

## ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA, ALÉM DE ATIVIDADES TÉCNICAS

Margareth Angelo \*

ANGELO, M. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, além de atividades técnicas. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 275-279, 1980.

*O artigo trata de alguns aspectos de enfermagem a serem observados na assistência de crianças em Unidades de Terapia Intensiva, ressaltando-se a assistência emocional e o relacionamento da enfermeira com a criança.*

A expressão UTI é envolvida por um certo mistério e mesmo encantamento. Somos levados a admirar esses enfermeiros altamente especializados, que calmamente puxam este ou aquele botão, e que estão tão familiarizados com equipamentos e procedimentos complexos, como com um simples termômetro. Em suma, a UTI Pediátrica é um lugar onde são prestados "super-cuidados" médicos e de enfermagem, um local onde todos, homens e máquinas unem-se com a preocupação de aumentar as chances de sobrevivência de crianças criticamente doentes.

Uma vez na UTI, as necessidades de assistência médica da criança são observadas 24 horas por dia. Podendo suas condições mudar mais rapidamente que as dos adultos, torna-se necessário um bom julgamento profissional; as pessoas envolvidas no tratamento devem ser capazes de identificar as emergências que possam ocorrer. Assim, a criança assume um papel passivo, dependente, vulnerável e de necessitado.

Trabalhando em UTI Pediátrica, observei a necessidade de relacionamento da criança com o pessoal da UTI. Não é minha intenção dar uma receita de como relacionar-se com crianças em UTI, mas apontar alguns aspectos que considero importantes sobre esse assunto.

### A CRIANÇA NA UTI

A criança subitamente admitida em uma UTI é um dos pacientes mais vulneráveis que se pode encontrar. A intensidade do seu problema de saúde, frequentemente deixa sua vida em questão. A rapidez de sua admissão não dá tempo sequer para um preparo. Geralmente está muito doente, confusa e longe dos que conhece.

No início da permanência na UTI, a criança pode estar inconsciente e experimentar um certo grau de privação sensorial, alterando ou mesmo bloqueando sua percepção dos estímulos do ambiente. É importante lembrar que, conforme a criança se recupera e se torna mais consciente, passa a tentar organizar os estímulos que

---

\* Auxiliar de Ensino da disciplina Enfermagem Pediátrica da EEUSP.

recebe e reagirá à UTI em termos de sua recuperação. Se perceber a UTI como um ambiente amistoso, aceitando-o, reagirá com confiança e calma; inversamente, se perceber o ambiente como perigoso, um lugar ameaçador provavelmente, agirá com cuidado e hostilidade.

O trauma da hospitalização para crianças deve ser lembrado; tem sido atribuído a grosso modo, ao medo de procedimentos dolorosos e à separação dos pais.

A ansiedade associada à doença e à hospitalização pode distorcer a percepção da criança e estas distorções são sempre más. Diante de “stress” psicológico, a criança desenvolve um mecanismo de defesa e, quando este falha, exhibe comportamentos de instabilidade: choro, negação, pânico, hostilidade, agitação, depressão, grande sensibilidade ao ambiente, comportamento desorganizado e um acentuado uso de outros comportamentos desagradáveis.

Mudanças no estímulo ambiental também alteram a percepção. E o nível de estímulo ambiental de uma UTI tem um significado diferente para a criança.

Segundo AIELLO <sup>1</sup>, na UTI, alguns estímulos estão presentes em certo grau. São eles:

1. Redução da sensação de estimulação, devido à condição fisicamente comprometida do paciente e às técnicas utilizadas para manter sua vida.

Exemplos: – um paciente traqueostomizado perde a estimulação auditiva causada pela própria voz;

– algumas drogas levam a um estado de confusão mental, com diminuição da percepção e da organização de estímulos;

– pacientes com dor, parecem incapazes de perceber qualquer outro estímulo.

2. Redução de estímulos significativos: o mundo tecnológico da UTI tem pouco significado para o paciente. Os estímulos familiares são substituídos por máquinas estranhas.

3. Ausência de situações familiares: sons, luzes, gostos e mesmo contato físico são substituídos. A luz natural é substituída por iluminação artificial contínua, que torna difícil ao paciente diferenciar o dia da noite.

4. Restrição de movimentos corporais: a imobilidade faz parte do tratamento e a imobilização implica em confinamento, o que reduz o contato com o ambiente.

Assim numa UTI, a criança experimentará não só privação como também excesso de estímulos. Privação, no sentido de não receber os estímulos familiares; excesso, por receber estímulos estranhos, e que sozinha não consegue organizar.

O ambiente da UTI para a criança é também, excessivamente monótono: sons repetidos (o bip do monitor), intensidade de luz constante e procedimentos de rotina sempre iguais.

A princípio, esse ambiente desperta certa atenção; logo, a criança se cansa, fica ansiosa e desorientada; diante da monotonia, tende a reagir com certo grau de agitação e, assim, obter alívio por movimento físico. Porém, como está restrita ao leito, não pode explorar o ambiente, para se sentir segura dentro dele.

A doença também absorve grande parte da atenção e mesmo da emoção da criança; por isso, e também pelo estágio de seu desenvolvimento, podem existir poucos recursos de processos cognitivos e o ajustamento à doença e ao ambiente torna-se difícil. Pode ser suficientemente assustados para um adulto, acordar em um ambiente totalmente desconhecido, cercado pelo "BIP" de um monitor cardíaco e pelo ruído de um respirador, e incapaz de comunicar-se verbalmente, devido à uma entubação endotraqueal. Com explicação, o adulto pode rapidamente organizar a situação e compreender o que aconteceu. No entanto, o mesmo não aconteceria à uma criança de 2 anos, por exemplo. A experiência seria terrificante e ela só conseguiria perceber uma grande ameaça.

Não se pode negar uma situação como essa e continuar a agir de forma rotineira, alegando que provavelmente, a permanência da criança na UTI será curta e em breve receberá novamente a estimulação a que estava acostumada. É preciso fazer, dessa experiência para a criança, uma experiência positiva, apesar de curta.

Esse tipo de decisão implica em a enfermeira compreender e aceitar certos conceitos e princípios básicos, como as 4 principais necessidades emocionais da criança hospitalizada, de acordo com McBRIDE & SACK <sup>2</sup>:

1. Todas as crianças necessitam de explicações simples e adequadas à idade sobre o que está acontecendo a elas; é importante que as explicações sejam consistentes: por que o procedimento está sendo feito, a seqüência dos eventos e a descrição de possíveis sentimentos envolvidos (assegurar-lhe que está certo chorar se sentir dor); a criança deve também ter oportunidade para reagir efetivamente, se necessário.
2. Todas as crianças necessitam sentir que quem lhes dá cuidado é conhecido; por isso, e pela ausência dos pais, qualquer elemento desconhecido causa reações como aumento do consumo de oxigênio, diminuição do apetite e dificuldade para dormir; daí a necessidade de a enfermeira tornar-se um elemento conhecido e aceito pela criança, assegurando-lhe que é capaz não apenas de fazer coisas desagradáveis como dar injeções, mas também coisas agradáveis como brincar, conversar e, principalmente, compreender a falta que a criança sente dos pais.
3. Todas as crianças querem estar livres da dor, e a antecipação da dor é um problema. Elas aprendem que certos materiais significam que é hora de colher sangue, aspirar a traqueostomia, etc. Ter muito tempo para considerar um evento pode ser para a criança, tão "estressante" como um "ataque surpresa"; por isso, não deixar o material próximo da criança, se não for utilizado imediatamente; às vezes, uma seringa esquecida sobre uma mesa pode ser o motivo do choro e da rejeição do alimento.
4. Conforme as crianças melhoram fisicamente, tornam-se facilmente entediadas e necessitam fazer algo; pode-se fornecer-lhes materiais como lápis, papéis, livros revistas, etc. Ler um livro ou ouvir estórias são distrações de que gostam muito; apreciam muito estórias sobre outras crianças hospitalizadas, bem como sobre famílias. Este é um recurso que pode ser usado para a criança reconhecer e expressar seus sentimentos a respeito do hospital e de sua família.

Percebemos assim que a assistência emocional à criança em UTI depende de comunicação e relacionamento.

Não é preciso um período especial do dia para a comunicação com a criança; pelo fato de a UTI ser muito dinâmica, pode-se inclusive chegar a pensar que não há tempo para isso; porém, o momento adequado será todo o momento em que houver

uma interação com a criança, para um cuidado, rotineiro ou não. Durante o cuidado, pode-se ensinar à criança sobre o funcionamento do termômetro, estetoscópio ou outro equipamento, o que diminuirá o trauma que o procedimento poderia causar; ela poderá também, ser orientada quanto aos elementos estranhos que compõem a UTI.

Pode-se também introduzir um brinquedo durante o cuidado. Embora pareça estranha a existência de brinquedo na UTI, ele faz parte do mundo natural da criança e poderia ser utilizado. Ele será um recurso importante para a criança expressar seus sentimentos, fantasias, medos e conflitos, e para a enfermeira entender o pensamento da criança. Exemplo: uma boneca e seringa para injeção podem servir para a criança aplicar muitas injeções na boneca. Esta é uma forma de aliviar a tensão. A presença na UTI, de um brinquedo que a criança apreciava em casa, fará com que ela se sinta menos longe de casa e menos só, além de ser um grande conforto durante procedimentos dolorosos e para dormir.

Como comunicar-se com cada criança depende da capacidade de compreensão desta e de sua habilidade em reagir a estranhos no ambiente; é nesse momento que o brinquedo ajuda; ele funciona como que “quebrando o gelo” entre dois estranhos (enfermeira e criança). A criança sentirá que a enfermeira também gosta de brincar e que pode então participar de seu mundo. Ela é aceita.

Algumas vezes, a utilização do brinquedo é dificultada pelo estado da criança ou mesmo por falta de condições materiais da UTI. Neste caso, devemos nos guiar pelo comportamento apresentado pela criança: ela se mostra deprimida? hostil? ou parece tentar controlar a situação? Seja qual for o comportamento exibido, ela não pode ficar só. Ela precisa da ajuda de alguém para lhe traduzir os acontecimentos e lhe assegurar que seu comportamento é compreendido e aceito; só assim, ela se sentirá tranqüila para pedir a ajuda necessária.

Auxiliam muito o relacionamento com crianças, o contato físico e a comunicação verbal. Pegar uma criança no colo para dar a mamadeira, segurar sua mão durante um procedimento desagradável ou apenas acariciá-la são ações bastante significativas.

As crianças também são sensíveis ao modo como lhes falamos. Bebês podem não compreender tudo o que lhes é dito, mas percebem *como* é dito; reagem chorando, a sons agressivos; tranquilizam-se ao ouvir um tom de voz amigável.

Eu poderia prosseguir falando ainda de muitos outros aspectos igualmente importantes, mas penso que estes são suficientes para lembrar que o modo como nos comportamos diante de uma criança na UTI, certamente tem uma participação bastante significativa, no que diz respeito aos prejuízos ou benefícios emocionais à ela.

## CONCLUSÃO

A preocupação exclusiva em aumentar as chances de sobrevivência de uma criança torna a UTI Pediátrica, um ambiente física e psicologicamente anormal. Alguns princípios humanos parecem ter sido esquecidos ao longo desses anos de sofisticadas tecnológicas.

Infelizmente, considerações sobre as necessidades psicológicas da criança, de seus pais e do próprio pessoal da UTI também são esquecidas. Para os bebês, principalmente, não se imaginam necessidades psicológicas. Os pais são muitas vezes, excluídos e não participam do tratamento. E o pessoal da UTI funciona sem sequer perceber que a desumanização pode estar tomando conta deles.

Assim, acredito que o objetivo da UTI Pediátrica seja alcançado, com um bom desempenho e mesmo satisfação para todos, é necessário muito mais do que habilidades técnicas. É preciso que considerações psicodinâmicas sejam feitas em relação a todos os elementos envolvidos, isto é, a criança, seus pais e a equipe.

ANGELO, M. Pediatric nursing in intensive care unit, beyond technical activities. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 275-279, 1980.

*This article is concerned with nursing's aspects to be observed in assistance of children in Intensive Care Units, emphasizing the child's emotional care and the nurse-child relationship.*

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AIELLO, J. The concept of sensory deprivation. *The Australian Nurse's Journal*, Victoria, 7 (10): 38-40, 1978.
2. McBRIDE, M.M. & SACK, W.H. Emotional management of children with acute respiratory failure in the intensive care unit: a case study. *Heart & Lung*, St. Louis, 9 (1): 98-102, 1980.

#### BIBLIOGRAFIA

- HARPER, J.R. Children in Adult Intensive Therapy Units. *Brit. Med. J.*, London, 1 : 810-3, 1970.
- KACHORIS, P.J. Psychodynamic considerations in the neonatal ICU. *Critical Care Medicine*, New York, 5 (1): 62-5, 1977.
- MAY, J.G. A psychiatric study of a Pediatric Intensive Therapy Unit. *Clinical Pediatrics*, Philadelphia, 11 (2): 76-82, 1972.
- POLENZ, J.M. Psychological aspects of paciente care. *Nursing Care*, New York, 8 (10): 16-20, 1975.