

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÃE ACOMPANHANTE NO CONTEXTO DO CENTRO  
CIRÚRGICO: *comportamentos e reações adaptativas segundo  
modelo de Roy*

Fortaleza-Ceará  
2000

112306101  
04.07.2000 II

# TEREZINHA ALMEIDA QUEIROZ

Cod. Ac. = 46062  
R 5308782 / 00 - ar. 3.  
04/07/2000

## MÃE ACOMPANHANTE NO CONTEXTO DO CENTRO CIRÚRGICO: *comportamentos e reações adaptativas segundo modelo de Roy*

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Enfermagem.

1  
510.7362  
04/07  
ar. 3

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. D<sup>ra</sup>. Maria Graziela Teixeira Barroso

Fortaleza – Ceará  
2000

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1306782	
04 / 07 / 2000	

OK

### FICHA CATALOGRÁFICA

Q48 QUEIROZ, Terezinha Almeida

Mãe acompanhante no contexto do centro cirúrgico: comportamento e reações adaptativas segundo modelo de Roy / Terezinha Almeida Queiroz. — Fortaleza, 2000.

XII, 124f

Orientadora: Profª Drª Maria Grasiela Teixeira Barroso  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem .

1. Mãe acompanhante filho no hospital. 2 Pediatría. 3 Acompanhante de pacientes 4. Mães acompanhantes 5. Criança hospitalizada ± Título

CDD 618.92

**TEREZINHA ALMEIDA QUEIROZ**

Dissertação aprovada em 28/3/2000

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> MARIA GRAZIELA TEIXEIRA BARROSO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**orientadora**

---

**PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> THELMÁ LEITE DE ARAÚJO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**1<sup>ª</sup> EXAMINADORA**

---

**PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> MARIA EURIDÉA DE CASTRO**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE**  
**2<sup>ª</sup> EXAMINADORA**

---

**PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UECE**  
**SUPLENTE**

FORTALEZA-CEARÁ  
2000

Trabalho inserido na linha de  
pesquisa: Enfermagem, Educação,  
Saúde e Sociedade.

Pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa – FUNCAP – no período de abril de 1999 a fevereiro de 2000. Meus agradecimentos à Instituição Financiadora.

## **DEDICATÓRIA ESPECIAL**

A Deus todo poderoso, que me proporcionou não só a vida mas, especialmente, a maneira de poder vivê-la, dando-me forças para trabalhar as incertezas e vencer os desafios que surgiram ao longo de minha existência, principalmente durante a elaboração desse trabalho.

À Virgem mãe de Jesus e minha mãe, pelas vezes que roguei a sua intercessão junto a Deus Pai Todo Poderoso, pedindo sabedoria, força e coragem para não fracassar diante de tantos obstáculos que surgiram ao longo do meu caminho de luta pela vitória desse trabalho e tantas coisas boas que me foram proporcionadas.

## DEDICATÓRIA

- Ao meu marido Arthur, pela cumplicidade, carinho, dedicação e ajuda indispensável na trajetória desse trabalho que custaram dias de renúncias e abnegação nos nossos momentos de lazer e estar juntos.
- Aos meus filhos, Levy, Luynne e Thyerre, pelos momentos de solidão e ausência que foram obrigados a suportar como meio de contribuir para a realização desse estudo.
- Aos meus pais, por tudo de bom que me proporcionaram e por entenderem os vários momentos de incertezas, ausência e até abandono de minha parte em suas presenças, por estar demasiadamente empenhada na realização desse trabalho.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- À minha querida orientadora, Profa. Dra. Maria Graziela Teixeira Barroso, pela grande sabedoria, ajuda e orientação fundamentada, ensinando-me, a percorrer com coragem os difíceis caminhos que me levaram ao final desse estudo.
- À Profa. Dra. Telma Leite de Araújo, a quem expressei meus verdadeiros sentimentos de admiração e respeito, por ter sabido conduzir de maneira sábia e inteligente os ensinamentos necessários quando requisitados para a conclusão desse trabalho.
- À professora Enedina Soares, pela oportunidade gratificante de tê-la conhecido e pelo enriquecimento de suas idéias e ensinamentos dispensados nos primeiros passos trilhados ainda no início dessa pesquisa.
- Às mães acompanhantes que participaram desse estudo, pela confiança e credibilidade em mim depositadas, especialmente pela oportunidade de poder aprender com elas todo o viver de uma situação difícil e penosa.

## AGRADECIMENTOS

- Às professoras Dra. Maria Euridéa de Castro e Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pela atenção e confiança com que aceitaram os convites para participar da Banca Examinadora desse trabalho e pelas contribuições desprendidas para a melhoria da sua qualidade.
- À professora Dra. Lúcia Ivo, que, com sua disponibilidade, presteza e simpatia, muito me ajudou ao enviar o máximo de material bibliográfico, contribuindo dessa maneira para a realização desse estudo.
- À Universidade Estadual do Ceará, pelo apoio e incentivo dispensados aos seus docentes e que muito contribuiu para a melhoria de minha vida profissional.
- Às colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, pela compreensão e pelo tempo que permaneci afastada de minhas atividades docentes para cursar o mestrado.
- À chefia do hospital, local do estudo, pela colaboração e aceitação permitida que contribuíram, diretamente, para a realização da pesquisa.
- À colega, professora e Mestre Maria Lígia de Oliveira Santos, pelo apoio e colaboração ao fornecer o material bibliográfico necessário ao estudo.
- Às professoras do Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica, pelos conhecimentos transmitidos durante todo o curso e pelos esforços empreendidos que muito contribuíram para a nossa aprendizagem.

- Às colegas do mestrado, pelo tempo, necessidades, dificuldades e pelos agradáveis momentos que compartilhamos juntas.
- Às funcionárias da Coordenação da Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, pela atenção e receptividade dispensadas sempre que lhes eram requisitadas.
- À secretária do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Rosa Amélia, por sua dedicação, ajuda e disponibilidade, sempre que foram requisitadas.
- Às minhas irmãs, que muito me ajudaram, trabalhando por mim, resolvendo a maior parte de meus problemas e permitindo dessa maneira que eu tivesse tempo disponível para o trabalho.
- Ao Professor Vianney Mesquita, pela indispensável ajuda e colaboração na revisão gramatical dessa pesquisa, à qual imprimiu um valor imensurável.
- À bibliotecária Thelma Mariland Silva de Melo por sua competência e ajuda necessária na elaboração final dessa revisão bibliográfica.
- Às colegas Marta Saunders e Ana Gláucia, que, não medindo esforços no meio de suas atividades, estavam sempre prontas para me ajudar.
- E a todos os demais que, direta ou indiretamente, contribuíram significativamente para o sucesso desta pesquisa.

*Se não fosse o Senhor com sua infinita bondade, eu não estaria aqui desvelando mais uma suposta verdade.*

*Se não fosse o Senhor com todo o seu amor, eu não estaria aqui livre da minha dor.*

*Se não fosse o Senhor que finalmente me deu luz, eu não estaria aqui pra Te louvar e agradecer, Senhor Jesus.*

*Terezinha Queiroz*

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	25
3.1 SER CRIANÇA E ESTAR DOENTE E HOSPITALIZADO .....	25
3.2 MÃE ACOMPANHANTE E SUA IMPORTÂNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO .....	32
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DE APOIO – MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY</b> .....	42
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	59
5.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	60
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	61
5.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	62
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
5.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE RESULTADOS .....	64
5.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA PESQUISA .....	71
<b>6 RESULTADOS E COMENTÁRIOS</b> .....	74
6.1 CARACTERIZANDO AS MÃES ACOMPANHANTES .....	74
6.2 AVALIANDO OS COMPORTAMENTOS E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DAS MÃES ACOMPANHANTES .....	85
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	116
<b>9 ANEXOS</b> .....	122
- CARTA À CHEFIA DO HOSPITAL.....	123
- CARTA À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL LOCUS DO ESTUDO.....	124
- CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	125
- TERMO DE CONSENTIMENTO.....	126
- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	127

## INDICE DE REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS

1 FIGURA 1 - PESSOA COMO UM SISTEMA ADAPTATIVO SEGUNDO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY.....	52
2 FIGURA 2 - MÃE ACOMPANHANTE COMO UM SISTEMA ADAPTATIVO.....	104

**RESUMO**

O estudo em evidência trata do assunto da mãe acompanhante que, por motivo de cirurgia em seu filho hospitalizado, permanece também internada, tentando contribuir para a recuperação e manutenção de sua saúde, enquanto ser que vivencia, ao mesmo tempo, um processo de adaptação no contexto do centro cirúrgico. A pesquisa foi amparada no Modelo de Adaptação de Roy, especialmente num de seus elementos que é *a pessoa que recebe o cuidado*, tendo a mãe acompanhante como representante desse elemento recebido influências, também, dos demais elementos do modelo, os quais contribuíram bastante para o alcance dos seguintes objetivos: analisar os comportamentos das mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, ao encaminhar seus filhos para a sala de cirurgia e verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por essas mães como meios de adaptação ao estado de acompanhante durante a espera da cirurgia de seus filhos. O estudo foi do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido especialmente no contexto do centro cirúrgico. A coleta de dados se deu no período de junho a setembro de 1999 e teve como sujeitos de investigação dezoito mães acompanhantes, que permaneceram por todo o tempo no local do estudo durante a cirurgia de seus filhos. Os dados foram colhidos através de observação direta e entrevista semi-estruturada, analisados seguindo orientações da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), ressaltando-se a importância de alguns ajustes necessários para o estudo. Os resultados encontrados denunciaram que as mães acompanhantes, para se adaptarem no local de espera, sofreram a influência direta dos estímulos internos e externos do ambiente. O que mais se observou foram mães ansiosas, inquietas e angustiadas à procura de notícias, principalmente, ao referirem sentimentos bastante acentuados de preocupação e medo tanto da cirurgia em si, quanto da anestesia, por acreditar que seu filho poderia dormir e não acordar mais, ou ainda, sofrer dores por não se completar o efeito anestésico. Dessa forma, assumiram uma postura de pessoas que manifestaram reações comportamentais bastante diversificadas, entre elas, a inquietação, a angústia, a tensão, a ansiedade, especialmente, uma obsessão apreensiva em busca de notícias, e culpavam a enfermagem por não lhes transmitir o que estava se passando com seus filhos na sala de cirurgia. Na tentativa de se adaptarem à situação, as mães se comportavam fumando, olhando por alguma fresta na porta do centro cirúrgico, andando de um lado para o outro e principalmente rezando, pois o ato de recorrer a Deus e fazer orações resultava num estado acentuado de calma entre elas. Ressalta-se, aqui, a importância da informação prestada pela equipe de saúde que, até mesmo numa conversa informal, ajudava bastante na adaptação dessas mães, isso, considerando-se o momento de espera como forte gerador de ansiedade e, também, responsável por deixá-las bastante vulneráveis à fragilidade da ocasião e, ao mesmo tempo, escravas dos próprios sentimentos de dor e aflição por elas manifestados. Conclui-se, que a mãe acompanhante é um sistema adaptativo, que apresenta, inicialmente, alteração na sua integridade tanto física como emocional, mas que se recupera bem mais rápido, quando auxiliada pelos estímulos ambientais internos e externos que favorecem bastante a realização do processo de adaptação efetiva.

## 1 INTRODUÇÃO

É importante entender que qualquer interferência nos padrões habituais de comportamento de uma pessoa poderá estimular no organismo reações de alarme tão severas que, se não forem controladas a tempo, poderão dar origem a uma série de descontentamentos e agressões de ordem psicológica, que, dependendo do grau e da intensidade, poderão favorecer o surgimento de algumas seqüelas de caráter biológico e emocional de tratamento difícil.

A partir de então, acredita-se que, qualquer ser humano que vivenciar a oportunidade de tomar uma decisão importante, como ter que ser submetido a uma cirurgia ou permitir essa prática em qualquer familiar muito próximo, como em um filho, poderá desenvolver relevante quadro de alterações emocionais nos referidos padrões de comportamento. Essas alterações provavelmente propiciarão, tanto em si quanto em seu familiar, sentimentos inesperados de incerteza, aflição, medo e ansiedade tão grandes, que se supõe incitar uma série de inquietações na vida de ambos.

Acreditamos, sobretudo, que este quadro aconteça de forma mais acentuada quando o paciente é criança e está hospitalizada, por algum período, para tratamento cirúrgico.

Assim sendo, faz-se necessária a companhia de alguém muito próximo dessa criança, que possa dela ficar junto no período da hospitalização, no sentido de minimizar ou controlar os possíveis danos psicológicos que poderão ser desencadeados durante sua permanência no ambiente hospitalar.

A partir de então, defendemos a importância da permanência da mãe junto à criança internada durante o período de tratamento para intervenções cirúrgicas, especialmente se for criança de baixa faixa etária, por se entender que esta fica mais vulnerável ao sofrimento quando desencadeado pela separação da família.

É interessante ressaltar, ainda, que, nesse momento, parece haver uma cumplicidade muito forte entre o binômio mãe-filho, ao ponto de superar alguns limites de enfrentamento do seu novo cotidiano, no sentido de aproximar os dois tão coesamente, que a ansiedade e a angústia passam a ser um elo presente, gerado, sem dúvidas, a partir de um somatório de outros fatores resultantes desse binômio, terminando por influenciar bastante nas atitudes de ambos durante o período da hospitalização.

A exacerbação dessa cumplicidade tornar-se-á ainda mais fortalecida quando a criança hospitalizada estiver à espera de cirurgia, tanto pelo seu aspecto fragilizado, quanto pelo seu alto grau de dependência e envolvimento com relação aos seus familiares.

É nesse instante que a família, na maioria das vezes representada pela mãe, deverá atuar participando diretamente nesse processo de ajuda, se despreendendo de todas as suas atividades domésticas e se colocando à

disposição como acompanhante dessa criança, no sentido de preencher a grande lacuna gerada por essa problemática, mesmo provisória - que é a separação da criança de sua família - evidenciada a partir da decisão de interná-la para tratamento cirúrgico.

Para tanto, ressaltamos que uma atitude de forte envolvimento seja assumida necessariamente pela mãe acompanhante para evitar que a criança se sinta ainda mais isolada do meio social em que vive e, ao mesmo tempo, buscar entre outras medidas a melhor estratégia para superar o estágio inicial de trauma ocasionado pela separação por eles vivenciada.

Com efeito, necessário se faz colocar a mãe o mais próximo possível de seu filho internado, buscando dessa maneira obter soluções atenuantes que sirvam para minimizar possíveis danos psicológicos causados pela internação hospitalar e pelo conseqüente enfrentamento da cirurgia.

Assim sendo, entendemos que a mãe, antes de se tornar acompanhante numa relação de ajuda para com seu filho hospitalizado, necessita estar informada sobre todas as diretrizes terapêuticas adotadas e antes de tudo entender que todo tratamento cirúrgico poderá resultar, tanto para a criança como para a mãe, em motivos geradores de várias alterações emocionais, manifestadas antecipadamente a uma desagradável experiência que pode estar comprometendo a sua integridade física e/ou psicológica e, conseqüentemente, ameaçando também seu comportamento, suas reações e sua qualidade de vida.

Compreendemos, portanto, que os danos psicológicos serão mais bem administrados quando o ambiente hospitalar proporcionar à criança e sua mãe melhores condições de permanência na hospitalização. Tais condições poderão ser adquiridas, entre outras maneiras, através de orientações e informações dispensadas pela equipe de saúde, em especial pelo enfermeiro, no que concerne às normas e rotinas da unidade, ao ambiente físico hospitalar, às estratégias do tratamento adotado, aos hábitos alimentares e de higiene, como também, ao processo anestésico e cirúrgico a ser enfrentado.

A falta dessas condições, somada à necessidade de sua permanência num ambiente novo e diferente de sua realidade - e que, na maioria das vezes, se distancia da rotina de seu cotidiano, - nos faz acreditar que sejam fatores bastante influentes que poderão desencadear na criança hospitalizada e na mãe acompanhante um quadro exacerbado de tensão e ansiedade, provocando reações emocionais inesperadas e desagradáveis que passam a perdurar durante todo o período da internação e por muito tempo, ainda *a posteriori*.

Corroborando o exposto, Smeltz e Bare (1998) referem que, para o paciente internado, os procedimentos cirúrgicos são sempre ameaças à sua integridade corporal e/ou vital. Neste sentido, a família necessita compreender a importância dessas ameaças para o enfrentamento, com segurança, das reações emocionais que envolvem o indivíduo durante o período pré-cirúrgico, em especial, o cliente criança, pelo fato de não estar entendendo a situação vivenciada, nem as conseqüências de tudo o que se passa ao seu redor.

A dimensão das referidas reações espelha-se nos patamares de muitas causas, tanto para a criança quanto para o adulto. Neste último, as mais influentes apresentam-se como financeiras, sociais, físicas e, principalmente, as de ordem psicológica incluindo a ansiedade e a tensão. Nas crianças, parece prevalecer mais veementemente o fator emocional, que se concentra no medo e na ansiedade, tanto por ter que enfrentar a cirurgia quanto pelas conseqüências da separação de seu meio familiar.

Neste sentido, o que deve ser observado pelo enfermeiro e os demais profissionais da equipe cirúrgica é o fato de que a criança ainda é um ser em desenvolvimento, sem maturidade física e psíquica, também sem idéia da dimensão do que está acontecendo e por isso o período de internação e o momento da cirurgia devem ser bem mais trabalhados e mais bem valorizados por estes profissionais, para não desencadear traumas psicológicos que possam deixar seqüelas de prognóstico obscuro.

Vale ressaltar que os transtornos psicológicos de ansiedade e tensão pré-operatória que dominam a mãe ou a criança enquanto aguardam um resultado desconhecido, se iniciam antes da certeza de concordar em fazer a cirurgia, porém, se fortalecem, na maioria das vezes, no instante da confirmação diagnóstica e da informação de necessidade de uma intervenção cirúrgica como tratamento único e definitivo.

Associado a esses, surgem também o medo da anestesia por suas conseqüências inesperadas e preocupantes, o temor de uma possível hemorragia

incontrolável no meio da cirurgia; ou a apreensão de que aconteça uma parada cardíaca e/ou cerebral, ou ainda, a descoberta de uma doença incurável como câncer; o receio de perder alguma parte do corpo que lhe cause mutilação definitiva, ou até mesmo o temor da própria morte, ou seja, "dormir e não acordar mais ", como referido por algumas mães.

A partir de então, a situação de embaraço psicológico passa a ser uma constante na percepção da mãe acompanhante que, na maioria das vezes, tenta negociar outros tipos de tratamento, provenientes do seu imaginário, na tentativa de fugir à cirurgia que supõe ser um método agressivo e que, no cômputo geral, passa a lhe inspirar bastante cuidado.

Encontrar mãe acompanhante, no dia da cirurgia, caminhando nos corredores do hospital e alas adjacentes à procura de alguma informação que nem ela mesma sabe explicar direito qual é, tem sido comum, principalmente nas proximidades do centro cirúrgico, quando aguarda ansiosa pelo término da realização da cirurgia de seu filho.

Essa é uma prática que, no cotidiano hospitalar, nós profissionais da área da saúde, percebemos com certa freqüência nas conversas informais com mães que se apresentam aparentemente assustadas, solicitando informações com relação aos procedimentos cirúrgicos e ao resultado final da cirurgia a que seu filho está sendo submetido.

Relatam ainda algumas mães de filhos pequenos que não gostam de ficar ouvindo o choro de seus filhos quando adentram o centro cirúrgico, e que,

envolvidas por emoções vivenciadas naquele instante, sentem até desejo de retroceder na decisão da cirurgia e, se possível fosse, gostariam até mesmo de se colocar no lugar deles naquele momento.

Por outro lado, a criança também parece vivenciar episódios de angústia e medo quando entra no centro cirúrgico, não se sabendo se é por falta da presença da mãe nesta unidade ou se por enfrentar pessoas desconhecidas, vestidas de maneira diferente das de seu convívio e em local de área física totalmente diferente dos ambientes por ela freqüentado.

A partir de então, fica evidenciada a postura apreensiva e ansiosa da mãe que, ficando do lado externo do centro cirúrgico, se diz sentir impotente por nada mais poder fazer por seu filho, senão rezar, chorar e fazer "mil" promessas, num curto período de tempo que, segundo ela, parece uma eternidade, que se agrava com a falta de informação sobre o processo de desenvolvimento do ato cirúrgico.

A angústia à procura de notícias sobre o andamento da cirurgia é tamanha que incita à mãe a abordar qualquer pessoa que saia do centro cirúrgico no momento em que o filho está sendo operado.

Muitas vezes, na ânsia por informações, a mãe acompanhante aborda até mesmo o pessoal da limpeza que sai do centro cirúrgico, quando no entanto, sabemos que esse em nada pode ajudar, porque nada entendem sobre o assunto para poder repassar informações que contribuam para a subtração de seu estado de angústia e ansiedade que se estabelece naquele momento.

Portanto, refletindo sobre as colocações feitas, fomos despertadas para trabalhar o que consideramos primordial para a elucidação do estudo - analisar os comportamentos da mãe acompanhante e verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por elas no contexto do centro cirúrgico, em busca de respostas adaptativas para a situação vivenciada.

Preocupação como essa foi motivo de inquietação desde as primeiras aulas práticas, quando, como docente de Enfermagem, realizava estágio com alunos na unidade de centro cirúrgico de um hospital campo de prática. Nessa unidade, pude perceber a necessidade da presença da mãe acompanhante, até mesmo como um indicativo de tranquilidade para a criança que ali adentrava com o aspecto de pavor estampado e ao mesmo tempo, chorando e demonstrando-se angustiada, com medo e bastante ansiosa.

Ressaltamos ainda, que outras preocupações estiveram presentes como docente dessa unidade. No entanto, a opção escolhida como representante do objeto de investigação recai sobre o fato de conhecermos os mecanismos de enfrentamento e, conseqüentemente, os comportamentos manifestados pela mãe acompanhante no contexto do centro cirúrgico, precisamente, no momento da cirurgia de seu filho.

Finalmente, na intenção de buscar meios que justificassem a realização dessa pesquisa, surgiu-nos a oportunidade, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (e motivada pelo impulso heurístico de novos conhecimentos científicos juntamente com o apoio de pressupostos teóricos e

metodológicos adequados) de poder-mos ir ao encontro de uma realidade cujo conteúdo de sua totalidade existencial não era de nosso conhecimento, mas que, mesmo assim nos gratificou investigá-la e conhecê-la.

Consciente de que este é um processo inesgotável de conhecimentos, acreditamos que, mesmo encontrando uma suposta verdade, ora buscada, ainda assim, permanecerá um espaço sempre aberto para a descoberta de outras interrogações sobre o assunto.

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos estabelecidos para o estudo são:

- Analisar os comportamentos das mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, ao encaminhar seus filhos para a sala de cirurgia.
- Verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados pelas mães como meios de se adaptarem à situação de acompanhante, durante a espera da cirurgia de seus filhos.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

Relativamente à revisão da literatura, será feita uma abordagem dos autores que trabalham as questões referentes a ser criança e estar hospitalizada, com necessidade de acompanhamento direto, e, posteriormente, sobre mãe acompanhante e sua importância na hospitalização do filho.

#### **3.1 SER CRIANÇA E ESTAR DOENTE E HOSPITALIZADA**

Para melhor compreensão do ser mãe acompanhante, necessário se fez referenciar um pouco sobre o ser criança que existe, e como ele é visto pela sociedade a partir de uma crença extraída de sua própria faixa etária, que é o fato da mesma ser bastante vulnerável e dependente do adulto em todos os momentos e circunstâncias de sua vida infantil.

Em suas considerações, Pillotto (1998) relata que é muito importante se ter clareza de que foi criado historicamente um conceito idealizado de criança universal (atrelado muito mais à realidade burguesa), como se a essência infantil estivesse desvinculada das condições de existência. Daí se criou unidade - padrão de criança, determinado a partir dos critérios de idade e dependência ao adulto.

Tudo isso reflete em dois pontos bastantes discutidos ao longo dos tempos, quando o assunto se refere às questões da infância, que são: uma é ver a

criança dentro de uma concepção puramente infantil, e a outra é vista dentro de um significado social da infância. O resultado de tudo isso passa a gerar na criança uma dependência total do adulto, até mesmo para a resolução de suas pequenas decisões.

Corroborando o exposto, Kremer (1995) faz considerações, dizendo que a criança é tida como um ser que não é, ainda, social, desempenhando apenas um papel marginal nas relações sociais, principalmente com relação a sua participação nas decisões.

Nesse sentido, quando se trata de estado de saúde alterado, fica a criança mais vulnerável ainda do adulto, principalmente, quando acometida por problemas de saúde e necessitada de hospitalização. Essa dependência a subordina também à obediência e ao bom comportamento, que, na maioria das vezes, são exigidos pelos profissionais da equipe de saúde como parte integrante para o progresso da terapia adotada.

Para Kremer (1995) o adulto estabelece uma imagem de criança como um ser fraco e incompleto, atribuindo tais características à "natureza infantil". Essa idéia de natureza, porém, dissimula ideologicamente as relações de criança com o adulto, na medida em que este exerce sobre a criança uma autoridade constante, que é social e não natural, reproduzindo assim formas de autoridade de uma dada sociedade. A partir daí, o adulto justifica a dependência da criança de forma total e absoluta.

De acordo com Batista (1995), a criança é um ser humano tão dependente quanto menor for sua idade. Ela utiliza as armas da mãe para poder romper suas dificuldades e medos, e isso acontece até aos três anos de idade, aproximadamente, quando o "eu individual" da criança ainda não se apossou.

Aderindo à idéia da autora, vale ressaltar que pesquisas recentes têm contribuído para que se dê maior atenção à criança hospitalizada, no sentido de permitir uma assistência de qualidade a esta, considerando que a vulnerabilidade de suas condições se agrava quanto mais tenra for sua idade.

Elsen & Patrício (1995 ) consideram que as bases da assistência à criança hospitalizada têm se modificado nas últimas décadas, em decorrência dos resultados das pesquisas nas áreas médicas, humanas e sociais, e que, a partir destas contribuições, várias perspectivas se desenvolveram, no sentido de como assistir a criança no processo saúde-doença e de que maneira orientar a prática pediátrica.

Acreditam, ainda, as autoras que estas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, tipos de problemas a serem identificados, objetivos, a abrangência da assistência, a composição, e, como fundamental, o interrelacionamento da equipe de saúde, merecendo destaque o enfermeiro, pela sua maior proximidade com o ser doente e com sua família.

Teixeira (1998) lembra que o profissional de enfermagem representa um elo muito forte de todos os membros da equipe de saúde para com o paciente e a

família, o que o torna, sobremaneira, uma figura indispensável, além de motivadora e sinalizadora de situações, com função importante de aperfeiçoar e desenvolver essa forma de assistência de saúde.

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

Consideram, também as autoras que a hospitalização representa para a criança uma crise de duplo significado. Um, por estar vivendo uma experiência dolorosa, e outro, por vivenciar a perda de sua independência juntamente com a interrupção de vários aspectos de seu estilo de vida. No entanto, é o confinamento o que mais tem preocupado.

Elsen & Patrício (1995 ) trabalharam também o tipo de abordagem da assistência à criança hospitalizada de que dispõe o hospital, o que não está explicitado em seus regimentos ou manuais, mas que, mesmo assim, pode ser facilmente identificado na rotina do cotidiano da unidade. As autoras referem

que, de acordo com os resultados de estudos e vivência profissional, foi possível identificar três abordagens que se encontram bastante visíveis, ou seja, centradas na patologia da criança, na criança e na família.

Na primeira, a equipe de saúde concentra seus esforços para dados que contribuam para o diagnóstico e as medidas terapêuticas. A família ocupa uma posição periférica por exigência da instituição e da equipe de saúde, limitando a mãe ou o pai a responsabilizarem-se nas autorizações de internação, tratamento e alta hospitalar.

Na segunda, há maior valorização da criança, passando esta a ser vista de maneira biopsíquicoespiritual, sendo a interação considerada como fator estressante, o que leva a equipe a incentivar a permanência de acompanhantes na unidade e sua participação nos cuidados com o pequeno cliente.

A terceira, na opinião das autoras, mais recente e menos encontrada nos hospitais, vê a criança e a família num contexto de potencialidades para melhor atender às necessidades de saúde. A família ocupa uma posição central nesta abordagem e compartilha com a equipe de saúde o tratamento da criança.

É esse compartilhar da equipe de saúde com a família que mais interessa na hospitalização da criança, por se acreditar que possa estimular a percepção dela ao entender a coesão de um trabalho com diretrizes fundamentalmente voltadas para a recuperação de sua saúde.

Para Waldow (1995) a recuperação dos pacientes parece mais rápida e a experiência no hospital mais agradável, quando existe um bom relacionamento enfermeiro/paciente, porque ele é percebido como terapêutico e restaurador.

Elsen (1994) diz que a família funciona como unidade básica de saúde para seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio, que é o de cuidar de quem cuida.

Para Galvão & Tedesco (1998), os problemas enfrentados por um indivíduo hospitalizado e sua família transparecem nitidamente no decorrer da internação, comprovando que a comunicação da família com a equipe de enfermagem tem grande importância, pois o contato é diário e direto, deparando-se com seus temores e ansiedades.

Já Palis (1997) considera a hospitalização de um indivíduo motivo gerador de desconforto, principalmente porque representa uma situação ignorada, porque passa a lidar com pessoas, ambientes, rotinas desconhecidas, além de enfrentar as mudanças de suas próprias atividades diárias.

Elsen & Patrício (1995), igualmente, consideram que o acompanhante deve ser incentivado pela equipe de saúde a trazer parte de seu lar para dentro do hospital, e que esta equipe deve procurar transmitir conhecimentos para que a família, na qualidade da mãe, possa cuidar melhor de sua criança.

Esta preocupação se fundamenta no fato de que mãe e filho no momento estão enfrentando uma situação nova, em um ambiente totalmente diferente da

sua realidade e que vários fatores poderão levar à manifestação de comportamentos até então por eles desconhecidos.

Corroborando o exposto, Silva (1997), citando Pernetá (1982), relata que, quando a criança se hospitaliza, vários fatores adversos englobam a situação, como mudança total de ambiente físico e psicológico e um meio completamente estranho, onde tudo é imprevisível.

Portanto, os inconvenientes desses fatores que surgem num internamento hospitalar são percebidos de maneira mais intensa quando a criança não tem ainda cinco anos de idade. Nesse período, a separação da criança com o meio familiar em que vive poderá causar, de imediato, na família, uma dicotomia em todas as suas expectativas de vida que até então fora planejada para um futuro diferente da situação por eles vivenciada, mesmo temporariamente.

Essa dicotomia, realmente, se faz presente em várias instâncias da vida dos dois, isto é, da mãe por ocasião da internação do filho. No entanto, podemos dizer que literalmente ela é algo presente no imaginário pelo fato de se tratar de uma separação temporária, visto que os elementos nela comprometidos, físicos ou biológicos, em sua totalidade, são por vezes inseparáveis.

Smeltzer & Bare (1998) referem que, para o paciente internado, os procedimentos cirúrgicos são sempre ameaças à sua integridade corporal e/ou vital. Neste sentido, a família necessita compreender a importância dessas ameaças para o enfrentamento, com segurança, das reações emocionais que envolvem o indivíduo durante o período pré-cirúrgico, em especial, o cliente

criança, pelo fato de não estar entendendo a situação vivenciada, nem as conseqüências de tudo o que se passa ao seu redor.

Consideram, ainda, as autoras que toda cirurgia, por mais planejada e detalhada que seja para o cliente, sempre vem precedida de algum tipo de reação emocional, evidente ou não, caracterizada como normal ou anormal, baseando-se em muitos fatores, incluindo os incômodos e os vários sacrifícios que o indivíduo terá que fazer obrigatoriamente frente à situação apresentada.

### 3. 2 MÃE ACOMPANHANTE E SUA IMPORTÂNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO

O significado de mãe acompanhante para o estudo deverá ser entendido como sendo toda e qualquer mulher, independentemente de raça, religião ou nível social, que tenha filho gerado ou adotado, e que por motivo de saúde prejudicada esteja ele hospitalizado para tratamento cirúrgico, requerendo de sua mãe companhia em tempo integral para ouvi-lo, assisti-lo e ajudá-lo, em todo os aspectos de ordem física, biológica, psíquica e principalmente que participe ativamente junto à equipe de saúde do hospital como protagonista essencial das ações do cuidar, durante o período de internação da criança no ambiente hospitalar, especialmente para ser submetida a intervenção cirúrgica.

Para Lisboa (1973 ), o momento da internação é considerado como algo extremamente difícil para a criança, recorrendo a Spencer para ressaltar as

vantagens por ele consideradas como de grande importância na permanência da mãe durante a hospitalização do filho para tratamento cirúrgico.

São vantagens:

- \* Evitar as reações emocionais ligadas à privação dos cuidados maternos.
- \* Diminuir as seqüelas psico-afetivas secundárias à internação.
- \* Tirar o sentimento de culpa materno e inculcar-lhe confiança pela participação nos cuidados do filho.
- \* Ser perseverante com o tratamento escolhido.
- \* Possibilitar as melhores informações possíveis, do estado da criança, ao serviço de enfermagem.

Outra qualidade percebida na mãe acompanhante é que, durante sua estada no ambiente hospitalar, ela também se solidariza com outras mães que vivenciam as mesmas situações, de maneira tão cúmplice entre elas, que se comportam emocionalmente, muitas vezes, em posição de defesa uma das outras, principalmente se seus valores, durante a hospitalização, por algum motivo, forem desrespeitados pela equipe de saúde ou por qualquer outra pessoa da área hospitalar.

Essa cumplicidade também se dá com relação aos cuidados de seus filhos, pois é através da convivência no hospital que elas terminam adotando uma postura de envolvimento, de tal maneira, que a aprendizagem no cuidar/cuidado flui com maior facilidade entre elas do que mesmo com os profissionais de

saúde, ou seja, geralmente elas ensinam às outras o que vão assimilando dos cuidados de enfermagem prestados aos seus filhos.

Acreditamos ser este cuidar/cuidado aprendido por elas, somado com os ensinamentos dos enfermeiros e o fator emocional característico do ser mãe, que fazem da mãe acompanhante um ser extremamente necessário e indispensável na hospitalização do filho, principalmente, pelo elevado grau de conhecimento adquirido por ela sobre os comportamentos e o estilo de vida de seus filhos.

Para Belli (1995), a mãe estabelece um compromisso emocional, quando se vincula com seu filho em situações de doenças, criando uma força fundamental que a estimula mais ainda a cuidar do filho. A ausência desse compromisso pode gerar perturbações de ordem psicológica para a criança, ao ponto de constituir-se em circunstâncias desagradáveis, quando esse vínculo é delegado a profissionais da unidade, por sentirem-se atropelados pelo excesso de atividades, sendo obrigados a faltar com alguma de suas responsabilidades.

Assim sendo, no sentido de evitar tais aborrecimentos, necessária se faz a presença da mãe junto ao filho na hospitalização, por se entender que ela é quem melhor sabe ouvir, sabe tocar, e, tocar não só o corpo físico mas também o coração e o espírito. E é essa convivência gratificante que se supõe seja um estímulo para o filho que necessita de sua mãe, principalmente quando internado para tratamento cirúrgico, por se entender que o trauma da cirurgia certamente poderá ser menos doloroso quando for compartilhado entre eles.

Esse trauma da cirurgia a que nos referimos também é referendado pelas autoras Belland & Passos (1979 ), quando consideram que, para a maioria das pessoas, uma cirurgia, por mais insignificante que pareça, é sinônimo de situação de crise, provocando um comportamento semelhante ao de qualquer outra situação traumática, uma vez quem vai ser submetido a ela está exposto às mesmas fontes de tensões a que se expõe os outros doentes.

Outro ponto bastante significativo é o fato de a mãe sentir necessidades de conhecimentos com relação ao internamento, ao ambiente e a todas as condições referentes à doença de seu filho. Neste caso, a equipe de saúde deverá entender que só obterá bons resultados com a permanência da mãe no hospital, se houver maior interação delas, se a mãe for bem tratada e se estiver sempre bem informada e orientada com relação ao estado geral de saúde e doença de seu filho quando hospitalizado.

Neira (1985 ) relata que são evidentes os motivos ou razões oferecidos pelas mães para explicar seu bem-estar no hospital, e aponta o que pode e deve ser feito para que elas se sintam bem no hospital; assim, é necessário mantê-las informadas, prestar assistência adequada aos seus filhos e, principalmente, relacionar-se com a equipe de saúde, pois algumas mães relataram que não sabiam quem poderia ajudá-las no atendimento de suas necessidades no ambiente hospitalar.

A partir de então, torna-se extremamente necessário que as mães permaneçam sempre bem instruídas a respeito de todas as expectativas com

relação tanto à doença quanto à internação de seus filhos no hospital, considerando que, além de as informações representarem um direito dos pais, a sua presença junto aos filhos é um dos fatores auxiliares para o tratamento e sua recuperação.

Gauderer ( 1991 ) adverte que o artigo 59 do Código de Ética Médica veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita diretamente ao seu responsável legal, que no presente estudo é a mãe acompanhante.

Farias ( 1988 ) em seu estudo com crianças hospitalizadas sem a mãe presente, constatou que as crianças apresentaram alterações de comportamento referentes ao ritmo de desenvolvimento de suas habilidades psicomotoras e das interações sociais e afetivas.

Aderindo à idéia da autora, foi a nós possível, como docente, observar na prática um comportamento diferente da criança internada sem a presença da mãe, pois, na maioria das vezes, ela fica retraída, chorando ou sorrindo sem motivo aparente. Outras vezes, fica ansiosa e se expressando corporalmente através de um silêncio movimentado, no qual ela mexe as pernas, braços e cabeça, vira-se de um lado para o outro, respira de maneira ofegante, torce as mãos e às vezes adota maneiras agressivas com quem dela se aproxima até mesmo para a administração de cuidados não traumatizantes. Por outro lado, também os pais acompanhantes ficam apreensivos e ansiosos, e isso induz a um

certo grau de ansiedade e apreensão também no comportamento dos filhos, o que se supõe ser um agravante bastante significativo para o estado geral da criança hospitalizada. Entendemos, portanto, que esse estado pode se agravar ainda mais na ausência de um bom relacionamento entre os pais e a equipe de saúde do hospital.

Ramos & Moraes (1976) ressaltam que a parte mais importante do tratamento de uma criança hospitalizada é reduzir a ansiedade dos pais, por meio de oferecimento de apoio para ajudá-los na supressão de seus sentimentos. Se a mãe ou o pai experimenta um relacionamento positivo com um profissional no hospital, seu nível de ansiedade diminui e suas percepções sobre a situação tornar-se-ão bem mais acuradas.

Com base no exposto, torna-se necessária uma reflexão do enfermeiro para a realização de um pré-operatório bem fundamentado e bem significativo para cada criança, podendo ser salientadas as peculiaridades de cada uma, as suas necessidades e o grau de entendimento delas, considerando que os pais são participantes e devem sentir-se, também, beneficiados com as orientações que favoreçam a recuperação de seu filho, até mesmo para a continuação do cuidado e do tratamento em casa.

Neira (1985) ressalta que sempre considerou muito gratificante trabalhar com mães de crianças hospitalizadas, e relata que se preocupava bastante em orientá-las e ensiná-las para que, quando a criança retornasse ao lar, a mãe já

estivesse bem capacitada para atender adequadamente as necessidades de seu filho.

É esse tipo de cuidado que beneficia tanto a mãe quanto a criança, não devendo ser esquecido, porém, o lado psíquico-emocional de ambos, em virtude da sua grande importância para o sucesso do tratamento. Reforçamos a idéia de que não só as condições emocionais da criança devem ser consideradas com maior atenção pelo enfermeiro, como também a questão da mãe acompanhante, por se entender que o medo e a ansiedade revelam-se mais freqüentes nestas, exercendo uma influência negativa no período de recuperação pós-operatória de seus filhos.

Portanto, é essa influência negativa, na qual tem peso o novo ambiente com toda uma situação desconhecida, que também contribui para o surgimento ou o agravamento de tensões, medos e ansiedades que permeiam a vida de mãe e filho durante a permanência de ambos no ambiente hospitalar. E, o somatório de tudo isso serve também para justificar o comportamento da mãe acompanhante no dia da cirurgia de seu filho.

Silva (1997 ) relata, em seu estudo com mãe acompanhante, que se sentiu bastante sensibilizada como enfermeira, ao ver o comportamento da mãe que leva o filho para a cirurgia. Comenta a autora que a mãe geralmente chega ao centro cirúrgico abraçada ao seu filho, quase sempre chorando, e o entrega à equipe de cirurgia, demonstrando sentimentos de esperança e fé na cura

definitiva. Observou também que, em outros momentos, elas são vistas atrás das vidraças, incansáveis e sempre com uma pergunta a fazer.

Concordamos com a autora, porque, na nossa realidade de docente de Enfermagem cirúrgica, percebemos nitidamente um comportamento idêntico de mães acompanhantes no dia da cirurgia. Essas mães, após a entrega de seus filhos no centro cirúrgico, geralmente permanecem do lado de fora até o término da cirurgia, num clima de aparente angústia e ansiedade. Às vezes sentadas, cabisbaixas e pensativas, outras vezes, andando de um lado para outro como quem caminha à procura de algo numa estrada que não tem fim.

Portanto, acreditamos que, para a redução da ansiedade da mãe e do filho no dia da cirurgia, é importante salientar que a equipe de saúde reconheça o direito que têm os pais para acompanhar seus filhos no hospital, inclusive em lugares considerados críticos, como um indicativo significativo para melhor e mais rápida recuperação da criança internada para tratamento cirúrgico.

Verny & Kelly (1991) confirmam essa versão, quando apontaram o direito dos pais, considerando que estes devem insistir em participar dos cuidados aos filhos, até mesmo daqueles confinados em unidades específicas de tratamento intensivo.

Pensando assim, acredita-se que a possibilidade de uma permanência da mãe acompanhante no centro cirúrgico, mesmo temporária, enquanto aguarda o início da indução anestésica, seja possível, pelo motivo de ela encontrar-se

amparada em documentos legais que lhes asseguram o direito de acompanhar sua criança hospitalizada.

Considerando que, não obstante o aparato tecnológico que compõe a unidade de centro cirúrgico, a mãe ou o pai têm condições e o direito de participar do que pode estar ocorrendo com seu filho, pois deve ser considerado membro da equipe que o assiste e recupera, e não como mero importuno alienado, que, para algumas pessoas, parece mais atrapalhar do que mesmo ajudar.

Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990 pg.5), em seu Artigo 12, assegura que *os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de crianças ou adolescentes.*

Na situação do filho necessitado de cirurgia, tem-se mãe preocupada com a cirurgia, ignorando todas as atividades praticadas no interior do centro cirúrgico e entendendo também que tudo que há lá dentro é de causar medo, é assustador e sombrio. Talvez por esse motivo as mães sempre ficam tensas, angustiadas e em constante ansiedade durante esse período. Confirmando a observação de Silva (1997) no seu estudo, foi referido que as mães permanecem do lado de fora do centro cirúrgico sempre buscando a ajuda de Deus para a hora da cirurgia que se aproxima. Relata, ainda, que as mães geralmente deixam perceber em seus discursos a grande preocupação com o medo que sentem diante da possibilidade do insucesso da cirurgia ou da morte de seu filho.

Essa é uma realidade comprovada no cotidiano de nossas atividades de docente, pois há vezes em que mães acompanhantes, enquanto esperam o filho que está na cirurgia, relatam que só mesmo o desejo pela saúde dele é responsável por aquele momento de angústia e sofrimento que são obrigadas a suportar, admitindo, também, que o medo é companheiro fiel e permanece com ela, mesmo sabendo que a intervenção cirúrgica é necessária e pode certamente recuperar a saúde de seu filho, dantes prejudicada.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DE APOIO**

### **Modelo de Adaptação de Roy**

Na Ciência, a busca de uma realidade conduzida pelo desenvolvimento de um processo de pesquisa através de uma investigação científica, poderá resultar em algumas características capazes de produzir, tanto a origem de leis consideradas universais, como o surgimento de teorias que servirão de auxílio para futuras pesquisas.

Assim sendo, entendemos que, para a realização de um novo trabalho científico, leis e teorias possam contribuir para novas pesquisas, servindo de base e diretriz que norteiam as tomadas de decisões, sempre calcadas no apoio teórico e metodológico necessário para orientar e determinar todos os passos de um caminho a ser percorrido.

Com este pensamento, incorporamos a necessidade de se escolher uma teoria de enfermagem que fosse adequada à nossa realidade de pesquisa, no sentido de ampará-la teoricamente, e que funcionasse como regra possível de reunir algumas técnicas que permitissem desenvolver com qualidade o trabalho de interpretação de significados. Desta forma, acreditamos que a teoria adequada como amparo à presente pesquisa está centrada no Modelo de Adaptação de Roy por ser considerado um referencial teórico de apoio importantíssimo como colaboração ao tipo de estudo que optamos por investigar, respeitando as

adequações que se fizeram necessárias para orientação e definição nos resultados da pesquisa.

É importante salientar que Roy teve contribuição tanto de Helson, um psicólogo fisiologista, quanto de Andrews, para caracterizar o seu modelo de adaptação, o qual, associado também à sua experiência clínica em pediatria, pôde estimular com grande veemência uma forte crença na resistência da capacidade humana de recuperar tanto o corpo quanto o espírito ( Roy & Andrews, 1999) .

Esse modelo tem tido grande repercussão na enfermagem do mundo inteiro, por ser considerado um dos mais evoluídos e bastante utilizados, não só junto ao paciente no plano assistencial, como também no âmbito acadêmico, por estar sempre contribuindo, largamente, como apoio teórico-metodológico importantíssimo referendado nas pesquisas de enfermagem.

As primeiras descrições do Modelo de Adaptação de Roy foram feitas por ela mesma, enquanto estudante de graduação na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em Los Angeles. A origem desse modelo foi traçada com base nos seus conhecimentos pessoais e profissionais, por ser Roy comprometida com afirmações filosóficas caracterizadas pela verdade e por princípios humanísticos.

A preocupação de Roy com a pessoa e o seu compromisso com a enfermagem é tão evidente que ela trabalhou as ações de seu modelo na criação de um processo de trabalho para o enfermeiro, pelo qual pudesse fortalecer e/ou

implementar uma assistência de enfermagem de qualidade, planejada e norteada pelas diretrizes de seu processo de enfermagem, que se tornou tão conhecido quanto necessário no ato de cuidar da pessoa que inspira cuidados para uma maior qualidade de vida.

Corroborando o exposto, George (2000) referenda o modelo de Adaptação de Roy dizendo que ele oferece diretrizes para a enfermeira na aplicação do processo de enfermagem evidenciando seus conceituados elementos, os quais incluem: a investigação do comportamento, a investigação do estímulo, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de metas, a intervenção e a avaliação.

Segundo as considerações de George (2000), o modelo de adaptação de Roy também contempla as características de uma teoria, quando considera que: as teorias podem interrelacionar conceitos de tal forma que criem uma maneira de ver um determinado fenômeno; as teorias devem ser de natureza lógica; as teorias devem ser relativamente simples e ainda generalizáveis; as teorias podem ser as bases para as hipóteses serem testadas ou para a teoria ser expandida; as teorias também contribuem para o aumento do corpo de conhecimentos gerais dentro da disciplina, através da pesquisa implementada para validá-las; e as teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática.

O modelo de adaptação de Roy (Roy & Andrews, 1999) envolve os elementos: *a pessoa que recebe o cuidado, a meta da enfermagem, o conceito de saúde e o conceito de ambiente.*

Para melhor e mais significativa aplicação do modelo de adaptação de Roy e a possibilidade de demonstrar a coerência deste com o estudo, julgamos conveniente fazer uma exploração dos conceitos de todos os elementos retrocitados.

**Pessoa** – para Roy, a pessoa é considerada como estando em constante interação com os estímulos externos e internos. Ela é ativa e reage a estes estímulos, os quais são definidos como focais, contextuais e residuais. A adaptação é uma resposta positiva, feita pela pessoa, diante da experiência com que se depara. Essa adaptação é facilitada pelo uso dos mecanismos de enfrentamento regulador e cogniscente. O nível de adaptação representa a amplitude dos estímulos que a pessoa consegue suportar e manter uma reação adaptativa (Roy 1999).

**A meta da enfermagem** - é a promoção de reações adaptativas, em relação a cada um dos modos de seu modelo ( *modo fisiológico, modo do autoconceito, a função do papel e o modo da interdependência* ), utilizando a informação sobre o nível de adaptação da pessoa, e os estímulos focais, contextuais e residuais, os quais contribuem para a saúde do indivíduo, melhoria na qualidade de vida e diretrizes para uma morte digna. As metas são estabelecidas em relação ao problema e são descritas em termos comportamentais. (Roy & Andrews 1999).

**Saúde** - definição baseada na idéia de integridade que, em contrapartida, é operacionalizada para indicar comportamentos que atinjam as metas de

sobrevivência, crescimento, reprodução e controle da pessoa, nas considerações de Roy & Andrews (1999).

Dentro do modelo de adaptação de Roy, o conceito de saúde está intrinsecamente ligado aos de pessoa, de ambiente e de adaptação. Isso porque num enfrentamento, a pessoa necessita liberar energia para poder se adaptar, melhorando dessa maneira a saúde e promovendo a cura. É essa liberação de energia que une os conceitos de adaptação e saúde ( Roy & Andrews, 1999).

*Ambiente* - este é especificamente definido no modelo de Roy como todas as condições circunstanciais e influenciáveis que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos. Para ela, o ambiente funciona como *input* para a pessoa e, no sistema adaptativo, descrito como estímulos externos e internos. Portanto, estando a pessoa comumente sujeita aos estímulos do ambiente, o estudo das suas formas de adaptação certamente constituirá em uma área importantíssima e de grande relevância para a enfermagem (Roy & Andrews, 1999).

O ambiente está em constante interação com as pessoas como sistema vivo que são, e favorece a troca de informações, matéria e energia, as quais poderão facilitar as diretrizes que promovem a adaptação do ser (Roy & Andrews, 1999).

Quanto às atividades de enfermagem, estas são delineadas em seu modelo como sendo as que favorecem as reações adaptativas em situações de saúde e de doença. Elas são ações realizadas pelo enfermeiro para ativar os mecanismos de

enfrentamento da pessoa, capacitando-a a enfrentar os estímulos da forma adaptativa.

Roy identifica quatro modos adaptativos, São eles: o modo *Fisiológico*, *Autoconceito*, *Função de papel* e *Interdependência*.

*Fisiológico* – É descrito como o modo que a pessoa responde, como um ser físico, aos estímulos do ambiente. Os comportamentos neste modo são manifestações das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, organismos e sistemas que compõem o corpo humano. Envolve cinco necessidades básicas de integridade fisiológica (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção) e quatro processos complexos (sensitivo, líquidos/eletrólitos, função neurológica e função endócrina).

*Autoconceito* – é um dos três modos psicossociais e focaliza principalmente os aspectos psicológico e espiritual da pessoa. A principal necessidade identificada diz respeito à integridade psíquica – a necessidade de conhecer quem é ou quem pode ser ou existir. O autoconceito é definido como um conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa tem sobre si própria em um determinado momento.

As integridades física, psíquica e espiritual são básicas para a saúde, mas os problemas de adaptação podem interferir na habilidade da pessoa se curar ou manter outros aspectos importantes para a saúde.

O autoconceito compreende dois componentes: o eu físico (*self* físico), incluindo as sensações e imagens corporais e o eu pessoal (*self* pessoal) incluindo a própria consistência, ideal, moral, ético e espiritual.

É importante para o enfermeiro ter conhecimento sobre o modo do autoconceito para ser capaz de avaliar influências e respostas comportamentais a auto-estima da pessoa.

Na avaliação dos comportamentos, é importante que o enfermeiro inclua itens referentes ao modo de autoconceito, objetivando identificar a imagem que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre suas potencialidades.

*Função de papel* – pelas considerações de Roy, este modo focaliza os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. A principal necessidade deste modo é identificada como integridade social, que envolve a pessoa na sua relação com os outros .

A classificação dos papéis como primário, secundário e terciário tem sido usada no modelo de adaptação de Roy. Associado com cada papel onde estão os comportamentos instrumental, que são aqueles manifestados mediante a aquisição de habilidades exigidas para o desempenho de um papel, e os expressivos, aqueles revelados quando se faz algo que nos dá prazer em fazer. A avaliação feita pelo enfermeiro deve levar em conta a capacidade do indivíduo em desempenhar os papéis que esperam dele e a posição que ocupa em relação às demais pessoas.

*Interdependência* – é o último modo de adaptação descrito por Roy que focaliza as interações de amor, respeito e valores. A sua necessidade básica é adequação de sentimentos de segurança nos relacionamentos. Nele há dois tipos de comportamentos: o receptivo e o contributivo, aplicados, respectivamente, para dar e receber amor, respeito e valores nos relacionamentos interdependentes. Portanto, a avaliação dos comportamentos receptivo e contributivo proporciona uma indicação relativa à adaptação social no modo de interdependência.

A partir de então, o conjunto de todos esses fatores representará o nível de adaptação que, por sua vez, dependerá, também, da amplitude dos estímulos que a pessoa consegue suportar para poder manter uma reação adaptativa.

Vale ressaltar que, para o estudo em evidência, mesmo estando presentes os quatro elementos do modelo de adaptação de Roy ( pessoa, ambiente, saúde e meta da enfermagem), a investigação ficou centralizada na *pessoa que recebe o cuidado*, representada pela mãe acompanhante por ser considerado como necessário para revelar os comportamentos dessa mãe no contexto do centro cirúrgico, especialmente, por ocasião do encaminhamento de seu filho para a sala de cirurgia.

Quanto à escolha da mãe como o elemento central do presente estudo, como *a pessoa que recebe o cuidado*, justifica-se por se considerar a importância da mãe no processo terapêutico do filho, estando ela necessitada das intervenções da enfermagem para que as reações de adaptação se tornem

realidade, e para que possa ativar os mecanismos de enfrentamento, possibilitando a adaptação da mãe e, conseqüentemente, de seu filho.

Para Roy & Andrews (1999), a pessoa é considerada como um sistema adaptativo, por ter capacidade de ajustar-se ao ambiente e de poder modificá-lo. A constante interação dela com seu ambiente está caracterizada por várias mudanças, que tanto podem ser internas como externas.

São essas mudanças que contribuem para que a mãe acompanhante no ambiente de espera no contexto do centro cirúrgico possa externar seus comportamentos, tanto adaptativos como ineficazes, diante da situação enfrentada, auxiliada também pelos estímulos internos e ambientais que recebe.

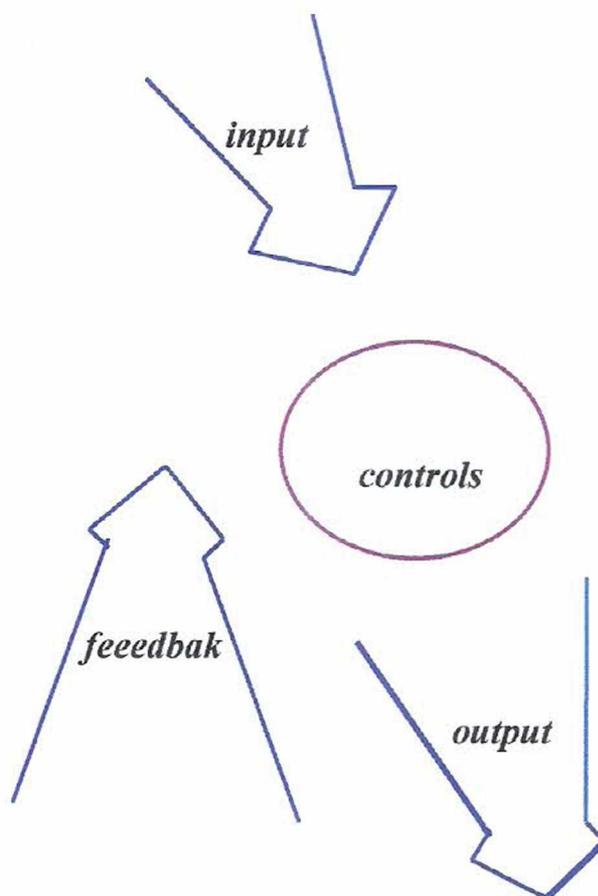
Segundo Roy, as mudanças internas acontecem para que a pessoa possa se adaptar ou não à nova situação, enquanto que as mudanças externas ocorrem fora, ou seja, são incentivos ambientais. No entanto, ambas funcionam como estímulos que constituem uma unidade de informação, matéria e energia, tanto do ambiente quanto de dentro da própria pessoa que é considerada como um sistema adaptativo ( Roy & Andrews, 1999).

As autoras consideram ainda que o termo *adaptativo* é um conceito integral das principais hipóteses científicas do modelo e significa que o sistema humano tem a capacidade de ajustar-se efetivamente às mudanças ambientais, como também influir neste ambiente.

Para Roy, sistema é um conjunto de partes conectadas para funcionar como um todo, em busca de um objetivo. As partes são interdependentes,

porém é preciso que haja uma totalidade entre essas partes. Para isso, é necessário que a pessoa funcione como um todo, isto é, como um sistema adaptativo para o qual Roy propõe uma representação esquemática, ilustrada na figura 1.

**FIGURA 1** – Representação de um sistema adaptativo simples segundo Modelo de Roy ( Roy & Andrews, 1999)



**Figura 1.** Diagrammatic representation of a simple system (Roy 1991).

Para Roy, o sistema adaptativo simples compreende o *input*, vindo do ambiente externo e do interior da pessoa identificado como estímulos, que pode ser uma unidade de informação, matéria e energia e que faz surgir uma resposta.

Para ela, quando uma pessoa focaliza um estímulo necessita gastar energia para lidar com ele a fim de que as respostas adaptativas aconteçam.

Os *controls* são os artificios vindos do interior da pessoa e usados para enfrentar uma determinada situação e poder se adaptar. Os controles são denominados mecanismos de enfrentamento, que podem ser inatos ou adquiridos. Mecanismos de enfrentamento inatos são aqueles geneticamente determinados ou comuns para todos de uma espécie, isto é, são processos automáticos de enfrentamento. Já os mecanismos de enfrentamento adquiridos são desenvolvidos por aprendizagem e as respostas, nesse caso, são deliberadas e conscientes.

Os *outputs* da pessoa como sistema simples constituem os seus comportamentos ou respostas que podem ser adaptativas e ineficazes.

As respostas funcionam como *feedback* (retroalimentação) do próprio sistema.

Roy & Andrews (1999) consideram respostas adaptativas as que promovem a integridade da pessoa em direção aos objetivos ou metas de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (amadurecimento). As respostas adaptativas, além de promover os objetivos de adaptação e integridade da pessoa, também têm ampla repercussão na sociedade.

Quanto às respostas ineficazes, refere a autora, são todas aquelas que nem promovem a integridade da pessoa, nem contribuem para os objetivos de adaptação. Ou seja, elas podem, em uma situação imediata ou continuada por muito tempo, ameaçar a sobrevivência, o crescimento, a reprodução e o domínio (amadurecimento) da pessoa.

Para determinar respostas adaptativas ou ineficazes, a enfermeira deve compreender os mecanismos regulador e cogniscente, os quais podem oferecer muitas diretrizes, sem esquecer que a adaptação da pessoa é afetada pelo “mundo” de dentro e à sua volta.

Em um sentido amplo, este mundo é chamado de ambiente que, de acordo com o modelo de Roy, é conhecido como estímulos *focal, contextual e residual*, os quais são considerados de grande relevância no entendimento do enfermeiro para o seu trabalho no cotidiano da assistência de enfermagem que, nesse estudo, será junto à mãe acompanhante.

Para que se entenda melhor como acontece a funcionalidade dos referidos estímulos, é importante defini-los separadamente dentro de uma abordagem conceitual condensada, de acordo com o modelo de adaptação de Roy, que vê o ambiente como o foco central para tais estímulos.

*Estímulo focal* é aquele que confronta diretamente a pessoa. Pode ser representado pelo estímulo interno ou externo que está mais próximo de confrontar a pessoa, ou seja, um objeto ou um evento que a atrai, como por exemplo, uma luz que incomoda, uma buzina estridente, a dor que sente. Ele é o

que provoca diretamente a mudança de comportamento. O estímulo interno vem de dentro, ou seja, se refere ao EU da pessoa, enquanto o externo diz respeito aos incentivos ambientais (Roy & Andrews, 1999).

*Estímulo contextual* é o conjunto de todos os outros estímulos presentes na situação e que passam a contribuir para afetar o estímulo focal.

A pessoa pode ser atingida por muitas mudanças ambientais que podem ser estímulos focais e, ao mesmo tempo, nessa situação podem estar presentes estímulos contextuais. Por exemplo, a pessoa com dor (estímulo focal) pode sofrer muito mais quando a causa for desconhecida (estímulo contextual), do que quando orientada e ficar sabendo que a causa é temporária e que logo deverá ser sanada ( Roy & Andrews, 1991).

*Estímulos residuais* são fatores ambientais dependentes ou independentes da pessoa cujos efeitos na situação atual não são claros. A pessoa pode muito bem não estar consciente da influência desses fatores ou pode não ser claro para o observador que eles têm esse efeito. Por exemplo, uma pessoa que tem medo de tomar banho num rio pode ter sofrido de princípio de afogamento quando criança (Roy & Andrews, 1999).

É necessário também, de acordo com Roy, que se saiba reconhecer que os estímulos mudam rapidamente, isso porque o ambiente está mudando constantemente e o significado de qualquer estímulo, indubitavelmente, também acompanha esta mudança.

Portanto, para que haja uma resposta positiva para a condição de adaptação a uma determinada situação, é imprescindível que a pessoa sofra a influência dos estímulos internos e externos, assim como também vivencie alguns mecanismos de enfrentamento que, segundo Roy, são identificados como subsistema *cogniscente* e *subsistema regulador*. Esses subsistemas atuam para manter os processos de vida integrados.

O subsistema *cogniscente* responde através de quatro canais cognitivo-emotivos: processamento da informação perceptual, aprendizado, julgamento e emoção. O processamento da informação perceptual inclui as atividades de atenção seletiva, codificação e memorização. Aprendizagem envolve imitação, reforço e visões, enquanto o processo de julgamento envolve resolução de problemas e estabelecimento de decisões (Roy & Andrews, 1999).

O subsistema *regulador* responde automaticamente através de processos neural, químico e endócrino. O estímulo vem do ambiente interno ou externo (através dos sentidos), age como uma fonte para o sistema nervoso e afeta os fluidos e eletrólitos do sistema endócrino. Assim, a informação é associada de maneira apropriada a uma resposta automática que inconscientemente é produzida, ao mesmo tempo, em que as fontes do subsistema regulador têm o papel de formar as percepções (Roy & Andrews, 1999).

As respostas dos sistemas adaptativos humanos são enfoques da primeira fase do processo de enfermagem, que é a avaliação do comportamento, e descrita no modelo de adaptação de Roy como indicador que explica como o

sistema adaptativo humano consegue enfrentar para se adaptar. Assim, a primeira fase do processo envolve, principalmente, a coleta de dados sobre o comportamento do sistema adaptativo humano e sobre o estado atual de adaptação. Portanto, esse sistema é o receptor dos estímulos ambientais e das mudanças internas do indivíduo.

Segundo o modelo de adaptação de Roy (1999), o comportamento foi definido, num sentido amplo, como *ações e reações internas e externas sobre algumas circunstâncias específicas*. Os comportamentos tanto podem ser não observáveis, como podem ser observados, medidos ou subjetivamente relatados.

Podemos citar como exemplo de comportamento não observável uma situação em que a pessoa está ansiosa, mas, se não falar ou não demonstrar o que está sentindo, poderá ter seu comportamento despercebido. Já o grito de uma pessoa assustada é um comportamento observável (Roy & Andrews, 1999).

Comportamentos mensuráveis são aqueles observáveis e conferidos através de medidas que verificam resultados, como, uma glicemia ou uma pressão que se manifesta em níveis elevados, por exemplo.

Para a autora, é importante considerar se o comportamento é adaptativo ou ineficaz. Em geral, o julgamento sobre a eficácia do comportamento é feita em conjunto com a pessoa e é específico da pessoa e daquela situação e circunstância. Contudo o modelo de adaptação de Roy fornece amplas diretrizes para o julgamento da enfermagem sobre os comportamentos observados.

De acordo com Roy & Andrews (1999), todo comportamento não é diretamente óbvio a outra pessoa. O comportamento observável tanto pode ser informado pela pessoa como pode ser demonstrado de alguma outra maneira, contanto, que sejam vistos ou ouvidos, para que sejam entendidos como tal.

Assim, em cada modo adaptativo, o enfermeiro usa habilidades de observação, medida e entrevista para obter informações sobre o comportamento da pessoa (Roy & Andrews, 1999).

Para que se manifeste na pessoa o comportamento, é fundamental que, de fato, estejam presentes os estímulos, que tanto podem vir do meio externo (ambiente) como do meio interno (próprio); as respostas a eles são níveis de adaptação individual e os principais mecanismos para o enfrentamento são os mecanismos reguladores e cognoscentes, já referidos, (Roy & Andrews, 1999).

O comportamento individual, portanto, assume a forma de respostas adaptativas ou ineficazes. Estas respostas funcionam como retroalimentação do sistema, permitindo a pessoa decidir se aumenta ou diminui os esforços para enfrentar o estímulo (Roy e Andrews, 1999).

O nível de adaptação da pessoa dependerá também da amplitude dos estímulos que consegue suportar para poder manter uma reação adaptativa e recuperar a quebra da integridade de suas necessidades básicas.

Neste sentido, Santos (1999) citando Aquino (1984), refere que, ao vivenciar a hospitalização, o que se verifica é uma quebra da integridade das necessidades humanas básicas, manifestada pelo comportamento, ficando o

cliente vulnerável, necessitando de suporte para que tenha uma maior aproximação com o modelo de vida que traz consigo.

Desta forma, será mediante a avaliação do comportamento de mãe acompanhante no contexto de unidade cirúrgica, vista como a *pessoa que recebe o cuidado*, que o enfermeiro pode estabelecer metas de enfermagem, objetivando aumentar as suas respostas adaptativas e possibilitar o melhor atendimento da criança hospitalizada.

## 5 METODOLOGIA

Buscando encontrar maiores conhecimentos que justifiquem a necessidade de incorporá-los numa nova investigação, surgiu a oportunidade de podermos realizar esse estudo. Apoiando-nos nos pressupostos teóricos do Modelo de atuação de Roy, foi possível caminhar ao encontro de uma realidade que nós achamos que devemos existir, mesmo consciente de que este seria um espaço sempre aberto e receptivo para novas interrogações sobre o assunto.

Para tanto o modelo teórico escolhido, foi apoio indispensável ao estudo, tendo sido necessário, porém, fazermos alguns ajustes para que atendesse às necessidades do objeto de estudo.

É oportuno salientar que a metodologia deve ser considerada a célula vital de toda pesquisa, alertando-se para o fato de que somente através dela será possível traçar as diretrizes que orientam e conduzem o pesquisador quando em busca de respostas para suas inquietações científicas.

Para Minayo (1993), a metodologia não só completa a fase de exploração de campo, como também, realiza todos os passos trilhados pelo pesquisador, desde a definição de instrumentos e procedimentos para a análise dos dados.

Portanto, abriga a metodologia um conjunto de instrumentos, conhecidos como metodológicos, cada um com seus procedimentos de orientação, em constante aperfeiçoamento, cada vez mais sutis, de maneira que obedeça as

constante aperfeiçoamento, cada vez mais sutis, de maneira que obedeça as regras de rigor e objetividade, e as normas técnicas, traçadas especialmente para conduzir as bases de uma investigação, seja ela de qualquer origem.

### 5.1 NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa é do tipo exploratória e descritiva, na qual procuramos enfocar preferencialmente a fala e as observações, como matérias necessárias para a investigação deste tipo de estudo.

Para Gil (1991), as pesquisas do tipo exploratórias têm como objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, aprimorar idéias ou a descoberta de intuições. Têm um planejamento bastante flexível, de modo que possibilita os mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

É descritiva, por exigir dos investigados uma série de informações lógicas sobre tudo o que se pretende descrever no caminhar da pesquisa de forma programada em busca de algum objetivo.

Sob esta óptica, as diretrizes do estudo foram estabelecidas tentando-se contemplar as determinações da pesquisa, esperando que estas tenham maior significação para a busca de uma suposta verdade, imaginada como necessária para a realidade do contexto vivenciado.

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O local de desenvolvimento das investigações foi a Unidade de Centro Cirúrgico de um hospital público, também caracterizado como centro de referência para campo de práticas de alunos de Graduação em Enfermagem.

Nossa opção por esse hospital se justifica por acreditar-mos que ele preenchia todas as características para a coleta das informações, dentre as quais salientamos os seguintes indicativos necessários ao estudo como: uma grande rotatividade diária de cirurgias infantis; as crianças hospitalizadas para cirurgia, em sua maioria, ficavam acompanhadas pelas mães na unidade de internação, no entanto, não era rotina desse hospital permitir que as mães também acompanhassem seus filhos dentro do centro cirúrgico, enquanto aguardavam o início da cirurgia.

Outro fator que contribuiu bastante para a escolha do local foi o fato de que nesse hospital existe um Serviço de Enfermagem na Assistência Perioperatória (SEAP), no qual a enfermeira do centro cirúrgico, ao anoitecer do dia anterior à cirurgia, se encaminha às unidades de internação do hospital para fornecer as orientações e informações necessárias, tanto para as mães acompanhantes como para as crianças internadas em pré-operatório, salientando algumas situações relevantes que iriam acontecer na cirurgia no dia seguinte, consideradas fator preponderante para diminuir as tensões e ansiedades que antecedem ao ato cirúrgico.

### 5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa teve como sujeitos sociais participantes as mães que acompanhavam crianças internadas durante o período de pré-operatório, que se encontraram no local do estudo no momento das investigações e que satisfizeram aos seguintes critérios:

- \* serem exclusivamente mães acompanhantes de crianças internadas para atendimento pré-operatório, sem, no entanto, descartar até os internamentos planejados, mesmo por um dia.
- \* Serem mães de crianças que estavam numa faixa etária compreendida entre seis meses e catorze anos, por considerar essa faixa etária um período em que as crianças mais reclamam a ausência das mães nesse local.
- Que as mães selecionadas para a pesquisa, assinassem o Termo de Consentimento, estando plenamente informadas sobre todas as diretrizes de desenvolvimento do estudo.

### 5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento do processo de coleta dos dados, foram utilizadas as seguintes técnicas: a observação com anotações de campo e a entrevista semi-estruturada, todas com único propósito, o de direcionar os trabalhos para alcançar os objetivos propostos.

Corroborando o exposto, Minayo (1993) considera que a observação deve ser feita de acordo com os objetivos da pesquisa, podendo até se determinar a forma e o conteúdo de tal atividade. Porém, não está descartada também a possibilidade de se realizar mudanças no rumo das observações, assim se faça necessário.

Lembra, ainda, a autora que toda a observação deverá ser registrada num instrumento, convencionalmente chamado " diário de campo", no qual deverão ser anotadas todas as informações importantes para a pesquisa e que não sejam os registros das entrevistas formais.

É interessante ressaltar que as observações foram feitas tanto em períodos concomitantes como diferenciados dos períodos das entrevistas, tendo ficado o compromisso de voltarmos ao campo sempre que desejássemos maior entendimento dos dados, o que não foi necessário.

Vale ressaltar que a escolha da observação, juntamente com a entrevista, foi feita porque, além de complementarem-se, foram extremamente úteis ao tipo de estudo que nos propusemos desenvolver e também para assegurar maior fidedignidade dos dados, podendo-se ao mesmo tempo evitar uma visão unilateral quando se trabalha apenas com uma das duas técnicas como instrumento único de pesquisa.

Quanto à entrevista para os depoimentos da pesquisa, esta foi semi-estruturada, constituída de perguntas abertas, mas sempre obedecendo às

diretrizes calcadas nos objetivos do estudo, porém em momento algum nos servimos de meios para induzir as respostas dos sujeitos sociais do estudo.

Mazzotti & Gewandsnajder (1998) consideram que a entrevista pode ser a principal técnica de coleta de dados, ou parte integrante da observação, e que ela se assemelha muito a uma simples conversa, sendo que, neste último caso, costuma ser, pelo menos de início, inteiramente informal.

Quanto ao horário para a coleta dos dados, foi determinado imediatamente no momento da ida da criança para o centro cirúrgico, ou seja, no horário por nós preconizado e conveniente para o atendimento dos propósitos do estudo.

O tempo para cada entrevista variou em aproximadamente de 30 a 45 minutos, como estava previsto, de acordo com o resultado obtido quando por ocasião de um segundo teste piloto com três entrevistadas, que também fizeram parte da pesquisa, dado o valor do conteúdo de suas informações.

A coleta dos dados teve início no mês de junho do ano de 1999, tendo seu término culminando na segunda quinzena do mês de setembro do mesmo ano.

## **5.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Para a apresentação, discussão e análise dos resultados, necessário se fez adotar uma técnica de análise que permitisse a utilização de todo o discurso

manifestado pelos sujeitos, em princípio sem descarte de material, e que não fosse somente trabalhado o que nos parecesse interessante para o estudo.

Portanto, nesta fase do estudo, buscamos apoio, como técnica de análise, na literatura de Bardin (1979), por considerarmos a mais adequada para operacionalizar com maior segurança o trabalho de interpretação dos resultados nos discursos apreendidos, considerando algumas adaptações que se fizeram necessárias ao objeto do estudo.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo é “uma técnica que além de trabalhar com procedimentos sistemáticos e objetivos das descrições do conteúdo das mensagens quantificáveis ou não, permite, outrossim, que se façam inferências de conhecimentos prévios sobre as mensagens referendadas”.

Krippendorff (1980), corroborando a idéia de Bardin, se refere à análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e reaplicáveis dos dados para o seu contexto”. Da mesma forma, Vala (1986) se refere à análise de conteúdo como sendo hoje em dia “uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais”.

Vale ressaltar que a técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin, foi utilizada, porém, no seu sentido horizontal, no âmbito de abrangência ou seja, sem no entanto se ter mergulhado na profundidade de rigor e complexidade da técnica em todas as suas linhas gerais. No entanto, é importante destacar que preservamos suas primordiais diretrizes norteadoras, tendo mantido a

preocupação de priorizar todos os passos considerados importantes para esse tipo de abordagem, os quais foram capazes de permitir o detalhamento de suas principais etapas, tornando o leitor o mais próximo possível da clareza e da objetividade que se propôs o estudo.

Portanto, para construirmos a análise dos conteúdos manifestos, buscamos trabalhar todas as questões consideradas relevantes para o estudo, sem no entanto desprezar, de imediato, os possíveis resíduos encontrados nos depoimentos e que tenham sido entendidos, em um primeiro olhar, como descartáveis por haverem causado certa confusão inicial para a sua compreensão.

Assim sendo, para organizar a análise de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin, consideramos suas principais fases ou etapas constituintes, as quais a autora classifica de pólos cronológicos, que são: a *pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.*

- *Pré-análise* - é a fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições que tem por objetivo tornar operacionais e, ao mesmo tempo, sistematizar as idéias iniciais de modo a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise (Bardin, 1977).

A autora classifica ainda essa fase como possuidora de três missões, que são: *escolha dos documentos a serem submetidos a análise; a formulação das*

*hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.*

- *A exploração do material* - para Bardin (1977), se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise em si não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas.

- *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação* – neste caso, a autora considera que todos os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos, podendo ser operacionalizados por operações estatísticas simples ou mais complexas, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

De posse do material coletado, iniciamos a manipulação dos conteúdos manifestos, no sentido de efetuarmos o trabalho de análise, respaldada na teoria berardiniana, que permitiu traçar e desenvolver algumas fases consideradas fundamentais para o presente estudo e que foram classificadas nas seguintes etapas operacionais: *a constituição de um “corpus”, seguindo-se da escolha das unidades de análise e finalmente a categorização.*

*Constituição de um “corpus”* - inicialmente, preparamos os instrumentos de acordo com os objetivos propostos no estudo. *A priori*, pensamos em trabalhar com todas as entrevistas coletadas, no entanto, ao delimitar a composição de um “corpus” que ficasse definitivo para operacionalizar a

manipulação dos dados, achamos conveniente trabalhar com apenas dezoito entrevistadas, consideradas como as mais significativas para o estudo.

Para Bardin (1977), a constituição de um “corpus” se dá depois que o universo está demarcado, ou seja, é o conjunto dos documentos sobre os quais podemos efetuar a análise. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras, como da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência.

Assim sendo, procedemos à escolha do “corpus”, constituído por dezoito entrevistas, todas realizadas com as mães acompanhantes que permaneceram no contexto do centro cirúrgico, precisamente próximas à porta da unidade, num ambiente de espera improvisado, que serviu de local para as investigações, onde as referidas mães ficavam aguardando informações de seus filhos enquanto submetidos a procedimentos cirúrgicos.

A quantidade do número de entrevistas estabelecidas, num total de dezoito, foi definida a partir do momento em que constatamos um acentuado grau de saturação percebido pela repetição e semelhança quando trabalhávamos os conteúdos manifestos nos documentos de investigação.

*Escolha das unidades de análise* - as unidades de análise foram os segmentos retirados do discurso através de recortes organizados e sistematizados, que tiveram maior nível de significação para o estudo, e que permitiram ser analisados dentro de uma melhor visão de entendimento da técnica, considerando as adaptações que se fizeram necessárias.

Nessa etapa, como já havia sido feita a leitura flutuante das entrevistas, o primeiro passo a ser dado foi aumentar mais ainda o nível de leitura, de maneira exaustiva, procurando examinar detalhadamente todos os conteúdos manifestos no “corpus” oficial do estudo, em busca de maior envolvimento familiar com os dados a fim de obtermos todos os significados para reforçar a escolha das unidades.

Vale ressaltar que, após as leituras flutuante e exaustiva dos documentos, continuamos com o inventário, obedecendo fielmente todos os passos da técnica, como: recorte, enumeração, agrupamento e codificação das unidades de análise, que inicialmente ficaram dispostas em linha reta para que tivéssemos melhor compreensão da leitura.

Assim procedendo, escolhemos trabalhar as *unidades de registro*, procurando retirar não só os maiores temas das entrevistas, como também os que foram considerados como os mais ricos de significados, transformando-se posteriormente em unidades de análise temáticas e, finalmente, em temas semânticos mais simples, no sentido de proporcionar ao estudo uma coerência com a técnica de análise adotada.

*Categorização* - segundo Bardin (1977), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo analogia com os critérios previamente definidos.

Para a autora, o critério de categorização pode ser semântico, sintético, léxico e expressivo. Portanto, classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum entre eles.

A categorização, portanto, é um processo do tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos). Ela tem ainda como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação significada dos dados brutos (Bardin 1977).

Assim sendo, continuamos lendo exaustivamente todos os elementos dos dados em busca de definições pertinentes aos mesmos e que subsidiassem, ao mesmo tempo, as unidades de análise que propositadamente foram delineadas a partir dos depoimentos coletados.

É oportuno salientar, que a imaturidade da experiência com relação à técnica abordada foi fator preponderante para que fizéssemos algumas adequações desta com o estudo, sem no entanto descaracterizar seu conteúdo.

Ressaltamos também que foi mobilizado o máximo possível de esforços para que não houvesse um distanciamento muito evidente das principais características que personalizam os pressupostos teórico da técnica.

Portanto, para os estudiosos dessa técnica de análise, se algo parecer sem significância ou disforme aos seus olhos ou de qualquer outro leitor, com relação a ela, espera-se que tenha sido feita uma justificação coerente para o seu entendimento.

Evidenciamos portanto, que para melhor desempenho neste processo de análise, foi interessante nos manter obediente, *a priori*, aos passos de organização da técnica abordada, salientando os elementos constitutivos do discurso, os quais passaram por uma seleção de suas unidades de análise temáticas, através de um refinamento de seus recortes, por ocasião do inventário, seguido da classificação e codificação das mesmas, para realizar posteriormente a análise das unidades de registro a partir do documento e das mensagens nele contidas.

Vale salientar, ainda, que a inferência necessária no trabalho de análise foi realizada de acordo com os pressupostos metodológicos da teoria de apoio, que ficaram respaldados no Modelo de Adaptação de Roy, precisamente num de seus elementos, que foi *a pessoa que recebe o cuidado*, representado pela mãe acompanhante na unidade de centro cirúrgico, especialmente no local de espera.

Quanto aos resíduos provenientes do “corpus” da pesquisa, tiveram seu elevado grau de importância e serviram, também, para auxiliar como ilustrações que se fizeram necessárias nas inferências do estudo.

## 5.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA PESQUISA

Como parte integrante do estudo, percebemos a necessidade de envolver procedimentos relacionados ao consentimento autorizado, planejado especialmente para oferecer informações aos sujeitos que fizeram parte da

pesquisa, de modo que eles tomassem uma decisão bem acertada a respeito do compromisso advindo de suas participações.

O Termo de Consentimento foi firmado por todos os sujeitos, isto é pelas mães capazes de fazê-lo.

Foi também preservado o direito de não intervirmos na vida pessoal dos sujeitos, assegurando-lhes que as investigações não seriam mais invasivas do que o necessário, sendo-lhes garantidos também o direito do anonimato e a promessa de sigilo, assim como a segurança de todas as declarações confidenciais que por acaso fossem manifestas durante as investigações.

Os entrevistados tiveram o direito garantido sobre o princípio da "autodeterminação", que, segundo Polit & Hungler (1995), significa que futuros sujeitos têm o direito pleno de decidir voluntariamente, se querem participar da pesquisa, sem riscos de penalidades ou qualquer outro prejuízo, como também, o livre arbítrio para decidirem a qualquer momento se desejassem encerrar suas participações no estudo, recusarem-se a dar informações, ou solicitarem maiores esclarecimentos acerca do propósito da pesquisa e/ou de perguntas específicas que não lhes parecessem bem claras.

Finalmente, para a contemplação da parte legal e ética da pesquisa, foi necessário para o presente estudo buscamos um documento legitimado que a amparasse. Encontramos apoio legal na Resolução do Conselho Nacional de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, datada de 1996, a partir de uma revisão

da Resolução de janeiro de 1988, que trata de todas as questões relativas às pesquisas envolvendo seres humanos.

É importante salientar que antes de iniciar a coleta dos dados, procuramos a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do hospital, com um documento contendo todos os dados do projeto, solicitando permissão para realizar a pesquisa e, ao mesmo tempo, pedindo o seu parecer ético por escrito para o simples cumprimento de formalidades do estudo, o que nos foi concedido e que se encontra fazendo parte do conteúdo dos anexos desse trabalho.

## 6 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Para essa etapa de trabalho, considerada a mais importante do estudo, achamos conveniente apresentar inicialmente as características das mães acompanhantes, participantes da investigação, para, em seguida, fazer a apresentação dos resultados, com suas respectivas inferências tendo em vista o referencial teórico de apoio utilizados para o estudo.

### 6.1 CARACTERIZANDO AS MÃES ACOMPANHANTES

Partindo-se do princípio de que toda criança internada para tratamento hospitalar, especialmente, para submeter-se à intervenção cirúrgica, necessita de um acompanhante que contribua para a melhoria de seu estado de saúde, é que buscamos entender, de uma maneira mais detalhada, quais as características das mães acompanhantes que fizeram parte do estudo, destacando-se as mais importantes, como: estado civil, idade do pai e da mãe, residência, profissão, número de filhos, idade do filho internado, sexo, tipo de cirurgia, quantas vezes foi operado e relacionamento mãe-filho.

A partir de então, foram relacionamos dezoito mães acompanhantes que chegaram no contexto do centro cirúrgico permanecendo aí até o término da cirurgia de seus filhos. As mães identificadas com as letras alfabéticas apresentaram as seguintes características:

**MÃE "A":** R. M. O., tem 35 anos, casada e três filhos - um de seis anos, um de nove e uma menina de catorze anos, que ficou internada para transplante renal. Esta mãe se diz muito preocupada porque a filha se operou pela segunda vez, sendo dessa última para retirar o rim, o que a deixou angustiada e lamenta bastante o fato. Reside em Belém do Pará e está aqui, especialmente, para a cirurgia da filha. Guarda outra preocupação, que é a de trabalhar fora de casa como doméstica, sem previsão de retorno imediato. O marido, 39 anos, trabalha como pedreiro e no momento é quem fica em casa cuidando dos outros filhos, pois, sua mãe não pode, e também a preocupa, por se encontrar aguardando cirurgia de vesícula logo que a entrevistada volte para casa. Durante a entrevista, mostrou-se sempre ansiosa e lamentando a rejeição do rim de sua filha. Ficava inquieta, chorava, algumas vezes e falava de seu amor por sua filha, porque, além de ser a única, permanecia na dependência da hemodiálise.

**MÃE "B":** L. S., tem 30 anos, casada e dois filhos do sexo masculino um de seis anos, internado, a quem está acompanhando para cirurgia da tibia, e outro de quatro, que ficou em casa com o pai de 42 anos. Reside em Fortaleza com oito anos e diz gostar mais de seu interior. Preocupa-se com o filho internado e com seu marido, que está desempregado há mais de um ano. Trabalha como empregada doméstica e está afastada, no momento, para acompanhar o filho.

Uma das coisas que mais chamou a atenção foi a curiosidade, ou seja, ficava olhando por uma pequena abertura que havia na porta do centro cirúrgico na tentativa de ver o filho no corredor da unidade. Diz-se muito nervosa, mas gostaria de estar lá na sala de cirurgia com ele, apesar de não conseguir afastar a idéia de pensar em morte. Diz gostar muito do filho, mas reconhece que o pai parece gostar mais do que ela, talvez por ficar mais tempo com eles em casa. Está acompanhando o filho no hospital porque o pai refere não ter coragem para enfrentar a situação de acompanhante porque sente pena do sofrimento do filho.

**MÃE "C"** : S. G. N., idade 26 anos. Casada, tem dois filhos, um de um ano e o outro de três, que esteve internado para cirurgia de uma fratura no braço direito, a quem está acompanhando. Ele nunca estivera hospitalizado e ela diz não ter gostado da experiência por deixá-la preocupada com o outro filho menor que ficara em casa com sua mãe, que também necessita de cuidados por estar hipertensa. Seu marido, de 34 anos, é professor do ensino fundamental, trabalha o dia todo, pouco pára em casa, e isso, também, a preocupa bastante. Fala dos filhos de uma maneira muito carinhosa e se diz preocupada, com medo de alguma complicação na cirurgia e de ele morrer. Refere que sente o coração bater mais rápido e sente vontade de chorar até por pequenas coisas. No momento da entrevista, pareceu ansiosa, preocupada e insegura.

**MÃE “D”:** M. G. O. N., idade 35 anos, separada do marido, quatro filhos, o mais velho tem dezesseis anos e o mais novo oito. O marido de 34 anos, trabalha como pedreiro e pouco ajuda a família, situação que a obriga a trabalhar fora de casa como doméstica. Na maioria do tempo, o filho mais velho é quem cuida dos menores, que ficam sempre sozinhos em casa, fato que a preocupa bastante, principalmente, no horário de ir para o colégio e atravessar uma avenida de trânsito movimentado. No momento da entrevista, foi observado que ela permanecia a maior parte do tempo sentada, porém, movimentando as pernas em sinal característico de ansiedade e apreensão. Referiu que se relacionava muito bem com os filhos e tinha muita pena de não lhes poder oferecer melhores condições de vida. É a primeira hospitalização do filho, e se sente culpada por admitir que sua ausência contribuiu para a sua queda e, conseqüentemente, a fratura de clavícula e braço, o que a tem deixado nervosa, preocupada e com bastante medo.

**MÃE “E” :** M. F. S., casada, 32 anos, três filhos, o primogênito tem sete anos e o mais novo quatro. Não trabalha fora de casa, mas se sente impotente por não poder ajudar o marido de 34 anos, que é servente de pedreiro e ganha pouco para a sobrevivência da família. Refere bastante medo, tanto da anestesia, quanto o fato de ele ficar na sala com gente desconhecida. Diz sentir-se nervosa, conseguindo aliviar um pouco quando fuma cigarros.

No momento da coleta de dados, encontrava-se realmente bastante ansiosa, demonstrando um pouco de inquietação como se quisesse terminar logo a entrevista, sempre querendo se afastar para fumar.

**MÃE "F":** C. F. A., idade 26 anos, trabalha fora de casa como costureira, casada, o marido tem 37 anos e trabalha como motorista de ônibus. Tem dois filhos, um com quatro anos e o outro com seis. É a primeira vez que se hospitaliza para acompanhar o filho menor submetido à cirurgia de postectomia. Sabe que a cirurgia é simples mas tem medo da anestesia. Fala que desde o dia anterior tem vontade de chorar com medo de alguma coisa dar errado. Tem vontade de entrar na sala de cirurgia com ele e ficar segurando sua mão durante todo o tempo. Segura um terço e diz que vai ficar rezando para se acostumar com a situação e o filho voltar logo da cirurgia.

**MÃE "G":** R. L., idade 32 anos, casada, o marido de 31 anos é comerciante e trabalha em casa. Ela trabalha como professora, tem dois filhos e mora no Jardim América. O filho mais velho tem seis anos e o mais novo tem dois. É a primeira vez que se hospitaliza para acompanhar o filho mais novo para realizar cirurgia de herniorrafia. Tem a aparência de pessoa tensa e preocupada e diz sentir bastante medo da anestesia, ficando parte do tempo rezando, ora em voz alta, ora apenas balbuciando.

**MÃE "H":** M. J. F., idade 25 anos, casada, mora na Barra do Ceará, não trabalha fora de casa e depende do marido, que trabalha como vendedor ambulante. Tem dois filhos, um de seis anos e o outro de três, que se hospitalizou pela segunda vez para realizar cirurgia corretiva de hipospádia. Diz sentir um amor muito grande por seus filhos e passa a maior parte do tempo em casa cuidando deles. No momento da entrevista, revelou estar bastante preocupada e com medo da anestesia, porque, na cirurgia anterior, seu filho demorou muito para acordar. Permaneceu o tempo todo inquieta e esfregando as mãos uma na outra como se quisesse aquecê-las. Diz ficar muito atenta aos movimentos da sala, apesar de não poder estar presente nela. Conversa com outras mães para tentar se acalmar e fica rezando e pedindo a Deus para o tempo passar logo.

**MÃE "P":** A. C. M., idade 25 anos, separada do marido de 23 anos, há seis meses. Reside no Bairro São Gerardo e diz não gostar de lá, pois prefere morar num lugar mais tranquilo. Tem dois filhos, uma menina de nove anos e um menino de quatro. Após a separação do marido, trabalha fora de casa como doméstica para ajudar nas despesas, pois a renda do marido, que é mecânico, não basta. Diz sentir-se muito nervosa, principalmente depois da separação, pois tem muito medo que falte alguma coisa para as crianças. Com relação à cirurgia da filha, está bastante preocupada, pois é uma cirurgia, na cabeça, delicada, e tem muito medo da anestesia. Refere que, na hora que entrou não pôde nem lhe

dar um beijo porque estava chorando e não queria que a filha a visse assim. O seu desejo é ficar ao lado da porta do centro cirúrgico sempre em busca de informação, pois se diz muito nervosa. Durante a entrevista, se manteve com um terço na mão e disse que N<sup>a</sup>. S<sup>ra</sup>. de Fátima vai curar sua filha.

**MÃE “J”:** M. R. S., idade 40 anos, pedagoga, casada com um homem de 36 anos, que trabalha como propagandista de medicamentos. Atualmente, reside na Rua Marechal Deodoro, e diz gostar muito de lá. Só tem um filho de dez anos, que considera a razão de sua vida, e que vai ser submetido à cirurgia de reconstituição de um dedo da mão. Refere que é a segunda vez que ele é submetido à cirurgia, mas ela não se acostuma com esse momento de tensão e angústia. Gostaria de entrar com ele na sala de operação, mas infelizmente as normas do hospital não permitem. Disse que já fez várias promessas, porque tem medo que ele perca o dedo, mas tem fé em Deus que tudo vai dar certo, e portanto vai continuar rezando até ele voltar da sala.

**MÃE “L”:** R. P. S., idade 27 anos, mantém união consensual com um homem que trabalha como pedreiro e que diz ser muito bom para ela. Reside no Bairro João XXII, de onde não pretende sair por gostar muito de lá. Trabalha fora de casa como manicure se diz muito preocupada com a educação dos filhos, pois tem três e sabe que no mundo atual é difícil educá-los. No momento da entrevista refere sentir muito medo e está bastante preocupada, tanto com a

anestesia como a cirurgia em si, por ser uma fratura no rádio, e teme precisar operar novamente a exemplo de sua vizinha. Se pudesse entraria com ele, mas como não pode, diz que vai esperar quieta e rezando muito para tudo dar certo. Pede a Deus para o bracinho dele sair perfeito e que ele não sinta nenhuma dor, pois ela sofre muito com a dor de seus filhos.

**MÃE “M”:** A. J. M., idade 29 anos, casada, o marido tem 33 anos, trabalha como motorista de ônibus e residem em Fortaleza. Ambos têm um relacionamento muito afetivo com os filhos, principalmente com a filha, segundo depoimento da mãe acompanhante, por ser mais frágil que o garoto, em virtude do seu estado de saúde debilitado. Refere a mãe, que a filha se sente triste por não fazer tudo o que as outras crianças fazem, e isso também a deixa triste e preocupada. Está indo se operar pela segunda vez, do problema renal, o que a deixa com medo e bastante preocupada. Tem medo que tudo se transforme como era antes, ou seja, depender de hemodiálise para a sua sobrevivência. No momento da entrevista, esteve tensa, ansiosa, e sofreu alguns episódios de choro. Disse que tinha fé em Deus que tudo daria certo, pois estava rezando muito para isso e sabia que Deus não a abandonaria nas horas de dificuldades. Estava pálida e com aparência abatida, referindo que sentia fome mas não tinha vontade de comer.

**MÃE “N”:** M. J. O., idade 22 anos, casada, o marido de 29 anos, trabalha como eletricista e residem no conjunto Santa Terezinha. Tem dois filhos: um de quatro anos e o outro de um ano e dez meses. Ela trabalha fora de casa como comerciária e se preocupa bastante com a educação de seus filhos. No momento da coleta de dados, esteve chorando, e disse que tinha medo da cirurgia de hérnia de seu filho mais novo e se preocupava muito por ele estar na sala com pessoas desconhecidas, apesar de ter sido informada pela enfermeira de que todos dali eram bastante competentes. É católica e diz que reza todos os dias para que nunca falte nada em sua casa.

**MÃE “O”:** L. S. M. R., idade 29 anos, casada; o marido tem também 29 anos e trabalha numa padaria. Ela trabalha em casa cuidando de suas duas filhas-uma de sete anos e a outra de treze, e nas horas vagas ensina crianças na alfabetização, dando aulas de reforço para ajudar na renda familiar. Diz estar com medo e muito preocupada com a cirurgia do dedo da filha de sete anos, pois tem medo que ela perca os movimentos do referido órgão. Gosta de ir à praia, e às vezes leva as filhas ao jardim zoológico, aos domingos, quando o marido está de folga. No momento da entrevista, pareceu tranquila, mas revelou que estava bastante preocupada e com medo, pois a filha é muito pequena e depende totalmente de seus cuidados.

**MÃE “P”:** A. M. R., idade 24 anos, casada, mora com o marido de 25 anos na casa de sua mãe. Tem dois filhos - um de cinco anos e outro de três, que se submeteu a uma herniorrafia. Seu marido trabalha como estivador e ela como vendedora de produtos de beleza. Seu maior sonho é ver seus filhos formados, coisa que não conseguiu realizar. Está preocupada com a anestesia e tem medo que ele sinta dor. Preocupou-se também com o fato de seu filho ter ficado em jejum. Rezou um terço com outras mães e diz que Deus ajuda a calmar nos momentos de dificuldades.

**MÃE “Q”:** M. N. S., idade 24 anos, casada, o marido de 26 anos é pedreiro e nas horas vagas ajuda nas tarefas de casa. Tem uma menina de oito anos e um menino de cinco, que se hospitalizou para se submeter à cirurgia de hérnia. Estava com muito medo, mas depois das orientações da enfermeira, ficou mais calma. Confessa que, no momento de sua entrada no centro cirúrgico, não conteve as lágrimas e começou a chorar. Tem medo da anestesia, mas confia em Deus e nos médicos que tudo vai dar certo. Convidou algumas mães que estavam presentes no contexto do centro cirúrgico para rezar o terço e diz que o poder de Deus é maior que tudo.

**MÃE “R”:** T. R. C., idade 39 anos, casada, o marido tem 43 anos e trabalha na roça. Tem cinco filhos, três do sexo masculino e duas do sexo feminino. O mais velho tem dezessete anos e a mais nova, tem oito. O filho que

se submeteu à intervenção cirúrgica tem dez anos e é bastante carente do afeto de sua mãe, talvez por ter problemas de saúde. A mãe ajuda seu marido na roça quando lhe sobra tempo das tarefas de casa. Diz-se bastante preocupada com a cirurgia do filho e lembra que ele queria que ela ficasse com ele na sala. Refere confiar bastante em Deus e diz que rezar é o melhor remédio para os momentos de aflição como os que está enfrentando.

**MÃE "S":** A. M. L., idade 41 anos, casada, não trabalha fora de casa, reside no Distrito de Guanacés e está no hospital há quase um mês para tratamento cirúrgico da filha de treze anos, que sofreu um entorse no pé direito, e já se submeteu a oito cirurgias. Diz-se acostumada com essa situação de acompanhante, mas, com relação à cirurgia, sempre fica preocupada, pois gostaria que Deus a ajudasse e tudo ocorresse bem, de maneira que não fosse necessário passar por outro processo cirúrgico novamente. Tem quatro filhos e, como diz ser uma mãe carinhosa, sente muita saudade deles que ficaram com sua mãe, de 62 anos. No momento da cirurgia, pareceu bastante tranqüila mas revelou forte preocupação e grande ansiedade no momento de espera, no contexto do centro cirúrgico.

A partir de então, os propósitos das entrevistas que orientaram as investigações do estudo foram descritos através de algumas questões, como: o que sente a mãe acompanhante no dia da cirurgia do filho; o que a preocupa ao chegar ao centro cirúrgico e entregá-lo a pessoas desconhecidas? quais os

sentimentos vivenciados enquanto aguarda a volta do filho do centro cirúrgico? e o que ela faz para se adaptar àquela situação?

É oportuno salientar que, através dos resultados obtidos, procuramos fazer uma avaliação sintetizada dos comportamentos das mães acompanhantes, no contexto do centro cirúrgico, assim como, entender o que elas faziam como mecanismo de enfrentamento para conseguir uma adaptação efetiva, enquanto aguardavam o retorno de seus filhos da sala de cirurgia.

## 5.2 AVALIANDO OS COMPORTAMENTOS E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DAS MÃES ACOMPANHANTES

A avaliação dos comportamentos das mães acompanhantes se deu pelas espostas obtidas nas entrevistas e pelos registros nos diários de campo.

Durante a coleta de dados foi comum observarmos mães inquietas e reocupadas, comentando a ausência de informações por parte da enfermeira, sobre o que se passava na sala de cirurgia, como:

*Essa enfermeira devia vim logo aqui dizer o que tá se passando.*

*Se ao menos alguém viesse dizer como ele tá!*

*A moça disse que logo vinha me dizer alguma coisa e até agora nada, isso me angustia!*

*Ela prometeu que vinha me dizer alguma coisa, mas até agora nada*

Uma outra mãe apenas murmurava tão baixo que não nos foi possível entender sua fala e a extensão de seu medo.

Partindo da premissa de que todo tratamento cirúrgico pode ocasionar traumas psicológicos, tanto no indivíduo como em seus familiares, torna-se mais fácil entender o motivo por que as mães acompanhantes apresentam comportamentos ineficazes enquanto aguardam a realização da cirurgia de seus filhos.

Corroborando o exposto, Smelter e Bare (1998 ) consideram que toda cirurgia, por mais planejada e detalhada que seja para o cliente, sempre vem precedida de algum tipo de reação emocional. As autoras baseiam a afirmativa em muitos fatores, incluindo os incômodos e os vários sacrifícios que o indivíduo terá que fazer obrigatoriamente frente à situação apresentada.

Portanto, a cirurgia é definida como algo estressante não só para o filho que se submete a ela, mas principalmente para a mãe acompanhante, por sofrer, tanto quanto ele, as conseqüências dos fatores ansiogênicos presentes no processo cirúrgico.

Devemos considerar a ansiedade como o fenômeno mais comum a afetar a qualidade de vida de uma pessoa ao enfrentar situações de perigo ou de estresse, como no caso dos processos cirúrgicos que indubitavelmente proporcionam desequilíbrio emocional. Para Roy (Roy & Andrews1999), o conceito de ansiedade é mais frequentemente visto como um aspecto negativo das emoções.

No entanto, devemos ressaltar a observação de situações de adaptação, como a de uma mãe que, tentando confortar outra, dizia:

*Eu já tou é acostumada nessa vida com tanta operação, pois essa é a oitava vez que ela se opera, por isso quando ela entra eu fico só rezando e esperando ela voltar.*

*...a enfermeira foi ótima, me explicou tudo ainda agora, eu nem me preocupo mais como antes.*

Na observação dos comportamentos adaptativos relatados, constatamos que resultaram de mecanismos de enfrentamentos adquiridos, tais como o acúmulo de experiências anteriores com outras cirurgias, no primeiro caso, e a obtenção de informações acrescida pelo grau de aceitabilidade da mãe no segundo caso.

Verificamos também pelas observações, que, enquanto algumas mães sofriam a ausência do filho, era comum alguém para confortá-la. Mais raramente, os profissionais da enfermagem desempenhavam esse papel, geralmente exercido por alguma pessoa mais próxima à mãe, como por exemplo, uma outra mãe, e isso era suficiente para que o comportamento dela fosse modificado, ou seja, suas reações de angústia se manifestavam, aparentemente, de maneira mais calma, levando a acreditarmos que o conforto tem sido um auxílio para manifestação de comportamentos de adaptação.

Para Roy e Andrews, a pessoa é considerada como um sistema adaptativo vivo e que está em constante interação com seus ambientes, salientando que, entre o sistema (sistema=pessoa=sistema holístico) e o ambiente, ocorre uma troca de informações, matéria e energia, caracterizada como abertura. Essa abertura, para a autora, é que permite às pessoas se adaptarem no meio em que se encontram, por haver mudanças internas e externas em cada uma delas, contribuindo de tal maneira para manter sua integridade, e fazendo com que se adaptem continuamente (Roy & Andrews, 1999).

Pelo que foi observado, deixamos perceber que, apesar das mães estarem bastante ansiosas e inseguras, estavam ao mesmo tempo com uma abertura extraordinária em si, que foi demonstrada no ato da busca pelas informações quando queriam saber tudo sobre o estado de seus filhos que se encontravam na sala de cirurgia.

Essa busca pelas informações é uma prática tanto da mãe acompanhante como da equipe de saúde do hospital, isso porque faz parte da rotina, de qualquer tratamento, que haja esse intercâmbio de informações entre as duas partes, desde a hospitalização do paciente até a alta hospitalar, e essa prática também foi percebida no ambiente de espera do centro cirúrgico, favorecendo a existência dos comportamentos adaptativos sempre que as informações estiveram presentes .

É importante ressaltar que, propositadamente, foram trabalhados todos os comportamentos das mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, ou

seja, tanto os comportamentos observados quanto os revelados pelas respostas das referidas mães através das questões da entrevista.

As falas das mães, naquele momento, expressaram sentimentos de preocupação, que se relacionavam diretamente com os procedimentos cirúrgicos que estavam sendo realizados com seus filhos, conforme se segue:

*... Tô muito preocupada que não é a primeira vez. Ela já se operou uma vez, foi quando fez o transplante renal, o resultado foi ótimo, mas depois aconteceu a rejeição, agora ela vai se operar de novo por isso tou muito preocupada. (mãe A).*

*... O que mais me preocupa é a cirurgia mesmo, fiquei tão preocupada que passei um tempão olhando numa brechinha que tinha na porta do centro cirúrgico pra ver se via ele lá dentro. (mãe B).*

*O que mais me preocupa é a anestesia. (mães E, F, G, H e I).*

*Fico bastante preocupada porque sei que tá chegando a hora dele entrar e eu tenho medo de tudo, tudo me preocupa principalmente aqueles ferro (mãe L).*

O fato de desconhecerem ou de terem conhecimento parcial do que ocorre na sala de cirurgia é um estímulo focal para os comportamentos maternos ineficazes, tais como sentirem preocupação, medo e angústia. Evidentemente, não se pode desconhecer o fato de que diversos estímulos contextuais também podem estar presentes na situação.

Vale ressaltar que muitos desses estressores responsáveis pelos sentimentos de preocupação e medo, no contexto do centro cirúrgico, em sua grande maioria, são de origem externa e conhecida, e surgiram ainda por ocasião da hospitalização, porém, é no momento em que mãe/filho se separam, antes do ato cirúrgico, que eles surgem como estímulos residuais atuantes, os quais somados aos estímulos contextuais e focais do ambiente, se intensificaram de maneira tão acentuada que passaram a ser percebidos até mesmo nos gestos mais insignificantes.

Percebemos, também, que o sentimento de preocupação se tornava mais acentuado quando, na ausência do filho, a mãe como pessoa que se preocupava estava ao mesmo tempo com sua saúde agravada, ou seja, o seu estado psicológico não era o mesmo de antes, pelo fato de estar a depender, necessariamente, das informações da enfermagem referentes ao transcorrer da cirurgia e que, certamente, ajudariam no processo adaptativo que se fazia necessário naquele momento e naquele ambiente estressante.

A preocupação pelo filho estar enfrentando sozinho o momento de cirurgia está presente nas falas:

*Me preocupei muito foi quando abriram a porta do centro cirúrgico e vi uma pessoa na maca. Fiquei pensando será que ela vai se operar ali (mãe C).*

*O que me preocupa mais é ele ficar lá dentro, sozinho, naquela sala cheia de luz (mãe I).*

*Fico bastante preocupada porque sei que tá chegando a hora dele entrar e eu tenho medo de tudo, tudo me preocupa principalmente aqueles ferro (mãe L).*

*Preocupada que ela vai tá lá sozinha com gente estranha. Muito preocupada e nervosa. Ela lá sozinha, com fome, com sede e também com medo (mãe M).*

*Eu fico muito nervosa e preocupada, só pensando besteira. Eu sei que a cirurgia é simples, mas mãe fica preocupada de tndo jeito. Ele é tão pequeno pra ficar com gente desconhecida. Sei que vão fazer ele ficar bom, mesmo assim fico preocupada (mãe N).*

*O que mais me preocupa é a hora dele entrar pra cirurgia, a gente fica o tempo todo acompanhando ele e de repente entrega a outra pessoa pra levar pra sala de operação? Eu só posso é me preocupar (mãe Q).*

*Preocupação e medo que mais senti. Foi horrível quando ele foi pra sala. Foi horrível. O bichim queria ficar mais eu lá dentro mas não deixaram (mãe R).*

É importante considerar que a intensidade dos sentimentos da mãe está diretamente vinculada ao tipo de tratamento do filho e ao grau de envolvimento afetivo entre eles. A mãe percebe que deve sempre desempenhar o seu papel de protetora e de responsável pelo filho e, quando impedida de o fazer, sente-se angustiada e demonstra, em seus comportamentos, um forte quadro de ansiedade. Portanto, não se deve esquecer de que mãe e filho vivenciam dois

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

As mães também percebem o momento de anestesia como um estímulo focal para comportamentos ineficazes, afirmando que:

*Sei que não vão fazer nada de errado porque eles são doutor, mas eu morro de medo, principalmente da anestesia. Tenho medo que ela durma e não acorde mais (mãe A).*

*Fico com medo porque não conheço ninguém lá dentro, medo se num vai ter nenhuma complicação, medo da anestesia num pegar e ela sentir dor. Ave Maria! Morro de medo! (mãe B).*

*Tenho medo que aconteça alguma coisa e ela morra. Só penso nessas besteira, pois tenho muito medo da anestesia, me deixa preocupada, nervosa, porque sei de gente que tomou anestesia e morreu (mãe C).*

*Se pudesse fazer sem anestesia seria ótimo, mas não pode. Eu sei que não vão fazer mal a ele, mas tenho muito medo (mãe D).*

*Só tinha medo da anestesia, medo que ele pudesse ter alguma reação negativa (mães E e F).*

*O que mais me preocupa é a anestesia (mães G, H e I).*

*Nessa hora se eu pudesse eu ficava dormindo, só acordava quando tudo tivesse acabado porque tenho muito medo da anestesia. Sinto uma coisa ruim só de pensar que tem gente que pode nem acordar da cirurgia. Eu tenho muito medo (mãe N).*

Da mesma forma, estímulos internos tais como a sensação de que o filho tem medo, fome, sede ou ainda o fato de que a equipe possa não ser competente para cuidar de seu filho são manifestados pelas mães, como:

*Preocupada porque ele teve que ficar em jejum: a gente vê o filho com fome, pedindo comida, e num dá nem água. Fiquei preocupada e com pena (mãe P).*

*Me preocupo com ela por que sei que ela também se preocupa comigo, mas o resto não, porque a enfermeira ontem explicou tudo como vai ser (mãe D).*

*Me sinto tensa, aflita e preocupada. Preocupada com a competência das pessoas que vão acompanhar ela (mãe I).*

*Me sinto mal, muito preocupada e nervosa. Sei lá se vão ajeitar o dedo dela! Me preocupo demais com tudo. Pra mim foi um dia horrível, de muita preocupação (mãe O).*

No modelo de adaptação de Roy, as atividades de enfermagem são consideradas como aquelas que promovem reações adaptativas, na pessoa, tanto em situações de doença como de saúde. Elas devem ser realizadas pelo enfermeiro com o propósito de manipular os estímulos que se fazem presentes na pessoa ( Roy e Andrews, 1999) . Desta forma, é importante o conhecimento do enfermeiro com relação aos estímulos presentes no ambiente do centro cirúrgico, porque são esses estímulos que irão caracterizar os diversos comportamentos das mães acompanhantes nesse local.

Esses estímulos necessitam ser percebidos pelo enfermeiro, haja vista acreditar-se que a enfermagem é uma profissão que se preocupa exclusivamente com as variáveis que afetam a saúde do ser humano, considerando, entre outros, que o ambiente tem grande influência na origem dos estressores que compõem estas variáveis e que produzem os sentimentos indesejáveis.

Portanto, vale ressaltar que a pessoa da mãe acompanhante, infelizmente, não tem como permanecer, o tempo todo, fora do centro cirúrgico, longe da ação dos estressores, mas é certo também que, durante todo esse tempo, está sempre em busca de defesas para a redução dos fatores de estresse e melhores condições de resistência para com eles, ocasionando assim reações adaptativas eficientes.

Os sentimentos de medo e preocupação que a mãe acompanhante, como pessoa que recebe o cuidado, demonstra na porta do centro cirúrgico, são também resultantes desses fatores, haja vista, a sua maneira de se comportar no

ambiente hospitalar, dias antes da cirurgia de seu filho, mas que se tornam mais agravados nos momentos que antecedem a sua realização.

Através dos conteúdos verbalizados pelos sujeitos do estudo, foi possível, juntamente com as observações realizadas, evidenciar as reações comportamentais, ou seja, os comportamentos manifestados no momento de espera no contexto do centro cirúrgico.

Assim sendo, considerou-se comportamento nessa investigação toda ação praticada pela mãe acompanhante que revelava, como estava ela se sentindo naquele momento e o que fazia para conviver com seus sentimentos e se adaptar àquela situação.

Nas considerações de Roy (Roy & Andrews 1999), comportamentos são respostas provenientes de alterações advindas do ambiente, e o homem como um sistema adaptativo que é, faz uso do mecanismo de enfrentamento para responder a essas alterações.

Portanto, sendo a mãe ajudada pela enfermeira da unidade, fica mais fácil resistir aos estímulos externos do ambiente que são somados aos seus estímulos internos, podendo criar mecanismos que favoreçam o melhor relacionamento dela com o ambiente de espera, promovendo dessa maneira comportamentos adaptativos.

Pelo que percebemos, tanto através das observações quanto pelos resultados das entrevistas, há um esforço inconsciente das próprias mães em busca de adaptação para aquele momento de espera, e isso faz com que seus

mecanismos de enfrentamento na situação vivenciada dependam do grau de influência oriundo de seus sentimentos.

Considera-se então que, conhecendo a influência que os estímulos internos e externos do ambiente têm sobre a mãe acompanhante, como preconiza o modelo teórico abordado, é mais fácil para a enfermagem entender que esta é uma área de estudo importantíssima e de grande relevância para as enfermeiras da unidade de centro cirúrgico, bastando estar atenta aos comportamentos dessas mães e disponível para assisti-las.

De acordo com os resultados da investigação, é fácil perceber que a mãe acompanhante, de modo geral, não dispõe dessa atividade assistencial da enfermeira, que lhe faz falta no momento, para melhor adaptação ao novo ambiente, mesmo que permaneça nele temporariamente. Os depoimentos a seguir demonstram a necessidade e a importância dos mecanismos de enfrentamento:

*A gente fica doidinha, me acalmei mais depois que fui ali telefonar pro meu marido. Ele me deu a maior força (mãe A).*

*Quando ele entrou eu queria beijar ele bem muito, mas não pude fazer porque comecei logo a chorar, aí fui ali pro corredor pra me acalmar mais, fiquei andando pra lá e pra cá um tempão (mãe C).*

*Me deu uma tristeza quando ele entrou! Que eu fiquei assim, chorando sem controle, só melhorei quando fui ali fumar um cigarro (mãe D).*

*Parece que o tempo não passa, fico só andando de um lado pro outro pra ver se melhoro, mas mesmo assim fico muito preocupada com*

*essa cirurgia. O braço dela tava muito frio. Só de pensar fico nervosa (mãe L).*

*Às vezes eu ando dum lado pro outro Respiro fundo de vez em quando pra melhorar, mas mesmo assim eu choro, não consigo me conformar. Penso que podia ter evitado, era só ter mais cuidado um pouquinho com ele (mãe N).*

*Pra me acalmar eu acendo um cigarro atrás do outro. Eu sou muito nervosa, fico logo toda me tremendo. A enfermeira ontem me explicou tudo, mas mesmo assim eu tenho medo. Eu só queria saber como ela tá, talvez eu ficasse mais calma (mãe O).*

Portanto, reportando-nos aos conteúdos manifestos, percebemos que cada mãe procurou a melhor maneira de reagir, tentando se comportar à sua maneira, isto é, na sua linguagem, “tentar se acalmar”, para a mãe, significa um tipo de comportamento ativo de busca de efetivação do seu processo de adaptação. Outras, porém, adotaram certas posturas que, fisiologicamente falando, não trariam calma, como no caso do hábito de fumar, e isto pode ser comprovado por uma mãe que relata a sua maneira de se manter assim, isto é:

*...Pra me acalmar eu acendo um cigarro atrás do outro, eu sou muito nervosa fico toda me tremendo... (mãe O).*

*... A gente fica doidinha, me acalmei mais depois que fui ali telefonar pro meu marido. Ele me deu a maior força (mãe A).*

*Quando ele entrou eu queria beijar ele bem muito, mas não pude fazer porque comecei logo a chorar, aí fui ali pro corredor pra me acalmar mais, fiquei andando pra lá e pra cá um tempão (mãe C).*

Da maneira como foram relatados, percebemos facilmente a diversidade de comportamentos que cada mãe utilizava para se acalmar, ou seja, para se adaptar ao seu modo no contexto do centro cirúrgico.

Notamos também, que esse é um momento em que diferentes mães, mesmo com diversificadas culturas, agem de maneira semelhante e geralmente são solidárias na mesma dor. Portanto, o ato de rezar é um artifício utilizado por elas, comprovando tanto a existência de uma solidariedade coesa, como promovendo melhores resultados comportamentais de natureza adaptativa. Por conseguinte, a importância da religião como apoio à situação enfrentada é destacada nos depoimentos que se seguem:

*Agorinha mesmo eu tava suando frio, fui ali pedir um cafezim à mocinha, aqui perto, no lado do rim, mas como não tinha, ela me deu água. Bebi e parece que melhorei. Agora vou rezar um terço que é pra vê se o tempo passa (mãe B).*

*Quando ela entrou tanto chorava ela como eu, num tive nem coragem de sair de perto da porta,. Em tempo de morrer de chorar. Ai uma mãe ,me chamou prá rezar, foi como me acalmei mais. Sei que é o poder de Deus agindo (mãe F).*

*Eu queria entrar, mas como não posso, vou rezar, pedir a Deus que proteja ela. Tenho fé, que rezando tudo vai dar certo (mãe G).*

*Tratei logo de rezar. Foi só o que pude fazer enquanto esperava. Pedi a Deus que ela dormisse logo pra não sentir nada. Também pedi a Deus que me desse forças pra esperar tanto tempo (mãe H).*

*Tô chorando porque já levaram ela, só não sei a hora que vai voltar. Vou ligar pro pai dela, dizer que ela já entrou depois vou me sentar ali e vou rezar. Vou tirar minha novena, comecei ontem, hoje é o segundo dia (mãe I).*

*Peço a Deus que tome conta do meu filho, ele precisa. Fiz uma promessa pra ele ficar bom e eu me acalmar. Eu sou muito nervosa, fico com meu corpo todo tremendo. Só penso no pior ( mãe J).*

Foi através dos depoimentos e das observações que percebemos que as mães acompanhantes acreditavam fortemente no auxílio divino e que sempre buscavam invocar Deus como mecanismo de enfrentamento para ajudar-lhes a suportar o momento da espera que as deixavam frágeis, ansiosas e mais próximas das crenças espirituais que contribuíam para a efetivação do processo adaptativo.

É importante ressaltar, que o mais observado, nessa unidade foram mães se comportando de maneira inquieta, ansiosa e angustiada sempre em busca de informações sobre a cirurgia de seus filhos, condições estas que, quando satisfeitas, geraram os melhores mecanismos de enfrentamento que resultaram em comportamentos adaptativos.

Vejamos como se comportam essas mães enquanto aguardam o retorno de seus filhos da sala de cirurgia.

*Fico inquieta muito tensa e angustiada sem saber o que se passa lá dentro...me dá uma tristeza ficar aqui parada sem poder fazer nada, prefiro andar um pouco (mãe A).*

*Não consegui me segurar quando vi ele entrando no centro cirúrgico. Comecei a chorar, só falei morrer. Me deu um nervoso tão grande (mãe C).*

*É muito triste a gente entregar o filho assim. Eles levam, a gente nem sabe quem é. Senti uma coisa ruim! Uma vontade de chorar, uma angústia no peito! Eu procurava ar pra respirar mas parece que não tinha (mãe E).*

*Eu tava ali que não me agüentava. Era um suor diferente no corpo, uma vontade de chorar. Só me lembrava dele me pedindo pra entrar também (mãe F).*

*Quando eu cheguei aqui no centro cirúrgico não pude nem dar um beijo nela. Eu não queria que ela me visse chorando, mas depois que ela entrou eu fiquei aqui no pé da porta, sem ter coragem de arredar o pé (mãe I).*

*Abraçar e beijar bem muito era o que eu tinha vontade mas fiquei logo chorando, doida pra desistir, a hérnia dele era tão pequena! Talvez até se acabasse com o tempo. E se acontecesse alguma coisa? Aí vem mil pensamento ruim na cabeça da gente, me deu um suor quente que eu fiquei doidinha (mãe M).*

*....Com vontade de chorar o tempo todo. A minha colega disse que a enfermeira disse a ela que a mãe não devia chorar na frente do filho porque fazia mal na operação. Aí eu não chorei, mas depois que ele entrou não deu pra segurar, fiquei perto da porta chorando que tô de olho inchado (mãe N).*

*Enquanto eu espero, vou de vez em quando olhar na brechinha da porta e também rezar. Não paro quieta. Quero chorar mas não consigo.*

*Eu espero que alguém saia pra me dar notícias pra eu melhorar um pouco (mãe Q).*

O choro é uma forma de enfrentamento de situações difíceis bastante utilizada pelas pessoas da nossa cultura. As mães atribuíram ao ato de chorar o poder de aliviar e apoiar, não o considerando, portanto, uma fraqueza e sim um mecanismo de enfrentamento para a incerteza, para a falta de informação e, principalmente, para a separação do filho.

Para algumas mães, as informações transmitidas por parte da enfermeira foram consideradas como apoio importantíssimo para o enfrentamento de determinados estímulos, como:

*A enfermeira explicou tudo ontem, tanto pra mim como pra ele. Disse tudo como ia ser lá na sala de operação, mas parece que quando chega a hora muita coisa a gente esquece. Ele não, num tá nem ai, parece tranquilo, e isso é muito bom (mãe M).*

*Tô confiante, a enfermeira disse muita coisa importante ontem, isso aliviou muito o medo que eu tava (mães P e Q)*

*A enfermeira ensinou como vai ser a cirurgia dele, disse tudo, eu tava com medo mas agora já sei como vai ser (mãe R).*

Vale ressaltar, que para a mãe acompanhante, em todos os momentos da hospitalização, desde o início do tratamento, as informações são extremamente necessárias, pois é a partir delas que seu comportamento como cuidadora de seu filho internado passa a contribuir, consideravelmente, com a conduta terapêutica

adotada, otimizando dessa maneira todos os cuidados prestados e promovendo, indubitavelmente, maior abertura para a realização do processo adaptativo.

Durante a observação, percebemos uma situação peculiar com uma das mães do estudo que acompanhava uma criança de quatro anos, no momento da entrada no centro cirúrgico. A criança, aflita, segurava-se desesperadamente ao braço da mãe, e esta, num impulso de proteção, se deixava envolver pela situação, e, caminhava ao lado do filho como se fosse acompanhá-lo até a sala de cirurgia, mesmo sabendo que as normas hospitalares a impediam de prosseguir caminhando ao lado de seu filho.

Observamos também que as mães geralmente demonstravam um prazer bastante acentuado quando podiam ajudar outras mães em situação de dificuldade, e isso foi comprovado por algumas delas quando referiam ao apoio prestado por aquelas, que compartilhava a mesma situação, como algo importantíssimo para aliviar as tensões geradas no momento de espera da cirurgia do filho.

*..... uma senhora que esperava a filha dela, me deu um bombom e ficou conversando comigo, disse que a filha dela já entrou ali oito vezes pra se operar (mãe G).*

*Converso com outras mães que tão perto de mim. Enquanto eu tô conversando até esqueço um pouco. Uma diz uma coisa, outra diz outra, a gente até ri das brincadeiras. Isso acalma, faz o tempo passar mais rápido (mãe R).*

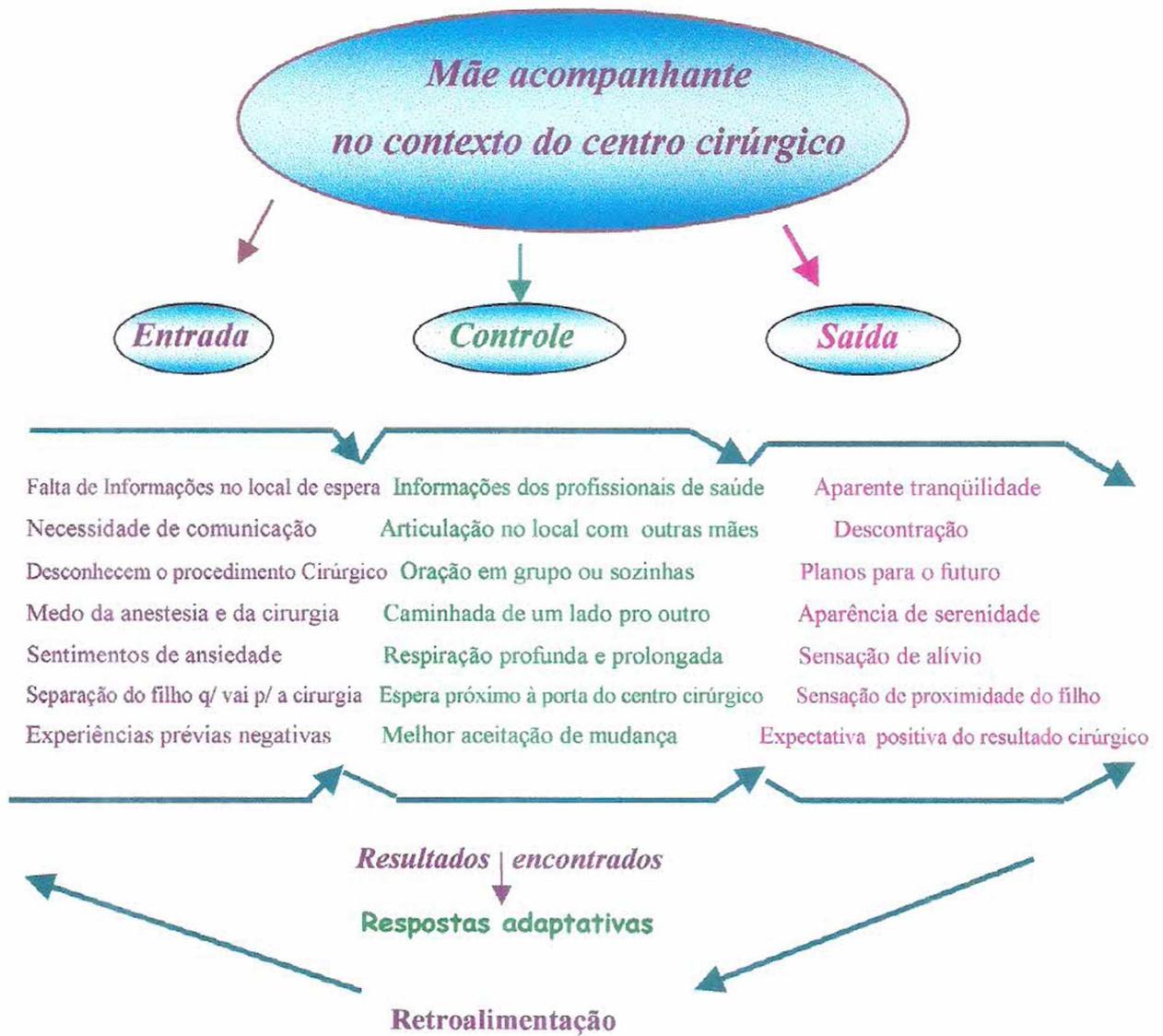
Vale salientar que a manifestação dos sentimentos ansiogênicos retratava a presença do estímulo residual, observado pela insegurança das mães que, quando os filhos entravam para a sala de cirurgia, aparentemente, demonstravam se sentir, também, bastante impotentes diante da situação de acompanhante de seus filhos.

Corroborando o exposto, Santos (1999), também, registrou no seu estudo com mães acompanhantes, vários sentimentos que caracterizaram uma impotência que alterava o comportamento adaptativo dessas mães.

Com relação aos estímulos contextuais, podemos afirmar, através das observações, que as mães demonstraram sentir sua influência, a partir do momento em que ela chega no bloco cirúrgico, ou seja, na hora do pré-anestésico do filho, no barulho do abrir-e-fechar a porta do centro cirúrgico ou do elevador, e ainda, nas próprias acomodações improvisadas no local de espera.

A avaliação dos comportamentos maternos e dos mecanismos de enfrentamento (controles) são representados esquematicamente na figura 2.

**FIGURA 2 – MÃE ACOMPANHANTE COMO UM SISTEMA ADAPTATIVO**



Fonte: Adaptado do modelo de adaptação de Roy (Roy & Andrews, 1999).

Os resultados do estudo mostram que, apesar da maioria das mães responder positivamente ao processo adaptativo, as evidências de suas reações nos deixaram perceber que algumas delas tiveram necessidade de reforço para que se estabelecessem os comportamentos de adaptação eficiente. Esse reforço era proveniente tanto dos profissionais de saúde como das outras mães presentes no

local de espera, como também, do ato de fazer orações em grupo ou isoladamente.

Verificamos que a mãe acompanhante recebe estímulos externos e internos do ambiente que influem bastante na sua forma de encarar e reagir à situação enfrentada. Portanto, o papel da enfermeira deve ter como fundamento a transformação das respostas ineficazes em respostas adaptativas. Para isso, é fundamental a compreensão do que ocorre com as mães, para o estabelecimento de metas e atividades de enfermagem que beneficiem a pessoa da mãe acompanhante, no local de espera, aqui representada como *a pessoa que recebe o cuidado*, para assistir, com a maior competência, o filho hospitalizado que se submete ao processo de intervenção cirúrgica.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento de espera que a mãe acompanhante vivencia, no dia da cirurgia de seu filho, no contexto do centro cirúrgico enquanto ele permanece na sala de cirurgia, pode-se afirmar que é um dos mais estressantes e ansiogênicos, haja vista a direção apontada pelos dados coletados por ocasião da realização desse estudo.

É oportuno salientar que foram preestabelecidos alguns propósitos para o estudo, caracterizados como objetivos e que se configuraram em trabalhar, especialmente, os mecanismos de enfrentamento e os comportamentos da mãe acompanhante, sobressaindo, tanto os observados quanto os relatados por elas, no contexto do centro cirúrgico, em busca das respostas adaptativas para a situação enfrentada.

O comportamento das referidas mães foi observado, utilizando-se como suporte teórico-metodológico o modelo de adaptação de Roy, que considera a pessoa como um sistema adaptativo, e que teve a mãe acompanhante como foco central na investigação do presente estudo. Os resultados provenientes tanto das observações diretas quanto dos conteúdos das entrevistas foram analisados seguindo-se orientação da técnica de análise de conteúdo de Bardin, considerando, principalmente, alguns ajustes que se fizeram necessários para trabalhar os dados.

As mães acompanhantes, em sua maioria, relataram que se sentiram bastante preocupadas tanto com os resultados da intervenção cirúrgica quanto com a separação do filho por não poderem acompanhá-lo até a sala de cirurgia. Essas, somadas com outras preocupações verbalizadas, foram motivos considerados suportes de respostas psicomotoras, oriundas do sistema regulador que, segundo Roy, também recebe influência direta dos processos fisiológicos da pessoa e dificultam o seu processo de adaptação.

Referiram também, essas mães, um sentimento bastante acentuado de medo, especialmente, da anestesia em si, chegando a se tornarem vulneráveis a algumas reações de estresse, que acreditamos tenha produzido um certo grau de comprometimento com sua integridade física e/ou psíquica, “como sistema adaptativo”, o que determinava maior necessidade de reforço para um comportamento adaptativo.

A partir de então, ficava evidenciada a postura apreensiva e ansiosa da mãe que, ficando do lado externo do centro cirúrgico, se dizia sentir-se impotente por nada mais poder fazer por seu filho, senão rezar, chorar e esperar que alguém ou outras mães a ajudassem naquele momento, porque realmente ela sentia falta de informação de alguém do centro cirúrgico com relação à cirurgia de seu filho, para que pudesse, finalmente, sentir-se mais tranqüila e menos tensa e ansiosa durante o período da espera no contexto do centro cirúrgico.

Acreditamos que a equipe de saúde, principalmente, a enfermeira atuando juntamente com as mães acompanhantes, observando e avaliando os sintomas de

preocupação e medo externados por elas, e que também comprometem a sua saúde, possam encontrar nas atividades assistenciais da enfermagem um excelente meio de resgate da sua integridade sistêmica prejudicada.

Portanto, cabe à enfermeira de centro cirúrgico, em um gesto nobre de interação e assistência, aproximar-se da mãe acompanhante, investigar seus sentimentos de medo, preocupação e tantos outros gerados no local de espera, e poder implementar ações de enfermagem que minimizem esses sentimentos e favoreçam os comportamentos de resposta adaptativas.

Constatamos, principalmente através da observação, que as mães acompanhantes sofriam bastante as conseqüências de um forte embaraço de origem emocional, gerado exclusivamente no ambiente do centro cirúrgico e que deveriam ser trabalhadas para que elas suportassem melhor o período de espera pela volta do filho da cirurgia.

Pelo que pudemos colher das investigações do estudo é que as mães estavam sempre referindo sentimentos de preocupação e medo, no entanto, vale salientar, que a falta de informação por parte da enfermeira, seguida do medo da anestesia e o medo da cirurgia em si, foram os destaques que geraram os fatores que mais contribuíram para a exacerbação de tais sentimentos.

Quando investigamos o que elas faziam para se adaptar à situação, verificamos uma diversidade de comportamentos, considerados como de fundamental importância, ao buscar em sua essência maior uma maneira de alcançar o filho como centro receptor de sua atenção e suas necessidades de

saúde, como ser que vivencia uma hospitalização provisória para o tratamento cirúrgico, e, ao mesmo tempo, tentar se comportar como um sistema adaptativo no ambiente que lhe é oferecido como única opção de local para a espera do filho enquanto retorna da cirurgia.

Refletindo sobre essas questões, há de se considerar a real importância do papel da enfermeira para com essas mães, haja vista que para melhor operacionalização de seu trabalho junto a elas, há uma necessidade da enfermeira como ser humano, que é abstrair-se do lugar do outro (mãe acompanhante) para entender as suas necessidades de apoio e de cuidado que se evidenciam naquele momento de espera, quando vários sentimentos indesejáveis e inevitáveis estão nele envolvidos.

Neste sentido, percebemos, em vários momentos do estudo, que essa característica da enfermeira para agir junto à mãe acompanhante não se fez tão presente. Estava sendo necessária, e ao mesmo tempo requerida por essas mães, como uma forma de assisti-las até mesmo nas pequenas informações relacionadas com a cirurgia de seus filhos. Portanto, parece que falta um reconhecimento, por parte da enfermeira, de também ser mais solidária, saber interagir humanamente para compartilhar com as necessidades de atenção do outro.

As investigações mostraram, também, que a manifestação dos sentimentos ansiogênicos retratava a presença do estímulo residual, observados pela insegurança das mães que, quando os filhos entravam para a sala de cirurgia,

aparentemente, demonstravam se sentir, também, bastante impotentes diante da situação de acompanhante de seus filhos.

Com relação aos estímulos contextuais, podemos afirmar, através das observações que as mães demonstraram sentir sua influência, a partir do momento em que ela chega ao bloco cirúrgico, ou seja, na hora do pré-anestésico do filho, no barulho do abrir-e-fechar a porta do centro cirúrgico ou do elevador, e ainda, nas próprias acomodações improvisadas de local de espera.

Quanto ao estímulo focal, este esteve fortemente presente e influenciando a mãe acompanhante desde o momento em que ela chegava ao contexto do centro cirúrgico, se estendendo por toda a sua permanência de espera naquele local. Um exemplo disso é o fato de terem pouco conhecimento ou de desconhecerem o que ocorre na sala de cirurgia, o que foi considerado como estímulo focal para os comportamentos da mãe acompanhante, tais como sentirem preocupação, medo e angústia, no local de espera.

Desta forma, vale ressaltar a importância de uma pessoa da equipe de saúde dessa unidade, em especial a enfermeira, no sentido de investigar as reações das mães acompanhantes e, junto a elas, poder intervir trabalhando as incertezas, inseguranças, impotências e dificuldades decorrentes dos sentimentos por elas manifestados e que na maioria das vezes uma simples informação ajudaria bastante na exclusão de tais sentimentos e no auxílio dos mecanismos de enfrentamento para a situação vivenciada.

Conversar com outras mães, andar de um lado para o outro, fumar, contatar com a família e principalmente o ato de recorrer a Deus através da oração, foram os mecanismos de enfrentamento mais utilizados por elas, como meios de proporcionar “calma”, o que se acredita ter contribuído bastante como reforço para a adaptação positiva tão necessária à mãe acompanhante no local de espera, no contexto do centro cirúrgico.

Adotando-se as considerações de Roy com relação à pessoa como um sistema adaptativo, ficou evidente que a mãe é possuidora de estímulos internos que, auxiliados pelos estímulos externos do ambiente (principalmente os que contribuem com as crenças religiosas entre outros), são capazes de, por si, se adaptarem positivamente a situações de conseqüências conflitantes, no entanto, há situações em que os processos de intervenção da enfermagem são totalmente requeridos como reforços para os comportamentos adaptativos.

Entende-se, portanto, que ocorreram comportamentos de adaptação eficientes, no entanto, na maioria dos casos investigados, houve também alguns danos de carácter emocional que poderiam ser mais bem administrados se o ambiente do centro cirúrgico proporcionasse à mãe acompanhante, no dia da cirurgia de seu filho, melhores condições de permanência no local de espera.

Neste sentido, acreditamos que tais condições poderão ser adquiridas, entre outras maneiras, através de uma reforma no ambiente físico hospitalar e das orientações e informações dispensadas pela equipe de saúde, em especial,

pela enfermeira, no que concerne às necessidades de atendimento das referidas mães.

No entanto, todos os sentimentos que foram manifestados sob a forma de reações comportamentais, como falta de fôlego, aperto no coração, sensação de morte, entre outros, culminaram nos comportamentos de adaptação ineficazes, necessitando, portanto de maior reforço, através dos mecanismos de enfrentamento, para posteriormente transformar-se em respostas eficazes de adaptação. Daí se entendermos que a oportunidade para a enfermagem atuar, utilizando os pressupostos do modelo de adaptação de Roy, existe, dependendo, principalmente, da observação e da disponibilidade para que se efetive sua atuação.

Portanto, vale ressaltar que, se as informações da enfermeira dispensadas à mãe acompanhante no contexto do centro cirúrgico já eram necessárias em todo o seu arco de trabalho, passa agora a configurar-se como uma das ferramentas mais importantes para a realização dos mecanismos de enfrentamento que passaram a subsidiar, nessas mães, as ações comportamentais adaptativas.

Neste sentido, acreditamos que o elemento do modelo de adaptação de Roy, que é *a pessoa que recebe o cuidado*, escolhido para revelar os comportamentos investigados, serviu de apoio indispensável para favorecer a adaptação da mãe acompanhante na hora em que seu filho foi encaminhado para o centro cirúrgico.

As observações mostraram também que a mãe, como pessoa que recebia o cuidado, antes de se adaptar àquela situação de separação do filho, no centro cirúrgico, não estava sendo plenamente atendida, pois, naquele exato momento, ela se comportava, inicialmente, como uma pessoa tensa, ansiosa, angustiada, e algumas delas referiam sede, suores e cefaléia. Outras, ainda, na maioria das vezes, choravam bastante, quadro que permanecia assim, até que fosse consolada por alguém que estivesse presente no local e/ou fosse informada, raramente, pela enfermeira da unidade sobre o estado em que se encontrava seu filho na sala de cirurgia.

Concluimos, pois, através das investigações feitas, que finalmente foi possível encontrar nesta pesquisa sugestões para algumas contribuições que subsidiem mudanças, para as atividades desenvolvidas com as mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, especialmente no local de espera da cirurgia, considerando que este é um trabalho que deve fazer parte, obrigatoriamente, do cotidiano da enfermagem desta unidade.

Dentre as contribuições possíveis de terem sido alcançadas com os resultados da investigação desse estudo, destacam-se o fornecimento de subsídios que possam contribuir para a implantação de normas definidoras, que permitam mães acompanhantes permanecer com seus filhos, também, no centro cirúrgico, enquanto aguardam o início da indução anestésica. Esperamos também contribuir com a enfermagem para a implementação de ações capazes de controlar ou minimizar os fatores estressantes e ansiogênicos que se

apresentam tanto na mãe acompanhante quanto no filho, no momento da separação deles, na unidade de centro cirúrgico. E, finalmente, para a administração hospitalar, que desperte para a necessidade de se ter uma sala de espera dentro do contexto do bloco cirúrgico, onde mães acompanhantes possam permanecer com seus filhos, num clima de entretenimento favorável à situação enfrentada, realizando práticas alternativas de descontração e entretenimento, como a ludoterapia, por exemplo, enquanto aguardam o início da cirurgia.

Nossa expectativa, também, é de que haja uma contribuição significativa no que se refere à recuperação pós-cirúrgica mais rápida da criança, se realmente medidas forem adotadas para que mãe e filho fiquem o mais próximo possível um do outro no contexto do centro cirúrgico, inclusive caminhando juntos e mais tranquilos para a sala de cirurgia, tendo que se separar somente na hora da indução anestésica e ficando juntos novamente logo que a criança se recupere dos efeitos anestésicos.

Acreditamos que tais contribuições possam minimizar, na mãe acompanhante, os momentos estressantes, causados pelas tensões ansiogênicas, provenientes das atividades de preparo para o ritual de entrada no centro cirúrgico, assim como no período de espera enquanto o filho permanece na sala de cirurgia.

## ABSTRACT

This work deals with the issue of the companion mother who, because of a surgery on her hospitalized son, remains also at hospital seeking to contribute to her son's health recovery and preservation, considering her as a being experiencing, at the same time, an adaptation process in the surgical center context. The research was based on the Roy's Adaptation Model, especially on one of its elements, namely a **person receiving care**, on which the companion mother, as a representative of that model, has also received influences from the other model's elements, and these elements would contribute quite enough to the achievement of the following goals: To analyze the companion mother's behavior in the surgical center context, to lead their sons to the surgery room, and to verify the confrontation mechanisms that those mothers use as a means of adaptation to the companion status during the wait for their son's surgery. The study was of the explorative and the descriptive type, and it was specially developed in the surgical center context. The data gathering was done in the interval from June to September 1999, and had, as research subjects, eighteen companion mothers, who remained, for all the time in the place of the research during their sons' surgery. The data were taken through direct observation and through a semi-structured interview, and were further analyzed following the guidelines of the Bardin Contents Analysis technique (1977), the importance being emphasized, of some necessary adjustments for the study. The founded results denounced that the companion mothers, to get adapted, in the waiting room, suffered the direct influence from the internal and external environmental stimuli. What was most observed, were anxious, restless and anguished mothers seeking for news, mainly, when expressing quite strong feelings of worry and fear of surgery itself, as well as anaesthesia, because of believing her son could sleep and never wake up again, or even suffer of pain because of the anaesthetic effect not being completed. By this way, they took attitudes of persons expressing behavioural reactions quite diversified, among of which were restlessness, anguish, tension and anxiety, and, specially, an apprehensive obsession for seeking news, blaming nursing people for not giving them what was happening with their sons in the surgery room. In the attempt to adapt themselves to the situation, the mothers' behaviour was smoking, looking through some gap in the surgical center's door, walking up and down, and, mainly praying, for the fact of appealing to God and making prayers showed a marked state of calm on them. It is to be here emphasized the importance of the health care team, who even in an informal talk, could help quite a lot in the adapting of those mothers, i.e., taking for account that the moment of anxiety turned them vulnerable to the fragility of the circumstance, in which they seem to become slaves of their own feeling of pain and affliction that they showed. It is here concluded, that the companion mother is an adaptive system, which shows initially, a disturbance in the physical and emotional integrity, but gets recovered rather fast, when aided by the external and internal environmental stimuli, provided they quite favor the achievement of the effective adapting process.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELLI, M. A. J. Assistência à mãe de recém-nascido na UTI neo-natal. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 29, n. 2, 194 p: 1995.
- BARBOSA, L. P. **A vivência de crises no ciclo gravídico.** Fortaleza: UFC, 1998. 106p Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará.
- BARDIN, L., **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, A.J.P., LEHFELD, N.A.S., **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas, Petrópolis: Vozes, 1990. 31p.
- BATISTA, A. A. **Situações conflitantes no cotidiano da mãe acompanhante.** Fortaleza: UECE, 1995. 62p. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual do Ceará.
- BELLAND, I. L., PASSOS, J. Y. Enfermagem clínica: **aspectos fisiopatológicos e psicossociais.** São Paulo: EPU, 1979.
- BERELSON, Bernard. **Content analysis:** in communication research. Illinois, University of Chicago, 1952.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministro da Saúde /Projeto Minha Gente, 1991. 99p.
- BRIGHT, F. Parental anxiety – a barrier to communication. In: **American Nurse's Association. Ana Clinical Sessions.** New York: Appleton-Century-Crofts, 1966.
- CHIZZOTH, A., **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo : Cortez, 1991.
- ECO, H., **Como se faz uma tese.** São Paulo: Perspectiva, 1995.

- ELSEN, I., Marcos para a prática de enfermagem com família. **Série Enfermagem**. REPENSUL. Florianópolis, UFSC, 1994.
- ELSEN, I. PATRÍCIO, M. Z., Assistência à criança hospitalizada: tipos e abordagens e suas implicações para a enfermagem. IN: SCHMITS, M. E., et al. **A Enfermagem em pediatria**. S. Paulo: Atheneu, 1995.
- FARIAS, F. L. R., Alterações comportamentais ocasionadas pela separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, v. 41, n 2. p. 107, abr./jun. 1988.
- FRAGA, M. N. O. COSTA, G. T. F. LIMA, A. C. F.; **Mães/acompanhantes: medos e ansiedades em um hospital de doenças infecto-contagiosas**. Fortaleza: S.l.,1997.
- FRAGA, M. N. O., GOMES, L. C., Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Rev. Bras. Enf.**, v 50, n 3, p. 425-440, jul./set., 1997.
- GALVÃO, C. F., TEDESCO, S., Integração enfermeiro família: atendimento que faz a diferença. **Rev. SOBETI**. Ano 1, n.º 0, set./out./nov. ed. Especial, 1998.
- GAUDERER, C. E., **Os direitos do paciente : um manual de sobrevivência**. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- GARANHANI, M. L., **O Significado da cirurgia para a criança**; Ribeirão Preto, SP: 1993. Dissertação (Mestrado). Universidade de Ribeirão Preto.
- GEORGE, J. B., **Teorias de enfermagem : Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- GIL, A. C.; **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 1991.
- GOLDENBERG, M., **A Arte de pesquisar : como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1997.
- IVO, M.L. **Identificação do perfil adaptativo de pacientes portadores de anemia falciforme : à luz do referencial de Roy**. USP, Ribeirão Preto, 1993: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Ribeirão Preto.

- KÖCHE, J. C., **Fundamentos de metodologia científica** : teoria da ciência e prática da pesquisa. Petrópolis, RJ. Vozes: 1997.
- KREMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. s.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- KRIPPENDORF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology**. London: Sage Publications, 1986.
- LISBOA, A. M. J. Programa de hospitalização conjunta mãe-filho. **J. de Ped.**, v. 3, n. 7/8, . 191, 1973.
- LOPES, M. V. O., **Adaptação física e diagnóstico de enfermagem em mulheres com angina pectoris**. Fortaleza: 1998. Dissertação (Mestrado).
- MARTINS, J., BICUDO, M. A. V., **A pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Moraes, 1994. p. 110.
- MAZZOTTE, A. J. A., GEWANDSZNAJDER, F., **O Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- MINAYO, M.C.S., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993 .
- MINAYO, M.C.S., et. al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MIRANDA, C. F., MIRANDA, I. L., **Construindo a relação de ajuda**; Belo Horizonte: Crescer, 1993.
- MOREIRA, A. S. P., OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB. 1998.
- NEIRA H., E. del P. Pesquisa junto a mães acompanhantes: reflexões sobre os resultados obtidos. **Rev. Esc. USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 225 – 229, 1985
- \_\_\_\_\_ A experiência de acompanhar um filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e expectativas manifestados por mães acompanhantes. **Rev. Esc. USP**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 153 – 171, 1985

- \_\_\_\_\_ Interações entre enfermeiras e pais de crianças hospitalizadas. **Rev. Esc. USP**, v. 19, n. 1, p. 81 – 93, 1985
- \_\_\_\_\_ Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 2, p. 340-53, ago. 1996.
- PALIS, L. **As necessidades da família do cliente internado no Serviço de Terapia Intensiva geral de adultos: o caso do hospital da Lagoa**. Rio de Janeiro: EEAA. 1997. Dissertação ( Mestrado).
- PILLOTTO, S. S. D., A criança: um estudo evolutivo sócio-político-cultural. **Rev. Univille**. v. 3, n. 1, p. 17; abr. 1998.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- QUEIROZ, T.A. ARAÚJO, T.L. **Grupo de auto-ajuda: um trabalho com mãe acompanhantes de criança em pré-operatório**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, Florianópolis: S. l., 1999, **Anais...**
- RAMOS, T. A. G., MORAES, E., Papel da enfermeira junto a mães e crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enf.** v. 29, n° 2, p. 45-55, 1976.
- ROY, S.C. **Introduction to nursing an adaptation model**. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, chapter 2: 1984.
- ROY, S.C. ANDREWS, H. A., **Essentials of the Roy adaptation model**. Norwalk, Conn: Appleton, chapter 1: overview or the Roy adaptation model, p. 3-13.
- ROY, S.C., ANDREWS, H. A. **The Roy adaptation model**. 2.ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999. Chapter 2: Essentials of the Roy adaptation model, p. 29-61.
- ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. **The Roy Adaptation model**. Second edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999. Chapter 9: Protection; p. 231-256.

- RUIZ, J. Á. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- SANTOS, M. L. O., **O papel desempenhado pela acompanhante e sua adaptação ao ambiente hospitalar: estudo fundamentado no modelo de Roy**. Fortaleza: 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica).
- SANTOS, M.L.O., FRANCO, M.C. **Assistência participativa da família x assistência de enfermagem ao cliente hospitalizado**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador: **Anais...**
- SATO, M. K. ANDREWS, H. A., ROY, S.C. **Essentials of the Roy adaptation model**. Norwalk, Conn: Appleton, 1996. Chapter 7: assessment of stimuli, p.67 - 76.
- SILVA, M. A. **O Conflito do ex-sistir como mãe-acompanhante**. Fortaleza: 1997. UFC, Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Clínico-cirúrgica), Universidade federal do Ceará.
- SMELTER. S. C. & BARE, B. G BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S., et alii **Enfermagem Médico Cirúrgica**, 8.ed. Trad. Catarina Salvador da Motha. Rio de Janeiro: Interamericana, 1998.
- TEIXEIRA, I. A., **O perfil do profissional na internação domiciliar**. **Rev. Florence**, Ano 1; set./out. 1998.
- TRIVIÑOS, A. N. S., **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1995. p. 175.
- TURNER, R. H.; ANDREWS, H. A., ROY, S. C. **Essentials of the Roy adaptation model**. Norwalk, Conn.: Appleton, c 1986. Chapter 14: The role function mode, p. 135-149.
- VALA, J. A **Análise de conteúdo**. In: SILVA, A. S., PINTO. J.M. (Org.). **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Afrontamento. 1986.
- VERNY, T., KELLY, J., **A vida secreta da criança antes de nascer**. São Paulo: C. J. Salmi. 1981.

WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneira de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WHALEY, L. F., WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989 .

# ANEXOS

## Anexo 1

### CARTA À CHEFIA DO HOSPITAL – LOCAL DO ESTUDO

Fortaleza, 8 de março de 1999

Sra. Presidenta do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

Prezada senhora;

Eu, Terezinha Almeida Queiroz, sou aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou realizando uma pesquisa sobre **MÃE ACOMPANHANTE NO CONTEXTO DO CENTRO CIRÚRGICO: reações e comportamentos adaptativos segundo modelo de adaptação de Roy** que tem como objetivos, analisar os comportamentos das mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, ao encaminhar seus filhos para a sala de cirurgia e verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por elas como meios de se adaptarem à situação de acompanhante, durante a espera da cirurgia de seus filhos.

O local para o desenvolvimento do estudo será a unidade de centro cirúrgico, especialmente o local externo, onde ficam as referidas mães, e também a enfermaria de pós operatório, se necessário, por pertencer a um Hospital Público, reservado para o atendimento de crianças internadas para tratamento cirúrgico e que também adota a prática de aceitar mães para o acompanhamento de crianças hospitalizadas.

Portanto, venho solicitar de V. Sa. a colaboração no sentido de permitir a realização da coleta de dados neste hospital, nos horários em que as mães estiverem presentes no contexto do centro cirúrgico.

Comprometo-me a entrevistar somente as mães que consentirem participar da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato e, também, utilizar os dados fornecidos na íntegra de forma coerente e sigilosa.

Atenciosamente.

Terezinha Almeida Queiroz

Mestranda e Profa. do Depto. de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

## Anexo 2

### CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA.

Fortaleza, 8 de março de 1999

Sra. Presidenta do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

Eu, Terezinha Almeida Queiroz, Mestranda de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica da Universidade Federal do Ceará, tendo como orientadora a Profa. Dra. Maria Graziela Teixeira Barroso, solicito de V. Sa. permissão para realizar coleta de dados nesse hospital, no período de agosto e setembro do corrente ano, no sentido de angariar subsídios para o desenvolvimento de uma pesquisa, intitulada, **Mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico: reações e comportamentos adaptativos segundo modelo de Roy** e que será minha dissertação de mestrado.

O estudo tem como objetivos analisar os comportamentos das mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico, ao encaminhar seus filhos para a sala de cirurgia e verificar os mecanismos de enfrentamento utilizados por elas como meios de se adaptarem à situação de acompanhante, durante a espera da cirurgia de seus filhos.

O local para o desenvolvimento do estudo será o Hospital Geral de Fortaleza, por ser um hospital público e que serve como campo de práticas aos alunos do Curso Superior de Enfermagem.

Do ponto de vista metodológico, o estudo será do/ tipo descritivo e exploratório, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista e a observação, e terá como sujeitos de investigação as mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para tratamento cirúrgico.

Finalmente, espero desse Comitê a deliberação e/ou recomendação por escrito para o desenvolvimento da pesquisa em pauta.

Atenciosamente

Terezinha Almeida Queiroz – Orientanda

Profa Dra. Maria Graziela Teixeira Barroso – Orientadora

## Anexo 3

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado senhora:

Sou aluna do Curso de Mestrado da Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou realizando uma pesquisa sobre **Mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico: reações e comportamentos adaptativos segundo modelo de Roy**. Portanto, venho solicitar de V. Sa. sua colaboração para participar desse trabalho me confiando respostas para algumas perguntas que necessitarei fazer, mediante o seu consentimento.

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

Atenciosamente agradeço.

Terezinha Almeida Queiroz

## Anexo 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Através deste Termo de Consentimento assinado, estou permitindo autorização para ser entrevistada pela mestrandia de enfermagem TEREZINHA ALMEIDA QUEIROZ, sem nenhuma intenção de receber qualquer tipo de pagamento que seja. Neste sentido, entendo que serei entrevistada sobre o tema: **Mães acompanhantes no contexto do centro cirúrgico: reações e comportamentos adaptativos segundo modelo de Roy**, pesquisa que será realizada num hospital público de referência para a prática de alunos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Acredito que esta entrevista me deixará livre para entrar e sair dela na hora que eu necessitar e que os depoimentos para ela colhidos não serão repassados a outras pessoas sem o meu consentimento.

Acredito, ainda, que os resultados nela contidos me serão confiados a qualquer momento, assim me ocorra tal desejo, sendo a pessoa indicada para esse contato a Mestranda de Enfermagem Clínico-Cirúrgica, Terezinha Almeida Queiroz, responsável pelo desenvolvimento da referida pesquisa.

Ressalto também, que, caso ocorra este consentimento, serão utilizados pseudônimos, para substituir o nome do sujeito da investigação a fim de que seja preservado o anonimato.

Data.....

Ciente-----

---

Terezinha Almeida Queiroz - Pesquisadora

## Anexo 5

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### I – IDENTIFICANDO A MÃE ACOMPANHANTE

Nome da mãe acompanhante.....

Pai da criança: idade.....casado.....separado.....união consensual.....

Residência.....

Idade da mãe.....idade do filho.....

Nº de filhos.....

Trabalha fora de casa.....

Sexo da criança.....

Quantas vezes seu filho (a) foi operado(a) antes.....

Tipo de cirurgia.....

Relacionamento mãe-filho.....

#### II - QUESTÕES INVESTIGADORAS PARA O ESTUDO

- 1 - Como a senhora se sente no dia da cirurgia de seu filho?
- 2 - Ao chegar ao centro cirúrgico com seu filho, o que mais a preocupa?
- 3 - O que a senhora sente ao entregar seu filho no centro cirúrgico para ser cirurgiado?
- 4 - Onde a senhora gostaria de estar na hora da cirurgia de seu filho?
- 5 - Comente os principais sentimentos vivenciados pela senhora enquanto aguarda o término da cirurgia.
- 6 - O que a senhora faz para se adaptar à situação enquanto espera o retorno de seu filho da cirurgia?