

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada

The child's preoperative experience in a planned surgery

Esmeralda Martins Donas Botto Ribeiro Teixeira*

Maria do Céu Barbieri Aguiar de Figueiredo**

Resumo

A experiência da criança submetida a cirurgia programada é sempre uma vivência individual, não descorando o binómio criança/família. A ansiedade, o medo, o choro, e outras reacções são conhecidas da nossa prática como manifestações à separação familiar e ao ambiente hospitalar.

Numa tentativa de compreender a experiência da criança, em idade escolar, no perioperatório de cirurgia programada, levamos a cabo um estudo qualitativo de intervenção.

A amostra incluiu 30 crianças admitidas no Serviço de Cirurgia da Instituição. O primeiro grupo (A), seguiu os procedimentos habituais da instituição. O segundo grupo (B), foi submetido a uma intervenção de enfermagem no pré-operatório, realizada na véspera do acto cirúrgico.

Após análise das entrevistas, constatou-se a existência de oito categorias: experiência hospitalar, experiência cirúrgica, experiência de aprendizagem, experiência no bloco operatório, sensações, resultados da experiência, papel do enfermeiro e hospital pediátrico. Estas categorias foram alvo de análise de conteúdo para compreensão das mensagens das crianças.

As conclusões deste estudo, revelam-nos que as crianças submetidas a intervenção de enfermagem pré-operatória, quando comparadas com as crianças que seguiram o procedimento habitual da instituição, expressam maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos; estabelecem, com maior facilidade, uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem; relatam menos medo e encaram a experiência como fonte de aprendizagem, e a presença do familiar como o garante tranquilizador.

Palavras-chave: criança, cirurgia, cuidados perioperatórios.

* Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira Chefe no Hospital Maria Pia, Serviço de Cirurgia

**Doutorada em Ciências de Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Abstract

The experience of a child submitted for planned surgery is always very individual. Anxiety, fear, tears and other reactions are well-known in our daily practice as manifestations of family separation and the hospital environment. We therefore carried out a qualitative study to understand the life experience of a school-aged child in perioperative stage of planned surgery. The sample was 30 children admitted to a surgical ward. The first group (A) received the usual hospital care. The second group (B) received a nursing intervention consisting of pre-operative preparation in the hospital on the day before the surgery.

Analysis of the interview data led to the identification of eight categories: experience of the hospital, experience of the surgery, experience of the learning, experience in the operating theatre, results of the experience, feelings, role of the nurse and pediatric hospital. These categories were then analyzed in order to understand the children's messages.

The results show that children who had the pre-operative nursing intervention expressed more understanding, acceptance and acknowledgment, of the surgical procedure; established a therapeutic relationship more easily with the nursing team; expressed less fear and faced the experience as a source of learning and found the presence of a relative to have a calming effect.

Keywords: child, surgery, perioperative care.

Recebido para publicação em: 04.05.2008

Aceite para publicação em: 16.12.2008

1. Introdução

A acção dos enfermeiros junto da criança/família assume uma configuração bastante distinta ao longo dos tempos.

No entanto, e atendendo ao facto desta profissão requerer um empenho e dedicação redobrados, na medida em que a vertente humana/social e a técnica/profissional devem andar sempre lado a lado, torna-se crucial humanizar e personalizar os cuidados, bem como envolver a criança/família no processo de tratamento e cura (Casey, 1988).

Actualmente, os enfermeiros tornam-se mais próximos da realidade desta díade, assumindo um papel de destaque no diagnóstico de algumas situações que necessitam de acompanhamento e intervenção. A problemática da cirurgia pediátrica, é uma preocupação adicional para os enfermeiros que trabalham com crianças, isto porque, tanto para a criança como para os seus familiares, a necessidade de uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Barros, 1999; Jorge, 2004).

Torna-se, então, fundamental conhecer as reacções que a criança e sua família podem apresentar durante o processo de hospitalização, de forma a que a experiência cirúrgica seja o menos nefasta e stressante possível (Relvas, 1996; Feldman, 2001; Hermans & Dimaggio, 2004).

A criança, além de se ver confrontada com a hospitalização, vê-se também confrontada com a necessidade de ser submetida a uma intervenção cirúrgica. O desconhecimento, por parte da equipa de saúde, das expectativas das crianças e suas famílias ou pessoas significativas relativamente ao período perioperatório, e a inexistência de uma intervenção sistemática e multidisciplinar tem sido a base para muitos trabalhos e estudos que se têm desenvolvido na área da Enfermagem Perioperatória (Ellerton e Merrim, 1994; O'Conner, 2000; Gonçalves, 2003; Amaral, 2002; Ramos, 2003).

O conceito de Enfermagem Perioperatória, desde 1996, que foi aceite pelos países membros da European Operating Room Nurses Association (EORNA)¹, da qual Portugal também faz parte.

¹ EORNA – European Operating Room Nurses Association, dos quais fazem parte: Alemanha, Austrália, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Israel, Itália, Noruega, Holanda, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suécia e Suíça.

A área de cuidados de Enfermagem Perioperatória, tem sido bastante contestada no seio da própria enfermagem. Consideramos, que esta atitude está relacionada com determinadas características do Bloco Operatório, uma unidade funcional fechada, na qual não é permitida a entrada de pessoas “estranhas”, com o intuito de preservar as condições exigidas ao seu bom funcionamento. Este isolamento, não permite que os cuidados aí prestados sejam visualizados, donde poderá resultar a percepção e crença que os cuidados sejam meramente técnicos e descurem a vertente humana e relacional dos profissionais que ali trabalham.

As crenças e imagens criadas ao redor deste secretismo, têm alimentado debates e criado alguma dificuldade de comunicação e interligação com outras áreas de prestação de cuidados de enfermagem que pensamos ser ultrapassada com sucesso, com a colaboração de todos os elementos das equipas multidisciplinares de enfermagem e com o apoio de outros profissionais da saúde, que conheçam os cuidados de enfermagem perioperatório.

2. Metodologia

A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada, constitui a questão central e orientadora desta pesquisa e, através de um estudo de intervenção, fizemos uma análise com base no paradigma qualitativo, para compreender as experiências vividas pelos respectivos participantes. Realizamos um estudo fenomenológico, guiado pelo paradigma construtivista, já que este nos permite induzir e definir constructos a partir das realidades investigadas. Assim sendo, os objectivos deste trabalho foram:

- Conhecer o significado que a criança atribui ao cuidado de enfermagem no perioperatório;
- Descrever as experiências da criança no período perioperatório;
- Avaliar as diferenças na experiência das crianças em idade escolar quando sujeitas a uma intervenção de enfermagem pré-operatória estruturada.

Este estudo tem duas vertentes e ambas decorreram em contexto hospitalar, com a duração de aproximadamente seis meses. Os dados foram obtidos indutivamente pela análise de conteúdo das entrevistas realizadas a crianças em idade escolar

submetidas a cirurgia programada num Hospital Pediátrico do Porto. A primeira vertente teve lugar na consulta externa, destinada à Anestesiologia, onde as crianças seguiram o procedimento vigente na instituição. A segunda, refere-se à implementação de uma intervenção de enfermagem pré-operatória, igualmente na referida consulta e aplicada a um dos grupos de crianças (grupo B). De salientar que, todas as crianças foram acompanhadas ao longo de todo o percurso perioperatório, aspecto que pensamos ter sido crucial para um melhor entendimento da problemática.

A amostra, num total de trinta crianças repartidas em dois grupos de quinze cada e admitidas no serviço de cirurgia, foi de natureza intencional, sendo as mesmas oriundas da área do distrito do Porto e, com base nos seguintes critérios:

- Cirurgia programada;
- Conscientes e orientadas no tempo e no espaço;
- Comunicarem em língua portuguesa;
- Idade: 6 aos 12 anos;
- Aceitação na participação do estudo pelas crianças/famílias.

A intervenção de enfermagem pré-operatória compreendeu, além da utilização da brochura já institucionalizada no hospital, um programa perioperatório, versando os seguintes aspectos:

- ✓ Acolher criança/família pelo nome;
- ✓ Apresentação pessoal com roupa do bloco;
- ✓ Objectivo do programa de preparação pré-operatório;
- ✓ Esclarecer o conteúdo informativo da brochura;
- ✓ Visualizar o bloco através de imagens inseridas na brochura;
- ✓ Demonstrar e explicar, através de um boneco, alguns dos procedimentos do bloco operatório (pausa alimentar, higiene corporal, roupa a vestir, presença da família, informar retirada de próteses, pré medicação, anestésico local, monitorização e cateterismos, responder a questões sobre a anestesia e cirurgia, brinquedo preferido, alívio da dor/ desconforto, ambiente e equipamentos);
- ✓ Permitir à criança a manipulação de vestuário, máscara, luvas e barrete, algum material de cateterismo venoso, eléctrodos de monitorização não invasiva, material de analgesia tópica, utilizados no bloco.
- ✓ No momento final, perguntar o que já sabe, se já teve experiências cirúrgicas anteriores e se tem dúvidas.

No sentido de possibilitar a colheita dados, foi solicitada previamente a respectiva autorização ao Conselho de Administração do Hospital Pediátrico.

Na recolha de informação acerca da experiência dos participantes², optamos pela utilização de um instrumento sob a forma de entrevista semi-estruturada, aplicada às crianças, acompanhadas dos pais, tendo para o efeito sido construído um guião da entrevista, que foi testado previamente.

O pré-teste foi realizado com base em dois objectivos, por um lado avaliar a compreensibilidade das questões do instrumento a ser aplicado a uma amostra da população e, por outro lado, se o mesmo permitia recolher a informação necessária para dar resposta ao desidrato.

Antes da realização do mesmo, solicitamos ao psicólogo da instituição a sua apreciação com o intuito de analisar se as perguntas eram claras e compreensíveis para a faixa etária sob estudo. Posteriormente, aplicamos o guião da entrevista a um grupo de 15 crianças, que reuniram os mesmos critérios de inclusão que os participantes e, os procedimentos de aplicação foram os mesmos. Catorze crianças revelaram total compreensão e responderam as questões colocadas; apenas uma criança teve dificuldade em responder à última questão.

Após uma apresentação personalizada às crianças/famílias, onde explicamos os objectivos do estudo, bem como todo o procedimento a que iriam ser sujeitos, nomeadamente a previsível duração da entrevista entre 10 a 30 minutos, como defende Alderson (cit. Bricher, 1999), solicitamos o respectivo consentimento informado, garantindo a total liberdade de interromper a gravação das mesmas. Igualmente, foi assegurada garantia absoluta da destruição das gravações, após retirados os dados, bem como a não utilização de qualquer identificação pessoal em nenhuma situação.

Numa fase inicial, fizemos uma leitura exploratória das transcrições das entrevistas realizadas, com o desidrato de identificar áreas temáticas comuns. Daqui ressaltaram, do ponto de vista semântico, temas com interesse que conduziram a identificação de categorias ou unidades de registo. Este procedimento de categorização permite a classificação dos elementos

² Participantes, de acordo com Streubert e Carpenter (2002), são indivíduos activos da própria investigação que promovem a informação com o objectivo de ajudar aqueles que querem compreender os fenómenos vividos

de significação constitutivos da mensagem. Num outro momento, e atendendo ainda à riqueza de informação recolhida, para ser passível de inferência e, como tal, dar resposta aos objectivos que tínhamos previamente traçado, sentimos necessidade de subdividir algumas categorias atendendo sempre à semântica que referimos, Bardin (2004) designa de subcategorização.

3. Resultados

Os grupos são semelhantes e com as seguintes características:

- As crianças do grupo A – a média etária é de 9 anos ($\pm 2,07$ anos), sendo o género masculino o mais representado com 12 casos. Constatamos que os graus de escolaridade mais prevalentes são o 1º, 3º e o 5º anos. O tempo médio de internamento neste grupo foi de 1,73 dias e 5 crianças tinham sido alvo de internamentos anteriores.

- As crianças do grupo B – a média etária é de 8,9 anos ($\pm 2,13$ anos), sendo o género masculino o mais representado, com 10 casos. Constatamos que os graus de escolaridade mais prevalentes são o 1º e o 5º anos. O tempo médio de internamento neste grupo foi de 1,27 dias e 8 crianças tinham sido alvo de internamentos anteriores.

Após a análise de conteúdo das entrevistas, emergiram oito categorias:

- **Experiência hospitalar;**
- **Experiência de aprendizagem;**
- **Experiência cirúrgica;**
- **Sensações;**
- **Experiência no bloco operatório;**
- **Resultados da experiência;**
- **Papel do enfermeiro;**
- **Hospital pediátrico.**

Em algumas, sentiu-se a necessidade de criar subcategorias, como em seguida se expõe.

Na categoria – **experiência hospitalar** – emergiram 4 subcategorias, como se pode verificar no quadro 1.

QUADRO N. 1 – “Experiência hospitalar”

Categoria	Subcategoria	Freq. das unidades de registo do grupo sem intervenção (A - N= 15)	Freq. das unidades de registo do grupo com intervenção (B - N= 15)	Total das Freq. das unidades de registo
Experiência hospitalar	Doença/ internamento	4	7	11
	Ruptura família	8	9	17
	Ruptura escola	7	11	18
	Presença mãe/ familiar significativo	8	14	22
Total		27	41	68

As crianças gravam na sua memória e referem o sofrimento como consequência de situações dolorosas como internamentos e cirurgias ao longo do seu curto ciclo vital. Demonstram, ainda, algum conhecimento acerca da sua doença, dos procedimentos a que foram sujeitas, em particular os mais traumáticos (Whaley e Wong, 1999; Vrecchi e Higarashi, s/d).

A ruptura familiar é uma quebra na sua segurança, protecção e apoio, como revelaram as nossas crianças nos seus discursos. Isto é mais acentuado nas crianças de idades mais novas como nos referem diversos autores (Spitz, Bolwby, Audri e Goldfrab, citados por Biscaia, 1989).

A escola, enquanto prolongamento da família e como primeira abertura para o mundo, torna-se num elemento de socialização, aprendizagem e

construção de amizades que vão ser os alicerces para suas personalidades. A ruptura temporária cria dificuldades no prosseguimento dessa construção sonhada. Vemos, assim, a relevância que as crianças atribuem à mesma como nos dizem igualmente Gameiro (1992) e Relvas (1996).

Os pais são a âncora e de importância vital para os filhos em todo o processo. A presença da mãe ou outro familiar significativo e a participação destes nos cuidados à criança, é a melhor forma de tornar o internamento o mais familiar possível.

No que concerne à categoria – **experiência de aprendizagem** – não existe diferença entre os grupos A e B, pois ambos relatam o mesmo número de experiências de aprendizagem, como é possível constatar no quadro 2.

QUADRO N.º 2 – “Experiência de aprendizagem”

Experiência de aprendizagem	Freq. das unidades de registo do grupo sem intervenção (A – N= 15)	Freq. das unidades de registo do grupo com intervenção (B – N= 15)	Total das Freq. das unidades de registo
Entrevistas que relatam	13	14	27
Luzes	7	12	19
Televisão	5	1	6
Máquinas	2	8	10
Roupas	2	6	8
Elevador	8	1	9
Cama c/ rodas	4	1	5
Cama do bloco	3	3	6
Total	31	32	63

As crianças sob estudo revelaram interesse para descobrir e experimentar tudo o que viam ao seu redor (cama de grades com rodas, cama do bloco, foco operatório, vestuário do bloco e equipamento) constituindo-se em momentos de aprendizagem e crescimento individual. Isto mesmo é defendido por vários autores (Rogoff e

Stuart, cit. Feldman, 2001) ao longo da última década do século XX e início deste século.

Com base nos discursos das crianças, a categoria – **experiência cirúrgica** – foi subdividida em seis subcategorias, conforme se pode observar no quadro n.º 3.

QUADRO N. 3 – “Experiência cirúrgica”

Categoria	Subcategoria	Freq. das unidades de registo do grupo sem intervenção (A – N= 15)	Freq. das unidades de registo do grupo com intervenção (B – N= 15)	Total das Freq. das unidades de registo
Experiência cirúrgica	Informação pré-operatória	3	15	18
	Higiene corporal	11	14	25
	Jejum	6	11	17
	Objectos pessoais	10	9	19
	Pré-medicação	10	13	23
	Objecto preferido	2	2	4
Total		42	64	106

As crianças que foram submetidas ao programa perioperatório de intervenção de enfermagem, referiram que a informação transmitida foi entendida, apropriada e clara, mais ainda, viram e manusearam os elementos simuladores dos artefactos inerentes ao bloco operatório, que se constituíram em momentos de aprendizagem de acordo com a faixa etária.

As crianças reconhecem que para serem operadas necessitam de estar em jejum mas, nos seus discursos,

relataram fome e sede. A fome e a sede, apesar de presentes em ambos os grupos, parece ter sido melhor aceite e compreendida no grupo submetido ao programa. Isto mesmo aconteceu nas outras subcategorias, mas com uma aceitação e intensidade idêntica em ambos os grupos.

Relativamente à categoria – sensações – as crianças, evidenciaram ansiedade, medo e dor, como está demonstrado no quadro n.º 4.

QUADRO N.º 4 – “sensações”

Categoria Sensações		Freq. das unidades de registo do grupo sem intervenção (A – N= 15)	Freq. das unidades de registo do grupo com intervenção (B – N= 15)	Total das Freq. das unidades de registo
Ansiedade	Presente	8	8	16
	Ausente	7	7	14
Medo	Presente	4	1	5
	Ausente	11	14	25
Dor	Manifestada	5	7	12
	Não manifestada	10	8	18

Os dois grupos não apresentaram grande variabilidade, com excepção para o medo, que tem uma expressão maior nas crianças que não foram alvo do programa de preparação pré-operatório. Verificamos que elas descrevem minuciosamente os factores que conduziram ao medo. Este, substantiva-se assim, numa reacção de defesa perante o desconhecido e potencialmente ameaçadora da integridade física (Royer-Copper, 1999), pelo que a criança, ao permitir tomar contacto com a realidade do bloco operatório, poderá minimizar esta sensação. As crianças expressam frequentemente, e de uma forma muito evidente, a dor relacionada com os procedimentos invasivos, mais que a própria dor da cirurgia. Não nos surpreende que a dor tenha sido um dos temas mais recordados pelas crianças que a referiram como um factor de sofrimento. As experiências anteriores constituem-se em factores moduladores das reacções destas, permitindo-nos compreender e aceitar que as crianças com experiências anteriores negativas estejam menos tolerantes.

A categoria – **experiência no bloco operatório** – iniciou-se em momentos diferentes para cada grupo. As do grupo B, tiveram um primeiro contacto não no interior do bloco operatório, mas sim através de uma intervenção estruturada de enfermagem na véspera da cirurgia. Relatam um sentimento de satisfação pela presença, carinho, apoio e informação fornecida pela enfermeira do bloco. Descrevem a forma como este sentimento esteve presente aquando da admissão ao bloco operatório, proporcionado pelo reconhecimento da enfermeira. O acolhimento, enquanto parte de um processo contínuo, está na base da relação de ajuda (Valadas, 2000).

O outro grupo (A), contactou à entrada do mesmo e o confronto com algo desconhecido está igualmente patente na voz das crianças. A diferença dos discursos permite-nos inferir que a relação de ajuda está mais

desenvolvida no grupo (B) e que a mesma contribui para uma maior tranquilidade, tornando-as capazes de enfrentar situações menos agradáveis sem um sofrimento tão marcado.

Na unidade de cuidados pós-anestésica (recobro), as crianças valorizam mais a presença da mãe/ familiar significativo como elo de ligação, de protecção, apoio e segurança; o *não se lembrar* ocorreu em várias crianças nos dois grupos e nas diferentes cirurgias a que foram submetidas e isto deve-se ao efeito anestésico.

No pós-operatório, são relatadas vivências de ordem fisiológica como dor, náuseas e vômitos.

Assim, a intervenção estruturada de enfermagem no pré-operatório constituiu-se como factor tranquilizador, particularmente a nível do acolhimento.

A categoria – **resultados da experiência** – foi dividida em 4 subcategorias: saúde, gratidão, amizade e bem-estar.

As crianças, em idade escolar, desenvolvem habilidades de classificação, são capazes de compreender os termos de relação, tanto de uma forma positiva como negativa. As relações são vistas como satisfatórias quando se ajudam mutuamente e são classificados como amigos na cultura da própria criança. Isto mesmo ressalta dos relatos destas, em particular a amizade no grupo B. Igualmente, valorizam a sua saúde quando detêm informação sobre a sua situação. A gratidão e o bem-estar é valorizado de igual forma em ambos os grupos, o que nos leva a deduzir que reconhecem na equipa cuidadora capacidade e empenho para minimizar os seus problemas. Parece-nos, assim, legítimo dizer que a intervenção de enfermagem no pré-operatório, na voz das crianças, se revelou particularmente positiva para as subcategorias saúde e amizade.

Na categoria – **papel do enfermeiro** – constatamos a existência das vertentes relacional, instrumental e técnico-científica.

Dos discursos das crianças, ressalta maior relevo para as vertentes relacionais e instrumentais dado tratar-se de crianças que estão em plena fase de socialização, onde por um lado, a segurança, confiança, apoio, conforto e carinho se aliam e constituem a base para uma relação eficaz no cuidar, como defendem vários autores (Goldman, 1991; Hesbden, 2001). Por outro lado, a novidade dos acontecimentos desperta-lhes a atenção e aguça a curiosidade, sendo armazenados para memórias futuras. Mais ainda, no grupo B, as crianças parecem aceitar melhor a necessidade de procedimentos decorrentes da hospitalização e cirurgia, resultante da preparação efectuada.

Na categoria – **Hospital pediátrico** – as crianças relatam momentos de prazer mas também alguns aspectos que as marcaram de forma inversa, que chamamos desprazeres, e que se devem à falta de condições ambientais e logísticas (ruídos, temperatura ambiente, luminosidade, espaço físico, condições no acompanhamento familiar e equipamento). Da análise dos resultados, verifica-se que nem sempre as condições ambientais são tidas como desfavoráveis pelas mesmas e isso encontra-se patente nas suas palavras ao referirem com um brilho nos olhos a sala de actividades, os brinquedos e jogos e as pinturas nas paredes. Por outro lado, a possibilidade de poderem brincar com outras crianças de idade idêntica às suas ou com os seus familiares e a presença destes de forma contínua ao longo de processo é algo que as deixa muito felizes.

4. Conclusões

Com base nos resultados expostos podemos dizer que, as crianças que foram submetidas a uma intervenção de enfermagem no pré-operatório revelam uma maior compreensão e aceitação não só da cirurgia, como também dos procedimentos de que são alvo.

Assim, é-nos legítimo afirmar que as intervenções cirúrgicas realizadas no hospital pediátrico levam a que a criança, com base numa informação prévia acerca de todo o processo cirúrgico, apresente mudanças comportamentais como o amenizar da ansiedade, a redução do medo, a expressão de amizade ou de bem-estar. A informação deve ser, sempre que possível, apoiada em material elucidativo e adaptado à faixa etária (bonecos, folhetos, livros) no sentido de maximizar a comunicação e a sua

interiorização, promovendo comportamentos mais serenos e contribuindo para uma convalescença mais rápida, com ganhos em saúde e menor tempo de internamento.

Por outro lado, a presença de um familiar significativo, amplamente referido, constitui-se num factor de minimização da desinserção familiar e aumento da segurança e confiança da criança no processo, permitindo-lhe uma aprendizagem socializadora pela experiência vivida. Isto mesmo é patente no significado que as mesmas atribuem ao papel relacional e instrumental do enfermeiro e às condições físicas da instituição.

Pensamos que, não só pela pesquisa bibliográfica mas também pelo estudo realizado, onde foi implementado uma intervenção de enfermagem no pré-operatório, a sistematização da informação constitui uma ferramenta eficaz e pouco dispendiosa, com suporte psico-emocional indispensável para as crianças que acorrem às instituições pediátricas.

As palavras das próprias crianças, poderão tornar-se importantes e poderosos instrumentos para a mudança dos cuidados pediátricos. É a elas, sobretudo, que devemos o mérito deste trabalho.

Bibliografia

AMARAL, A. [et al.] (2002) - Mamã vem comigo ao bloco... Como cuidar a criança : realidade do bloco de ORL. AESOP. Vol. 3, nº 9, p. 17-21.

BARDIN, L. (2004) - *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70.

BARROS, L. (1999) - *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

BERTOLINI, G. B. ; VRECCHI, M. R. ; HIGARASHI, I. H. (2005) - *Importância do processo educativo-assistencial de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada*. [Em linha]. [Consult. 27 Nov. 2005]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.pec.uem.br/dcu/trabalhos/3laudadas/BERTOLINI,%20Giovana%20Brito.pdf>> .

BISCAIA, J. (1989) - As crianças em pediatria: relação diádica, relação perinatal. *Servir*. Vol. 37, nº 3, p. 140-147.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. (1994) - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

BRICHER, G. (1999) - Children and qualitative research methods: a review of the literature related to interview and interpretive processes. *ProQuest Nursing Journals*. Vol. 6, nº 4, p. 65-77.

CASEY, A. ; MOBSS, S. (1988) - Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, nº 44, p. 66-68.

- CHEEK, J. (1996) - Taking a view: qualitative research as representation. *Qualitative Health Research*. Vol. 6, nº 4, p. 492-505.
- ELLERTON, M.-L. ; MERRIAM, C. (1994) - Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19, nº 6, p. 1057-1062.
- FELDMAN, R. S. (2001) - *Compreender a psicologia*. 5ª ed. Lisboa: McGraw-Hill. Cap. 12, p. 400-434.
- FORTÍN, M. F. (1996) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- GAMEIRO, J. (1992) - *Voando sobre a psiquiatria*. Porto: Afrontamento.
- GOLDMAN, S. [et al.] (1991) - Children's representation of every day aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 16, nº 6, p. 747-766.
- GONÇALVES, R. F. L. (2003) - Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório. *Informar*. Vol. 9, nº 30, p. 14-18.
- HERMANS, H. J. M. ; DIMAGGIO, G., ed. lit. (2004) - *The dialogical self in psychotherapy*. Hove [etc.]: Brunner-Routledge.
- HESBEEN, W. (2000) - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001) - *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- JORGE, A. M. (2004) - *Família e hospitalização da criança: pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- LIEHR, P. ; MARCUS, M. T. (1994) - Qualitative approaches to research. In LOBIONDO-WOD, J. ; HABER, J., ed. lit. - *Nursing research*. 3ª ed. St. Louis: Mosby.
- LINCOLN, Y. S. (1992) - Sympathetic connections between qualitative health research. *Qualitative Health Research*. Vol. 2, nº 4, p. 375-391.
- O'CONNOR-VON, S. (2000) - Preparing children for surgery: an integrative research review. *AORN Journal* [Em linha]. [Consult. 22 Agosto 2004]. Disponível em em WWW: <URL: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_2_7/ai_61182519/print>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa (2003) - *Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: O.E._
- PATTON, M. Q. (1990) - *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- POLIT, D. ; HUNGLER, B. (1994) - *Investigación científica en ciencias de la salud*. Trad. de José R. Blengio Pinto, Homero Vela Treviño. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana.
- RAMOS, E. [et al.] (2003) - Visita de enfermagem pré-operatória. *Informar*. Vol. 9, nº 30, p. 5-9.
- REIVAS, A. P. (1996) - *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- ROYER-COPPER, B. (1999) - *Peur du loup, peur de tout. Peurs, angoisses, phobies chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Albin Michel.
- STREUBERT, H. J. ; CARPENTER, D. R. (2002) - *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- THORNE, B. (1997) - *Rethinking family*. New York: Longman.
- VALADAS, A. (2000) - Viver, sentir e reflectir. *AESOP*. Vol. 1, nº 3, p. 21-23.
- WHALEY, L. ; WONG, D. (1999) - *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.