

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA E O ESTRESSE DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIAS

Camilla Volpato Broering*
Maria Aparecida Crepaldi#

RESUMO. Este artigo tem por objetivo apresentar uma pesquisa que avaliou os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica sobre o estresse de crianças submetidas a cirurgias eletivas em que foram utilizados dois programas distintos de preparação. A pesquisa foi realizada com 30 participantes, divididos em dois grupos, usuários de um hospital infantil, e nela utilizou-se a Escala de Estresse Infantil (ESI). A pesquisa compreendeu três etapas distintas: a) aplicação da ESI antes da preparação, no dia anterior à cirurgia; b) a preparação propriamente dita, sendo ambos os grupos submetidos aos diferentes programas de preparação; e c) a reaplicação da ESI, depois da preparação. Os resultados mostraram que há significativa redução do nível de estresse depois da preparação, embora não tenha havido diferença significativa quanto ao tipo de programa utilizado. Há implicações práticas no atendimento psicológico das crianças em situação pré-cirúrgica e limitações a serem consideradas quando se pesquisa esta área da psicologia pediátrica.

Palavras-chave: Preparação psicológica; estresse pré-cirúrgico; cirurgia na infância.

PSYCHOLOGICAL PREPARATION AND STRESS OF CHILDREN UNDERGOING SURGERY

ABSTRACT. This paper aims to present a study that assessed the effects of psychological preparation on pre-surgical stress in children undergoing elective surgery, using two separate programs of preparation. The research was conducted with 30 participants, divided into two groups, users of a children's hospital and it used the Child Stress Scale (ESI). There were three distinct stages: a) Implementation of ESI before preparation, the day before the surgery, b) the preparation itself, in both groups submitted to different programs of preparation, and c) a reapplication of ESI, after preparation. The results showed that significant reduction in the level of stress after preparation, although there was no significant difference on the type of program used. There are practical implications for the psychological attendance of children in pre-surgical situation and limitations to consider when researching this area of pediatric psychology.

Key words: Psychological preparation; pre-surgical stress; surgery in childhood.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA Y EL ESTRÉS DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA

RESUMEN. Este artículo tiene como objetivo presentar un estudio que evaluó los efectos de la preparación psicológica pre-quirúrgica sobre el estrés en niños sometidos a cirugía electiva, con dos programas de preparación. La investigación se llevó a cabo con 30 participantes, divididos en dos grupos, los usuarios de un hospital de niños y se utiliza la Escala de Estrés infantil (ESI). Hubo tres fases distintas: a) Aplicación de ESI antes de la preparación, el día antes de la cirugía, b) la preparación en sí, en ambos grupos presentaron a diferentes programas de preparación, y c) una reaplicación de ESI, después de la preparación. Los resultados mostraron que la reducción significativa en el nivel de estrés después de la preparación, aunque no hubo diferencias significativas en el tipo de programa utilizado. Hay implicaciones prácticas para la situación psicológica de los niños en pre-quirúrgicos y las limitaciones a considerar en la investigación de esta área de la psicología pediátrica..

Palabras-clave: Preparación psicológica; el estrés pre-quirúrgica; y la cirugía en la infancia.

* Doutoranda em Psicologia da Saúde, Processos Psicossociais e Des pelo UFSC, Brasil (2008). Psicóloga clínica, Brasil.

Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil. (1995). Professora Associada II da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Autores clássicos da psicologia pediátrica como Melamed e Siegel (1975), Moix (1996) e Drotar (2002) já reconheciam a importância de preparar as crianças para todo tipo de procedimento médico, inclusive atos cirúrgicos, como forma de amenizar o estresse existente na situação de hospitalização, e porventura, de cirurgia.

Em várias áreas das ciências humanas que têm contato com crianças em via de serem submetidas a procedimentos desta natureza é consenso que algum tipo de intervenção se faz necessário (Crepaldi & Hackarth, 2002; Trinca, 2003; Salmon, 2006; Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008).

Em sua maioria, os trabalhos recentes (Salmon, 2006; Blount, Lindsey, Cohen, & Cheng, 2006; Uman et al., 2008) que fazem revisões teóricas sobre o tema ou apresentam técnicas importantes de preparação (Le Roy et al., 2003; Duff, 2003) referem-se aos procedimentos médicos em geral e excluem ou não citam as cirurgias. Alegam a dificuldade de obter, após o ato cirúrgico, medida de eficácia que seja objetiva, por causa da influência da sedação sobre o comportamento da criança no pós-cirúrgico, além da preocupação com a eficácia dos procedimentos, que nem sempre é bem avaliada nos estudos realizados (Drotar, 2002).

O ESTRESSE DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Lipp e Malagris (1998, p. 279) definem estresse como “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz”. A resposta do estresse deve ser entendida como um processo, e não como uma reação estanque e independente, pois no momento em que ela se inicia instala-se um longo processo bioquímico.

As cirurgias se enquadram na categoria de estressores psicossociais (Lipp & Malagris, 1998), visto que a interpretação, a necessidade e a importância que cada um lhes atribuirá estão na dependência de fatores pessoais, como conhecer ou não o procedimento e a história de sucessos ou fracassos de cirurgias anteriores. Segundo Lipp e Lucarelli (2005), o estresse infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias consequências no caso de ser excessivo. A reação da criança a eventos que exijam adaptação inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas.

Já nas décadas de 1960 e 1970 estudavam-se os benefícios da preparação de crianças para cirurgia e demais procedimentos invasivos, como também a importância da participação dos pais na hospitalização para o combate ao estresse e às consequências nocivas da internação, pois essa participação também se traduz em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento (Crepaldi & Hackarth, 2002). Segundo Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), tanto a preparação psicológica pré-cirúrgica da criança e com a dos pais são igualmente importantes, pois lhes possibilita certo grau de controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa, já que em geral esta é sentida e percebida como um momento de vulnerabilidade e risco.

Para tentar obter controle sobre a ansiedade e o medo, o paciente pré-cirúrgico lança mão de algumas estratégias, como confiar na equipe de saúde, ter uma crença religiosa, desqualificar os sentimentos, controlar o pensamento e ter sempre a companhia de alguém conhecido; porém ele deve ter consciência de que a cirurgia realmente vai acontecer e de que não há garantia de ausência de riscos (Figuera & Viero, 2005).

Em se tratando de população pediátrica, Fukuchi et al. (2005) afirmam que são a adenoidectomia (AD) e a amigdalectomia (A) os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal nas crianças. A maioria delas terá sua primeira intervenção cirúrgica dentro desta área. Por ser um evento estranho para a criança, o estresse diante do procedimento cirúrgico pode aumentar; mas como são cirurgias eletivas - portanto, programadas -, haveria um suposto período de tempo para se realizar um preparo pré-cirúrgico, embora isto nem sempre seja possível, pois a criança é internada na véspera. Na maioria dos casos, a criança é internada e recebe alta no mesmo dia.

Amitay et al. (2006) mencionam que, embora essas cirurgias sejam planejadas, a criança pode experimentar ameaça à sua integridade física e medo de morrer. Segundo os referidos autores, a retirada de hérnias e da adenóide é comum em crianças e a ansiedade tem sido referida como a resposta emocional mais encontrada. Fukuchi et al. (2005) ressaltam que um programa pré-operatório adequado fará diminuir o nível de ansiedade, o estresse cirúrgico e a possibilidade de sequelas pós-operatórias.

Em pesquisa realizada por Ribeiro, Tavano e Neme (2002) com crianças brasileiras entre 9 e 12 anos, hospitalizadas para cirurgia de enxerto ósseo, verificou-se que estas revelaram temores em relação à

anestesia e ao ato cirúrgico e tinham medo de não poder mais andar ou jogar futebol. Os mesmos temores foram encontrados por Crepaldi e Hackbarth (2002), que pesquisaram 32 crianças de 7 a 11 anos, submetidas a cirurgias eletivas.

Em estudo realizado por Castro, Silva e Ribeiro (2004) sobre os efeitos do preparo pré-operatório no comportamento das crianças antes e após a cirurgia, concluiu-se que os medos fizeram com que as crianças respondessem adversamente aos eventos cirúrgicos e contribuíram para os problemas de comportamento após a hospitalização. Tais respostas incluem pânico, agitação que requer restrição física, resistência ativa aos procedimentos, forte evitação dos cuidadores e/ou um longo período de recuperação após a cirurgia.

Segundo Yamada e Bevilacqua (2005), uma cirurgia traz para a criança situações com as quais ela não está acostumada. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo do desconhecido. A intervenção psicológica se dá de acordo com a faixa etária do paciente e a necessidade de cada caso.

Blount et al., 2006, Salmon, 2006 e Uman et al., 2008 referem-se, em geral, ao termo *distresse*, que é o estresse crônico; mas, segundo esses autores, o medo deve ser distinguido da fobia. O medo é considerado uma resposta normal a um estímulo dado, e envolve três tipos de resposta: fisiológica, sentimentos encobertos, pensamentos e reações comportamentais, enquanto a fobia é uma resposta irracional a um estímulo que não oferece risco iminente, resultando num excesso dos três aspectos mencionados.

Assim sendo, o fato de a criança compreender a causa da doença e hospitalização poderá contribuir para aliviar-lhe a culpa e o medo e para ela manejar melhor a situação pré-cirúrgica.

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA

Segundo Salmon (2006), qualquer que seja o tipo da preparação psicológica para procedimentos médicos e cirúrgicos, ele deve incluir dois aspectos fundamentais: a informação sobre os detalhes da experiência a ser vivida e o ensino de estratégias efetivas de enfrentamento.

A finalidade da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo seus objetivos, seu significado e seu propósito, além de corrigir o que não ficou claro. Le Roy et al. (2003) recomendam que se faça uma avaliação acurada da criança e de suas condições

psicossociais, e citam fatores importantes a serem avaliados junto à família, tais como: o nível de desenvolvimento da criança e seu estilo de enfrentamento; a compreensão da criança e da família sobre sua condição médica e sobre o procedimento médico a ser realizado; experiência prévia de hospitalização, particularmente de situações adversas; sintomas emocionais, cognitivos e físicos; medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores linguísticos, culturais e religiosos; o método mais apropriado para lhes transmitir as informações (verbal, visual, escrita e sensorial); outros estressores familiares, como os financeiros e sociais; outros eventuais problemas de saúde; e o modo como os familiares tomam decisões.

Conforme Bess d'Alcantara (2008), a preparação deve abranger o pré-operatório, o perioperatório e o pós-operatório imediato e remoto. A criança deveria ser preparada por seus pais, mas estes preferem que a preparação seja feita pela equipe de saúde. As reações pós-operatórias serão o dado mais importante para se determinar uma boa recuperação psicológica, mas nem sempre é possível ter uma avaliação do pós-operatório de todas as crianças.

Watson e Visram (2003) salientam que os programas de preparação pré-operatória podem ser representados por informação narrada ou escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, técnicas de uso de bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização em que as crianças participem simulando o médico ou o paciente.

Yamada e Bevilacqua (2005) sugerem que durante essa etapa preparatória seja oferecido um espaço para que a criança possa se familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico: contato com materiais hospitalares, dramatização do corte de cabelo (que é necessário em alguns tipos de cirurgia), curativos e vivência da situação hospitalar por meio de diversos brinquedos. Além disso, é importante deixar um momento para que a criança formule perguntas (Le Roy et al., 2003).

Costa, Coutinho e Ferreira (2006) afirmam que, em todas as faixas etárias, a participação em atividades de recreação que incluíam o recebimento de informações sobre temas médicos aumentou a probabilidade de que o paciente adquirisse um repertório de comportamentos mais ativo em relação ao ambiente hospitalar. Também permitiu que a experiência de hospitalização e tratamento médico pudesse ser utilizada como oportunidade de ampliar o repertório de comportamentos do paciente, condicionado à disposição do ambiente de cuidados dispensados à criança.

Kiyohara et al. (2004) relatam a importância das informações. Em um estudo realizado com 149 pacientes para analisar o grau de ansiedade, no dia anterior à cirurgia, de pacientes que tinham informação sobre seu diagnóstico, cirurgia e anestesia, concluíram que o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade.

Segundo Azevedo et al. (2008), a necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que a brincadeira desempenha papéis importantes, como capacitá-las a sentir-se mais seguras em um ambiente estranho entre pessoas desconhecidas.

A visita hospitalar também deve ser incluída nos programas de preparação pré-cirúrgica. Crepaldi et al. (2006) apontam que a visita ao centro cirúrgico também pode ser um recurso na preparação para a cirurgia, além da descrição e informação sobre onde e o quê será realizado.

A distração é uma técnica muito utilizada, visto que é difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo e por isso, quando há dor, a atenção deve ser dirigida a outra informação diferente, para que diminua a experiência consciente da dor. Utilizam-se então livros de histórias, contos infantis, atividades verbais e exercícios de respiração que contribuam para que a criança se atenha a outras atividades diferentes daquelas que lhe são impostas. O relaxamento pode potencializar a distração e também ser utilizado como técnica por si só (Moix, 1996).

Orientar os pais é uma técnica que tem papel primordial quando se trata de pacientes pediátricos, mas, por si só não é suficiente, pois os pais têm suas limitações e são afetados pela condição de doença e hospitalização, por isso necessitam de atenção.

Segundo Andraus, Minamisava e Munari (2004), as pessoas que detêm informação sobre situações ou práticas potencialmente aversivas ou ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos. Ademais, hoje se reconhece a importância dos pais tanto por sua simples presença durante a hospitalização quanto pelo papel que eles desempenham na forma de a criança lidar com os problemas e tratamentos médicos. Não obstante, é necessário avaliar se a antecipação das informações não aumenta a ansiedade (Salmon, 2006). Estes casos necessitam procedimentos especiais.

Considerando a importância deste tema, este trabalho tem por objetivo investigar os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica no estresse de crianças submetidas a cirurgias eletivas.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 30 crianças (15 meninos e 15 meninas), com idade variando entre 6 e 12 anos, internadas num hospital infantil para a realização de cirurgia eletiva de pequeno porte. As intervenções cirúrgicas foram hérnias inguinal e umbilical, amigdalectomia, adenoidectomia e postectomia. Todas as crianças estavam acompanhadas pela mãe ou responsável e foram divididas em dois grupos preparação (G1 e G2) formados de 15 crianças cada. Buscou-se que os grupos fossem pareados por idade, sexo, tipo de cirurgia e experiência prévia com cirurgia. Este procedimento foi adotado para garantir grupos homogêneos.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de estresse Infantil (ESI) e Kit de preparação pré-cirúrgica, constando de materiais hospitalares como estetoscópio, máscara cirúrgica, pijama hospitalar do médico e da criança, frasco de soro com equipo, propé, algodão, esparadrapo, luvas, seringa e um boneco cirúrgico, chamado Bebê Dodói, o qual também acompanha materiais hospitalares infantis como estetoscópio, luvas, máscara, propé, pijama, tesoura, bisturi, termômetro e pá.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em três etapas: aplicação da ESI, preparação psicológica pré-cirúrgica e aplicação do ESI de forma individual.

Na etapa de aplicação do ESI (Escala de Estresse Infantil) foram disponibilizados lápis coloridos, como forma de motivar as crianças para a atividade. A aplicação se deu de forma individual, e na maioria das vezes na sala de recreação do hospital ou no próprio leito, considerando-se as condições básicas para a aplicação da escala, como estar em local iluminado, arejado e desprovido de ruídos externos.

Na etapa de preparação psicológica pré-cirúrgica as crianças foram divididas em dois grupos aleatoriamente (G1 e G2). O G1 foi composto por crianças submetidas ao Programa 1, em que a criança recebia individualmente informações verbais sobre o tipo de cirurgia a que se submeteria. As informações consistiram em contar para a criança todas as etapas pelas quais ela passaria em sua intervenção cirúrgica, incluindo anestesia (cheirinho), tubo de respiração, corte da amígdala ou da hérnia, ou ainda, raspagem da

adenóide, curativo e retorno ao quarto. Este procedimento ocorreu em no máximo 30 minutos. O **G2** foi composto por crianças submetidas ao Programa 2, em que a criança recebia informações individualmente, através do uso do *kit* de preparação pré-cirúrgica, podendo manuseá-lo e utilizá-lo como desejasse. Deste modo, as informações foram dadas à criança na medida em que ela ia brincando com o boneco. Este programa teve duração de no máximo 30 minutos.

Na etapa de aplicação da ESI, esta foi feita de forma individual, como na primeira etapa.

Análise de dados

Foram utilizados testes não paramétricos. Para a comparação e verificação de diferenças em cada grupo entre o pré e o pós-teste utilizou-se o Teste Wilcoxon. Por sua vez, a prova U de Mann-Whitney foi utilizada para determinar as diferenças entre as médias obtidas com a ESI, entre os grupos G1 e G2, tanto no pré como no pós-teste. Os resultados foram tratados quantitativamente em cada grupo entre o pré-teste e o pós-teste e entre os grupos com medidas repetidas (pré e pós-teste).

RESULTADOS

Comparação intra grupos

Tabela 1 – Comparação entre e intra grupos, tanto no pré como no pós-teste.

ESI	G1		G2		G1		G2		G1	G2	G1	G2
	\bar{X}		\bar{X}		DP		DP		Z	Z	p	P
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste				
RF	7,00	3,33	10,80	5,07	-	-	-	-	-2,90	-3,017	,004	,003
RP	11,67	8,47	11,53	8,67	-	-	-	-	-2,07	-2,079	,038	,038
RPCD	6,60	3,73	5,67	5,20	-	-	-	-	-2,95	-,571	,003	,568
RPS	10,67	8,93	13,00	8,53	-	-	-	-	-1,23	-3,304	,220	,001
Estresse otal	35,93	24,47	41,00	27,47	14,395	11,587	17,615	15,268	-3,09	-3,110	,002	,002

De acordo com a tabela 1, podem-se comparar os resultados entre os grupos para cada tipo de reação. A tabela mostra que ambos os tipos de preparação realizados no G1 e no G2 apresentam resultados significativos na redução do estresse em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Nota-se que há diferença entre o pré-teste e o pós-teste independentemente do tipo de preparação a que as crianças foram submetidas. Então, ambos os procedimentos são eficazes, ou seja, diminuem o estresse.

Constatou-se que houve diferenças significativas entre o pré e o pós-teste para cada um dos grupos quanto aos tipos das reações físicas, psicológicas e psicológicas com componente depressivo no G1 e quanto aos tipos de reações físicas, psicológicas e psicofisiológicas no G2. Assim, verificou-se que a preparação promoveu em ambos os grupos uma redução do estresse das crianças.

Comparação entre os grupos

Constatou-se que não houve diferença significativa entre os grupos no pré-teste, de modo que os grupos se mostraram homogêneos para as variáveis escolhidas, por isso foi possível comparar os escores da ESI pré e pós-teste.

Quanto ao pós-teste, também não houve diferença significativa entre os grupos. Deste modo, constatou-se que quando se verificam o pré-teste e o pós-teste entre os grupos de participantes, não há diferença significativa nos resultados.

Comparação entre os grupos tanto no pré-teste como no pós-teste

A tabela 1 a seguir reúne os dados gerais dos dois grupos e permite analisar as diferenças obtidas no pré-teste e no pós-teste para cada grupo de reações (Teste Wilcoxon), bem como comparar os dois grupos entre si, também para cada grupo de reação (Prova U de Mann-Whitney).

Embora tenham ocorrido estas diferenças nos grupos de reações, constatou-se que, no tocante ao estresse geral, é correto dizer que houve diferenças significativas na redução do estresse pré-teste para o pós-teste em decorrência da realização de preparação psicológica pré-cirúrgica. Do mesmo modo, pode-se perceber que não há diferença significativa entre os grupos no tocante à redução do estresse do pré-teste para o pós-teste, o que permite dizer que um grupo não se mostrou mais eficiente que o outro, ou seja, ambas as formas de

preparação são eficazes na redução do estresse da criança.

DISCUSSÃO

Constatou-se que ambos os programas de preparação foram eficazes na diminuição do estresse pré-cirúrgico. Pode-se observar que na ESI houve uma redução tanto no estresse quanto em seus tipos de reação avaliados, como sentimento de inferioridade, abandono e insegurança.

Pôde-se notar que as duas técnicas utilizadas são citadas na literatura como efetivas na preparação de crianças (Moix, 1996; Watson & Visram, 2003; Yamada & Bevilacqua, 2005; Bess d'Alcantara, 2008), o que foi verificado também neste estudo em ambos os programas preparatórios, os quais se basearam principalmente na informação (narrada ou vivenciada).

Pode-se afirmar que a falta de informação de fato provoca medo, angústia, depressão, além de estresse e ansiedade, visto que antes de receber a preparação as crianças expressaram, por meio da ESI, indicativos consideráveis dos diferentes estados emocionais avaliados e depois da preparação houve redução destes indicativos.

Em relação aos tipos de reação referentes ao estresse, podem-se formular algumas hipóteses. No G1, apenas o tipo das “reações psicofisiológicas” não obteve redução, o que pode ter ocorrido pelo fato de ser constituído por questões que englobam “dificuldade para prestar atenção”, “gaguejar quando se está nervoso”, e “coração bater depressa”, ou seja, questões mais abrangentes que a princípio não refletem o momento que a criança está vivenciando.

Em contrapartida, no G2 apenas o tipo das “reações psicológicas com componente depressivo” não obteve redução, o que pode ter ocorrido pelo fato de ser constituído por questões que encerram “falta de vontade para se arrumar”, “brigar com a família”, e “andar esquecido”, que também independem da situação pré-cirúrgica.

Deste modo, conforme Le Roy et al. (2003), são inúmeros os fatores a serem considerados quando se planeja um programa de preparação para diminuição do estresse, por isso esses autores recomendam que se faça uma avaliação acurada da criança e de fatores que, de algum modo, possam interferir nas respostas comportamentais e nos resultados da ESI.

Ainda segundo Soares e Bomtempo (2004), estes fatores, na medida do possível, devem estar sob controle e se relacionam com a história de experiências do indivíduo com doença, crenças,

valores, rede de apoio, familiaridade com o ambiente hospitalar, expectativas em relação aos resultados da cirurgia, ao nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento e à habilidade dos profissionais da saúde.

Considerando-se o grupo de participantes, pode-se afirmar que o procedimento foi efetivo no sentido de reduzir o estresse e a ocorrência de determinados comportamentos concorrentes (principalmente choramingar, comportar-se de modo nervoso e protestar) e de elevar a ocorrência de comportamentos de adesão (principalmente falar e auxiliar na execução do procedimento médico). De igual modo, à medida que obtiveram maior número de informações sobre a condição da doença, tratamento e hospitalização, os participantes tiveram diminuição do estresse do pré-teste para o pós-teste.

A importância de informações é reforçada por Kiyohara et al. (2004), que mediram a ansiedade dos pacientes já informados sobre a cirurgia no dia anterior a ela e concluíram que o conhecimento pode reduzir o estado de ansiedade. As informações, quanto mais específicas forem, melhor preparam a criança, reduzindo sua ansiedade diante da cirurgia.

Os resultados do presente estudo são coerentes, também, com as observações de Mahajan et al. (1998) e Azevedo et al. (2008), segundo os quais uma intervenção psicológica pré-cirúrgica constitui uma oportunidade para que o paciente adquira conhecimento sobre os procedimentos médicos e cirúrgicos, o que em geral aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos adaptativos e diminui a probabilidade de emissão de comportamentos não adaptativos. Sendo assim, é de fundamental importância a criança ser devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a própria recuperação do paciente (Yamada & Bevilacqua, 2005).

Os resultados demonstraram também que as crianças, independentemente da idade ou do gênero, beneficiaram-se de ambos os programas propostos pela pesquisa, pois diminuiu sensivelmente a ocorrência de estresse. O índice de frequência de ocorrência dos comportamentos de adesão de todos os sujeitos foi maior após terem sido submetidos aos programas de preparação, de acordo com relato das enfermeiras, que afirmaram que as crianças ficaram colaborativas com o tratamento pós-operatório.

Quando uma criança adoecer, geralmente se sente fragilizada e temerosa, necessitando de cuidados especiais, proteção, carinho e confiança. Quando os pais estão presentes e atendem às necessidades da criança, estes sintomas podem ser amenizados, mesmo que a equipe de saúde não estabeleça com ela uma

interação satisfatória, como mostram os resultados de Skipper e Leonard (1968); mas quando os pais estão ausentes ou por algum motivo não podem atender a criança, é imprescindível que a equipe de saúde possa fazê-lo, sob pena de aparecerem reações de revolta e não aceitação de sua condição.

Sabatés e Borba (2005) realizaram um estudo no qual foram entrevistados 50 pais que estavam com seus filhos hospitalizados em unidades de internação pediátrica. Os resultados evidenciaram que os pais não estavam totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho. Crepaldi e Hackbarth (2002) aponta que a parceria entre equipe e pais tem-se mostrado muito eficaz nos cuidados à criança, além de beneficiar os pais, enquanto categoria de pessoas que atende a criança e enquanto segmento que necessita de atenção. Muitas vezes a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais; por isso é importante que os pais estejam conscientes de que a ansiedade dos filhos está, em boa parte, na dependência de seus comportamentos. Instruções e atenção que os pais recebem, por mínimas que sejam, são fundamentais para ajudar a criança a enfrentar a situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As implicações práticas dos resultados deste estudo salientam a importância da preparação da criança para as diferentes etapas de um procedimento cirúrgico, que vão desde a decisão de fazer a cirurgia até os resultados de sua realização. Melamed e Siegel (1975) mencionam que a preparação foi o procedimento mais eficaz para reduzir o estresse, quando comparado a outros procedimentos como, por exemplo, a simples presença da mãe.

A criança que pode acompanhar o que se passa com ela, a depender da faixa etária, pode ficar mais tranquila e colaboradora em relação aos procedimentos pós-cirúrgicos e entender a necessidade da cirurgia, mesmo que esta lhe deixe marcas, como foi verificado no estudo de Skipper e Leonard (1968). Andraus et al. (2004) apontam que as pessoas que detêm informação sobre situações ou práticas potencialmente aversivas ou ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos, além de terem seu nível de estresse reduzido.

A preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, a idade, o gênero, a escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e sua condição de saúde, eventuais experiências anteriores de cirurgia, inserção familiar e sociocultural, além de

sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares e estilo de enfrentamento de problemas. Estes programas beneficiam tanto pais e filhos como o profissional de saúde, que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente. Além disso, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo econômico.

Conforme Crepaldi e Hackbarth (2002) o trabalho do psicólogo poderá promover estratégias de intervenção tanto para a criança como para a família e a equipe, com orientação sobre a necessidade de amparar e acolher a criança com vista a minimizar-lhe os sentimentos negativos, acionando mecanismos de proteção para seu desenvolvimento.

Para finalizar, cumpre considerar as limitações do presente estudo. A primeira é que não se encontrou na literatura uma escala específica para avaliação do estresse pré-cirúrgico em crianças, o que levou à utilização de uma escala que avalia o estresse geral. Alguns itens da escala não possuem nenhuma relação com a situação estudada. A segunda é que o estudo não teve grupo-controle, pela alegação da instituição de que seria antiético selecionar as crianças que participariam da preparação, deixando outras crianças sem tal atendimento. É importante ressaltar que instituição não possuía nenhum programa de preparação para procedimentos invasivos ou cirúrgicos antes da realização desta pesquisa e que as crianças que não participaram da pesquisa também não foram preparadas. Outro fator importante a ser considerado é que a amostra é pequena, o que exige cuidados quanto à generalização dos resultados.

Em que pese as tais limitações, espera-se que os resultados acrescentem informações relevantes para o incremento de metodologias que visem à efetividade da intervenção psicológica sobre o repertório comportamental do indivíduo hospitalizado e subsidiem intervenções de profissionais na descrição e análise do comportamento de crianças expostas a procedimentos médicos, de modo a intervir na redução do estresse que acomete crianças que passam por situações de cirurgia.

A grande maioria da literatura científica nessa área se constitui de estudos realizados em países desenvolvidos, e sabemos que nem sempre os resultados encontrados se encaixam no contexto brasileiro (Castro, 2007). Além disso, esses estudos utilizam diferentes critérios e medidas para investigar os aspectos psicossociais da saúde da criança, geralmente utilizando fontes de informação de terceiros (pais, professores, etc.), já que pouca informação é obtida através da criança. São

necessários estudos empíricos rigorosos que considerem as particularidades da criança doente, sua fase evolutiva, suas condições emocionais, familiares e sociais. Torna-se importante estudar e analisar as implicações dos diversos tipos de problemas de saúde e hábitos de saúde para a criança e o adolescente, trabalho que ainda está inacabado.

É importante enfatizar as etapas citadas por Yamada & Bevilacqua (2005) referentes ao trabalho do psicólogo na preparação das crianças: estudo de caso, preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico e acompanhamento na reabilitação. Os quatro momentos são permeados pelo contínuo trabalho relacionado aos sentimentos e às relações familiares do paciente e pela investigação sobre a mudança ocorrida na sua vida e na da família durante o processo.

REFERÊNCIAS

- Amitay, G. B., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M., & Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents? *Journal of Paediatrics an Child Health*, 42, 618-624.
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R. F. & Munari, D. B. (2004). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Pediatria Moderna*, 40(6), 242-246.
- Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N., & Simpson, C. A. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1). Recuperado em 27 maio, 2008, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a13.htm>.
- Bess d'Alcantara, E. (2008). Criança hospitalizada: O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 3(6), 38-55.
- Blount, R. L., Lindsey, T. P., Cohen, L., & Cheng, P. S. (2006). Pediatric Procedural Pain. *Behavior Modification*, 30(24), 23-49.
- Castro, A. S., Silva, C. V., & Ribeiro, C. A. (2004). Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 797-805.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia Pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 396-405.
- Costa Jr., A. L., Coutinho, S. M. G., & Ferreira, R. S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paideia*, 16(33), 111-118.
- Crepaldi, M. A., & Hackbarth, I. D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A., Crepaldi, B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Drotar, D. (2002). Enhancing reviews of psychological treatments with pediatric populations: thoughts on next steps. *Journal of pediatric psychology*, 27, 167-176.
- Duff, A. J. A. (2003). Incorporating psychological approaches into routine paediatric venepuncture. *Archives Disease Children*, 88, 931-937.
- Figuera, J., & Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 51-63.
- Fukuchi, I., Morato, M. M. M., Rodrigues, R. E. C., Moretti, G., Simone, M. F., Jr, Rapoport, P. B., & Fukuchi, M. (2005). Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós operatório. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(4), 521-525.
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., Gonzales, P. E. S. M., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., Watanuki, T., & Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de São Paulo*, 59(2), 51-56.
- Le Roy, S., Elixson, E. M., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S., & Uzark, K. (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procederes. *Circulation: Journal of the american heart association*, 108, 2550-2564.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo de Estresse. In B, Rangé. (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (2a ed., pp. 279-292.). Campinas: Editorial Psy II.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2005). *Escala de Stress Infantil: ESI: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mahajan, R. W., Wyllie, R., Steffen, R., Kay, M., Kitaoka, G., Dettorre, J., Sarigol, S., & McCue, K. (1998). The effects of a psychological preparation program on anxiety in children and adolescents undergoing gastrointestinal endoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 27(2), 161-165.
- Melamed, B., & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Moix, J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatria. *Archivos de Pediatría*, 47(4), 211-217.
- Ribeiro, R. M., Tavano, L. D., & Neme, C. M. B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia*, 19, 67-75.
- Sabatés, A. L., & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 963-973.
- Salmon, K. (2006). Preparing Young Children for Medical Procedures: taking account of memory. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 859-861.
- Skipper, J. K., & Leonard, R. C. (1968). Children, stress and hospitalization: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 99, 274-287.
- Soares, M. R. Z., & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(1), 53-64.

- Trinca, A. M. T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane Review. *Journal of pediatric psychology*, Advance Access published on April 2, 1-13.
- Watson, A. T., & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 188-204.
- Yamada, M. O., & Bevilacqua, M. C. (2005). O trabalho do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(3), 255-262.

Recebido em 26/02/2009

Aceito em 13/01/2011

Endereço para correspondência: Camilla Volpato Broering. Laboratório de Psicologia da Família, Saúde e Comunidade (LABSFAC), Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Campus Universitário, Trindade, CEP 88040-970, Florianópolis-SC, Brasil.
E-mail: millavolbro@hotmail.com.