

CUIDADO PERIOPERATÓRIO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA NEUROLÓGICA: PERSPECTIVA DO CUIDADOR FAMILIAR

Kátia Pontes Remijo*
Ligia Fahl Fonseca**

RESUMO

O presente estudo consiste de uma qualitativa, descritiva e exploratória realizada com dez familiares de pacientes submetidos a cirurgia neurológica em uma unidade de internação de um hospital universitário, tendo como objetivo desvelar o significado atribuído ao cuidador familiar de pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de discurso proposta por Martins e Bicudo. Após a análise dos discursos emergiram três categorias: 1) O envolvimento da família no cuidado; 2) Como o familiar percebe o cuidado prestado pelos profissionais; e 3) a percepção da família sobre o cuidado recebido. Os resultados revelam que os familiares de pacientes neurocirúrgicos hospitalizados participam do processo de cuidar em vários momentos do período de internação e identificam a comunicação como fator relevante no cuidado. Os familiares percebem o cuidado carinhoso e humanizado tanto quanto a ausência de cuidado. Este estudo alerta para questões extremamente relevantes e nos faz refletir sobre a importância de se incluir a família do paciente submetido ao processo neurocirúrgico como parte integrante do nosso objeto de cuidado.

Palavras-chave: Neurocirurgia. Família. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “O cuidado perioperatório: significado para o paciente, familiares, equipe de saúde e alunos”, desenvolvido por professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Essa pesquisa, mais ampla, busca conhecer o significado do cuidado perioperatório para a equipe de saúde, pacientes e seus familiares das diferentes clínicas cirúrgicas, a fim de aprimorar o atendimento ao paciente.

O cuidado é característica própria da humanidade. Através dele é que o homem se relaciona com os outros e com o mundo numa forma de promover o crescimento e o bem-estar de si mesmo e da outra pessoa. O cuidado humano deve se embasar em uma atitude ética entre os homens de modo a promover e reconhecer os direitos destes⁽¹⁾.

A palavra *cuidado* transmite a ideia de proteger, fazer algo por alguém, preocupar-se com algo, dar atenção, prevenir-se, educar, ter cautela⁽²⁾. Pode também assumir a conotação de carinho, dedicação e responsabilidade⁽³⁾. Por isso

o cuidado deve ser sentido, vivido e exercitado. No Brasil, a Enfermagem utiliza a palavra cuidado associando-a ao termo assistir, que, além do significado de ajudar, também quer dizer estar presente, socorrer, no sentido de ficar perto de alguém que necessite de ajuda⁽⁴⁾.

A necessidade de cuidado é sentida pelo paciente cirúrgico e sua família de forma particular, diante da ruptura muitas vezes abrupta com o ambiente familiar, o medo da dor e da morte, o contato muitas vezes atemorizante com a faceta tecnológica dos processos que envolvem uma cirurgia. Diante desse cenário, à medida que percebe o outro com intencionalidade, a Enfermagem deve prestar uma assistência humanizada, fazer-se presente em suas necessidades e considerar relevantes as dúvidas tanto do paciente quanto da família, buscando tornar a situação o menos traumática possível^(5,6).

As cirurgias neurológicas, por serem complexas e delicadas, estão entre os procedimentos cirúrgicos que trazem consigo uma gama muito grande de sentimentos de incapacidade e temor. As intervenções são realizadas em um órgão que controla todas as funções vitais do organismo. Dessa forma, um

*Enfermeira. Pós – Graduada em Terapia Intensiva pelo Instituto Albert Einstein. E-mail: Kátia_remijo@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor da graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: ligiafahl@gmail.com

cérebro lesado pode apresentar dificuldades para restabelecer suas funções normais e sua recuperação pode ser lenta e imprevisível⁽⁷⁾. O paciente adentra o Centro Cirúrgico por vezes já em estado de afasia, paralisia e, com frequência, até em coma⁽⁸⁾.

Essa condição de deficiência física muitas vezes continua ou mesmo se perpetua no período pós-operatório em razão das sequelas da própria patologia ou mesmo do procedimento cirúrgico. A família então se depara com a necessidade de se adaptar a uma nova realidade, com um custo emocional e físico elevado, e até mesmo com abdicação da vida pessoal⁽⁹⁾.

As sequelas e limitações físicas inúmeras vezes levam o paciente a tornar-se dependente para a realização de atividades básicas da vida diária. Assim, no pós-operatório tardio, o paciente passa a ficar sob a responsabilidade da família, pois esta tem grande influência na recuperação e reabilitação do familiar⁽¹⁰⁾. A equipe de saúde assume um papel essencial no período pós-operatório, ao orientar e encorajar o cuidado familiar a esse paciente.

O envolvimento do familiar do paciente cirúrgico neurológico transcende o cuidado na residência. A família permanece dentro do ambiente hospitalar por períodos prolongados e participa do processo saúde-doença do paciente. Por ter mais intimidade, ela o auxilia em sua recuperação e reabilitação e também ajuda na identificação de sinais da doença que poderão passar despercebidos pelos profissionais de saúde. Além disso, garante a companhia, diminuindo a angústia no período de internação, apoiando, ouvindo e consolando o paciente⁽⁵⁾.

Baseando-se nessas reflexões e admitindo que a família do paciente cirúrgico neurológico se envolve com o cuidado a partir de suas próprias experiências e vivencia o período perioperatório de modo particular e singular, o objetivo deste estudo foi explorar o que significa o cuidado para a família, como o familiar cuida do paciente neurológico e como percebe o cuidado prestado pelos profissionais de saúde tanto ao paciente como à família dentro do ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

O estudo consiste de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória

e foi realizado na unidade de internação feminina e masculina do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), conveniado com o Sistema Único de Saúde. Dele participaram dez familiares cuidadores de pacientes internados e acompanhados pela equipe da neurocirurgia.

O recurso utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, tendo-se primeiramente realizado um pré-teste que admitiu ajustes no roteiro, além de um questionário sociodemográfico e clínico. As perguntas orientadoras para as entrevistas foram: “O que significa cuidado para a família?”; “Como o familiar realiza o cuidado?”; “Quais orientações os familiares receberam no período operatório?”; “Quais dificuldades o cuidador familiar está enfrentando neste momento?”. Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na unidade de internação, conferindo privacidade ao familiar.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2011. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos familiares e posteriormente transcritas e analisadas. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as transcrições foram identificadas por meio de códigos.

Os critérios para inclusão neste estudo foram: ser o cuidador familiar responsável pelo paciente neurocirúrgico no âmbito hospitalar (pai, irmão, tio, avô, avó, filho, primo ou cônjuge), apresentar condições de responder às perguntas e consentir em participar voluntariamente do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise das entrevistas foi adotada a técnica de análise de discurso, constituída de dois momentos⁽¹¹⁾. O primeiro caracteriza-se pela realização da análise ideográfica, referindo-se à inteligibilidade dos significados presentes que se articulam nas suas inter-relações e na sua unidade estrutural. No segundo momento realiza-se a análise nomotética, referindo-se à construção dos resultados, compreensão e elucidação do fenômeno estudado, estabelecendo-se as convergências e divergências⁽¹¹⁾. A aproximação permitiu a construção de categorias que orientaram a discussão do significado do cuidado para o familiar.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, sob o n.º 122/08. Preservou-se o anonimato, o sigilo e a privacidade dos participantes, garantindo-se a eles o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou de deixar de participar, se o desejassem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez familiares entrevistados, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino e entre eles havia sete casados, dois solteiros e uma viúva. As idades variaram de 26 a 63 anos. Quanto ao grau de parentesco com o paciente hospitalizado, seis eram filhos, duas eram mães, uma era esposa e um era pai. Em relação ao grau de escolaridade, quatro possuíam o Ensino Fundamental incompleto, três, o Ensino Médio incompleto, dois haviam concluído o Ensino Médio e um tinha curso superior completo.

Dentre os dez pacientes internados, seis eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 14 e 68 anos. Sofriam as seguintes patologias neurocirúrgicas: tumores cerebrais (três pacientes); trauma cranioencefálico (três pacientes), trauma raquimedular (dois pacientes), tumor de coluna vertebral (um paciente) e hérnia de disco lombar (um paciente). No momento da realização das entrevistas, os pacientes se encontravam em tempos variados de internação, entre oito e 82 dias.

Após a análise das entrevistas, três categorias emergiram dos discursos: 1) O envolvimento da família no cuidado; 2) Como o familiar percebe o cuidado prestado pelos profissionais; e 3) A percepção da família sobre o cuidado recebido.

O envolvimento da família no cuidado

A família entende que cuidar é ter sentimentos de carinho, amor, zelo, empatia, respeito, proteção e atenção com o paciente. Também observa que o processo de cuidar é traduzido pela higiene e alimentação dentro do ambiente hospitalar, o que para eles representa o cuidado ao ser humano. As falas mostram ser o carinho algo importante durante os cuidados prestados:

Ah, acho que cuidar, você deve cuidar com todo carinho que você tiver, tanto na alimentação, na limpeza, na higiene... Você tem que cuidar, dar maior carinho que puder fazer (F9).

[...] o cuidado, sei lá... Significa cuidar dos remédios dela... É dar carinho principalmente (F3).

Cuidado é assim... É chegar à pessoa e perguntar se está faltando uma coisa, se você está molhado ou não, se está sentindo dor ou não está (F1).

[...] cuidar de uma pessoa é sempre perguntar o que ela está sentindo (F7).

Cuidar é uma atitude de consideração, de conhecimento, de amor, de solidariedade; inclui perceber a vulnerabilidade do ser humano e suas necessidades de cuidado, com disposição de atuar de forma compreensiva e responsável⁽⁴⁾. A atitude de cuidado carinhoso e solidário é desejada e prontamente reconhecida pelo familiar⁽³⁾.

O envolvimento da família no cuidado do paciente neurológico é amplo e diuturno e abrange os cuidados com alimentação, hidratação, higienização e monitoração do paciente.

Ah, estando ali eu fico olhando... Por exemplo, quando o soro acaba eu fico chamando... Ali, por exemplo, eu fico olhando se a fralda está suja ou não... Eu chamo o enfermeiro (F1).

Ajudei a tomar banho, fazer xixi na comadre, mas... Isso mesmo, se está com uma dor, daí eu chamo as enfermeiras (F7).

É dar o almoço dele, é dar o café, dar o suco, dar uma água pra ele (F2).

Quando a mãe passa mal e não consegue falar, eu chamo. Quando acaba o soro, vou buscar [...] as enfermeiras e rapidinho elas vêm ver... [...] aqui eu só ajudo a ir ao banheiro, dar banho, ver uma fralda de noite. Quando ela está com vontade de ir no banheiro, eu vou com ela... Esses cuidados... Cuidados simples! (F3).

No âmbito hospitalar, os familiares também participam do processo de cuidar ao observarem e detectarem as necessidades do paciente. Têm a preocupação de manter a privacidade do familiar em relação à equipe de saúde e realizam cuidados como higienização e hidratação^(7,12).

No caso, aqui mesmo a gente dá comida, limpa, dá uma atenção a mais por ela estar aqui isolada, não estar no seu lar, no seu aconchego... [...]

praticamente a gente aqui também dá banho. As enfermeiras ajudam, mas é mais a gente, pra que ela se sinta um pouco mais segura (F4).

Permanecer cuidando de um paciente com sequelas neurológicas é um trabalho difícil e exige mais de um cuidador a fim de dividir a tarefa de acompanhar e cuidar, sendo necessário o revezamento. Muitas vezes esse cuidar é diuturno e estende-se por longos períodos, gerando sobrecarga física dos familiares:

No hospital a gente reveza. [...] sou eu de homem, mais seis irmãs. Aí revezamos todos os dias [...] Esse tempo todo que durou, de seis a sete meses [...] No caso a doença dela, né, que é na cabeça, que é um tumor no cérebro, foi eu e minha irmã (F4).

[...] É a esposa dele, minha mãe, duas filhas e eu. Eu tenho mais dois irmãos que estão trabalhando a semana toda e um veio pousar ontem e o outro vem pousar hoje para fazer um pouco de companhia (F6).

A cirurgia e a internação repercutem de diversas formas na vida da família. O paciente acometido pela disfunção neurológica leva a família, de maneira progressiva, mas por vezes lenta, a envolver-se com os cuidados. Esse comprometimento com o cuidar ocorre sem que haja preparação emocional ou assimilação de informações sobre a doença. Dessa forma, o cuidador familiar se encontra em uma situação inesperada, realizando o cuidado muitas vezes sem estar preparado, o que pode levá-lo a alterações emocionais e físicas^(7,9,13).

A preocupação por ter de deixar, na cidade de origem, uma família, emprego e atividades diversas, revela que, ao mesmo tempo em que o familiar cuida do paciente neurocirúrgico no hospital, seu universo de inquietações extrapola esse cenário:

É realmente um pouco trabalhoso... Você tem que deixar muita coisa de lado para se dedicar a isso. Não é fácil [...] e ninguém gosta realmente de estar no hospital [...] Na sua casa, com certeza é mais confortável, mas aqui todo cuidado é praticamente possível (F4).

Porque eu nem moro aqui, eu moro em Minas e deixei meus filhos pequeninhos lá também para vim aqui acudir, porque não é fácil [...] (F6).

As falas evidenciam ruptura com a vida saudável e mudanças drásticas na vida familiar,

gerando desadaptação social, física e emocional⁽⁷⁾. A patologia neurológica e a necessidade de uma neurocirurgia surgem muitas vezes de forma insidiosa e abrupta. A família observa, atônita, os papéis se inverterem e o paciente passar de participante a dependente, de cuidador a objeto de cuidado:

Aqui a gente tem que ficar 24 horas com ele [...] A gente está tendo muito cuidado e paciência, porque uma pessoa, de uma hora para outra, simplesmente para de andar... e que não estava assim, nem muito doente [...] Era uma dor na coluna, na costela, e dois, três dias parou de andar... É muita novidade para a gente, no manuseio da cama e colocar na cadeira (F6).

Não é só o paciente que sofre com a hospitalização. Os familiares também possuem sentimentos de angústia e medo de enfrentar as consequências dessa nova situação. Nesse momento é fundamental o apoio da equipe de saúde no sentido de ajudá-los a compreender e aceitar o tratamento do paciente^(10,14).

A busca de apoio na crença religiosa é evidenciada na tentativa de diminuir seus próprios sentimentos de sofrimento e insegurança. O paciente e a família tentam compreender o significado da doença e buscam na religiosidade do núcleo familiar a aceitação da enfermidade e uma possível cura do doente. No contexto hospitalar percebem-se os aspectos da cultura religiosa do grupo social a que a família pertence. Desse modo, grande parte do significado que os doentes e familiares dão à doença tem valores nos discursos religiosos culturalmente aprendidos^(13,15).

Eu acho que o que tem me mantido em pé foi Deus, pra continuar lutando, porque eu tinha que estar inteira pra cuidar do meu filho. E é o que eu fiz: eu não choro... O momento de chorar ficou lá atrás, agora é momento de alegria; ver meu filho, do momento que ele chegou aqui no HU, do jeito que ele está hoje! (F2).

Todo o processo de hospitalização e espera pela cirurgia revela-se extremamente cansativo e desgastante, pelo desconhecimento do prognóstico, pela sensação de espera por algo que nunca chega ou pela procura por respostas positivas⁽¹⁷⁾.

Ah, é uma agonia muito grande, porque a gente não sabe se está avançando o caso, se está assim, assado... Uma tomografia, já faz uns três meses

atrás, pra você ter uma ideia foi fazer agora [...] então a gente não sabe como está o caso, e eles também não, porque a gente corre de um lado e corre para outro e não obtém respostas positivas... A gente acaba desanimando e ao mesmo tempo ficando angustiado com essa espera que nunca chega (F4).

É uma coisa horrível, porque a gente está aguardando a cirurgia com a expectativa que ele vai melhorar, que ele vai voltar a andar, mas que a gente não consegue ainda saber se os médicos vão passar, ainda se ele vai realmente voltar a andar (F6).

Eu falei a verdade mesmo. Eu estou assustado, com medo (F10).

O tempo prolongado de hospitalização acentua ainda mais os sentimentos de ansiedade dos familiares e pacientes, pois as incertezas quanto à recuperação do paciente são experimentadas tanto no pré como no pós-operatório. A isso somam-se os receios associadas à demora para voltar ao trabalho e ao convívio familiar e às atividades rotineiras^(5,16).

A família tem uma expectativa muito grande de receber “boas notícias” da equipe de saúde, e espera que a equipe revele sempre a verdade sobre a situação do paciente. O profissional deve ter habilidade e sensibilidade para se comunicar com os pacientes e familiares de forma clara, não ocultando informações^(13,15,16).

Como o familiar percebe o cuidado prestado pelos profissionais

Em muitas falas evidenciou-se assistência inadequada, falhas em questões básicas de assistência, como as identificadas pelo descaso e pela higiene inapropriada. A falta de motivação, a insatisfação, a apatia, a indiferença, o descompromisso e a irresponsabilidade dos profissionais são traduzidas pela família como uma assistência inadequada ao paciente⁽¹⁸⁾:

[...] eu acho que eles dão mais atenção para uns pacientes e outros não. Que nem hoje de manhã, eu cheguei porque eu dormi à noite e minha cunhada que pousou aqui com ele. Cheguei, ele tava todo molhado e com a fralda toda suja, não tinha trocado, sabe? E ele falou que estava com dor no peito... É porque ficou molhado. Eu acho que... não sei... Não deve ter cuidado direito [...] Ele está com uma sonda... Tinha soltado e ficou debaixo da coberta, e ele tinha ficado todo molhado. Não sei se foi à noite, porque eu não

pousei à noite, e estava todo molhado quando cheguei... Agora, se tivesse olhado, não estaria daquele jeito. Estava com a fralda toda suja e parecia que fazia a noite inteira sem trocar... (F1).

Diante da nova realidade, os familiares também observam que os problemas na equipe, como a sobrecarga de trabalho dos funcionários, prejudicam o cuidado com o doente:

Algumas enfermeiras acho que saem de sua casa e trazem seus problemas de casa pra cá (F4).

Eu acho que poderia ter mais pessoas... Tem pouco funcionário pra muito paciente por aí. É só isso mesmo, porque os profissionais que tem por aqui são bem, como se diz?, estão bem preparados, só que é muita gente pra pouca pessoa atender... Então talvez contratar mais pessoas (F5).

Outro fator evidente relatado foi a falta de atenção, de paciência e de prestação de cuidados por parte da equipe de enfermagem. Em um momento de incertezas, instabilidade e insegurança para a família, transparece na fala dos familiares a necessidade de que sejam estabelecidas relações humanitárias com o paciente, em que o cuidado seja envolto em demonstrações de carinho e paciência:

O certo seria todos darem atenção suficiente pro paciente, sem maltratar, agredir de alguma forma, até com palavras, dependendo... (F4).

Mas isso não poderia justificar a falta de paciência com os pacientes, que estão doentes e debilitados, e a única que precisam é carinho e atenção e ter os cuidados que precisam... Precisa de carinho. Eu acho que falta um pouco disso... Eu acho a parte humana mesmo dos enfermeiros, sabe, de estar ali, tudo bem ou não... Pra mexer com doente você tem que querer muito (F6).

Se não tiver o acompanhamento de uma pessoa, eu acho que o negócio desanda... Tem que ter, porque fica praticamente jogado (F1).

O familiar observa que o cuidado prestado pela equipe de enfermagem tornou-se deficiente pela falta de tempo. A fala demonstra que as enfermeiras não têm tempo para ajudar os pacientes a se alimentarem.

As meninas, todas elas estão cuidando ali, mas o problema é na hora da comida, que as meninas não têm tempo de vir colocar comida na boca de cada um deles... E tem paciente ali que não pode se alimentar (F9).

Ficaram evidentes a falta de cuidado humanizado e o despreparo de alguns profissionais de enfermagem para mostrar sensibilidade, estabelecer empatia, colocar-se na situação do outro, ampliar a receptividade e disponibilidade para escutar, tocar e dialogar com o doente e seus familiares^(7,19).

[...] Eu acho que no tratamento tem que ter mais atenção, porque tem enfermeira que tem força de vontade. Tem alguns que chegam ali e vê se está faltando aquilo, está faltando isso... Está olhando se os pacientes fizeram cocô ou não... Outro já nem vê, então tem uns que têm atenção e outros não (F1).

Parece que faz falta um pouco de amor e não sei se a pessoa acaba acostumando com a rotina e fica um pouco frio; e às vezes eu fico um pouco triste de ver e queria que fizesse um pouco mais (F2).

[...] não é só pegar a perna, põe a perna para baixo... Não é tanto mecânico... Eu acho que o cuidado tem que ser mais humano mesmo (F6).

Para o familiar, a falta de comunicação e informação sobre procedimentos e prognósticos é interpretada como uma falha crucial no cuidado^(17,20). A comunicação efetiva com a família deve ser redobrada particularmente quando os pacientes possuem deficiência na comunicação, pois ela tem um papel importante ao fazer o elo com a equipe de saúde para melhor entender o paciente e ajudá-lo.

[...] não me falaram nada... Faz três dias que o médico não passou [...] E ninguém me explica nada. Então joga pra outro, que joga pra outro, pergunta pra um, o outro não sabe, e a família fica perguntando pra mim (F1).

Eles não relataram nada sobre algum possível caso de ficar com alguma sequela depois da cirurgia e também não relataram nada antes da cirurgia (F4).

A internação hospitalar provoca inúmeras mudanças na vida do doente e de sua família, e nessas condições a comunicação pode ajudar a amenizar os temores da hospitalização, pois por meio dela se estabelece uma relação de confiança entre os profissionais da saúde, os doentes e seus familiares^(17,20). O cuidado positivo, atencioso, também é identificado pelo familiar:

Eles foram excelentes! Não posso reclamar! A todo momento eles foram assim, super, super

dedicados com meu pai. Graças a Deus! [...] Desde o primeiro dia o médico... não sei o nome dele, o jaleco escondia o nome... a todo o momento foram atenciosos comigo (F8).

Nossa, o cuidado aqui é demais da conta. Tem hora que parece que a gente nem merece tanto cuidado assim que eles fazem com a gente aqui. Nunca pensei de entrar em um hospital pra ser assim uma pessoa bem cuidada, tanta gente, que nem um paciente... Ave Maria! (F10).

A percepção do familiar sobre o cuidado recebido

Os familiares sentem necessidade de também serem cuidados durante o tempo em que permanecem no hospital acompanhando seu familiar. Falam da falta de um acompanhamento psicológico e de terem que permanecer por longos períodos ao lado do paciente sem nenhum tipo de conforto e até mesmo sem informação. Ter alguém com quem conversar e expressar seus sentimentos é traduzido pelo familiar como um cuidado importante para a família.

Às vezes tem pessoa que precisa de apoio, de um diálogo, de uma conversa. Aí a pessoa fica lá e não pode entrar, sabe, e não sabe como a outra pessoa está e fica aí sozinha, triste, porque não tem com quem conversar... e aí tem uma pessoa, uma psicóloga para conversar, a pessoa fica mais calma [...] porque muitas pessoas que vêm de longe não têm onde ficar (F8).

Estão perguntando pra gente principalmente... A psicóloga mesmo que pergunta como está a cabeça da gente, como está o nosso pensamento [...] Nossa Senhora, é psicólogo, esse tudo... Os médicos chegam e conversam com a gente toda hora, enfermeira fala pra gente ficar tranquilo, toda hora... (F10).

A ausência de infraestrutura nas instituições dificulta a permanência do familiar, causando desconforto tanto emocional como físico, expresso por dores lombares e cansaço^(5,7,12). Vale ressaltar que muitas instituições hospitalares não proporcionam conforto para o cuidador, que muitas vezes acaba dormindo em cadeiras. A necessidade de que a equipe também identifique o acompanhante como objeto de cuidado é enfatizado pelo familiar:

Eu acho que o hospital não tem que só preocupar com o paciente. Tem que ver a pessoa que também está acompanhando. Porque mesmo quando a pessoa fica uma, duas semanas. [...]

Igual lá em baixo... numa cadeira... eu sei que... pelo menos oferecer uma poltrona pra pessoa ficar [...] Daí eu fiquei pensando: por que aqui em cima tem um cuidado maior, sendo que tinha que começar por lá de baixo, então? Porque lá embaixo eu dormia no chão e ninguém falou nada... e uma noite eu estava dormindo na cadeira porque não estava aguentando mesmo (F7).

Ao entrar em um ambiente hospitalar a família se envolve diuturnamente com a equipe de saúde e com ela estabelece relações interpessoais. Percebe-se que a família se sente cuidada quando tem informações sobre o doente e quando recebe apoio emocional de qualquer membro da equipe:

[...] é na hora que encontrei a M. (médica) e ela, com aquele jeitinho carinhoso dela, ela soube falar comigo e me deixou assim, sabe... Eu, dentro desse hospital, passando o que passei com meu filho, uma experiência inédita, ter perdido um outro, quase filho, e, de repente, ter encontrado, até em termos assim, tudo muito rápido, todo mundo correndo, ninguém tendo tempo pra ninguém e, de repente, ela me parou no corredor e me perguntou se eu era mãe do L. Quando eu olhei nos olhos dela eu senti, sabe, que ela era[...] o que eu tava procurando, e foi... Até hoje eu conversei com ela... E aí eu me senti cuidada (F2).

A família se envolve no cuidado com o paciente e sofre por causa do adoecimento do familiar. Assim é necessário que o familiar do paciente hospitalizado tenha o acompanhamento de um psicólogo para intervir junto à família, conversando sobre seus medos e encorajando-a a lidar com a doença^(15,16,20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo discute a participação continuada e abrangente do familiar de pacientes neurocirúrgicos no processo de cuidar. Isto é evidenciado em diversos momentos do período de internação hospitalar, quando familiares

realizam cuidados diários com a higienização, alimentação e até monitoração do paciente. Identificam o cuidado amoroso e atencioso do mesmo modo que percebem a falta de cuidado e de paciência e o descaso traduzido por cuidado mecânico. Deficiências na higienização e na assistência durante a alimentação e uma sensação de abandono fazem com que o familiar do paciente submetido ao procedimento neurocirúrgico hospitalizado sintam-se duplamente responsável pelo cuidar e assumam funções para as quais quase nunca está preparado.

Sua vida pessoal é abalada pela nova realidade de possuir um familiar com graus variados de dependência; sente falta de comunicação e contato humano, não só com o paciente, mas também com a família.

Este estudo alerta para questões extremamente relevantes e faz refletir sobre a importância de a família do paciente submetido ao procedimento neurocirúrgico ser incluída como parte integrante do objeto de cuidado.

Esforços devem ser feitos no sentido de sensibilizar a equipe de saúde para a valorização das necessidades da família do paciente neurológico hospitalizado. Da mesma forma, a inclusão da família como objeto de cuidado deve ser considerada como desenvolvimento de competência essencial de aprendizado dos alunos da área da saúde. Esta pesquisa abre questionamentos para a realização de novos estudos que estabeleçam programas de inclusão e treinamento do familiar cuidador e avaliem, entre outros, o impacto da ampliação da estrutura física de suporte que lhe garanta um pouco mais de conforto durante a permanência no ambiente hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação Araucária, que possibilitou esta pesquisa.

PERIOPERATIVE CARE IN PATIENTS UNDERGOING BRAIN SURGERY: FAMILY CAREGIVER'S PERSPECTIVE

ABSTRACT

The aim of this study was to reveal the meaning attributed to family caregivers of patients undergoing neurological surgery. This is a survey of qualitative descriptive and exploratory approach, carried out with ten family members of hospitalized patients in an inpatient unit of a University Hospital. The data were collected by means of semi-structured interviews and submitted to discourse analysis proposed by Martins and Bicudo. After analysis of speeches, three categories emerged: the family involvement in care; how the family perceives the care given to

the patient by the professionals, and the family's perception about the care received as a family. The results reveal that the families of hospitalized neurosurgical patients usually take part in the caregiving process in various moments of hospitalization and they identify communication as a relevant aspect in the process. Family members also realize the loving and compassionate care given as well as the absence of it. This study calls the attention to the extremely relevant issues, and makes us reflect on the importance of including the family of a patient who suffered neurosurgery as an integral part of our object of care.

Keywords: Neurosurgery. Family. Nursing Care.

CUIDADO PERIOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA NEUROLÓGICA: PERSPECTIVA DEL CUIDADOR FAMILIAR

RESUMEN

El presente estudio consiste de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria realizada con diez familiares de pacientes sometidos a cirugía neurológica en una unidad de internación de un hospital universitario, teniendo como objetivo desvelar el significado atribuido al cuidador familiar de pacientes sometidos a este tipo de cirugía. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas semiestructuradas y sometidos al análisis de discurso propuesto por Martins y Bicudo. Después del análisis de los discursos, surgieron tres categorías: 1) La participación de la familia en el cuidado; 2) Cómo el familiar percibe el cuidado prestado por los profesionales; y 3) La percepción de la familia sobre el cuidado recibido. Los resultados revelan que los familiares de los pacientes neuroquirúrgicos hospitalizados participan del proceso de cuidar en distintos momentos del periodo de hospitalización e identifican la comunicación como factor relevante en el cuidado. Los familiares perciben el cuidado afectuoso y humanizado, tanto como la ausencia de cuidado. Este estudio llama la atención para cuestiones sumamente importantes y nos hace reflejar sobre la importancia de incluirse a la familia del paciente sometido al proceso neuroquirúrgico como parte integrante de nuestro objeto de cuidado.

Palabras clave: Neurocirugía. Familia. Cuidados de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(3):414-8.
2. Boff L. Saber cuidar, ética do humano: compaixão pela terra. 11ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
3. Sales CA. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. *Rev Enferm UERJ.* 2008out/dez; 16(4):563-8.
4. Waldow VR, Fensterseifer LM. Saberes da enfermagem: a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. *Esc Anna Nery.* 2011jul/set; 15(3):629-32.
5. Kruse MHL, Almeida MA, Keretzky KB, Rodrigues E, Silva FP, Schenini FS, et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Rev Eletr Enferm.* 2009;11(3):494-500. [Acesso em: 2012 ago 9]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>.
6. Szareski CBM, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm.* 2010dez; 31(4):715-22.
7. Knihs S, Franco SCF. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde.* Maringá. 2005; 4(2): 139-48.
8. Mekitarian Filho E, Carvalho, WB, Cavalheiro S. Manejo do paciente no período perioperatório em neurocirurgia pediátrica. *Rev Assoc Med Bras.* 2012maio/jun; 58(3):388-96.
9. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JÁ, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP.* 2009mar; 43(1):37-43.
10. Schnaider TB, Silva JV, Pereira MAR. Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica. *Saúde soc.* 2009abr/jun; 18(2):284-92.
11. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.
12. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP.* 2009mar; 43(1):37-43.
13. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm.* 2008out/dez; 21(4):636-42.
14. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NOP, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2011jan/fev; 64(1):53-9.
15. Rosecler Neto MM, Santos DCLR, Zotto LLS. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2009; 11(2):267-28.
16. Risso ACMCR, Braga EM. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. *Rev Esc Enferm USP.* 2010jun; 44(2):360-7.
17. Callegaro GD, Baggio MA, Nascimento KCN, Erdmann AL. Cuidado perioperatório sob olhar do cliente cirúrgico. *Rev Rene.* 2010jul/set; 11(3):132-42.
18. Bezerra FD, Andrade MFC, Andrade JS, Vieira MJ, Pimentel D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010jan/fev; 62(1):33-7.

19. Maruiti, MR, Galdeano, LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul. Enferm. 2007nov; 20(1):37-43.

20. Dias CA, Nuernberg D. Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. Rev Ciênc Hum (Florianópolis). 2010out; 44(2):465-83.

Endereço para correspondência: Kátia Pontes Remijo. Avenida Guaíra nº1340, Santa Helena, CEP: 14781-070, Barretos, São Paulo.

Data de recebimento: 20/09/2011

Data de aprovação: 04/09/2012