas assemelha-se à percepção que crianças não hospitalizadas têm, sobre alguns aspectos da situação de internação. O estudo de Eiser e Patterson (1984) mostrou que, ao se referirem ao que se faz no hospital, crianças não hospitalizadas mencionaram brincar, ler e assistir televisão, ficar no leito, além de experimentar a sensação de tédio.

Mesmo estando na UTIP as crianças sentem falta da recreação, o que ficou claro quando diziam: "... não tinha nada para fazer, só conversar" ou "Não tinha ninguém para brincar" ou ainda "... pedi brinquedos, mas demoraram para trazer". Helena, Cristina e Fátima verbalizaram que sentiram falta de outras crianças para brincar.

Esta avaliação das crianças foi também reforçada por um pai quando disse que poderia haver mais aparelhos, brinquedos e livros na UTIP.

No que se refere à recreação, deve ser levado em conta,

que na maioria das vezes as condições clínicas das crianças não permitem que isto lhes seja proporcionado; no entanto, assim que a criança melhora, a oportunidade do brinquedo deve ser criada.

Brinquedo significa, em geral, o objeto utilizado pela criança; no entanto o termo "*é empregado também para denominar o momento ou situação em que a criança utiliza um objeto ou uma interação com alguém para o seu próprio estímulo*" (Angelo, 1985).

O jogo e o brinquedo são importantes para todas as crianças. Quando elas estão hospitalizadas, sua importância é redobrada pois, além de promover o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral, revela o que a criança sente e pensa, ajuda sua compreensão sobre o que está acontecendo e funciona como liberador de seus temores, raivas, frustrações e ansiedades (Valle, 1984).

Algumas outras manifestações de desagrado das crianças foram identificadas quando reclamaram que o quarto era muito pequeno e abafado, a cama era dura causando dor nas costas, e que "era ruim ficar pendurada em tantos aparelhos" embora entendessem que eles ajudavam no tratamento.

Um dos meninos disse que não gostou do fato de não poder caminhar na UTIP e ter que sair da cama para que a mesma fosse arrumada.

Um fator que, provavelmente, contribui para o sofrimento de algumas destas crianças foi a ausência do preparo prévio às situações vivenciadas.



É de extrema importância a orientação detalhada para a criança, com vistas a uma melhor aceitação e adaptação ao hospital. Dar explicações sobre a hospitalização, seus objetivos e o tempo de duração, atender às necessidades e interesses da criança, de acordo com sua idade e grau de compreensão, fazem diminuir o medo do desconhecido, presente nas crianças (Ribeiro, 1983, Valle, 1984, Trezza e Trezza, 1985, Lanning, 1985).

Miriam, por exemplo, acusava sua mãe de ter-lhe mentido, dizendo que iriam para casa e no entanto a levaram para a UTIP. Já na UTIP, foi orientada sobre o que seria feito, relacionando o hospital e os remédios com sua recuperação. Foi-lhe prometido que iria passear assim que estivesse curada.

Fátima há muito tempo sabia que necessitava de cirurgia. Embora a psicóloga do hospital tenha verbalizado que falaria sobre a UTIP e a cirurgia, isto não aconteceu e só ficaram sabendo que Fátima iria para a UTIP, após a cirurgia.

Lúcia não foi orientada que iria para a UTIP, e pensava que iria para casa. Na percepção da mãe, quando ela se deu conta, começou a ficar "nervosa", querer ir para casa e se recusar a comer.

Tânia e Flávio receberam parte da orientação. Tânia foi avisada que iria para a UTIP, porém, não sabia o que era UTIP. Flávio sabia que ia fazer uma cirurgia e que iria para a UTIP, mas não sabia o que isto significava.

Rosa e André não puderam ser preparados adequadamente devido à situação de urgência em que se encontravam.

Mesmo que as condições clínicas da criança não permitam seu preparo prévio, e que na admissão a prioridade seja o atendimento aos aspectos de risco imediato, a orientação das crianças e seus familiares deve ser iniciada precocemente, se possível, ainda durante a admissão (Ribeiro, 1990).

#### ● Fatores Responsáveis pelo bem estar e tranqüilidade

Na sua maioria, as crianças verbalizaram que gostaram e se sentiram bem na UTIP; relacionaram este sentimento com a evolução clínica favorável ou com o atendimento recebido. Afirmaram que o "pessoal foi bom e cuidaram bem", que o "atendimento foi bom, carinhoso e com incentivo" e que se sentiram "apoiadas". Algumas crianças não foram capazes de discriminar as razões de seus sentimentos, respondendo apenas: "Gostei de tudo", "Nada, nem ninguém me incomodava", "Já esqueci tudo".

A criança, de uma forma geral, mostrou-se pouco receptiva no início da internação na UTIP, diante das pessoas e do ambiente desconhecidos e da expectativa do que poderia lhe acontecer. No entanto, aos poucos, foi se familiarizando com o ambiente, com os procedimentos e com as pessoas com quem conviveu.

*"Inicialmente arredias à equipe de assistência, as crianças mostram-se progressivamente mais cordiais na medida em que aprendem a conviver com estas pessoas, desde que sejam também por elas cativadas" (Issi, 1989).*

O fato de terem, na UTIP, um ambiente individualizado e de este ser um ambiente calmo bem como o fato de não precisarem fazer nada, pois as pessoas faziam tudo por elas, foram aspectos valorizados pelas crianças.

De um modo geral, as crianças tinham alguma idéia do motivo que as levou para a UTIP. Entre as verbalizações das crianças encontra-se: "porque estava doente", "porque fez cirurgia", "para maior proteção" ou "porque estavam muito ruins".

Helena disse que foi importante conhecer a UTIP antes da cirurgia, para não se assustar quando chegasse lá; atribuiu a diminuição dos seus medos, ao preparo prévio que recebeu.

Uma das únicas crianças que foi preparada adequadamente para a cirurgia e para ir à UTIP parece ter sido Helena, o que se refletiu no seu comportamento pós-cirúrgico. A menina foi preparada pelo médico e uma psicóloga de sua cidade e pelo anestesista do hospital. Foi explicado o que faria, que sentiria dor e que iria para a UTIP. Conheceu a UTIP e o box onde ficaria. Sempre lhe foi dito a verdade para não se assustar. Também para a família, a tranquilidade da menina pode ser atribuída ao preparo prévio.

Para Sérgio, foi explicado a necessidade da UTIP, da NPT, da colocação do catéter e de todos os procedimentos. O menino aceitou bem, mostrando-se tranquilo e cooperativo. Ele próprio pediu para ser hospitalizado quando se sentiu mal em casa, demonstrando ser muito corajoso.

Vários autores tem enfatizado a importância do preparo da

criança para a hospitalização e para a realização dos procedimentos. Este preparo é indispensável para que ela sinta que tem um certo controle da situação e acredite nas pessoas que lhe fornecem as explicações (Lanning, 1985).

*"As informações, por si só, não resolvem a ansiedade, porém são um recurso importante, pois ajuda pais e filho a lidar com a fantasia, o pensamento mágico e a culpa"* (Schmitz, 1989, p. 192). O medo do desconhecido é um medo que se potencializa. Os pais e a criança deverão ser orientados, de acordo com seu grau de compreensão sobre os motivos da internação e os procedimentos a que a criança será submetida. Os pais deverão receber informações adicionais para que possam auxiliar o filho ou a filha a melhor se adaptar a situação que está vivenciando (Ribeiro, 1990).

O fator que proporcionou mais tranquilidade e segurança para as crianças foi a presença de seus familiares. Esta presença diminui ou evita as perturbações geradas pela permanência da criança em um ambiente estranho.

Outro fator importante para que as crianças se sentissem seguras, foi a presença constante de um elemento da equipe de enfermagem e as orientações recebidas.

Para Tânia, cujos pais não puderam permanecer em sua companhia na UTIP, a presença constante da auxiliar e a presença freqüente de uma enfermeira que inclusive seguravam sua mão durante os procedimentos, deixaram-na mais tranquila.

Fátima e André se sentiam mais tranquilos e protegidos por estarem na UTIP.

André tranqüilizou-se, também, quando soube que iria para a cirurgia pois esta representava a cura para o seu sangramento. Helena, ao contrário, tranqüilizou-se quando soube que já havia feito a cirurgia. Esta diferença de percepção, provavelmente esteja relacionada ao fato de a cirurgia de Helena ter sido programada com antecedência e a de André, ter se caracterizado como um procedimento de urgência.

A maioria das crianças foi se tranqüilizando com o passar dos dias. Para isto contribuíram a presença dos pais, as orientações recebidas, a melhora clínica e em, conseqüência, a diminuição do número de procedimentos realizados, a familiarização com o ambiente e a interação com a equipe.

Para Sérgio, o fato de estar na UTIP recebendo tratamento trouxe-lhe segurança porque se sentia melhor do que em casa. Do ponto de vista da equipe de enfermagem, Sérgio foi ficando mais comunicativo e participativo à medida em que os dias passavam e ele melhorava clinicamente. Fazia trabalhos manuais e passou a ter como objetivo diário, passear de cadeira de rodas pela unidade de internação. Para o pai, Sérgio sentiu-se bem e reagiu de modo muito favorável na UTIP.

Flávio relacionou sua tranqüilidade com a recreação, dizendo que isto só havia ocorrido quando o pai trouxe-lhe revistinhas. Ele reforçou a idéia de que deveria haver mais revistinhas e mais jogos para as crianças na UTIP.

Assim como as crianças, também, os familiares gostaram do atendimento que os filhos receberam na UTIP, de um modo geral. Alguns aspectos foram salientados.

A mãe de Miriam colocou que apesar de ter sido uma experiência inesquecível em todos os seus aspectos para a criança e para a família, a lembrança será boa porque a menina recebeu tratamento adequado. A mãe de André disse que ele passou uma fase muito difícil na UTIP, mas havia sido feito o possível e o impossível para salvá-lo. O pai de Flávio enfatizou que na UTIP, o risco é menor, a criança é mais cuidada e a equipe atende bem. A mãe de Fátima também elogiou o atendimento dizendo que foi "maravilhoso" e que a equipe era solícita, educada e querida. Os pais de Tânia manifestaram sua confiança nos recursos tecnológicos disponíveis na UTIP.

Corroborando as colocações dessas crianças e de seus familiares, Whaley e Wong (1989) acentuam que um sentimento de segurança envolve os pacientes e os familiares de uma UTIP, apesar de todos os fatores estressores citados anteriormente. Para esta segurança contribue o fato de se sentirem *"confortados pela qualidade da assistência médica e de enfermagem e pela supervisão constante e personalizada que recebem"* (p. 463).

Assim sendo, a apreciação que as crianças e seus pais fizeram sobre a UTIP, revelou que ocorreram situações causadoras de desconforto e sofrimento, porém, também estiveram presentes fatores responsáveis pelo bem estar e pela tranqüilidade destas crianças enquanto estiveram na UTIP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A admissão da criança na UTIP não é desejada pela criança nem por seus familiares, porém quando isto ocorre, é de extrema importância que este período transcorra de forma menos penoso para todos.

Vários fatores interferem na experiência vivida pela criança e pela sua família na situação de hospitalização numa Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico.

A equipe de saúde que assiste a esta criança e a sua família deve estar preparada para identificar tais fatores, e, se necessário, intervir de modo a que as conseqüências negativas para o desenvolvimento da criança sejam mínimas ou inexistentes.

A(o) enfermeira(o) faz parte desta equipe de saúde participando da assistência à criança durante as 24 horas do dia.

A qualidade desta assistência está relacionada com o preparo específico destes profissionais. No caso da enfermeira, desde sua formação acadêmica até sua atuação específica como profissional da área infantil.

*"A educação do enfermeiro na área infantil deve estar*



voltada para a aquisição de um conhecimento sólido sobre o desenvolvimento físico, psicossocial, cognitivo e afetivo da criança normal" (Motta, 1988). Muitas vezes, durante a formação acadêmica é dada uma ênfase maior às habilidades técnicas, em detrimento dos aspectos emocionais que envolvem a assistência. O(a) aluno(a) de graduação frequentemente procura fazer estágios em Unidades de Terapia Intensiva em busca de maiores habilidades pois tem a possibilidade de aprender novas e elaboradas técnicas e manusear maior número de aparelhos.

No entanto, a assistência à criança não se restringe ao aspecto técnico. A criança deve ser assistida de forma global, de maneira que suas necessidades sejam atendidas.

Para que a equipe de saúde bem como os profissionais em formação possam atender às reais necessidades da criança numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, torna-se indispensável conhecer a experiência por elas vivenciadas a qual se revela por meio de suas percepções, de seus sentimentos e comportamentos manifestos, bem como, conhecer a experiência vivenciada por seus familiares enquanto acompanhantes.

Um dos objetivos deste trabalho foi compreender as percepções, os sentimentos e os comportamentos manifestos da criança na situação de hospitalização na UTIP. Ficou demonstrado que tais elementos constituintes de experiência estão interligados e dependem de inúmeros fatores, dos quais alguns puderam ser identificados.

A dor no corpo que foi sentido por todas as crianças e

manifestada diferentemente através da verbalização, expressão facial, gemido, choro e eventualmente por gritos, esteve presente na realização dos procedimentos mais invasivos e, por vezes, em determinados procedimentos simples.

A dor do corpo causado pelos procedimentos, mostrou-se relacionada, também, aos sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, tristeza e preocupação. Portanto é um dos fatores responsáveis pelo sofrimento e desconforto da criança.

O medo esteve presente em todas as crianças, relacionado o procedimento doloroso como punção, cirurgia, dreno de tórax e sonda naso-gástrica. Da mesma forma, a ansiedade, tristeza, preocupação e insegurança. É provável que as crianças tenham relacionado a dor do corpo à alteração da imagem corporal, invasão corporal, mutilação, incapacidade ou morte.

A maneira como as crianças enfrentaram a dor do corpo diferenciou-se entre elas. Algumas tiveram uma conduta passiva, não se movimentavam e agiam "corajosamente". Outras exibiram condutas ativas que variaram desde a simples movimentação no leito, manifestação de irritabilidade até gritos. Associado a estas condutas, foi observado também que algumas crianças lutavam ou tentavam fugir dos procedimentos, acusavam a equipe por sua dor, chamavam pelos pais e pediam sua ajuda.

A criança, geralmente, percebe os pais como seres poderosos e busca neles apoio, ajuda, segurança, orientação e proteção. A maioria das crianças teve a companhia dos pais enquanto esteve na UTIP; algumas só permitiam a realização dos

procedimentos na sua presença.

Pode ser constatado neste estudo, que a presença dos pais contribuiu para a melhor aceitação dos procedimentos dolorosos por parte das crianças, embora, eventualmente, tenha ocorrido o contrário.

A(o) enfermeira(o) e as (os) estudantes devem ficar alertas para reconhecer as manifestações verbais e não-verbais de dor da criança e acreditar nelas, bem como respeitar a forma de manifestá-la.

O modo de enfrentar as diferentes situações, difere de criança para criança. A maioria gosta de participar e pede esclarecimentos. Alguns tentam adiar a situação enquanto outros, não querem nem olhar. A criança precisa saber que lhe é permitida a manifestação de seus sentimentos e a equipe não deve exigir dela, mais do que ela pode dar, nem tão pouco subestimá-la.

As manifestações de medo foram semelhantes às manifestações da dor do corpo, porém sua causa não ficou restrita aos procedimentos. Estas crianças vivenciaram o medo do desconhecido relacionado ao ambiente da UTIP, à equipe, ao tratamento e a situação de alta. Sentimentos como nervosismo, ansiedade, insegurança e preocupação também estavam relacionados ao desconhecido, além de terem sido um dos responsáveis pelo sofrimento e desconforto das crianças.

Cabe à equipe em formação procurar identificar os fatores que provocam medo e as condutas que poderão diminuí-lo. Entre elas, a orientação e o preparo prévio, figuram como os

principais.

Explicar para a criança tudo o que será feito parece ser uma conduta importante para diminuir seu medo e sua ansiedade. Desta forma, ela não será tomada de surpresa, terá tempo de elaborar, entender e aceitar a situação. Da mesma forma, sentir-se-á segura de que jamais será feito algo sem seu conhecimento.

É necessário dispor de tempo para o diálogo com a criança, mostrar os aparelhos e seu funcionamento, conversar sobre seus sintomas e suas reações, para evitar que a criança dê asas à imaginação, fantasiando o quadro pior do que realmente é.

Conversar com a criança solicitando e estimulando sua colaboração, permitindo, se possível, alguma tomada de decisão, diminui o medo do desconhecido e a criança se sente valorizada.

Conversar e explicar os procedimentos é uma atitude correta que deve ser tomada para a maioria das crianças, mesmo que estejam sonolentas.

A importância do preparo prévio é indiscutível para melhor aceitação e participação da criança. No entanto, é necessário identificar quando a orientação inicial ajuda, amenizando o medo do desconhecido, ou prejudica, antecipando de tal forma a dor, fazendo a criança sofrer por antecipação.

Da mesma forma, a equipe precisa ficar atenta e selecionar o tipo de comentários que fará para a criança, a fim de que esta não se sinta culpada ou mais ameaçada ainda.

Quando uma expectativa é criada, entretanto, deve ser

Quando uma expectativa é criada, entretanto, deve ser atendida, da mesma forma que todas as possibilidades relacionadas com determinada situação, devem ser vistas e analisadas com a criança e sua família, para que tenham tempo de pensar e de elaborá-las. Caso contrário, corre-se o risco de que não estejam preparados, o que poderá gerar ou aumentar a ansiedade.

É desnecessário tecer comentários que provoquem sentimento de culpa na criança mas a verdade deve prevalecer, reforçando o princípio de que a criança deve ser esclarecida, respeitando sua capacidade de entendimento, para que ela não perca a confiança nas pessoas conhecidas ou desconhecidas que a acompanham nos momentos de estresse.

O preparo e o apoio aos familiares não pode ser negligenciado pela equipe. Ela deve estar cônica de que, se os pais entenderem e aceitarem os procedimentos, os filhos aceitarão mais facilmente. Se os pais se mantiverem calmos e tranqüilos, transmitirão isto aos filhos. Portanto, é importante que eles saibam o que vai acontecer e como devem reagir frente às situações.

Aparentemente, um dos fatores que mais assusta a criança na UTIP é o defrontar-se com uma situação desconhecida. Este temor reforça a importância dos pais estarem juntos no local novo para o qual a criança é levada, quando acorda da anestesia ou quando é submetida a algum procedimento pela primeira vez.

O medo da morte foi, também, verbalizado por algumas

crianças e demonstrado por outras. Nem todos conseguiram verbalizá-lo; era, provavelmente, mais fácil para a criança verbalizar seus medos para a mãe e/ou pai, do que para alguém da equipe, que quase não conhecia. Também poderia ser mais fácil aceitar as explicações deles, se eles estivessem sempre junto. Este é um aspecto tão relevante que, por si só, seria suficiente para justificar a presença dos pais durante a hospitalização dos filhos.

Cabe à (ao) enfermeira (o) e às (aos) alunas (os) criar condições para que a criança verbalize seus temores, reconhecer o estágio de entendimento sobre a morte no qual se encontra e procurar esclarecer os pensamentos mágicos que a afligem.

Outro fator desencadeante de medo foi a ausência do pai e/ou da mãe. Embora não tenha ocorrido com freqüência, quando ocorreu, este fato fez com que as crianças experenciassem sentimentos de solidão e abandono.

As verbalizações das crianças revelam que a ausência do pai e/ou da mãe provocava sentimentos desagradáveis e fazia com que se sentissem sozinhas, tristes, com saudades e com medo, apesar da presença constante de um elemento da equipe de enfermagem; isto deixa transparecer que a presença dos pais é vista, pelas crianças, como insubstituível para tranquilizá-las e para atenuar ou extinguir seus medos na eminência de algum perigo.

Conhecer os benefícios para a criança (independente de sua idade) decorrente da presença dos familiares, além dos

benefícios que podem ser usufruídos por estes mesmos familiares e pela equipe de saúde coloca-se como exigência para um atendimento integral do paciente.

Além de outros benefícios, a presença dos familiares promove e mantém a inter-relação criança/família, neutraliza os efeitos decorrentes da separação criança/família, colabora na assistência integral à criança, melhora sua adaptação ao hospital facilitando a aceitação do tratamento e a resposta terapêutica, ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização.

*"Pecaremos pela omissão se alienarmos a família, especialmente a mãe e o pai, da assistência à criança. Integrar a mãe como participe da assistência à criança durante os períodos de internação hospitalar, garantindo não só o suporte emocional e espiritual como também o suporte cognitivo que ela pode dar à criança ao desvelar suas necessidades de saber e compreender, propicia que ela se fortaleça para não fraquejar na sua interação com a situação de doença (...) de um filho ou uma filha" (Issi, 1989, p. 267).*

Desta forma, o pai e a mãe podem acompanhar de perto o tratamento e a evolução da criança, sentindo-se mais tranquilos e mais seguros por serem cooparticipantes da recuperação dos filhos. Além disto, interferem no comportamento dos filhos e das filhas e facilitam seu entrosamento com a equipe.

A equipe aprende com o pai e a mãe as particularidades da criança. Estão acostumados com ela, melhor do que ninguém,



conhecem suas reações. Estando ao seu lado, ajudam a equipe a conhecê-la e, desta forma, melhor assisti-la.

A aprendizagem é gradual pois os conhecimentos se somam com a experiência do dia-a-dia da assistência à criança "O processo de compreender e conhecer não se esgota num momento específico mas se dá ao longo do tempo" (Issi, 1989, p. 277).

Convém lembrar que, muitas vezes, o diálogo e a experiência da equipe não são suficientes para diminuir os medos e desfazer as fantasias e as experiências anteriores de algumas crianças, pois seu modo de reagir é singular. Neste sentido, a presença dos pais facilita o relacionamento equipe/criança, principalmente quando esta for introvertida.

Associado à necessidade da presença dos pais, algumas crianças verbalizaram seu descontentamento, pela rotina da unidade que restringe o tempo de visita de outros familiares além do pai e da mãe. Em oposição a isto, outras crianças não valorizaram estas visitas.

Seria oportuno que as equipes que assistem as crianças solicitassem a sua participação na decisão sobre a visita dos familiares. Se ela chamar ou manifestar desejo de ver outras pessoas da família, isto deveria ser permitido. No entanto, se o desejo partir dos familiares, principalmente se estes não convivem habitualmente com a criança, ela deve ser ouvida.

O tempo da criança ocupado por estas pessoas, que talvez sejam movidas pela curiosidade ou pela compaixão e cujo comportamento revela-se muitas vezes inadequado e geradores de ansiedade para a criança, é um tempo no qual os pais,

certamente, poderiam estar com ela, dando-lhe conforto e carinho.

Outros fatores relevantes para desencadear o medo nas crianças foram: a evolução clínica desfavorável, o tratamento, a restrição mecânica, o catéter de Oxigênio.

A ansiedade que estava relacionada também às características individuais das crianças e à ansiedade dos pais gerou, muitas vezes, sentimentos de insegurança.

A tristeza manifestada pela fisionomia abatida, pelo silêncio, pelo choro e pela recusa alimentar, foi associada ao sentimento de solidão devido à ausência dos familiares ou de alguém para brincar, à saudade dos irmãos e dos amigos, à dor intensa, a realização dos procedimentos, ao tempo de hospitalização, ao agravamento do estado clínico e à falta de liberdade.

A preocupação demonstrada pelas crianças estava relacionada, também, ao traçado do monitor cardíaco, ao término do soro e à perda de controle da situação.

Serem orientadas e estimuladas a participar do seu tratamento, poderia representar uma forma de aumentar suas possibilidades de controle da situação, e conseqüentemente, de diminuir as preocupações desnecessárias.

O constrangimento manifestado por algumas crianças, particularmente meninas, estava relacionado, na maioria das vezes, à falta de privacidade.

Neste trabalho, pode ser constatado que a dor do corpo e os sentimentos manifestos de sofrimento psicológico ou de bem

estar foram decisivos para o enfrentamento da situação de hospitalização na UTIP e na sua apreciação no que se refere aos fatores responsáveis tanto pelo desconforto e pelo sofrimento como pelo bem estar e pela tranquilidade.

Em síntese, alguns dos fatores responsáveis pelo sofrimento e pelo desconforto destas crianças foram: o freqüente manuseio e o grande número de procedimentos realizados, principalmente, os dolorosos (punções, drenagens, sondagens); a presença e o uso de aparelhos como o monitor que geram preocupação e restrição física; a ausência do pai e da mãe e/ou a rotina de permanência dos familiares; a pouca ou nenhuma orientação da criança pelos profissionais; a escassez de recreação e brinquedos na UTIP.

Alguns dos fatores responsáveis pelo bem estar e tranquilidade foram: a presença constante dos familiares e de um elemento da equipe de enfermagem; o preparo prévio e as orientações recebidas; a evolução clínica favorável e a diminuição do número de procedimentos necessários; o ambiente individualizado e tranquilo; a existência de recreação e os brinquedos; a familiarização paulatina com o ambiente, os procedimentos e as pessoas.

Desta forma, o enfrentamento da situação no que se refere à aceitação e à cooperação foi progressivo, colaborando para isto, a presença e a conduta dos pais, a melhora clínica e a diminuição da quantidade de procedimentos realizados, as orientações recebidas e a interação com a equipe.

No início do período de internação houve dificuldades de

interação criança/equipe, o que pode ser atribuído ao estresse da admissão, ao medo do desconhecido, à ausência do pai e da mãe, às características individuais da criança, ao pouco tempo de hospitalização e à demora ou à ausência de recreação. No entanto, uma interação criança/equipe mais adequada foi ocorrendo gradativamente, com o passar dos dias e com a melhora do estado geral da criança. As crianças passaram a prever e a cooperar com o exercício das rotinas e dos procedimentos, bem como a conhecer e a confiar na equipe, criando muitas vezes vínculos afetivos mais fortes.

A conduta da equipe de enfermagem contribuiu para isto; na maioria das vezes, havia a presença de um elemento desta equipe ao lado da criança que tentava, uma maior interação com ela através do diálogo, do atendimento de suas solicitações e da orientação sobre os procedimentos.

O fato de ter um funcionário atendendo apenas uma criança parece dar segurança não só à criança, mas também aos familiares.

Embora o pai e a mãe tivessem passado por períodos de preocupação, tristeza, insegurança, ansiedade e medo da morte, mostraram-se pessoas dedicadas e cooperativas que procuravam ajudar durante a realização dos procedimentos e na recreação. O fato de poderem conviver com o filho ou a filha fez com que se sentissem mais seguros e gratificados.

A experiência de enfrentar uma situação de internação na UTIP é única para cada criança; depende do seu estágio de desenvolvimento, da gravidade de seu estado clínico, do tipo

de cuidados a que necessita ser submetida, das experiências passadas, do tempo de hospitalização e da reação da família à situação. Este enfrentamento, pode ser facilitado pelo atendimento das necessidades singulares de cada criança.

Para que isto ocorra, coloca-se como indispensável que todas as pessoas que interagem com a criança no cotidiano da assistência - a (o) enfermeira (o), o docente e o acadêmico de enfermagem, - compreendam o significado da experiência vivida pela criança e a manifestação dos seus sentimentos nas diversas formas e intensidades.

O conhecimento adquirido com este estudo, pode ser somado ao ensino de enfermagem pediátrica, na medida em que ele também ocorre em unidades pediátricas, onde o processo assistencial e educativo é dirigido à criança-família, o qual pode ser otimizado pela compreensão da experiência vivida pela criança.

Conhecer a experiência vivida por estas crianças e articular este conhecimento ao trabalho docente no âmbito da graduação e da pós-graduação em enfermagem, possibilita ao (à) aluno (a) enfrentar mais adequadamente sua vivência junto à criança doente.

Neste sentido compartilha-se das idéias de Issi (1989) para quem, trabalhos desta natureza devem fornecer "subsídios aos profissionais da saúde, particularmente as enfermeiras e os enfermeiros pediatras, para que, conhecendo de forma mais acurada as necessidades das crianças (...) possam implementar com maior segurança as ações educativas e assistenciais que

*esta população requer” (p. 263).*

Como a criança faz parte de um contexto familiar e sua assistência envolve também a família, se faz necessário estudos subseqüentes na busca de conhecer cada vez mais ampla e profundamente a experiência vivida pela mãe e/ou pelo pai bem como pelos demais familiares durante a internação da criança numa UTIP.

G L O S S Á R I O



**Abocath** - dispositivo flexível cuja forma é semelhante a uma agulha, utilizado para infusão de líquidos nas veias.

**Abscesso** - coleção circunscrita de pus. Ao localizar-se no pulmão denomina-se abscesso pulmonar.

**Afta (monilíase na boca)** - pequena ulceração que provoca dor na boca, dificultando a mastigação e a fala.

**Anemia** - diminuição da hemoglobina no sangue circulante. Anemia aplásica, quando todos os elementos do sangue estão diminuídos. Anemia de Fanconi, é uma anemia aplásica congênita.

**AZT** - medicação utilizada pelos pacientes com SIDA.

**Biópsia** - retirada de um fragmento de tecido num ser vivo, para verificar a natureza das alterações nele existentes. Quando é realizada no tecido pulmonar, é chamada de biópsia pulmonar.

**Broncopneumonia** - inflamação dos bronquíolos e dos alvéolos pulmonares.

**Butterfly** - dispositivo utilizado para infusão de soluções ou medicamentos nas veias. Quando há intervalos de tempo entre os horários das medicações, o dispositivo é mantido na veia. Este dispositivo é chamado então, de butterfly heparinizado, pois em seu interior é mantida uma solução anticoagulante para manter sua permeabilidade.

**Campos** - (campos cirúrgicos esterilizados) - pano (tecido) esterilizado, colocado próximo ou sobre a área do corpo (campo fenestrado) na qual será realizado um procedimento, com a finalidade de mantê-la estéril.

**Cateter ou sonda** - instrumento tubular que se introduz em qualquer órgão oco, para retirada ou infusão de líquidos ou ar, para dilatação de estreitamento, para aferições ou para fins diagnósticos. Quando introduzido na artéria ou na veia, será chamado cateter arterial ou cateter venoso respectivamente. Quando utilizado para administrar oxigênio, é chamado de cateter de oxigênio ou de  $O_2$ .

**Cefaléia** - dor de cabeça.

**Choque** - estado de insuficiência circulatória; queda súbita e intensa de todas as funções vitais. Quando é causado pela perda de grande quantidade de líquidos do organismo, é chamado choque hipovolêmico.

**Cianose** - coloração azulada da pele, mucosa ou órgãos, pelo aumento do  $\text{CO}_2$  (gás carbônico) e diminuição de  $\text{O}_2$  (oxigênio) no sangue.

**Cirurgia de funduplicatura** - técnica cirúrgica utilizada para correção do refluxo gastro-esofágico.

**Comadre** - urinol utilizado pelos doentes que não podem erguer-se do leito.

**Deambular** - caminhar, passear.

**Decúbito** - posição de quem está deitado. Quando deitado de costas, decúbito dorsal.

**Diagnóstico** - conhecimento ou determinação de uma doença a partir dos sintomas.

**Dilatação esofágica** - procedimento realizado, para alargamento do diâmetro do esôfago.

**Dreno de tórax** - tubo inserido no tórax para possibilitar a saída de líquido ou ar da cavidade torácica.

**Edema** - acúmulo patológico de líquido, em qualquer tecido ou órgão.

**Eletrocardiograma** - gráfico das oscilações elétricas que permite avaliar a atividade do músculo cardíaco.

**Eletrodo para monitorização cardíaca** - pequeno disco colocado no paciente e conectado por um fio ao monitor

cardíaco.

**Endoscopia** - método para inspeção de cavidades do organismo.

**Enfisema subcutâneo** - penetração de ar no tecido conjuntivo.

Na palpação, há a sensação de crepitação fina.

**Epistaxe** - derramamento de sangue pelas fossas nasais.

**Equipo de soro** - dispositivo tubular utilizado para infusão de soro ou sangue no organismo. Uma de suas extremidades é inserida no frasco de soro ou sangue e a outra, na agulha que puncionará a veia.

**Estenose esofágica** - estreitamento do esôfago.

**Flebotomia** - procedimento cirúrgico que consiste na dissecação de uma veia com a introdução de um cateter.

**Folha de controle** - folhas destinadas ao registro das condições da criança, da execução dos cuidados planejados e das reações da criança, as quais são preenchidas pela equipe de enfermagem.

**Gardenal** - medicação anticonvulsivante.

**Hematêmese** - hemorragia proveniente do estômago; vômito de sangue.

**Hematoma** - tumor formado pelo sangue derramado; derrame de sangue nos tecidos abaixo da pele, após contusão.

**Hemofilia** - doença hereditária que se manifesta através de

hemorragias ao menor traumatismo, pelo retardamento da coagulabilidade sanguínea.

Hígido - com saúde.

Hipertensão intracraniana - aumento da pressão dentro da cabeça, podendo estar relacionado a traumatismo craneano, tumores ou edema cerebral.

Hipertensão pulmonar severa - patologia pulmonar grave.

Incisão - corte; separação dos tecidos. Incisão cirúrgica quando é ferida cirúrgica.

Latex - tubo de borracha utilizado na montagem de sistemas de administração ou drenagem de gases ou líquidos.

Micção - ato de urinar.

Monitor cardíaco - instrumento ou combinação de instrumentos que permite analisar e medir continuamente a função cardíaca.

N. P. T (Nutrição Parenteral Total) - administração de nutrientes por via endovenosa, exclusivamente.

Pneumectomia - resseção de uma parte ou da totalidade do pulmão.

Pneumonia - inflamação do parênquima do pulmão, de gravidade variada, podendo levar à morte.

Pneumotórax - presença de ar na cavidade torácica.

**Prognóstico** - predição a cerca da evolução, duração e termo de uma doença. Quando as perspectivas de sobrevida são incertas, onde a ameaça à vida é uma constante, é dito prognóstico reservado.

**Puncionar** - furar com instrumento pontiagudo.

**Punção torácica aspirativa** - furar o tórax, (geralmente com uma agulha) e aspirar ar, líquido, pus ou sangue que se encontra no seu interior.

**Punção venosa** - furar a veia para infundir líquidos ou retirar sangue para análise.

**PVC** - pressão venosa central.

**Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA (SIDA/AIDS)** conjunto de sinais e sintomas causados por um retrovírus que afeta a defesa imunológica do organismo. A pessoa com SIDA passa a apresentar infecções graves.

**Sistema de drenagem** - instrumento utilizado para permitir a saída de ar ou água de uma cavidade.

**Sonda** - instrumento tubular, geralmente de material flexível, que pode ser introduzido em cavidades ou órgãos ocos. Sonda de gastrostomia, quando é inserida no estômago através de uma incisão no abdômem. Sonda nasogástrica, quando inserida no estômago através

de uma narina. Sonda vesical, quando inserida na bexiga através do meato urinário e uretra.

**Tomografia** - radiografia de camadas do corpo.

**Transfusão de sangue** - procedimento pelo qual se administra sangue a uma pessoa, através de uma veia puncionada.

**Tubo endotraqueal** - tubo inserido na traquéia através da boca ou de uma narina.

**Úlcera** - solução de continuidade da pele ou mucosa, lesão.  
Úlcera gástrica, quando a lesão é no estômago.

**Varizes esofágicas** - dilatação permanente de veias do esôfago, provocando freqüentemente grandes hemorragias.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELO, Margareth. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 213-223, dez. 1985.
- AUGUSTO, Marianna, NODA, Massae. *Enfermeira pediatra em terapia intensiva*. São Paulo: Sarvier, 1978. p.2-3;6: Introdução.
- BERNARDES, Nara Maria Guazzelli. Análise compreensiva de base fenomenológica e o estudo da experiência vivida de crianças e adultos. *Revista Educação da PUC*, Porto Alegre, Ano XIV, n. 20, 1991.
- \_\_\_\_\_. Crianças oprimidas: autonomia e submissão. Porto Alegre, 1989. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1989.
- BIAGGIO, Angela Maria Brasil. *Pesquisas em Psicologia do desenvolvimento e da personalidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1984. 217 p.

- BOWLBY, John. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 225 p.
- BRASIL. Lei n<sup>o</sup> 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências, *Diário oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, v. 128, n. 135, 16 jul. 1990. Seção I.
- CARVALHO, Paulo R.A., TOBIAS, Leonice T. Aspectos emocionais do paciente crítico. In: JEFFERSON, P.P. et al. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1989. p. 449-460.
- DANNA, Marilda F., MATOS, Maria Amélia. *Ensinando observação: uma introdução*. São Paulo: Edicon, 1982. 159 p.
- DAVIDOFF, Linda L. *Introdução à psicologia*. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1983.
- EISER, Christine, PATTERSON, David. Children's perceptions of hospital: a preliminary study. *International Journal of Nursing Studies*; Oxford, v. 21, n. 1, p. 45-50, 1984.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. *Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, [198 ].

GARBOGGINI, Humberto de Oliveira. *Dicionário de Clínica Médica*, São Paulo, Formar, 1972.

HUNSBERGER, Mabel, LOVE, Barbara, BYRNE, Carolyn. A review of current approaches used to help children and parents cope with health care procedures. *Maternal-Child Nursing Journal*, Pittsburg, v. 13, n. 3, p. 145-165, Fall 1984.

ISSI, Helena Becker. *Vivências, percepções, sentimentos e experiências de aprendizagem de mães de crianças portadoras de doenças crônicas com prognóstico reservado: implicações para o ensino de Enfermagem*. Porto Alegre, 1989. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 1989.

LAGACHE, Daniel. *A Unidade de Psicologia*. Lisboa Portugal: Edições 70, 1988. 77 p.

LANNING, Joan. Pediatric trauma. *AORN Journal*, Denver, v. 42, n. 3, p. 345-351, Sept. 1985.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D.A. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MONTESSORI, Maria. *A Criança*. São Paulo: Círculo do Livro [198 ]. 243 p.

MOTTA, Maria da Graça Corso da. Crescimento e Desenvolvimento da Criança. In: MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. *Enfermagem pediátrica: assistência de enfermagem à criança*. Porto Alegre: Sagra, 1990. p.18-29.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento da criança e as alterações decorrentes da hospitalização. Porto Alegre, 1988. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1988.

MOULY, George J. *Psicologia Educacional*. São Paulo: Pioneira, 1966. p.103-36: Desenvolvimento emocional.

MURRAY, Eduard J. *Motivação e emoção*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada - opinião das enfermeiras do Recife. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 119-26, jul./set. 1985.

NEIRA HUERTA, Edelina del Pilar. Interações entre enfermeiras e pais de crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-93, abr. 1985.

\_\_\_\_\_. Relações sociais entre a equipe de enfermagem e pais de

crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-69, abr. 1986.

NUNES, Dulce Maria. Sistema de permanência conjunta pais filhos. In: MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. *Enfermagem pediátrica: assistência de enfermagem à criança*. Porto Alegre: Sagra, 1990, p. 15-18.

OLIVA FILHO, A.L. Opção de indução da criança rebelde. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 405-410, set./out. 1985.

PETRILLO, M., SANGER, S. *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975. 318 p.

RIBEIRO, Circéia Amália. Sentindo o valor das experiências significativas para a aprendizagem: relato de duas situações vividas com crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 179-203, dez. 1983.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. A criança na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. In: MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. *Enfermagem pediátrica: assistência de enfermagem à criança*. Porto Alegre: Sagra, 1990. p. 47-50.

ROCHA, D.N. Comportamento terapêutico da enfermeira na hospitalização da criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 25, n.1, p. 89-100, jan./abr. 1972.

ROSSETTI - FERREIRA, Maria Clotilde. *Mãe e criança: separação e reencontro: observação em situação de grupo*. São Paulo: Edicon, 1986.

SANT'ANNA, Elizabeth T. et al. *Relato da assistência de Enfermagem a criança na Unidade de terapia Intensiva Pediátrica - HCPA*. Trabalho apresentado no 3<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva. Florianópolis, 1988. 31 p.

SANTOS, Maria Elizabeth Ribeiro dos et al. A criança hospitalizada: reflexões da equipe. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 103-106, jul. 1984a.

\_\_\_\_\_. A hospitalização da criança: a visão do familiar. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 391-395, jun. 1984b.

\_\_\_\_\_. O impacto emocional da hospitalização da criança. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 341-345, maio 1984c.

SIMÕES, Cleamaria. *Glossário de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1983.

- SCHMITZ, Edilza Maria R. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: SCHMITZ, Edilza Maria R. et al. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 181-196.
- STEVENS, K.R. Humanistic Nursing Care for Critically III Children. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, v. 16, n.4, p. 611-622, Dec. 1981.
- SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. A Trajetória da Criança Marginalizada Rumo à Delinquência. Porto Alegre, 1982. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1982.
- TEICHMAN, Yona et al. Anxiety reaction of hospitalized children. *British Journal of Medical Psychology*, Lechworth, n. 59, p. 375-382, 1986.
- TOBIAS, L. et al. Humanização na UTI Pediátrica em Florianópolis. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 164-170, abr. 1986.
- TREZZA, Ercilia M.C., TREZZA, Eder. Prejuízos emocionais à criança hospitalizada. *Pediatria*, São Paulo, n. 7, p. 181-183, 1985.



181-183, 1985.

TRIVINOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987, 176 p.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. A psicologia na formação e manutenção do desempenho da enfermeira-pediatra. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 105-108, jul./set. 1984.

WADLEY, Ericka. Show and tell preparing children for invasive procedures. *American Journal of Nursing*, New York, v. 85, n. 7, p. 811-812, jul. 1985.

WHALEY, Lucille F., WONG, Donna L. *Enfermagem Pediátrica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989, 910 p.

WOLTERMAN, M.C., MILLER, M. Caring for parents in crisis. *Nursing Forum*, Hillsdale, v. 22, n. 1, p. 34-37, 1985.

ZAMO, Clair da Graça Souza et al. O Escolar hospitalizado - Considerações para a assistência de enfermagem sistematizada. In: MOTTA, Maria da Graça Corso da et al. *Enfermagem pediátrica: assistência de enfermagem à criança*. Porto Alegre: Sagra, 1990. p. 44-47.

ANEXOS

ANEXO 1  
PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

- 1 - Nome do observador:
- 2 - Objetivo da observação:
- 3 - Data da observação:
- 4 - Horário da observação:
- 5 - Diagrama da situação:
- 6 - Descrição do ambiente físico:
- 7 - Descrição do sujeito observado:
- 8 - Descrição do ambiente social:
- 9 - Registro contínuo dos comportamentos verbais e não verbais do sujeito observado e das pessoas que interagem com ele:

## ANEXO 2

## TÓPICOS DA ENTEVISTA COM A CRIANÇA

- 1 - Opinião sobre a UTIP de modo geral (local, instalações, etc...)
- 2 - Opinião sobre as pessoas da equipe com as quais interagiu
- 3 - Ações ou pessoas que proporcionaram satisfação
- 4 - Ações ou pessoas que provocaram desprazer
- 5 - Sentimentos experienciados

## ANEXO 3

## TÓPICOS DA ENTREVISTA COM OS PAIS

- 1 - Sentimentos expressos pela criança
- 2 - Reações da criança
- 3 - Preparação prévia à internação e aos procedimentos
- 4 - Permanência dos pais na UTIP

ANEXO 4  
TÓPICOS DA ENTREVISTA COM UM ELEMENTO DA  
EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UTIP

- 1 - Sentimentos expressos pela criança
- 2 - Reações da Criança
- 3 - Preparação prévia aos procedimentos
- 4 - Permanência dos pais na UTIP