



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ELLIEL DAS NEVES MONTEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM, COMO
PACIENTE, NO TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DE TÍBIA**

CAMPINA GRANDE

2021

ELLIEL DAS NEVES MONTEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM, COMO
PACIENTE, NO TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DE TÍBIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo acadêmico Elliel das Neves Monteiro.

Orientadora: Profa. Ma. Eloíde André Oliveira

CAMPINA GRANDE

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M775r Monteiro, Elliel Das Neves.

Relato de experiência de um acadêmico de enfermagem, como paciente, no tratamento de pseudoartrose congênita de tíbia [manuscrito] / Elliel Das Neves Monteiro. - 2021.

45 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Ma. Eloíde André Oliveira ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Enfermagem ortopédica.
3. Pseudoartrose. 4. Cuidados de enfermagem. I. Título

21. ed. CDD 610.736 77

ELLIEL DAS NEVES MONTEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM, COMO
PACIENTE, NO TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DE TÍBIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo acadêmico Elliel das Neves Monteiro.

Aprovado em 14 de maio de 2021

BANCA EXAMINADORA



Profa. Ma. Eloíde André Oliveira - UEPB



Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa - UEPB



Profa. Dra. Mayara Lima Barbosa – FACISA

AGRADECIMENTOS

Independentemente da quantidade de cicatrizes, são elas que nos fazem capazes de seguir em frente, levantar e dizer “eu posso salvar mais uma vida”. Assim sendo, agradeço:

A Deus, por ser fiel, justo, compassivo, gracioso e poderoso em todos os momentos de minha vida, desde o registro do meu nome, até o dia de meu último fôlego de vida aqui na terra, quando enfim, irei abraçá-lo. Eu te amo, Pai. Obrigado por ter me trazido até aqui e feito de mim, um espelho de Tua glória.

Aos meus pais, Osmar de Sousa Monteiro e Helena Maria Silva das Neves Monteiro, por me amarem incondicionalmente, sendo meus primeiros ensinadores e educadores. Vocês foram e são para mim, como sandálias novas, quando meus pés estão cansados. Obrigado por terem me dado um par de asas, com as quais poderei alcançar meus sonhos e erguer outras pessoas. Pai, mãe, amo vocês.

Aos meus irmãos, Eleumar Simões das Neves Monteiro (gostaria de ter te conhecido, irmão), Adriana das Neves Monteiro, Miriam Nielsa das Neves Monteiro Gaspar, Isaque das Neves Monteiro. Vocês são indiscutivelmente, os melhores irmãos do mundo. Amo cada um de vocês, incondicionalmente.

Às minhas sobrinhas, Sarah e Samya, bem como, ao meu sobrinho Abraão. Sou grato a Deus, pela dádiva de ser tio de crianças tão maravilhosas. Vocês são as únicas pessoas que não precisam aprender a serem humanos, pois a pureza anda de mãos dadas com vocês. Eu vos amo.

A Ronildo e Natalino (meus cunhados) e Bárbara (minha cunhada), por terem feito parte da minha história, como família. Grato pelos ensinamentos, apoio e aconselhamentos, que me fizeram evitar possíveis armadilhas no meio do caminho.

À Celinha, minha segunda mãe. Grato pelo amor indescritível que me proveu durante todo esse tempo. Não consigo pensar em outra forma de lhe retribuir, a não ser, dando-lhe meu amor. Muito obrigado por confiar em mim, como um filho.

À Ir. Dina, por ter sido a porta-voz de Deus, o meu Pai, durante anos da minha caminhada. Lhe sou grato por teres plantado em mim, um espírito cristão inabalável. Sei que mesmo aí do Céu, a senhora sempre terá a mim, como seu filho. Eu te amo.

À professora e amiga Eloíde, por tamanha devoção conjunta à construção desse sonho. Obrigado por ter me abraçado, mostrando que para finalizar meu curso, nada seria melhor do que contar minha própria história.

À professora Sueli, pela carinhosa receptividade que mesmo em anonimato, me ofertou apoio e incentivo, mediante os momentos mais instáveis da minha caminhada acadêmica. Seu coração é incondicional.

À Fátima Silveira, minha professora de Bases Psicológicas do Processo de Cuidar. Suas aulas tornavam daquele ambiente acadêmico, uma extensão de meu lar. Muito obrigado! Até hoje, guardo com carinho, os sachês de chá que me deste, como expressão de esperada calma.

Aos meus amigos Lucas, Lissandro e Priscila, pelos momentos de felicidade, descontração, conselhos e compreensão, que fizeram de mim, alguém mais recíproco. Jamais esquecerei. Me orgulho dos profissionais que vocês se tornaram. Em especial, agradeço à Marília Gabriela, alguém inexplicavelmente única, de quem meu coração faz questão de lembrar incessantemente. Tenho certeza que essas linhas estão entre as mais difíceis de serem escritas. Serei eternamente grato por, acima de qualquer componente curricular, você ter me ensinado a ser humano. Amo você, Marília, não como os adultos, mas de verdade.

A todas as turmas pelas quais já passei. Muito obrigado! Vocês foram peças essenciais na construção da minha história. Em meio a despedidas e festas de boas-vindas, senti e, ainda sinto, o carinho de cada um(a) de vocês.

A todos(as) os(as) funcionários(as) do curso de enfermagem da UEPB, por me receberem de braços abertos na faculdade, durante toda minha graduação, fossem em dias chuvosos ou ensolarados.

Ao Dr. Renato Queiroz, meu ortopedista. Obrigado pelas incontáveis consultas que se tornaram para mim, visitas a um amigo. O senhor é um dos poucos médicos humanos que conheci em toda minha vida.

Ao Dr. Flávio Cerqueira. Gratidão por ter sido um instrumento nas mãos do meu Deus, para concretizar a promessa d'Ele em minha vida. Através desses últimos tratamentos ortopédicos, o senhor e toda sua equipe médica, me ensinaram que jamais deverei medir até onde posso chegar.

A todo corpo de enfermagem do INTO. Vocês são a quebra do paradigma. Me mostraram que as noites podem ser menos escuras, quando se tem um(a) profissional da enfermagem por perto. Serei o reflexo de todo o cuidado que me foi prestado pelas suas mãos. Obrigado!

A todos os demais funcionários do INTO, que apaziguavam aquele ambiente hospitalar com suas cantorias e bom-humor. Jamais se abstenham dessa essência. Isso é ser humano.

A todas as pessoas que simbólica ou literalmente, me carregaram no colo, para que hoje eu pudesse andar com meus próprios pés. Lhes dou minha sincera e eterna gratidão!

“E me disse: Filho do homem, porventura viverão estes ossos? E eu disse: Senhor DEUS, tu o sabes.”

(BÍBLIA Sagrada, Ezequiel, 37:3).

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM, COMO PACIENTE, NO TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DE TÍBIA

Elliel das Neves Monteiro¹

¹ Graduando de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Brasil.
E-mail: ellielnm@gmail.com

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) surgiu de uma experiência vivenciada por um estudante universitário, enquanto paciente, no tratamento ortopédico para correção de uma patologia congênita denominada Pseudoartrose Congênita de Tíbia (PCT). A partir de então, procedeu-se com retornos médicos de rotina. Objetivou-se relatar a experiência de um acadêmico de enfermagem, como paciente, no tratamento de PCT. O presente estudo trata-se de um relato de experiência ou relato de caso e a técnica utilizada na descrição dos eventos foi a narrativa literária e a apresentação foi descrita em 15 cenários, compreendendo o período entre 2002 a 2017 sendo a discussão baseada nas experiências vividas e sentidas diante da assistência de enfermagem. Pôde-se inferir que, ações técnico-científicas, quando aliadas à humanização do cuidado, refletem positivamente no prognóstico de pacientes em tratamento ortopédico, amenizando seus medos e desconfortos gerados pela internação hospitalar e procedimentos cirúrgicos dolorosos. A experiência mostrou que, apesar das intercorrências clínicas e dificuldades bio-psico-sócio-espirituais sentidas pelo paciente, uma recuperação física e estabilização emocional foram alcançadas, quando implementados cuidados céleres, unindo procedimentos técnicos com a humanização necessária.

DESCRITORES: Enfermagem cirúrgica; Enfermagem ortopédica; Pseudoartrose; Cuidados de enfermagem; Ortopedia.

ABSTRACT

The present Course Conclusion Paper (CCP) arose from an experience lived by a university student as a patient, during an orthopedic treatment to correct a congenital pathology called Congenital Pseudoarthrosis of Tibia (CPT). From then on, routine medical check-ups were carried out. The objective was to report the experience of a nursing student, as a patient, in the treatment of congenital tibial pseudoarthrosis. The present study is an experience report or a case report and the technique used in the description of the events was the literary narrative and the presentation was described in 15 scenarios, comprising the period between 2002 to 2017, being the discussion based on the lived experiences and felt in the face of nursing care. It could be inferred that, technical-scientific actions, when combined with the humanization of care, reflect positively on the prognosis of patients undergoing orthopedic treatment, alleviating their fears and discomfort generated by hospitalization and painful surgical procedures. Experience has shown that, despite the complications and bio-psycho-socio-spiritual difficulties experienced by the patient, a physical recovery and emotional stabilization were achieved when prompt care was implemented, combining technical procedures with the necessary humanization.

KEYWORDS: Surgical nursing; Orthopedic nursing; Pseudoarthrosis; Nursing care; Orthopedics.

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO.....	11
3	METODOLOGIA.....	12
3.1	Cenário 1 – O Acidente.....	15
3.2	Cenário 2 – As Dores.....	15
3.3	Cenário 3 – O Diagnóstico.....	16
3.4	Cenário 4 – A 1ª Viagem.....	18
3.5	Cenário 5 – A 2ª Viagem.....	19
3.6	Cenário 6 – Hall de Espera.....	19
3.7	Cenário 7 – Pré-Operatório (Confiança e Medos).....	21
3.8	Cenário 8 – O Tratamento.....	24
3.9	Cenário 9 – A Cirurgia: Imprevisto.....	26
3.10	Cenário 10 – A Cirurgia: 2ª Tentativa.....	27
3.11	Cenário 11 – Intercorrência Quase Morte.....	29
3.12	Cenário 12 – Alta Hospitalar.....	31
3.13	Cenário 13 – A Infecção.....	32
3.14	Cenário 14 – O Retorno: Nova Cirurgia.....	33
3.15	Cenário 15 – Sob Revisões.....	34
4	DISCUSSÃO.....	35
	A vida de um paciente é a vida de outro alguém.....	35
5	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXOS.....	43
	ANEXO A – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.....	43

1 INTRODUÇÃO

Esse artigo tem por finalidade, sondar o padrão da assistência de enfermagem de um hospital referência em cirurgias ortopédicas. Será posta em pauta a humanização da assistência, como estratégia em delinear a importância da enfermagem sobre pacientes ortotraumatizados, em: diminuir seu tempo de internação, atenuar suas dores físicas e psíquicas, e motivar sua reinserção social com o máximo de autonomia e autoconfiança possíveis. Utilizou-se a narrativa literária pós-modernista, como recurso para um estudante de enfermagem descrever a experiência que viveu, na condição de paciente, em vários cenários que configuraram seu último tratamento ortopédico. Sequentemente, será descrito o modo como tal paciente encarou sua condição de saúde congênita, aos seus dezoito anos de idade, sendo agora o protagonista dos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados.

A Pseudoartrose Congênita de Tíbia (PCT) consiste numa fratura sem evidências radiográficas de progressão óssea consolidativa, podendo evoluir para esclerose nas extremidades da fratura, presença de um hiato, calo ausente ou hipertrófico e/ou persistência ou alargamento do traço da fratura (MEIRELLES, 2019; REIS; NETO; PIRES, 2005). O diagnóstico é evidenciado mediante exame de imagem, observando-se a obstrução do canal medular decorrente da ossificação das extremidades fragmentadas pela fratura (MEDINA, 2019). Trata-se de uma patologia que causa deformidade progressiva no foco fraturário, desencadeando a formação de uma pseudocápsula com sinóvia e líquido sinovial.

Não existe tempo médio definido para ser diagnosticada, sendo necessária uma avaliação médica especializada na área traumato-ortopédica, com análises ponderadas de radiografias sequenciais, afim de identificar e diagnosticar com exatidão, a não evolução da consolidação, havendo assim, que adotar medidas interventivas imediatas (REIS; NETO; PIRES, 2005), para que lesões secundárias sejam evitadas, as quais, segundo Costa (2014, p. 17) “[...] são mais graves e perigosas do que nos outros casos de emergências ortopédicas.”

A principal causa da PCT decorre de tratamentos incorretos (imobilização ou redução esquelética por exemplo), complicando ainda mais a fratura. Existe também, correlação a irrigação óssea diminuída. De acordo com Medina *et al.* (2019, p. 804), “A existência de alguns fatores críticos deve ser considerada na observância de pacientes que permitem avaliar a alta probabilidade de desenvolver a pseudoartrose, tais como: idade, estado geral, metabolismo de fósforo e cálcio, e concentração de fosfatase.” Segundo Santos *et al.* (2018), os danos gerados por traumas ortopédicos, abarcam fatores tanto físicos como cognitivos e emocionais, culminando em limitações na execução e desempenho de papéis sociais pelo paciente. Tais

indivíduos demandam intervenções e cuidados especializados, antes e durante o decurso da reabilitação, afim de privá-los da desesperança.

O enfermeiro detém papel importante em todos os períodos do tratamento, por ser o profissional que mais visita e se aproxima do cliente, desde seu diagnóstico, até a alta hospitalar, devendo portanto, ter um olhar crítico apurado para identificar precocemente, quaisquer riscos ou complicações (FRAGOSO SOARES, 2010). Cabe também ao enfermeiro atuar na prestação de apoio bio-psico-sócio-espiritual a estes pacientes com PCT, dando-lhes o poder de atuação conjunta nos cuidados em saúde, bem como, a dádiva do protagonismo nos resultados alcançados. Tais cuidados só serão possíveis, mediante comunicação profissional-paciente-família. Em seu livro “Processo de Enfermagem”, Wanda de Aguiar Horta afirma que a comunicação verbal e não-verbal é um fator imprescindível às relações interpessoais, sendo que neste relacionamento, diversos indivíduos podem atuar, tais como médicos, família, profissionais e/ou não profissionais (HORTA, 2005).

Contudo, o cuidado sem humanidade, não é cuidado, pois o mesmo configura-se como um fenômeno existencial, fazendo parte do indivíduo (é o cuidado que possibilita a condição humana ao ser), surgindo da coexistência, ou seja, ele depende da relação com outro ser, para que funcione. Por fim, o cuidado genuíno é contextual, denotando assim, sua capacidade de modificar-se e adaptar-se ao meio e situação em que está sendo praticado (WALDOW, 2011). A humanização, portanto, conseqüente do ato de cuidar, envolve interessar-se pelo íntimo do ser humano, sua essência, respeitando as individualidades e buscando a construção de um ambiente institucional de saúde concreto, o qual protagonize as particularidades humanas de cada paciente inserido nos planos assistenciais (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2005).

Em paralelo ao que diz SANTOS *et al.* (2018), cabe ao coordenador da equipe de enfermagem desempenhar com êxito, suas atribuições na assistência aos pacientes vítimas de trauma. A enfermagem deve organizar e priorizar as ações a serem oferecidas, levando em consideração as particularidades de cada vítima, elencando medidas preventivas e reparadoras, com fins de integralizar e humanizar os cuidados, atendendo às necessidades humanas básicas dos indivíduos envolvidos no planejamento.

Através de conceituações em traumatologia e ortopedia, com fins de otimizar a essência da enfermagem em todas as suas vertentes de atuação, buscar-se-á neste trabalho responder a seguinte questão: “Qual é a assistência de enfermagem prestada durante um tratamento cirúrgico de PCT?”

2 OBJETIVO

Relatar a experiência de um acadêmico de enfermagem, como paciente, no tratamento de pseudoartrose congênita de tibia.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência ou relato de caso (DAUTRO; FARIA, 2019) e a técnica utilizada na descrição dos eventos foi a narrativa literária (DAMASCENO et al., 2018) e a apresentação foi descrita em 15 cenários, compreendendo o período entre 2002 a 2017 sendo a discussão baseada nas experiências vividas e sentidas diante da assistência de enfermagem.

Após submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), o projeto foi tido como relevante, apresentando importância acadêmica, sendo concomitantemente, aprovado. Desta forma, foi emitido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45581621.4.0000.5187.

DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS

A narrativa a seguir, dar-se-á de forma cronológica, considerando a sequência de quinze cenários. O acidente sucedeu no Brasil, em uma pequena cidade no interior do nordeste (Ingá-PB), quando o autor tinha quatro anos de idade, segundo informações colhidas – SIC, e sofreu uma queda ao andar de velocípede no beco de sua residência. Foi levado ao hospital mais próximo de seu município, onde recebeu cuidados incipientes, visto a recomendação médica da época em orientar apenas a aplicação de compressas frias no local lesionado, tornozelo esquerdo.

Com o passar dos dias, a vítima apresentou dificuldades na marcha, edema, mudança brusca na coloração e dores exacerbantes no membro inferior esquerdo (MIE), sendo isto suficiente, para seus pais buscarem novas opiniões médicas de ortopedistas em cidades circunvizinhas, gerando assim, gastos onerosos e desgastes psicológicos, com consultas, exames e viagens, sem alcançarem êxito, apenas diagnósticos conturbadores que posteriormente, seriam tidos como inconclusivos pela medicina, visto que pelas radiografias não se detectava fratura e os sintomas se mantinham.

Foi apenas na cidade de João Pessoa-PB, que se obteve um diagnóstico diferenciado, a saber, a PCT, mediante exames de imagem realizados por um médico X, especialista em cirurgias osteoarticulares. Foram esclarecidos que aquela afecção era congênita, tendo sido a queda fator determinante ao diagnóstico e para evitar traumas maiores. Desde então, o paciente foi submetido a várias cirurgias corretivas, uso de órteses, placas, parafusos e imobilizações gessadas. Contudo, houveram algumas intercorrências pós-cirúrgicas, como infecções (leves a moderadas) e rejeição corporal aos materiais intraósseos utilizados no paciente.

As alternativas da medicina em seu Estado foram se esgotando, sendo indicado que buscassem atendimento especializado no Hospital Empresarial Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Lá, após alguns exames e consultas médicas, burocracias ligadas à instituição hospitalar interferiram no prosseguimento de seu tratamento. Como última recomendação terapêutica, o médico X (de João Pessoa) informou que havia um programa do governo federal, responsável por organizar a referência interestadual na assistência da alta complexidade. Mediante tramitações documentais, de exames e prontuários, o paciente conseguiria um atendimento num centro hospitalar (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO) na cidade do Rio de Janeiro, como sendo um Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Caracterizado por ser referência em tratamentos cirúrgicos ortopédicos de alta complexidade, destinado a atender exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde

(SUS), este hospital passaria a ser o destino de uma longa jornada terapêutica, com grandes repercussões na saúde do autor. O período decorrido desde o acidente, até a última alta hospitalar recebida no INTO (desconsiderando retornos médicos de rotina e recuperação cirúrgica), compreendeu um prazo médio de quinze anos.

3.1 Cenário 1 – O Acidente

Era manhã, quando eu e meu irmão estávamos brincando com um velocípede, no ano de 2002. Deveria ser apenas uma brincadeira inofensiva, mas em uma das vezes que desci desgovernado sobre aquele brinquedo, não consegui parar e caí. Caí num lance de escada (três degraus) torcendo meu tornozelo esquerdo. Como toda criança, fui buscar ajuda de meus pais, me queixando de dor na perna. Rapidamente levaram-me a um hospital da minha cidade, onde apenas recomendaram a aplicação de compressas de gelo, sem que fosse realizado exame físico algum.

Ao chegar em casa, meus pais atenderam à orientação do médico e aplicaram compressas frias durante alguns minutos. “Ai! Não mexe. Meu pé tá doendo muito!”, eu dizia, todas as vezes que moviam meu tornozelo, sentindo “fisgadas”, como se algo atravessasse meu osso de baixo para cima. Fui o primeiro a perceber que aquelas compressas não estavam surtindo efeito algum, apenas deixando minha perna gelada. Tentei conversar com meus pais, mas eu era muito novo e não deram crédito às minhas palavras. Não os culpo! Aliás, era a ordem de um médico contra a queixa de uma simples criança. Assim sucedeu, durante uma semana, até que resolveram me levar para alguns médicos ortopedistas de Campina Grande, uma cidade há uns quarenta quilômetros de onde moro.

Lá, passei por diversos consultórios, onde fizeram vários exames de imagem, mas nunca radiografavam minha perna por completo, sempre do final do tarso (tornozelo) para o pé. Ao analisarem minhas radiografias, sugeriam que meus pais me comprassem um colchão, “pois uma cadeira de rodas é um gasto desnecessário, para ele”, diziam alguns médicos. Isso frustrava as poucas esperanças que nos restavam. Eu ainda não havia sido internado, cirurgiado ou tido contato com a enfermagem. Recebi apoio de amigos e familiares que sugeriam algumas medidas paliativas para amenizar minhas dores, mas que só geravam efeitos a curto prazo.

Logo tornava a agonia. Numa certa ocasião, sob avaliação de um médico X de Campina Grande, até foi marcada uma cirurgia, que consistia em realizar artrodese para correção do desvio angular de meu tornozelo. Mas no dia marcado, sem prévio aviso, o médico faltou, não nos justificando o motivo. Durante quase cinco anos, buscamos alguma opinião médica que não se resumisse a: “Seu filho não irá mais andar, daqui há alguns meses. Se conformem!”.

3.2 Cenário 2 – As Dores

Por diversas vezes vi meus pais chorando, sempre que eu me queixava de dores constantes. Me automedicavam com analgésicos e me ofertavam chás, para eu conseguir dormir

à noite. Lembro-me de não conseguir me concentrar nas aulas da escolinha, de tanto desconforto que eu sentia, mesmo sentado, em repouso. Além de impactar meu aprendizado escolar, nem mesmo o recreio eu conseguia aproveitar, por medo de ocorrer um novo acidente. Eu até tentava jogar bola com meu irmão, mas a brincadeira não durava muito tempo, até eu voltar pra casa e me deitar. Certo dia, numa noite qualquer, sentado no canto da parede de minha casa, escutei meus pais questionando se havia mais algum médico que pudesse me ajudar. Aparentemente, a resposta foi “não”, pois minha mãe chorava ininterruptamente.

Tentei, por diversas vezes, com minhas próprias mãos, alinhar meu tornozelo que agora, depois de anos sem tratamento, estava realmente torto e com uma estranha mobilidade à manipulação, fazendo com que eu desenvolvesse uma claudicância ao caminhar. Os anos da minha infância foram passando e me habituava àquela condição, sempre tentando convencer minha família de que eu estava melhor. Os problemas agora não eram apenas físicos, mas minha mente, meu psicológico. Por vezes cheguei triste da escola, devido as piadas e insinuações que meus colegas falavam contra mim, por eu andar mancando. Eu era excluído de grupos para seminários e das aulas de educação física (cheguei a ser reprovado nessa disciplina, pois o professor dizia para eu dar um jeito de realizar certos exercícios físicos, para compensar minha nota baixa, pois as provas teóricas que fiz, mesmo com êxito, não haviam sido suficientes).

3.3 Cenário 3 – O Diagnóstico

Aos meus oito anos de idade, uma grande amiga de nossa família, nos indicou um ortopedista de João Pessoa que, segundo ela, era um médico competente e humano. Marcamos a primeira consulta com esse doutor. Chegando ao seu consultório, falei para mim mesmo que desta vez, eu não ficaria calado, caso aquele médico também me tratasse como um qualquer. Eu já estava saturado de tantas desesperanças e não precisava de mais uma. Foi então que ele nos cumprimentou, questionou sobre o motivo da consulta e levantou-se daquela cadeira de couro preto, me mandando deitar numa maca para me examinar. Claro! Eu reagi a todas as vezes que ele manipulou meu tornozelo. A dor era irradiante para toda a perna.

Ele solicitou: – “Vão para a sala ao lado e peçam que tirem uma radiografia (Raio X – RX) completo da perna de seu filho”. Assim fizemos! Aquele médico pôs meu RX no negatoscópio e ficou observando aquele exame por alguns minutos (que me pareceram uma eternidade). “Ele não vai dizer nada?”, pensei eu, enquanto meus pais olhavam um para o outro. De repente, o doutor aponta para o foco da fratura e diz: – “Aqui! Seu filho fraturou a tíbia.” Não entendíamos o que significava aquilo. Foi então que começaram as perguntas: – “Como

pode ser nesse osso, se é o tornozelo dele que está inchado, roxo e dolorido?”. Era uma fratura completa e cominutiva (em fragmentos) da porção tibial distal, que comprometeu o tornozelo com microfraturas.

A explicação foi que, com o tempo de omissão médica por um diagnóstico preciso, juntamente ao esforço físico que exerci durante aproximadamente quatro anos, houve uma deterioração da minha matriz óssea no foco fraturário. – “A isso damos o nome de Pseudoartrose Congênita da Tíbia.”, afirmou o médico, enquanto me encarava. Segundo ele, como eu estava em fase de crescimento, as duas extremidades tibiais se desalinham e ficaram paralelas uma à outra, instabilizando meu tornozelo. Isso não mais se resolveria com uma simples redução e imobilização gessada. Seriam necessárias algumas intervenções cirúrgicas.

Certa feita, esse médico chegou a “me desafiar”, ao observar uma de minhas radiografias, indagando: – “Vocês acreditam em Deus? São cristãos, estou certo?”. Minha fíbula também estava seccionada, com extremidades fraturadas e desalinhas. Respondemos que sim. Ele olha fixamente para mim e lança a proposta: – “Então volte para casa e antes de dormir, se ajoelhe e peça ao seu Deus que faça esse osso colar neste daqui.”, enquanto apontava para os focos fraturados. – “Se isso acontecer, eu assumo seu caso.” Assim fiz! Na semana seguinte, ao retornar àquele consultório, foi solicitado um novo RX. Por longos minutos, segurando o queixo e coçando a cabeça, em sinal de dúvida, o médico diz: – “Bom, acho que seu Deus te ajudou mesmo. Era tudo o que eu precisava. Sua tíbia estabilizou. Isso significa que poderemos lhe operar com mais segurança.” Ele vira-se e aperta minha mão.

Foram realizadas cerca de cinco cirurgias para correção daquela deformidade, cada uma delas mediada por internações, medicalizações e assistências perioperatórias, quando enfim, pude ter o primeiro contato com a enfermagem. Enquanto criança, sempre que alguém da equipe de enfermagem adentrava em meu quarto, me sentia alguém que não havia sido abandonado naquele hospital, depois de ter saído de uma fria sala de cirurgia. Era acolhedor! Assim passei minha infância, com idas e vindas ao ortopedista e salas de cirurgia, usando pinos, placas, parafusos, botas ortopédicas, órteses, aparelhos gessados, muletas, cadeira de rodas, fazendo fisioterapias, hidroterapias e tentando conciliar essa rotina às minhas demais obrigações. Sem dúvida, isso me despertou o sonho de ingressar na área da saúde, mas eu era ciente de que precisava resolver minha situação de saúde. Como um doente poderia cuidar de outro doente?

Devido longos períodos com a perna engessada, tive considerável hipotonia no MIE, bem como, encurtamento da tíbia e lordose lombar (desvio angular lateralizado da coluna vertebral). Calçados com compensação (salto alto) eram a alternativa do momento, mas só

instabilizavam minha marcha, comprometendo a consolidação óssea. Esse cenário parecia uma bola de neve, pois mesmo atendendo às recomendações médicas, de fato, eu não sentia segurança ao andar. Era como estar pisando em ovos. Chegou ao ponto do ortopedista alegar: – “Não vou enganar vocês, dizendo que a nível estadual, temos um tratamento especializado para a condição de seu filho. A cada cirurgia feita, aumentam as chances de novas fraturas ocorrerem. Essa é uma das características da PCT.”

3.4 Cenário 4 – A 1ª Viagem

Com treze anos de idade, pela primeira vez, eu viajaria para São Paulo, em direção ao Hospital Albert Einstein. Tive um grande apoio de familiares que residem lá. Agora, estava sob os cuidados do Dr. X, especialista em alongamentos ósseos com uso de um fixador circular externo (Ilizarov), mas aparentemente, leigo em humanização. Todos os exames e avaliações clínicas pré-operatórias foram realizadas, afim de mensurar meu risco cirúrgico. Entretanto, burocracias se acumularam e como desfecho, recebemos a notícia do cancelamento da cirurgia, sob recusa do médico, o qual alegou: – “O meu santo não bate com o dele.” A julgar pela minha fé, creio que Deus me livrou de uma enrascada. Muitos podem pensar o contrário, considerando a chance de ser cirurgiado num dos hospitais mais conceituados do mundo. Porém, mais tarde, eu entenderia a razão de tudo aquilo.

Já com meus dezesseis anos, ingressei na faculdade de enfermagem de uma universidade pública, ainda debilitado fisicamente. Inicialmente, isso não me impediu de comparecer às aulas, porém, conforme eram-me exigidos esforços vigorosos, senti um incômodo progressivo, como se algum nervo em minha perna estivesse sendo comprimido, sem falar do encurtamento ósseo, que torcia lateralmente minha coluna lombar. Não demorou muito, para que, em um dos períodos letivos, eu tivesse de usar bengala e até muletas, para me locomover no campus. De certa forma, aquilo me feria, mas nunca foi o bastante para me desestimular.

Quando me vi apoiando-me no ombro de meu irmão, enquanto usava apenas uma perna para chegar até a sala da universidade, entendi: – “Cheguei ao meu limite!” Foi quando aos 17 anos, recebi uma proposta para meu caso. Agora, meu destino seria o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), no Rio de Janeiro. A automedicação desencadeou em mim, um quadro grave de úlcera gástrica, a ponto de desregular minhas taxas séricas, indicando uma provável hepatite e leucemia, que após um tratamento rigoroso com gastroenterologista, foram descartadas. Não recebemos uma explicação médica para minha repentina melhora clínica, mas

consegui atingir um peso corporal ideal para realizar a próxima cirurgia, afim de favorecer minha reabilitação pela consolidação.

3.5 Cenário 5 – A 2ª Viagem

O processo de autorização para internação hospitalar no INTO, de início foi um tanto trabalhoso, mas após logo recebemos uma ligação, nos confirmando que meu caso havia sido aceito. Ficamos surpresos, pois até hoje, existem milhares de pessoas aguardando serem chamadas. O setor responsável nos recomendou que reuníssemos todos os meus exames, prontuários, receituários, laudos e demais documentações médicas referentes a tratamentos pregressos, afim de serem analisados pela equipe desse novo hospital. Tudo foi tão rápido! Tive pouco tempo para informar minha condição à chefia da universidade, me despedir de pessoas em especial, sem que me restassem muitas alternativas.

Abraços, sorrisos, lágrimas, histórias, saudades! Um dia me disseram: – “Você é forte. Não se preocupe! Já suportou tantas coisas.” Esqueceram de me dizer o que seria preciso enfrentar, para me tornar forte de verdade. Agora, já a bordo de um avião, tive de me despedir de quem jamais pensei em me afastar. Não durou muito, apenas uma semana para sorrir, brincar, pensar, chorar e contar segredos guardados por muito tempo, até então. Muito além das salas de aula, eu estava tendo a oportunidade de sentir tudo na própria pele, enquanto paciente-estudante de enfermagem que passa toda sua graduação, estudando sobre como ser humano.

Essa situação foi para mim, a mais difícil de ser encarada pois, por mais que eu não estivesse preocupado, eu realmente eu esperava que não demorasse para eu retornar à minha vida normal. Prestes a me tornar maior de idade, a partir de agora, as decisões estariam sob minha responsabilidade. Minha mãe me acompanhou, como protocolo do programa do governo (Tratamento Fora de Domicílio – TFD), visto que eu ainda tinha 17 anos. Cheguei ao aeroporto do Rio de Janeiro e encontrei meus parentes nos aguardando. A cada milha até a hospedagem, relances de lembranças surgiam em minha mente. O dia amanheceu sob um clima frio e chuvoso, com ar de “hora de ir para o hospital”. Fomos transportados pela minha irmã e um amigo da família.

3.6 Cenário 6 – Hall de Espera

Lavando minhas mãos em um dos banheiros, um funcionário entra e me diz algo que, de início, não compreendi. Antes que eu saísse, ele volta e pergunta: – “Você entendeu?”. Respondo que não. Ele diz: – “Deus te abençoe, meu filho! Deus te abençoe!”. Como resposta,

digo: – “Amém”, sem compreender aquela situação (me certifiquei de estar sozinho no banheiro, quando me ajoelhei para orar). Ao sair, o mesmo homem passa pelo corredor onde eu estava e pergunta se eu tinha uma Bíblia. Falei que sim. – “Hebreus 10:35 – 38”, ele diz, já virando-se e retirando-se do local. Aquela simples atitude, mesmo vinda de alguém desconhecido, alegrou a mim e minha família. Ficamos aguardando no térreo até anoitecer, em um dos halls de espera pelo atendimento.

Médicos vão e voltam naquele saguão. Minha mãe é chamada para apresentar minhas documentações. Ao longo daquele tempo, minha atenção volta-se à impressionante diferença entre uma sala de espera hospitalar e uma fileira de poltronas num avião. Aqui há preocupação entre as pessoas, não apenas entre paciente-equipe de saúde, mas entre os próprios pacientes. Fui informado de que estão chamando os pacientes, de acordo com suas idades. Provavelmente eu seria o último a ser atendido, mas ouvimos rumores de que naquele mesmo dia, eu seria internado e cirurgiado no dia seguinte. – “Tudo bem.”, pensei eu, já pondo-me a caminhar pelos corredores, lembrando do que escutei de um jovem paciente: – “[...] para quem já esperou três anos, mais uma ou duas horinhas não são nada.” Ali estavam muitas pessoas enfrentando dores semelhantes à minha. Havia muito o que aprender naquele lugar.

Pensei que não fariam coisa alguma por um rapaz que errara a própria idade, devido às suas dores, mas uma atendente veio até ele e disse: – “Vamos lhe trazer uma maca.” Foram situações assim, que me fizeram pensar: – “Não precisamos aprender a ser humanos para nós mesmos, mas para outro alguém. É assim que funciona.” Para quase todos os rostos que olhei, enxerguei um sorriso diferente. Estão felizes, mesmo num hospital, mesmo com seus problemas. Sei que o complexo predial é lindo, mas esse não era o motivo. O modo como cada um tratava quem estava ao lado, era a razão. Refletia a necessidade da gregária. Almoçamos no refeitório do próprio hospital, noutro andar. Médicos, enfermeiros, maqueiros, pacientes (ainda não internados) e seus acompanhantes faziam suas refeições no mesmo espaço.

Nunca me trataram tão bem, dentro de um hospital. Minutos após o almoço, fui chamado à triagem, onde uma técnica de enfermagem aferiu meus sinais vitais (SSVV), direcionando-me uma série de questionamentos sobre minha saúde. Desde a correta antisepsia dos aparelhos, até sua impecável comunicação e empatia para comigo, tornaram do seu atendimento, um exemplo de acolhimento. Em menos de cinco minutos, me chamaram para um consultório, onde dois médicos fizeram algumas perguntas, a respeito da minha patologia e possíveis alergias. Em seguida, voltei à sala de espera. – “Aqui, a gente é bem tratado. É um e outro entrando e

saindo direto, da sala, para cuidarem de você.”, afirmou certa paciente, olhando para mim, enquanto eu concordava e lhe respondia com um sorriso (eu sabia daquela verdade).

Aconteceu de pedirem até um removedor de esmalte, para uma paciente, afim de evitar empasses nos cuidados, como oximetria de pulso. Se isso não for uma demonstração de humanidade, não sei o que vem a ser. Andando por ali, observei um típico exemplo de inclusão. Era uma jovem usando um jaleco. Ela havia perdido parte de seu braço direito, mas estava exercendo sua função, enquanto profissional de saúde, integrante de uma competente equipe, num imenso hospital. Momentos depois, fui atendido por um carismático cirurgião ortopedista. Foi ele o primeiro a me explicar sobre o que poderia ser usado em minha cirurgia, o que me deixou confiante e inteirado quanto aos cuidados.

Por fim, antes de ser encaminhado ao andar de internação pelo maqueiro, uma enfermeira pôs em mim, duas pulseiras de identificação. Uma delas dizia respeito ao meu risco de queda. Tal enfermeira, com lindos olhos, por sinal, utilizou-se da escala analógica da dor (Escala Visual Analógica – EVA), para mensurar o desconforto que eu pudesse estar sentindo. Considerarem minha dor como quinto sinal vital, era importantíssimo para mim. Em resumo, novamente me impressionei com o atendimento de enfermagem. Notável humanização, espontaneidade e empatia.

3.7 Cenário 7 – Pré-Operatório (Confiança e Medos)

Por volta das 18h40, um maqueiro nos conduz à internação. Antes de chegar ao meu leito, contemplei profissionais da enfermagem entrando e saindo dos quartos, levando e trazendo materiais, sem tropeçar em nada e em ninguém. Vi cansaço misturado ao prazer pela profissão, semblantes de alívio nos rostos de pacientes, quando aqueles profissionais prestavam sua assistência. – “Isso sim é trabalho em equipe!”, exclamava dentro de mim.

O quarto parecia ter sido tirado das literaturas. Camas eletrônicas com todos os lençóis e cobertores necessários, canalização de gases, tomadas, interruptores, banheiro completo e adaptado, pia com torneira e sabão líquido (na entrada do quarto), álcool 70% fixo na parede, Descarpack, capote, televisão e incrível vista para um porto de navios. Onde fiquei, tinham dois leitos separados por biombos embutidos no teto, mas pude conhecer meu colega de quarto, um senhor carioca, jovial, sábio e cheio de esperanças pela sua recuperação. Nos foi oferecido o jantar, precedido de um lanche. Uma enfermeira direciona-se a mim, perguntando qual o meu nome e sobre minha condição clínica, esclarecendo algumas dúvidas básicas sobre a internação naquele hospital. Me senti ainda mais acolhido.

Colheram meu sangue para realização de exames laboratoriais de rotina. Pude conhecer vários profissionais da enfermagem, desde técnicos altamente competentes (que conciliavam trabalho e faculdade, ao mesmo tempo), até enfermeiras extremamente humanas, capazes de me fazer aderir ainda mais ao tratamento proposto. Elas perguntavam sobre meu sotaque, como forma de otimizar nossa inter-relação. Certa noite, um técnico plantonista vendo minha mãe com frio, silenciosamente entrou no quarto e à cobriu com seu próprio cobertor, virou-se e foi embora, sem que buscasse registro fotográfico por isso. Vendo aquilo, me convenci de que eu estava em boas mãos. Não eram apenas profissionais, eram humanos que iriam cuidar de mim.

Pelas manhãs, gentilmente nos traziam a refeição que variava, costumando conter pão francês, queijo coalho, manteiga, café com leite, frutas, suco, biscoitos, etc. Durante os primeiros dias, as abordagens/visitas de enfermagem eram mais direcionadas ao paciente ao lado, pelo mesmo já haver sido cirurgiado, estando numa condição delicada (apresentava infecção no sítio cirúrgico, alergia medicamentosa, dentre outras complicações). Notei a importância do profissionalismo unido ao pensamento crítico dos enfermeiros, detectando fatores agravantes à saúde do cliente, afim de eliminá-los e reduzir seu tempo de internação. Auxiliares de enfermagem o ajudavam a realizar sua higiene pessoal. Enquanto esperava o paciente voltar do banheiro, higienizavam e organizavam impecavelmente seu leito.

Mesmo estando parcialmente dependente, aquele paciente apresentou progressiva melhora, ao passo que recebeu a notícia médica de que estaria de alta hospitalar, antes do previsto, lhe gerando uma imensa alegria e vontade de viver. Havia uma evolução da assistência de enfermagem ao meu respeito, como se estivessem construindo um plano de cuidados exclusivo. Surgiu um fisioterapeuta solicitando expor minha perna, para analisar o aspecto estrutural gerado pela fratura. Após avaliado, fui informado de que seria ele a me acompanhar no pós-operatório imediato (POI), ou seja, nas primeiras 24 horas após minha cirurgia.

A equipe médica do Serviço de Fixador Externo (SEFIX) veio sanar todas as minhas dúvidas, a respeito da cirurgia. Expuseram minha perna e a fotografaram de vários ângulos. Além disso, conversaram comigo sobre os aparelhos (fixador externo – FE e um tipo de Ilizarov/semianéis), dando-me uma previsão para o agendamento da cirurgia. O protagonismo que a enfermagem me proporcionou foi crucial à minha iniciação terapêutica. Naquela mesma noite, o médico me informou que em instantes, eu seria encaminhado ao setor de RX.

Sentado numa das cadeiras, esperando ser atendido por algum radiologista, pude conhecer alguns dos que ali estavam. Uma senhora sorridente, um jovem preocupado, uma equipe atordoada. Conversei com o máximo de pessoas possível, ao passo que me despedindo

de algumas, recebia um “Obrigado!” unido a um sorriso como agradecimento. Logo, o dia escurece. Era notável que havia um laço de confiança e cumplicidade entre pacientes e profissionais da enfermagem. Aprendi a gostar da noite, pois além de sentir-me em paz, eu enxergava melhor o brilhante trabalho daqueles(as) ao meu redor, bem como, os resultados que um simples banho no leito, caminhadas e escuta ativa traziam aos pacientes mais dependentes.

Jamais esquecerei de quando uma técnica de enfermagem veio aferir a pressão arterial (PA) do meu colega de quarto, mas logo notou que o braço no qual pôs o manguito possuía limitações. Aquilo quase que constrangeu o paciente, mas sabiamente, ela retirou o aparelho e falou: – “Tudo bem! Tudo bem! Vem cá! Deixa eu pôr nesse outro.”, com um sorriso, enquanto circulava o leito. Aquilo me fascinava! Houve treinamentos/calibrações com os acompanhantes, afim de delimitar e delegar suas atribuições enquanto facilitadores do cuidado. Isso proporcionava uma cumplicidade entre acompanhantes-equipe. Pouco antes da hora do almoço, entra naquele quarto, uma psicóloga que em poucas palavras, me acolheu por dentro. Coisas assim, me tranquilizavam. Até mesmo quando eu via uma zeladora começando seu plantão cantarolando lindas canções.

Fui esclarecido pela enfermagem, a respeito da doação e reserva de sangue, para os que iriam ser cirurgiados. O meu era do tipo raro. Tudo parecia tranquilo, até que separei um momento para ler as cartas que me escreveram, antes que eu partisse. Lendo-as, desembrulhei lembranças e inconscientemente, alimentei uma ansiedade dentro de mim, o que acabou desconstruindo parte da autoconfiança que eu havia adquirido até então. Fui caminhar pelo 6º andar (onde eu estava internado), porém agora, meu olhar não se voltava aos sorrisos. Me entristeci! Lembro-me de escutar falarem algo sobre mim: – “[...] o que mais o deixa assim é que ele não sabia que tanta gente gostava dele.”

Ao receber alta, meu colega de quarto, já na cadeira de rodas, numa tentativa de falar comigo, estende uma de suas mãos para trás e vira-se dizendo: – “O ruim... O ruim é que a gente, querendo ou não, se apega às pessoas daqui, né? Do hospital. Aí acaba se afastando.” Agora vendo um leito vazio, espero por outro(a) paciente que deveria chegar em alguns minutos. Sinto saudades de casa. Da faculdade. De tudo. Aquilo começou a definitivamente, me desconcentrar em querer continuar o tratamento. Nada mais me entusiasmava. Aquele frio do ar-condicionado, a falta do calor do sol durante muito tempo... Não sei bem, tive a sensação de que eu não saberia recompensar o carinho e suporte que muitas pessoas me trouxeram. Minha mãe, por exemplo, se recusava a sair do sexto andar, afirmando que seu papel era sentir tudo o que eu viesse a sentir naquele hospital. Minha irmã só faltava me carregar no colo.

Mas, não! Aquilo era algo individual. Eu sabia que precisava aprender por mim mesmo e digerir tudo aquilo. Muitos tentaram usar de empatia para comigo. Vendo-me naquela situação, um paciente me diz: – “Deus só dá as roupas, conforme o frio que você sente.” Conheci um técnico de enfermagem que dizia querer ser médico ou engenheiro, pois infelizmente, a enfermagem é muito desvalorizada. Eu sabia disso, mas minha mente ainda estava atordoada, devido ao turbilhão de lembranças e saudades. Além do que eu já sentira, preferi, por muitas vezes, suprimir a falta de alguém especial (uma amiga), na tentativa de evitar algum transtorno que, naquelas condições, era improvável de ocorrer. Amei em silêncio!

Mesmo me explicando sobre como as ferramentas eram usadas para perfurar os ossos, durante as cirurgias, eu não me assustava. O que eu queria mesmo, era saber como administrar meus pensamentos, que variavam entre um ortopedista dizendo para me comprarem um colchão, e uma despedida indesejada. Vez por outra, notei algumas enfermeiras e técnicos discretamente me observando, como se estivessem planejando algo. Tempos depois, uma psicóloga e profissionais da enfermagem, um após outro reservaram parte do tempo de suas árduas e corridas rotinas, para me escutarem e me encorajarem. Lembro-me da voz de uma enfermeira falando a meu respeito: – “Deixa ele amar. Ele é jovem. Amar quase sempre machuca, mas é a melhor coisa do mundo. Ame, meu filho! Ame!”. Sim! Aquele planejamento anônimo da enfermagem me fortaleceu.

3.8 Cenário 8 – O Tratamento

Na manhã seguinte, acadêmicas de enfermagem vieram me atender. Olho para elas com rigorosa atenção, enquanto realizavam anotações. Pareciam nervosas, mas me atenderam muito bem. Desde perguntas sobre meu nível de dor, aceitação da dieta, queixas, grau de mobilidade, até a higienização das mãos antes e após aferirem meus SSVV, pude notar a devoção daqueles profissionais de enfermagem, o quanto essa postura determinava positivamente, minha qualidade de vida e dos pacientes ali internos. Um dos médicos residentes que iria me acompanhar, me informa sobre a cirurgia, enquanto marca minha perna, no terço distal da tíbia, com um pequeno “X”. Cuidei para não apagar aquele “X” diferenciador. – “Cirurgia agendada para amanhã, às 09h00!”, declarou aquele residente, dizendo-me que a enfermeira viria me esclarecer sobre os cuidados pré-operatórios necessários.

Em jejum, já na manhã do dia seguinte, tomei banho e me paramentei, seguindo todas as orientações. Uma enfermeira aferiu meus SSVV (todos normais) e notando a preocupação da minha mãe, fala: – “Fica tranquila!”. – “Sabe quem é o cirurgião chefe dele?”. – “Pelo o que

está escrito aqui, é o Dr. X.”, respondeu minha mãe. – “Bom, fiquei sabendo que o cirurgião chefe de seu filho, chama-se Jesus Cristo. Então tenham calma, porquê tudo já deu certo. Daqui a pouco, ele vai estar de volta.”, dizia a enfermeira, enquanto sorria e buscava tranquilizar minha mãe. Eu sabia que até mesmo através da minha fé, aquela equipe buscara estratégias aos planos do cuidado. Fui então direcionado ao andar do centro cirúrgico (CC), pelo maqueiro, o qual me pergunta se tenho algum pertence (– “[...] óculos, relógio, sandálias...? Não pode levar nada.”, ele explica, enquanto me recobre com uma colcha).

Saio dali, escutando de outro colega de quarto: – “Vai dar tudo certo! Fica tranquilo.” Minha mãe dizia: – “Vai lá, meu filho. Vai com Deus.” Estar deitado mais uma vez sobre uma maca em movimento, olhando aquelas luzes passando sobre minha visão, em direção a uma nova cirurgia, me trouxe esperança. A caminho do elevador, pude escutar palavras de ânimo vindas de outros quartos. Eram pessoas as quais eu havia ajudado durante meus primeiros dias de internação. – “Tudo valeu a pena!”, pensei comigo. Até mesmo a controladora do elevador tentou me divertir. Fui levado a um local, que ficava após uma enorme porta do tipo vai e vem.

Lá dentro, enfermeiras(os), anestesistas, cirurgiões(ãs), técnicos, residentes, todos corriam contra o tempo. Viro meu rosto e vejo muitas salas de operação (SOs), todas com uma janela transparente, o que me possibilitou ver grandes focos luminosos ofuscando o interior do ambiente, enquanto um grupo de cirurgiões operava um paciente. Por vezes, consegui escutar o som de martelos, furadeiras, serras. Fascinante! O maqueiro me “estacionou” próximo a um balcão, quando de repente, se aproxima quem deduzo ser uma enfermeira (todos estavam vestidos de azul, dificultando a diferenciação) e simplesmente alinha minha maca. Olhei aquilo e reconheci: – “Nossa! Quanta cautela!” Uma moça muito simpática, tratando a todos como “meu anjo”, “meu amor”, veio colher meus dados (aqueles de rotina), ao passo que, finalizando, põe a ficha numa pasta e deixa-a sobre minha maca, entre minhas pernas.

Do outro lado daquele ambiente (que creio ser a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica – URPA), avistei um senhor sendo monitorizado. Ele não me parecia bem. Usava máscara de Oxigênio (O₂) e estava sendo medicado pela bomba de infusão contínua (BIC). Mesmo longe, enxerguei sua PA e saturação alteradas no monitor. Talvez fosse reflexo de sua agitação. Ele estava sendo o “centro das atenções” da equipe. Uma profissional de saúde então decide lhe oferecer o que julgo ser um ansiolítico (sublingual), mas nada parece resolver. Enquanto isso, eu me tranquilizava, frente a cena de incontáveis profissionais transitando com capotes azuis, próximos a mim. Uma enfermeira (com nome de anjo) põe-se ao pé de mim, lê meu prontuário e apresenta-se como uma das colaboradoras de minha cirurgia, sempre com um

sorriso no rosto e tocando meu pé, como quem esforça-se em demonstrar segurança no profissionalismo.

Ela sim, passou um bom tempo conversando comigo. Pensei: – “Ela está mesmo se interessando pela minha história.” A cada segundo, me senti mais à vontade e as palavras fluíam facilmente. Mal vi o tempo passar. Um dos anestesiistas da equipe, se apresenta para mim e logo retira a máscara, buscando transmitir confiança e melhorar nossa comunicação. Com uma voz branda, me diz que o procedimento será simples e dará certo. Ele também me questiona se aquela seria minha primeira cirurgia, se marcaram minha perna e se eu já havia recebido a raquidiana (pois segundo ele, seria uma das anestésias que usariam). Descobri minha perna e ele pôde ver que aquela não seria minha primeira cirurgia.

Com essas e outras poucas palavras, ele se ausenta, mas logo retorna e diz: – “Vamos?”. – “Mas já?”, questiono. Ele destrava as rodas da maca e me direciona a um corredor ainda mais próximo às SOs. De uma delas sai um médico dizendo: – “Opa! Ainda tem paciente ali dentro.”, enquanto impedia a entrada usando os braços. – “Não, não! Só vim aplicar uma medicação. Ele está muito ansioso.”, afirma o anestesiista. – “Certo! Mas então aguarde aqui fora.” Lembro-me de sentir um desconforto horrível, ao tentarem puncionar minha veia pela segunda vez. Na terceira tentativa, já senti parestesia em ambos os braços. Inconscientemente, eu deveria mesmo estar muito ansioso.

3.9 Cenário 9 – A Cirurgia: Imprevisto

Apesar da tontura e enjoo, me disseram que aquilo não era efeito da medicação. Eu já não conseguia mais me comunicar normalmente. Depois disso, recordo apenas de acordar com o anestesiista me dizendo que a cirurgia havia sido suspensa: – “Precisamos de outro material, sob medida, que agora não temos.” Levaram-me de volta ao meu quarto. Chegando lá, entre flashes de cenas, ouço o maqueiro tentando me transferir para o leito, com ajuda de outra pessoa e um lençol por baixo das minhas costas (que por sinal, estava muito dolorida). Já em repouso, acordado e consciente, minha mãe e minha irmã me contam sobre o médico que, de repente entrou naquele quarto, durante meu transoperatório, perguntando quem seria minha mãe. – “Assustadas, questionamos o motivo. E ele explicou que houve um imprevisto durante a manipulação da sua perna.”, disseram elas.

Segundo o médico, havia uma fratura “escondida”. Seria necessário reavaliar meu caso, com uma equipe especializada, reunindo todos os dados clínicos, afim de ser solicitada a confecção de um aparelho sob medida. Dali por diante, segui sob os cuidados de enfermagem,

que se resumiam a analgesias, cuidados de higiene, mensuração da dor, aferição de SSVV, avaliação das eliminações vesicointestinais e escuta qualificada. Queixava-me de dores nas costas, mais precisamente na lombar, onde haviam vários pontos de perfurações. Um dos médicos residentes me esclareceu que, devido à minha escoliose acentuada, foram necessárias várias tentativas para me anestésiar de fato. Lembrei de ter suspirado fundo, naquela mesa cirúrgica e olhar para todos ali (inclusive um médico segurando meu tornozelo), enquanto um dos profissionais tentava me deitar novamente, exclamando: – “Calma! Calma!”.

Uma semana depois, a equipe médica me traz uma nova proposta: – “Vamos serrar sua tibia ao meio e usar um FE com pinos e dois clamps para fixar as extremidades ósseas seccionadas. Seu tornozelo precisa ser realinhado e faremos isso manualmente, transfixando seu tarso com fios de aço, que estarão encaixados em dois semi-anéis. Tanto o FE como os semi-anéis ficarão unidos. Precisaremos raspar a porção óssea com PCT e você terá duas alternativas, pois precisaremos preencher o espaço sem osso, com algum enxerto. Temos o banco de ossos do INTO. Mas também podemos retirar de sua crista ilíaca. Fica a seu critério.”

Perguntei se isso significava que fariam artrodese. – “Não!”, respondeu um residente, dizendo que havia sim, a possibilidade de haver redução da mobilidade de meu tornozelo, mas que aquele era o que tinham de melhor para o meu caso: – “É o que temos de mais moderno.” Estava mais para um experimento médico, considerando que nunca antes haviam feito uma cirurgia daquela natureza. Seria uma sequência de três operações (alongamento com tração, alinhamento e microcirurgia para auto enxertia óssea). Esse plano cirúrgico que, médicos e enfermeiros traçaram para mim, trouxe-me confiança e agora, com 18 anos de idade, senti-me no dever de questionar sobre os riscos cirúrgicos.

O líder da equipe médica deixou claro: – “Não vou mentir. Há chance do seu osso colar, mas já vimos casos de pacientes que tiveram de usar o FE por tempo indeterminado, sem que houvesse consolidação. Devido à complexidade emanada da minha cirurgia, eu seria o primeiro, numa sequência de dez pacientes, a ser operado na próxima quarta-feira. – “Nós somos seres humanos e também cansamos. Não queremos estar exauridos, quando formos lhe operar. Por isso organizamos as cirurgias por grau de dificuldade e duração.”, explicou o médico X.

3.10 Cenário 10 – A Cirurgia: 2ª Tentativa

Chegando o dia e hora marcados, fui reconduzido ao mesmo ambiente cirúrgico que agora, me era familiar. Eu estava calmo, mesmo sabendo que seria uma cirurgia complexa. Há meio metro da sala de operação (SO), avisto um residente e digo que preciso ir ao banheiro.

Prontamente, uma enfermeira trouxe-me um “papagaio” e cobriu o ambiente onde eu estava. – “Pode ficar à vontade!”, dizia a enfermeira, com várias canetas no bolso e um semblante exausto, porém feliz. Agradei e falei que agora estava pronto para a cirurgia, sendo respondido com um novo sorriso. Olho aquela SO, tudo muito branco, muito equipado, muito frio, muito intenso, significativo para mim. – “Vai dar certo, dessa vez!”, deixo ecoar em minha mente. Ao deitar na mesa cirúrgica, sinto as mãos do anestesista em meus ombros e uma circulante organizando os materiais e ferramentas.

Olho para cima e pelo reflexo dos focos centrais, avisto telas expondo minhas radiografias mais recentes. Sinto a enfermeira tocando minha mão, perguntando qual o meu nome e dizendo que tudo vai ficar bem. Enquanto conversavam sobre minha escolha acadêmica e o significado do meu nome (Deus é Deus), o anestesista explica o que cada medicação causaria em mim, pois eu o havia perguntado. Aos poucos, senti meu corpo adormecer e após aquela máscara inalatória tocar meu rosto, adormeci. Nada mais era sensível para mim. Eu novamente estava sob as mãos de Deus e daqueles profissionais que, por tanto tempo, escolhi observar e estudar. Sim! A cirurgia foi um sucesso! Me acordaram dizendo: – “[...] como se sente?” Não consegui erguer minhas mãos, mas acenei positivamente com a cabeça.

Lembro-me de agora passar um tempo imensurável na URPA, até minha estabilização, quando enfim, retornei ao 6º andar. A dor irradiante nas costas persistia, mas da cintura para baixo, não sentia coisa alguma. Novos flashes, novas vozes de enfermeiras entrando e saindo do meu quarto, me monitorando. Olhei para o lado e as vi recalculando o gotejamento do soro, observando a integridade da minha pele, levantando o cobertor e avaliando os curativos, orientando sobre os cuidados com a elevação da cabeceira, uso de travesseiro, oferta de líquidos e possíveis reações pós-cirúrgicas. – “Sempre que precisar, estaremos aqui ao lado. Podem nos chamar!”, diziam elas. Seres humanos indescritíveis, dignos de reconhecimento e honra.

Desperto da sedação anestésica, me alimentei, conversei com quem estava no quarto comigo e olhei para baixo, quando pude ver aquele fixador e o curativo compressivo (muito sangue). Meu quadril ligeiramente adormecido estava com um curativo oclusivo simples, porém, mais dolorido que minha perna. Técnicos de enfermagem me analisavam minuciosamente (nível de consciência, responsividade, venóclise, presença de diurese, evacuações, aceitação da dieta, queixas em geral, nível de dor, integridade da pele, etc.), além de rotineiramente administrarem analgésicos, protetores gástricos (devido minha condição prévia de gastrite) e anticoagulante (para evitar trombose venosa profunda – TVP).

Muito sangue emanava da ferida operatória (FO) em minha perna. Era preocupante, mas logo, algum enfermeiro me esclarecia que aquela condição era comum, que estavam me monitorando e que em breve, um médico realizaria meu primeiro curativo pós-cirúrgico. Na manhã seguinte, um fisioterapeuta conseguiu me levantar da cama. Caminhei alguns metros dentro do quarto. Foi extremamente doloroso (o sangue escorria pela minha perna e senti a dor pulsante em meu quadril). Busquei me tranquilizar aquela aparentava ser a última intervenção cirúrgica, pela qual eu precisaria me submeter, portanto, procurei me acalmar. As dores e desconfortos foram aumentando e frequentemente solicitei a presença da enfermagem.

Mediante dores intensas, suspiros, gritos reprimidos, inquietações e espasmos musculares, senti na pele, os reflexos do primeiro curativo. Em cada orifício onde estavam os parafusos e fios de aço, em todos as suturas, foi realizada limpeza com fricção e expressão (compressão manual, para evasão de sangue do transoperatório). Minha perna era erguida pelo FE, afim de limpá-lo. Mesmo sob analgesia, ao final do procedimento, eu já não estava em condições de reagir. Preferi me calar por um tempo, até que as dores amenizassem. As visitas de enfermagem continuavam em todos os turnos do dia, me fornecendo suporte, cabendo-lhes agora, a realização dos meus próximos curativos.

A cada sessão de fisioterapia, mais hemorragias, mais dores. Uma enfermeira me auxiliou a encontrar as melhores posições no leito, mesmo com certa limitação de minha parte. Em uma das noites (com insônia), recebi de uma enfermeira, uma luva de procedimentos cheia com água morna, para evitar o surgimento de lesões por pressão (LPP) em meu calcâneo. Recebi banho no leito durante o pós-operatório mediato (POM), sendo encaminhado e auxiliado ao banho de aspersão, quando adquiri mais independência. Certa feita, percebi um enorme hematoma em meu quadril direito. Sob observações e cuidados constantes, notei uma gradativa melhora. Senti minha evolução a cada dia, sendo aplaudido por diversos profissionais que me visitavam, bem como, por familiares e colegas.

Cada pequena conquista, desde conseguir urinar, evacuar, até me levantar sozinho (com ajuda de muletas) e apoiar-me na janela mais próxima, era motivo de persistir em busca da alta hospitalar. Eu queria e precisava me recuperar completamente, para ajudar outras pessoas que estivessem na mesma condição, a lutarem por uma vida melhor. Eu precisava fazer valer a pena!

3.11 Cenário 11 – Intercorrência Quase Morte

Durante quase um mês de internação, vivenciei os momentos mais intensos, enquanto paciente ortopédico. Era gratificante saber que eu havia servido como experimento, para a

criação de uma técnica cirúrgica inovadora e funcional. Curativos feitos pela enfermagem melhoraram significativamente minha cicatrização. Me habituando com o FE, aprendi sobre os cuidados, sempre que eu via algum enfermeiro realizá-los. Aos poucos, médicos se distanciaram, e a assistência tornava-se majoritariamente da enfermagem. Técnicos e enfermeiras me visitavam para conversarmos sobre o dia a dia deles e sobre o meu. Alguns deles(as) conheceram meus sonhos e projetos, enquanto eu conhecia os seus.

Assistindo TV, senti uma irritação no local da venóclise. Chamei um dos técnicos de enfermagem de plantão, o qual decidiu trocar o local da punção. Até então, tudo estava bem, quando de repente, senti tremores, calafrios e sudorese em minhas mãos. – “Está tudo bem?”, perguntou o técnico. – “Sim. Acho que sim.”, respondi, cobrindo minhas mãos com o lençol. Aquilo piorou subitamente e minhas pernas (mesmo a cirurgiada) involuntariamente se debatiam no leito, causando dores cruciantes. Tudo o que eu sabia fazer era segurar firmemente nas grades laterais do leito e olhar para aquele profissional, como um pedido de socorro silencioso. Fiquei hipotérmico e senti minha PA se esvaindo.

A enfermeira de plantão foi chamada, a qual solicitou urgência para comparecimento do clínico geral. Tudo foi muito rápido, quando de presto, realizaram nova punção venosa em meu outro braço, para irrigação e administração de medicação antitérmica (devido a hipertermia). Também me ofertaram macronebulização (MNB), devido abrupta dispneia. Ao chegar, o clínico concordou em manter a conduta adotada pela enfermagem. Compressas frias foram constantemente aplicadas em mim, para alívio da febre. Esse episódio durou cerca de uma hora, configurando momentos agonizantes até que eu viesse me estabilizar novamente. O que me impressiona nisso tudo? A postura serena nos rostos de cada profissional que ali atuou. Ninguém me olhou com pena, medo, receio ou desespero. Eles sabiam o que era aquilo, o que eu estava sentindo e o que poderia ser feito para me ajudar.

Mesmo com minhas funções motoras voluntárias comprometidas, pude manter uma porção da minha razão, durante aquela reação pirogênica, suficiente para observar a sincronia e a harmonia com que trabalhavam, mantendo minha privacidade e a do paciente ao lado. Passado o susto, me explicaram toda a situação e acalmaram minha mãe. Daquele momento em diante, enfermeiras e técnicos passaram a noite em claro comigo, até minha completa melhora. Ficaram surpresos ao verem minha calma naquela situação, mesmo que externamente em choque. – “Sabe o que você teve?”, perguntou-me um dos técnicos, como alguém que sabia do meu fascínio pela saúde. – “Sim, sei! E não é como nos livros. Foi bem pior. Obrigado por terem me ajudado.”

3.12 Cenário 12 – Alta Hospitalar

No dia seguinte, pouco depois do nascer do sol, um dos médicos residentes (com uma prancheta e caneta na mão) me cumprimenta. Ele estava com um olhar ávido, mas tinha algo guardado no bolso daquele jaleco amarrotado. Perguntando sobre como eu me sentia, ele olha para mim e pergunta: – “Quer ir para casa hoje?” Surpreso, sem compreender como eu poderia sair de um hospital, após um episódio de quase morte, digo que sim. – “Mas o senhor soube o que aconteceu ontem comigo?” – “O pessoal da enfermagem me contou e estou vendo aqui em seu prontuário que, apesar do susto, você está bem melhor. E me permita lhe dizer que ficando aqui, com esses ferros em sua perna, o risco de você adquirir uma infecção é bem maior do que se você estiver em sua casa, realizando a troca correta dos curativos.”

Ele guarda a caneta e tira do bolso, uma chave prateada de uns quinze centímetros, em formato de “L” e diz: – “Olhe! Preste bastante atenção no que vou fazer.” Fixou uma extremidade da chave, numa fenda superior daquele FE, girando $\frac{1}{4}$ de volta, no sentido anti-horário. Aquilo não me gerou dor, mas admito, pensei que uma das peças iria cair naquele exato momento. – “Você deverá repetir esse movimento todos os dias, a cada seis horas. Recomendo que ponha o despertador em seu celular, pois em hipótese alguma, você poderá esquecer de realizar esse procedimento, se quiser alongar sua tibia.” Aquilo era espetacular! Direta ou indiretamente, eu já participava de todos os cuidados, mas agora, eu seria literalmente, o protagonista da trama.

Quero dizer, o esforço que fiz enquanto criança, de tentar “concertar” minha perna com as próprias mãos, agora seria possível. Em seguida, aquele médico se despede e segue a visitar outros pacientes. Em poucos minutos, entra uma enfermeira, para refazer meu curativo, o último a ser realizado pelas mãos daqueles excelentes profissionais. Seria eu, o responsável por trocar os demais curativos e fazer a limpeza do aparelho. A cada atadura retirada, meu olhos fitavam nos movimentos das mãos daquela enfermeira, que me olhava sorridente. Devia estar pensando: – “Preciso fazer o melhor curativo de toda minha vida, pois ele realmente parece estar querendo me copiar. Os próximos serão reflexos deste.”

Realmente parecia uma despedida programada. Um fisioterapeuta me entrega o par de muletas cedidas pelo hospital, listando algumas instruções a respeito das caminhadas diárias, que eu deveria praticar dali em diante: – “Nada de moleza! Ok? Sei que dói, mas é sinal de que está vivo.” Aproximando-se da hora marcada para minha saída, um maqueiro traz uma cadeira de rodas em minha direção. Facilmente ponho-me de pé e com auxílio, vou até a cadeira. Me despeço do máximo de amigos(as) possível, desejando-lhes uma ótima recuperação e

agradecendo por todo o apoio. Puseram-me numa ambulância. As passagens aéreas para retorno foram compradas. Eu voltaria dentro de 30 dias, caso não houvessem intercorrências.

Fui muito bem recebido pelos(as) comissários(as) de bordo, que me mostraram os assentos especialmente reservados para mim. As turbulências não ajudavam. Chegando ao destino, fui recebido pela minha família e voltei à minha residência. Lá, me habituei com as novas rotinas, um tanto dolorosas, mas necessárias à minha reabilitação. Com alguns dias, eu consegui caminhar sozinho, usando muletas. Até meus vizinhos saiam às calçadas, ou se apoiavam nas janelas a me observar, quando eu despertava pela manhã, para caminhar. Se numa metrópole, eu era a revolução da medicina ortopédica, imaginem numa cidadezinha do interior. Algumas pessoas me olhavam com uma fisionomia do tipo: – “Minha nossa! Isso deve doer demais.” Já outras, se aproximavam para tocar no fixador e ver se aquilo era verdadeiro.

O despertador toca! – “E agora? Você vai girar esse parafuso?”, perguntavam espantados. Em alguns momentos, girando aquele $\frac{1}{4}$ de volta, senti e ouvi meu osso estralando, mas sempre me lembrei de observar as características da minha pele, pois eu sabia que se algo acontecesse por dentro, o exterior responderia de alguma forma. Tudo sucedeu conforme o esperado. Os pontos de sutura foram retirados por uma das minhas irmãs (uma excelente técnica de enfermagem), conforme orientaram fazer.

3.13 Cenário 13 – A Infecção

Retornamos ao hospital. Fui encaminhado ao RX, sob solicitação médica. Reencontrei colegas enfermeiras e técnicos que me assistiram durante minha internação. Agora, eles usavam-me como exemplo para pacientes que estavam receosos pelo tratamento. Pude encorajá-los e aquilo me dava completude, o desejo de me tornar um profissional humano, que soubesse falar com propriedade: – “Sei o que é passar por isso. Posso lhe ajudar a suportar essas dores.” Entrando no consultório, os médicos olhavam minhas radiografias, como se elas fossem a oitava maravilha do mundo. Bom, para mim, era como estar usando o tênis do ano, mas meu intuito era saber se realizei corretamente a tração, pois segundo os médicos, ela serviria para distanciar as duas extremidades da minha tíbia que foi serrada ao meio.

Aquele espaço que ficasse sem osso, requereria do meu organismo, direcionamento de cálcio para mineralização da matriz óssea (uma ponte formada por um osso novinho em folha), proporcionando assim, o alongamento. Não demorou muito, até o médico X parabenizar-me pelo curativo feito, bem como, o alongamento alcançado, além de me alertar sobre o ritmo que eu deveria manter, para atingir o resultado esperado. Recebi novas documentações para retornar

após outros trinta dias. Mas algo diferente e inesperado aconteceu. À caminho de casa, uma dor lancinante e hiperemia tomaram conta dos orifício cirúrgico em minha perna.

Na mesma hora, notei uma vermelhidão na extremidade dos dedos e no dorso (peito) do pé. Senti meu tornozelo inchando a cada minuto passado. – “Infecção!”, pensei eu. – “Mas como? Eu não toquei em coisa alguma, cobri corretamente e tomei todos os cuidados assépticos necessários para isso não acontecer.” Mesmo com anti-inflamatórios e analgésicos SOS (usados em casos de intercorrências, como essa), a dor não diminuía, pelo contrário, agora eu já conseguia visualizar a saída de uma secreção piosanguinolenta, além de febre local.

Voltamos ao hospital, mas devido ao trânsito, demoramos para chegar. Meus SSVV já estavam descontrolados. Senti febre, sonolência, palpitações, dores tão fortes que me causavam náuseas. Rapidamente, fui avaliado pela enfermagem da triagem e encaminhado à internação. Uma semana se passou, até que descobrissem a bactéria causadora daquele quadro infeccioso. Não descobrimos como adquiri a infecção. Por pouco, não me levam ao CC, para realização de biópsia. Recebi alta hospitalar, mas consciente dos possíveis fatores danosos à minha recuperação, afinal, como disseram os enfermeiros naquele dia: “[...] isso está em contato direto com seu osso, além de estar exposto ao ambiente externo.”

3.14 Cenário 14 – O Retorno: Nova Cirurgia

Os médicos garantiram que o próximo retorno seria para retirada dos aparelhos. Um deles até chegou a me dizer: – “Ótimo! Mas, calma! Não alongue mais, pois você corre o risco de adquirir uma fratura, ou ficar dependente desse fixador. Já conseguimos mais de nove centímetros, enquanto esperávamos muito menos que isso. É um milagre sua tíbia resistir até aqui, depois de tanto tempo fragilizada.” Chegado o dia da nova cirurgia, eu já não entrava naquele hospital como um paciente que gostava de escrever sobre tudo, mas como um amigo, um curioso conhecido e acolhido. Novas anamneses de enfermagem foram realizadas, além de avaliações e exames médicos e laboratoriais (todas as ações eram banhadas por altruísmo e reciprocidade), para no fim, mensurarem o risco cirúrgico (que não costumava ser alto).

Dentro de uma semana, fui cirurgiado (em menos de uma hora), recebi os cuidados de enfermagem e alta hospitalar, sem quaisquer intercorrências, sendo instruído a ter cautela com os últimos curativos a realizar, além dos calçados que eu fosse usar, locais em que eu resolvesse caminhar e principalmente, com o grau de impacto que eu impusesse sobre o membro operado.

3.15 Cenário 15 – Sob Revisões

De volta à minha casa, segui com mais rigor, as instruções que recebi da equipe. Dezesete meses de puro empenho em manter as técnicas corretas, exercícios de resistência e equilíbrio. Com muito esforço e incentivo, larguei as muletas e caminhei por mim mesmo. Nesse período de revisões médicas periódicas, reorganizei minha vida que dantes tivera de frear. Quanto à faculdade, precisei trancar por três vezes, mas pude finalizar as disciplinas teóricas, na modalidade remota, após acordo com coordenadoria e comprovações médicas de que eu estava passando por um processo cirúrgico complexo, necessitando evitar riscos de infecções e quaisquer atritos no local operado.

Reencontrei amigos e amigas dos quais houvera me despedido. Eles haviam mudado, para melhor, mas de alguma forma, senti que eu não mais conseguiria acompanhá-los. Senti-me como um viajante que perdeu o trem. Esse talvez fosse o preço para obter a vitória que tanto almejei, durante quase anos, minha cura. Hoje eles(as) já se formaram e muito me orgulho disso. Ainda nos vejo trabalhando num mesmo hospital, almoçando na mesma mesa de refeitório. Conheci novas pessoas, turmas e docentes. Aprendi a desfrutar momentos que surgiam dia após dia, bons ou ruins, árduos ou suportáveis, serviram para meu crescimento. Como dizia um velho amigo: – “Deus só dá as roupas, conforme o frio que você sente.” Foram mais de vinte descolagens e pousos, nos quais, cada turbina deixava um rastro de história nas nuvens.

Continuo sob acompanhamento médico, anualmente. Hoje posso afirmar que combati o bom combate, guardo a fé, porém, ainda não acabei minha carreira. Sinto que esse tempo em que utilizo minha experiência de vida, para cooperar com outras pessoas, corresponda ao tempo em que Deus está virando a página, para tornar a escrever uma nova história.

4 DISCUSSÃO

A vida de um paciente é a vida de outro alguém

Por meio da perspectiva interpretativa, observa-se a notória influência positiva da enfermagem humanizada, sobre a recuperação integral de pacientes ortopédicos, principalmente àqueles com PCT. Aspecto este refletido pelo discurso do autor: “[...] me sentia alguém que não havia sido abandonado naquele hospital, depois de ter saído de uma sala fria de cirurgia. Era acolhedor!”. Considera-se, portanto, que cirurgias ortopédicas invasivas, são capazes de gerar nos pacientes, duas possíveis reações emocionais divergentes: a recusa ou a total devoção ao tratamento e aos cuidados de enfermagem previamente sistematizados.

Os compromissos do enfermeiro, nesse sentido, não se resumem à manutenção da homeostase do paciente durante o perioperatório, mas sim, ter olhar crítico e apurado para identificar precocemente nos clientes, quaisquer riscos ou complicações, sejam físicas ou subjetivas. A enfermagem, portanto, configura-se uma engrenagem indispensável às dinâmicas do cuidado, em harmonia com demais equipes de saúde. Concernente à humanização, ela surge a partir do momento em que o Ser se apropria da prática do cuidado, tendo como foco, outro Ser. Ou seja, através do compromisso e responsabilidade, o cuidado humaniza aquele indivíduo que busca interessar-se e demonstrar respeito pela essência particular de outro(s) indivíduo(os) (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005; WALDOW, 2011).

Dentre os comportamentos que refletem o cuidado propriamente dito, conforme definido acima, podem ser listados: o respeito, a preocupação, a confiança, a compaixão e a solicitude. Segundo Waldow (2011, p. 831), “[...] todos os seres são capazes de desenvolver esses comportamentos e atitudes, desde que sensibilizados e que se acione a consciência de cuidado.”

No transcorrer da narrativa, é possível construir uma ideia ampla, porém deduzível, a respeito do que realmente sentiu o autor. Isso é justificado pelo fato de tratar-se de uma personalidade humana, uma criança com toda sua jovialidade que tão precocemente, teve de permitir seu próprio amadurecimento, em meio a uma crítica condição de saúde-doença mal conduzida por parte de alguns médicos. Inicialmente, no Cenário 1 é facultada a ideia de arrependimento por parte do autor, aliada a lembranças e marcas psíquicas geradas pelo acidente. Denota-se a dependência do narrador (enquanto criança), em relação aos seus pais, fato que parece intimá-lo a não se abster do protagonismo em primeiro momento.

Por conseguinte, a narrativa debruça-se sobre o fato de o caso ter ocorrido numa época, em que a voz das crianças era posta em segundo plano, no que tange às decisões médicas a

serem tomadas. Entrelinhas, o narrador demonstra a necessidade da presença de enfermeiros nas consultas clínicas iniciais em traumatologia e ortopedia (visto que estes olham para o paciente/ser humano e não apenas para a doença), sugerindo que isso poderia ter evitado seu desgaste vivido na infância. Por fim, é notória a recorrência de um pensamento reprimido, resultante de equivocados diagnósticos e recomendações médicas, de caráter indiscutivelmente desumano. Ao passo que o autor percebe a gravidade da situação, juntamente com a pressão psicológica em ambiente escolar, grita inconsciente: "Estou perdendo minha infância. Ela está indo embora. Me ajudem!".

Enfim, mesmo que embaçada pela dor, surge uma esperança, um desejo pelo ingresso na área da saúde, despertado a partir do momento em que o narrador recebe o diagnóstico médico preciso da PCT, o fazendo enxergar um acesso para ser atuante do próprio tratamento, pois agora, consegue gradativamente compreender, sua condição clínica. O fato de ter encarado um dos médicos, demonstra um real amadurecimento precoce da personalidade do autor, o ajudando a criar autoconfiança e resistência aos fatores que facilmente agravavam sua saúde física e mental. Considerando que o narrador se encontrava como um personagem detentor de raciocínio crítico, sua consideração e inferências sobre a enfermagem, desde seu primeiro contato com a mesma, é verdadeiro e real. Ele sentia-se acolhido e compreendido, desde então.

Finalmente, após favorável adaptação à sua nova rotina, o autor conscientiza-se que primeiramente, precisaria curar-se, para futuramente poder curar a outrem. A partir dessa ideia, intrinsecamente, demonstra sua aptidão pela essência do cuidado, bem como, sua disposição em viver cada etapa de seu tratamento. Ao ingressar na faculdade de enfermagem, o autor mostra que transcendeu sua resistência, a um nível baseado apenas em sua força de vontade. Agora, ao receber a notícia sobre sua viagem ao Rio de Janeiro, o autor considera os impactos que o distanciamento indesejado lhe traria. A natureza do cuidado, nesta etapa, estava associada à estima recíproca que existia entre o autor, docentes e discentes, o que quase o desestabilizou mediante uma aparente crise existencial.

Por conseguinte, o 5º Cenário expõe a importância dada pelo autor à sua maioria, pois decidiu pôr-se como ser empático aos demais pacientes e profissionais, como forma de aprender cada vez mais como exercer a humanidade enquanto futuro enfermeiro. No início do 6º Cenário, o estudante coloca sua fé como fator determinante à sua recuperação, nisto apoia-se o fato de que o processo de acolhimento naquele hospital, inicialmente não foi promovido por alguém da equipe de saúde, mas pelas palavras de conforto vindas de um “desconhecido” (segundo caracteriza o narrador). Isso só traz à discussão, o fato de que o cuidado pode ser

exercido por qualquer pessoa, sendo necessário apenas que essa pessoa se sensibilize e ative seu senso de cuidado, lembrando-se que precisamos ser cuidados de forma integral e o mais amplamente possível.

A atenção humanizada, daqui por diante, seria ampliada pelo o olhar clínico e subjetivo da enfermagem. A comparar um saguão de um hospital a uma fileira de poltronas dentro de um avião, é possível ouvir o narrador afirmando que diariamente, estamos nos omitindo a sermos humanos, esperando que um problema nos ensine a valorizar nossa vida e as vidas ao nosso redor. Utilizando frases do tipo: – “Se isso não for uma demonstração de humanidade, não sei o que vem a ser”, o autor admite sua satisfação pela qualificada atenção da equipe de enfermagem. O uso da escala EVA também recebeu destaque na narrativa, pois seria esta ferramenta, sua maior aliada durante seu tratamento doloroso. Isso evidencia a enorme atenção que devemos investir, enquanto enfermeiros, às maiores queixas do cliente, afim de conquistarmos sua confiança e alcançarmos melhores prognósticos.

Tanto o conhecimento técnico-científico, quanto a harmonia são atuantes nos cuidados da enfermagem. Segundo o autor, sua mãe chegou a receber um cobertor que era do próprio técnico de enfermagem, em uma noite de muito frio. A efetividade dos cuidados integrais prestados pela enfermagem, refletia na redução do prazo de internação de alguns pacientes. Entende-se, portanto, que assistindo humanamente um paciente, somos observados por outros pacientes, os quais saberão com quem irão lidar, antes mesmo de chegarmos a eles. O autor pontua a significância da interação entre as equipes de saúde, sendo isso o ponto de partida para seu protagonismo, sentindo-se confortável em expor suas necessidades. Foi mediante registro e solicitação da enfermagem, que o paciente pôde receber a visita da equipe médica, para sanar todas as suas dúvidas a respeito da cirurgia.

O ato de ser informado sobre o tratamento, também proporcionou tranquilidade ao paciente, mesmo durante os momentos de sua transferência ao CC. A oportunidade aberta ao autor, em familiarizar-se com demais pessoas ali internadas, serviram sinergicamente, como fatores motivadores e cooperativos à sua recuperação. Nesse sentido, a enfermagem é a mediadora dessa interação entre os pacientes.

A inesperada instabilidade emocional e psicológica apresentada pelo paciente, minutos antes de sua primeira cirurgia no INTO, demonstra a necessidade do preparo ainda maior pelos profissionais da enfermagem, por serem os que mais acompanham o paciente integralmente, em detectar possíveis estressores externos que possam atrapalhar a quietude dos pacientes cirúrgicos, por exemplo, utilizando biombos para evitar que observem pacientes críticos.

Também vale salientar a importância de escolher o grau da linguagem técnica a ser usada, de acordo com o nível de entendimento do cliente, como forma de firmar um nível de confiança e compreensão entre paciente-profissional-acompanhante, mesmo após situações traumáticas (a exemplo da intercorrência intra-operatória vivenciada pelo autor).

Algumas falas do autor, como: “– Pode ficar à vontade”, dizia a enfermeira [...]”; “– [...] ao mesmo tempo que vejo a enfermeira e circulante organizando os materiais e ferramentas.”; “– Sinto a enfermeira tocando em minha mão, perguntando qual o meu nome e dizendo que tudo vai ficar bem.”, salienta a necessidade do profissional de enfermagem utilizar-se da humanização unida à postura técnico-científica, sendo capaz de identificar e intervir precocemente, em intercorrências, proporcionando ao cliente, conforto e segurança.

Outro papel determinante da enfermagem na reabilitação desses pacientes ortopédicos, é sobre o controle da dor, principalmente durante os curativos, visto que eles costumam ser agonizantes ao cliente, podendo assim, alterar somaticamente seus parâmetros vitais, como frequência cardíaca, pulso, padrões respiratórios, pressão arterial e temperatura, além do trauma emocional. A experiência trazida pelo seu primeiro curativo, levou o autor ao esgotamento físico: – “Preferi me calar por um tempo, até que as dores amenizassem.” Todos possuem limites, cabendo aos profissionais da saúde, respeitar e escutar o silêncio do paciente, até que ele sintasse-se apto a prosseguir.

No 10º Cenário, o narrador nos alerta que o incentivo e elogio recebidos pela enfermagem, durante suas pequenas conquistas (como levantar-se do leito) o animaram a lutar pela alta hospitalar. Precisamos ser empáticos a ponto de sentir o significado de cada triunfo alcançado pelos pacientes. No decorrer do Cenário 11, o autor alega ter sentido o que seria uma reação pirogênica. A destreza com que tal quadro foi revertido, denota a necessidade do preparo de técnicos e enfermeiros, saberem lidar em situações dessa natureza, a qual, se não tratada de imediato, pode ser fatal.

A solicitude da equipe de enfermagem, após o ocorrido, em prestar os devidos esclarecimentos, mantendo-se presente em todos os momentos, até que o paciente obtivesse uma melhora significativa, nos mostra como devemos manter a constância da assistência. Como produto dessa conduta, o autor relata que na manhã seguinte, recebeu alta hospitalar, sendo instruído a respeito dos cuidados que deveria tomar em domicílio. A partir de então, a intenção do autor resume-se em chamar atenção ao seu total protagonismo, deixando claro que a enfermagem deve alimentar um dinamismo comunicativo entre cada profissional, otimizando assim, os resultados do plano terapêutico traçado, afim de antecipar altas hospitalares,

otimizando a qualidade de vida do paciente a curto e/ou longo prazo, preparando-o para a alta e autocuidado.

A presença do maqueiro em certos momentos da narrativa, desataca a ideia de que cada funcionário atuante no fluxo perioperatório é essencial à rotatividade da atenção. O apoio familiar descrito pelo narrador, nos deixa claro que cabe também ao enfermeiro, criar um vínculo com o(a) acompanhante dos pacientes ortopédicos, afim de que, mesmo à distância, as instruções repassadas em ambiente hospitalar, sejam reproduzidas em domicílio, após alta do paciente. O Cenário 15 é o palco para o reencontro do autor com pessoas as quais ele ama. Essa perspectiva, também se debruça sobre a responsabilidade do enfermeiro, em mapear fatores psicológicos do paciente ortopédico, que possam reger sua saúde como um todo.

É sabido que aquilo que alimentamos em nossa mente, a depender da intensidade, estampam nosso corpo, sejam com manchas ou sorrisos. Considerando os cuidados que o autor recebeu da enfermagem, percebemos que ele alcança (nos últimos estágios de seu tratamento) uma postura mais sólida, frente aos entraves emocionais que o instabilizavam. Como justificativa, temos a seguinte explanação: – “Aprendi a desfrutar dos momentos que surgiam dia após dia, fossem eles bons ou ruins, árdusos ou suportáveis. Serviram para meu crescimento.” A esperança do autor torna-se notória. Na contramão do que sentia, a afeição do autor, frente ao ambiente hospitalar evidencia o quão importante é evitarmos, enquanto enfermeiros, o modelo hospitalocêntrico mecanicista durante nossos cuidados, a favor da evidenciação da humanização e individualização.

A enfermagem é felicitada, por ser a profissão que mais se adequa e destaca essa característica (o cuidado humanizado), mediante uma assistência integral e educação continuada, cabendo ao profissional enfermeiro buscar seu auto aperfeiçoamento, capacitação e treinamento da equipe de enfermagem, afim de otimizar ainda mais a assistência prestada. Um ser humano determinado a fazer a diferença em todas as áreas de sua vida (não somente no setor saúde). Esse foi e sempre será o resultado de uma boa assistência de enfermagem, que trabalhe em harmonia com demais equipes de saúde, em prol de um bem comum, a vida de um ser que tornar-se-á humano.

5 CONCLUSÃO

Considerando que teve-se como objetivo, relatar a experiência de um acadêmico de enfermagem, como paciente, no tratamento de pseudoartrose congênita de tíbia, podemos então concluir que, os cuidados perioperatórios prestados pela enfermagem são fundamentais ao favorável prognóstico de pacientes cirúrgicos ortopédicos com PCT, proporcionando-lhes a diminuição de seu tempo de internação, redução de suas dores físicas e subjetivas, seu protagonismo nos cuidados, incentivando-os à reinserção social com autonomia e autoconfiança. Nota-se que, cuidando de um paciente, na verdade, o enfermeiro estará lidando com outras dezenas, centenas ou até milhares de vidas, as quais têm alguma relação de afeto com àquele paciente ortopédico.

O simples ato de informar o paciente, durante as visitas de enfermagem, dando-lhe espaço em expor seus receios e anseios relacionados à sua condição clínica, evita uma posterior instabilidade de seu estado emocional e físico, favorecendo assim, a dinâmica dos cuidados a serem prestados, além de uma positiva recuperação por parte do paciente. Sabe-se que cirurgias ortopédicas são procedimentos extremamente complexos, visto o alto risco de contaminação que pode dela decorrer, até mesmo, no pós-operatório imediato (POI) e/ou tardio (POT). Fato este que causa certo temor nos pacientes, os quais, por vezes desinformados, acabam por desistir da cirurgia, desenvolvendo assim, uma piora em seu quadro clínico, comprometendo sua qualidade de vida como um todo.

Considerando pacientes de diferentes idades, é notório que cada um reagirá de forma diferente aos cuidados intra-hospitalares, principalmente, devido ao fato de estarem numa mesa de cirurgia, onde conseguem escutar barulhos de ferramentas grosseiras como “martelos” e “furadeiras”, sendo usadas em outras salas de operações. Tendo isto em pauta, vê-se a relevância da atuação direta e continuada, do profissional de enfermagem, na prestação de apoio bio-psico-sócio-espiritual a estes pacientes com fratura de tíbia, dando-lhes o poder de atuação conjunta nos cuidados em saúde, como forma de alcançarem a dádiva de incluírem-se novamente em sociedade, como indivíduos atuantes e não discriminados ou marginalizados.

Como proposta e estímulo a uma progressiva melhoria da enfermagem, torna-se urgente a contínua capacitação de profissionais da enfermagem para atuarem em serviços de atenção primária a pacientes ortotraumatizados, juntamente com o corpo médico e demais profissionais, elevando as chances de recuperação precoce desses pacientes, a níveis altamente favoráveis, evitando-lhes assim, transtornos psicológicos e sociais, além de complicações clínicas cumulativas a longo prazo.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 427-434, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de; LLERENA JR., Juan Clinton. A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 555-569, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2021.

COSTA, Flávia Souza. **Produção científica de enfermagem sobre fraturas**: revisão bibliográfica dos últimos 10 anos no Brasil, de periódicos de enfermagem. 2014. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) Centro de Ciências da Saúde, Santo Antonio de Jesus (BA), 2014. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1297/1/FL%20C3%81VIA%20SOUZA%20COSTA.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2021.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013. Acesso em: 22 maio 2021.

DAMASCENO, Nauristela Ferreira Paniago *et al.* A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 133-140, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100133&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2021.

FERREIRA, Elaine; BORGES, Henriana Veloso; FIGUEIREDO, Marcela de Souza Dias. **Visita pré-operatória**: um instrumento para o cuidar do enfermeiro de centro cirúrgico. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119115/249414.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 mar. 2021.

FRAGOSO, Diene Almeida Rufino; SOARES, Enedina. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1092>. Acesso em: 12 abr. 2021.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. 16ª ed. São Paulo, SP: EPU - Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 2005. ISBN: 85-12-12190-4. Disponível em: http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/Livro_-_Processo_de_Enfermagem_-_Wanda_Horta_1_.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

MEDINA, Thiago *et al.* Pseudoartrose em fêmur após politrauma com fratura exposta e infecção: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 8, n. 12, p. 803-806, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/4704>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MEIRELLES, Alexandre Vasconcelos. **Estudo randomizado comparativo da enxertia autóloga de células da medula óssea para consolidação da pseudoartrose da tíbia em relação aos tratamentos convencionais**. 2019. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) – Instituto de Química, Universidade Estadual Paulista, Araraquara 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/181977>. Acesso em: 13 abr. 2021.

OLIVEIRA, Marcos Renato de *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1625-1631, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000601547&script=sci_arttext&tlng=pt#B7. Acesso em: 1 abr. 2021.

PINTO, Anaísa Cristina *et al.* Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. **Pro-Posições**, Campinas, v. 28, supl. 1, p. 88-110, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072017000400088&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 mar. 2021.

REIS, Fernando Baldy dos; NETO, José Soares Hungria; PIRES, Robinson Esteves Santos. Pseudartrose. **Revista Brasileira de Ortopedia – RBO**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 79-88, 2005. Disponível em: <https://www.rbo.org.br/detalhes/28/pt-BR/pseudartrose>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SANTOS, Evelyn Alves; DOMINGUES, Aline Natália; EDUARDO, Aline Helena Appoloni. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 75-88, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100075&lang=es. Acesso em: 9 abr. 2021.

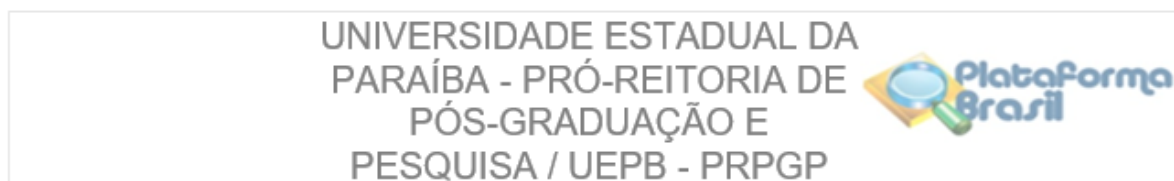
SANTOS, Milaine Amanda da Silva *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 11, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648>. Acesso em: 1 abr. 2021.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 abr. 2021.

WALDOW, Vera Regina. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 825-833, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400024&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM, COMO PACIENTE, NO TRATAMENTO DE PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DE TÍBIA

Pesquisador: Eloide Andre Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45581621.4.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.687.182

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de experiência (relato de caso) vivenciada por um estudante universitário enquanto paciente, no tratamento ortopédico para correção de uma patologia congênita denominada Pseudoartrose Congênita de Tíbia (PCT), em um hospital federal na cidade do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a natureza da assistência de enfermagem prestada ao longo do tratamento para um paciente com Pseudoartrose Congênita de Tíbia (PCT) em um paciente atendido em hospital federal na cidade do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta risco mínimo, de possível vazamento de dados do paciente. Não há relato sobre a utilização do TCLE, ou justificativa da impossibilidade de obtenção. Os benefícios esperados podem superar possíveis riscos, uma vez que os estudos desta natureza podem contribuir para melhorar a assistência a pacientes Pseudoartrose Congênita de Tíbia (PCT).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, uma vez que o estudo de relato de experiência apontam importantes questões a serem aprofundadas em estudos posteriores.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.687.182

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: não se aplica.

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexado

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

Justificativa para ausência de TCLE: anexado

Recomendações:

O projeto é relevante, apresenta importância acadêmica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatórios e está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1736751.pdf	30/04/2021 11:53:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Dispensa_TCLE.pdf	30/04/2021 11:53:24	Eloide Andre Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	28/04/2021 16:53:38	Eloide Andre Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_Pesquisador.pdf	28/04/2021 16:53:07	Eloide Andre Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/04/2021 09:49:39	Eloide Andre Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_relato_de_caso.pdf	15/04/2021 09:46:15	Eloide Andre Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.687.182

CAMPINA GRANDE, 03 de Maio de 2021

Assinado por:
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))