



Avaliação de enfermagem da ansiedade pré-operatória pediátrica: um estudo qualitativo?*

Carmen Jerez Molina^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-2402-6785>

Laura Lahuerta Valls³

 <https://orcid.org/0000-0001-7916-2317>

Victoria Fernandez Villegas²

 <https://orcid.org/0000-0001-5534-7157>

Susana Santos Ruiz¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7491-5911>

Destaques: (1) Avaliação da ansiedade pré-operatória pediátrica. (2) Controle da ansiedade pré-operatória pediátrica. (3) Informações adequadas sobre o procedimento para os pais e para as crianças. (4) Baixa confiabilidade da avaliação atual da ansiedade pré-operatória pediátrica. (5) Envolvimento necessário dos administradores cirúrgicos.

Objetivo: explorar e descrever como as enfermeiras perioperatórias avaliam e interpretam o comportamento da criança antes de entrar na sala de cirurgia, identificando as estratégias que utilizam para minimizar a ansiedade e as propostas de melhoria. **Método:** estudo qualitativo descritivo utilizando entrevistas semiestruturadas e observação participante das rotinas diárias. Análise temática dos dados. O estudo segue os critérios recomendados para publicação de artigos da metodologia qualitativa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*. **Resultados:** quatro temas emergiram dos dados: a) avaliação da ansiedade ou comunicação próxima com a criança e sua família; b) analisando o que foi observado; c) controlando a ansiedade e d) melhorando a avaliação ou propostas de melhoria na prática diária. **Conclusão:** as enfermeiras avaliam a ansiedade em sua prática diária por meio da observação e usando julgamento clínico. A experiência da enfermeira é decisiva na avaliação adequada da ansiedade pré-operatória da criança. A falta de tempo entre a espera e o momento de entrar na sala de cirurgia, a escassez de informação que a criança e os pais têm sobre o processo cirúrgico e a ansiedade dos pais, dificultam a avaliação e o controle adequado da ansiedade.

Descritores: Cuidados Pré-Operatórios; Enfermagem Perioperatória; Avaliação Pré-Operatória; Ansiedade; Criança; Pesquisa Qualitativa.

* Apoio financeiro do Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (PERIS) Registro: SLT006/17/00196, processo 22.355, Espanha.





¹ Campus Docent Sant Joan de Déu, School of Nursing, Barcelona, Espanha.

² Hospital Sant Joan de Déu, Nursing Department, Ambulatory Surgery, Barcelona, Espanha.

³ Hospital Sant Joan de Déu, Nurse Research Department, Barcelona, Espanha.

Como citar este artigo

Jerez-Molina C, Lahuerta-Valls L, Fernandez-Villegas V, Santos-Ruiz S. Nursing evaluation of pediatric preoperative anxiety: a qualitative study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3738.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6230.3738>

month day year

URL

Introdução

A ansiedade é uma reação psicológica que pode ser observada em usuários de saúde que estão prestes a passar por uma cirurgia. Uma intervenção cirúrgica pode ser um evento muito estressante, principalmente para as crianças e suas famílias, o que pode levar a altos níveis de ansiedade pré-operatória e alterações comportamentais pós-operatórias⁽¹⁾. Estudos recentes relatam uma prevalência de ansiedade de 67-75% em crianças de 2 a 12 anos⁽²⁻³⁾. Idade, personalidade, etapa do desenvolvimento e experiências anteriores podem ser fatores desencadeantes⁽²⁾, e a ansiedade elevada dos pais também pode influenciar na ansiedade da criança⁽⁴⁾.

Sabe-se que uma diminuição efetiva da ansiedade pré-operatória pode melhorar a cooperação da criança com a equipe assistencial⁽³⁾, promover uma melhor resposta no pós-operatório⁽⁵⁾, aumentar a satisfação dos pais com o processo e melhorar a qualidade da assistência⁽⁶⁾. Em crianças, estratégias como a administração de medicamentos ansiolíticos, o uso de vídeos, palhaços de hospital, musicoterapia, ou a entrada de seus pais/cuidadores durante a indução anestésica, são algumas das intervenções que visam reduzir a ansiedade e, assim, obter uma criança mais cooperativa durante a indução anestésica⁽⁷⁻⁹⁾. Entretanto, não podemos nos concentrar apenas em reduzir a ansiedade da criança, já que os pais, como já mencionamos, também podem ser a causa da ansiedade de seus filhos. Por isso, estratégias como música, palhaços, programas pré-operatórios e materiais educativos também demonstraram reduzir a ansiedade dos pais⁽¹⁰⁾, contribuindo para um cuidado holístico e integral, centrado na criança e na família.

Os cuidados centrados na criança e na família podem ajudar a humanizar o processo cirúrgico, que deve estar focado não somente na criança, mas também na família e na relação que se estabelece entre si e com o profissional de saúde. Nessa abordagem, a família é parte ativa do processo cirúrgico e a necessidade de informação é cada vez mais imprescindível, os pais precisam de informações sobre o processo e as crianças devem estar envolvidas para responder suas perguntas, considerar seus medos, ter a atenção de outras pessoas e falar com elas⁽¹¹⁻¹²⁾. Um estudo recente demonstra como um programa centrado na criança e na família diminui a administração de sedação pré-operatória, aumenta a satisfação dos pais e dos profissionais de saúde e diminui a ansiedade dos pais e dos filhos, além de não alterar o tempo da cirurgia⁽¹³⁾.

Por um lado, sabe-se que as causas da ansiedade pré-operatória são múltiplas e seus efeitos podem durar até meses após a intervenção cirúrgica⁽¹⁴⁾, e por outro, sabe-se que há uma alta prevalência de crianças com ansiedade pré-operatória⁽¹⁵⁾. Ambas as afirmações

nos levam a refletir sobre como estamos avaliando a ansiedade e como agimos para minimizar a ansiedade e agir em conformidade. A avaliação da ansiedade pré-operatória na rotina diária é atualmente realizada por meio do julgamento clínico dos profissionais⁽¹⁶⁾. Entretanto, não encontramos na literatura como os profissionais de saúde interpretam os comportamentos e atitudes da criança antes de entrar na sala de cirurgia. O objetivo deste estudo foi explorar e descrever como as enfermeiras perioperatórias avaliam e interpretam o comportamento da criança antes de entrar no centro cirúrgico, identificando as estratégias que utilizam para minimizar a ansiedade e as propostas de melhoria.

Método

Desenho

Estudo qualitativo descritivo. O desenho qualitativo foi considerado o mais adequado para conhecer como as enfermeiras, em sua prática diária, avaliam a ansiedade pré-operatória da criança, pois proporciona aos pesquisadores um rico conteúdo descritivo da perspectiva dos sujeitos do estudo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. O manuscrito foi preparado de acordo com a lista de verificação de critérios COREQ (*Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research*)⁽¹⁹⁾.

Local do estudo

O estudo foi realizado na unidade de cirurgia ambulatorial pediátrica de um hospital de Barcelona. Trata-se de um Hospital Universitário de terceiro nível, especializado em saúde de crianças e mulheres grávidas e o primeiro centro pediátrico na Espanha a implementar uma Unidade de Cirurgia Ambulatorial. A unidade possui 23 poltronas/leitões individuais, com espaço suficiente para que dois acompanhantes (pai/mãe) possam estar com a criança durante o preparo e após o procedimento cirúrgico. Quatro sessões cirúrgicas são realizadas (duas pela manhã e duas à tarde), podendo ser na especialidade de cirurgia, oftalmologia, traumatologia, otorrinolaringologia, dermatologia e odontologia, dependendo da programação cirúrgica.

Período

As entrevistas e a observação participante foram realizadas de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

População

Foi proposta a participação de todas as enfermeiras perioperatórias da unidade de cirurgia ambulatorial dos dois turnos, cerca de 15 enfermeiras, todas enfermeiras responsáveis pelo atendimento das crianças que deram

entrada na unidade no dia de sua intervenção cirúrgica. As participantes foram selecionadas por meio de amostragem de variação máxima⁽²⁰⁾, que terminou quando a saturação dos dados foi alcançada⁽²¹⁾. Dois avaliadores decidiram por consenso quando os dados atingiam a saturação. As participantes foram escolhidas considerando que elas trabalhavam na unidade e eram responsáveis pelo cuidado à criança e, portanto, pela avaliação da ansiedade antes da intervenção cirúrgica e que havia representação de enfermeiras de ambos os turnos (manhã e tarde). A amostra final incluiu nove participantes. O primeiro autor convidou pessoalmente e individualmente todas as enfermeiras da unidade para participarem. Uma das enfermeiras selecionadas, que cumpriu os critérios de elegibilidade, não concordou em ser entrevistada e/ou observada em sua prática diária por motivos pessoais.

Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante. As entrevistas, que duraram cerca de trinta minutos, foram realizadas em um consultório livre de distrações, na unidade cirúrgica, pela autora principal, que trabalhou como enfermeira pesquisadora por um ano. A pesquisadora tinha conhecimentos em conduzir entrevistas por causa de estudos anteriores e por sua trajetória acadêmica. Para iniciar a entrevista, foi solicitado às enfermeiras que visualizassem o momento em que fizeram contato com a criança e seus pais pela primeira vez na sala de espera. Uma vez visualizado o momento, um menino ou uma menina em particular, foi introduzida a primeira pergunta: O que você observa na criança que faz você pensar que ela tem ansiedade pré-operatória? A partir dessa primeira pergunta, foram feitas as seguintes, levando-se em consideração o objetivo principal. Assim, foram feitas perguntas relacionadas à ansiedade e como cada enfermeira avaliava, utilizava estratégias não farmacológicas para reduzi-la, e propunha estratégias futuras para seu controle e avaliação (Figura 1).

Quando você avalia a ansiedade da criança?, Como você avalia a ansiedade da criança, que faz você achar que ela está nervosa? <i>(Processo de Avaliação da Ansiedade Infantil)</i>
Que técnicas você usa para reduzir a ansiedade pré-operatória? Em que ocasiões você teve que reduzir a ansiedade dos pais? <i>(Dificuldades e barreiras para reduzir a ansiedade na prática clínica)</i>
O que você acha que deveria ser feito para melhorar o controle da ansiedade da criança e como você acha que poderia ser feito? <i>(Melhorias para reduzir a ansiedade infantil)</i>

Figura 1 - Roteiro para as entrevistas semiestruturadas

Durante as entrevistas, foi solicitada a permissão para a gravação de áudio e foram feitas anotações de campo, que foram utilizadas ao final das entrevistas

para resumir a conversa, elucidar algumas respostas e fornecer informações adicionais. Como técnica adicional e para aumentar a qualidade dos dados, também foi realizada a observação participante. Foi considerado necessário observar os enfermeiros durante sua avaliação da ansiedade, por ser um fenômeno complexo para ser avaliado apenas por meio de entrevistas pessoais⁽²²⁾. Foi proposta uma observação estruturada, pois esta só é possível quando o pesquisador possui informações e conhecimentos suficientes sobre o fenômeno em estudo, e ela foi realizada por meio de uma amostragem de eventos que envolvia a seleção dos acontecimentos a serem observados⁽²³⁾. Deste modo, observou-se o primeiro contato com a criança e os pais e a avaliação e controle da ansiedade pela enfermeira. As observações foram feitas durante dez dias não consecutivos, em ambos os turnos e em diferentes horários do dia.

Análise dos dados

A análise temática proposta⁽²⁴⁾ foi realizada seguindo-se as recomendações em seis fases: a) familiarização: as entrevistas e anotações de campo, coletadas durante a observação participante, foram transcritas, em seguida, os dados foram lidos e relidos e as informações foram redefinidas, levando-se em consideração a coesão semântica, b) criação dos códigos: as características dos dados mais relevantes foram codificadas e cada código foi definido conceitualmente, c) busca dos temas: os códigos foram agrupados e quatro temas emergiram, d) revisão dos temas: os dois avaliadores revisaram os temas, para entrarem em um acordo e elaborarem um mapa temático, e) definição dos temas: foram criadas as definições consensuais de cada tema e, finalmente, f) elaboração do relatório: seleção de exemplos de trechos da entrevista e das observações. A análise final dos trechos selecionados foi feita de acordo com a sua relação com a pergunta da pesquisa e a literatura.

As observações anotadas no diário de campo, a transcrição das entrevistas e as anotações, obtidas ao longo da pesquisa, foram analisadas por pares.

Crítérios de rigor e considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Clínica do hospital (código 15-2018). Todos os participantes foram informados sobre sua participação voluntária e assinaram o consentimento.

Para alcançar o rigor metodológico, foram considerados os critérios de confiabilidade recomendados⁽²⁵⁾. Os participantes receberam as transcrições e, posteriormente, os resultados, não houve modificações neste sentido. Os relatos literais das entrevistas foram usados para ilustrar os resultados,

para garantir a credibilidade. A observação da prática diária e as anotações de campo foram analisadas para a triangulação dos dados. Para assegurar uma maior objetividade na análise dos dados, ela foi realizada por pares, com a intervenção do autor, que não conhecia os participantes ou o ambiente cirúrgico, juntamente com o autor principal, uma enfermeira perioperatória especialista. Foi feita uma descrição completa do contexto onde a coleta de dados foi realizada, para possibilitar sua transferência para outros contextos.

O anonimato total das respostas e dos dados pessoais foi garantido em conformidade com a legislação vigente sobre a proteção de dados pessoais.

Para ilustrar os resultados encontrados, foram escolhidos relatos literais das entrevistas ou trechos das anotações de campo. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra "P" (participante), seguida de um número e da letra "O", que define um registro do diário de campo durante a observação. As entrevistas duraram em média 30 minutos.

Resultados

A idade média das enfermeiras participantes foi de 36,6 anos (Desvio padrão 10,9). Todas eram mulheres, com tempo médio de trabalho de 9,8 anos na unidade.

As características da amostra são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características demográficas das participantes. Barcelona, Espanha, 2019

Participante	Idade (anos)	Experiência (anos)
1	40	11
2	27	1
3	25	1
4	48	21
5	50	21
6	38	4
7	28	4
8	24	1
9	50	25

Nota: Todas as participantes eram mulheres. Os anos de experiência referem-se aos anos em que a enfermeira vinha prestando seus serviços na Unidade de Cirurgia Ambulatorial e, portanto, avaliando a ansiedade pré-operatória da criança antes de entrar na sala de cirurgia.

Quatro temas principais emergiram dos dados analisados: avaliação, análise do observado, controle da ansiedade e propostas de melhoria da avaliação da ansiedade (Figura 2).



Figura 2 - Cuidado centrado na criança e na família durante a avaliação da ansiedade pré-operatória pediátrica

Tema 1: Comunicação e observação persistente da criança e sua família ou avaliação da ansiedade pré-operatória pediátrica

A comunicação e a observação persistente da criança e sua família foram identificadas como componentes fundamentais na avaliação da ansiedade da criança antes de entrar na sala de cirurgia. As enfermeiras iniciam a avaliação da ansiedade da criança durante o primeiro contato com ela e seus pais: Enquanto a enfermeira coloca a criança e seus pais no ambiente, ela observa os comportamentos e atitudes. Essa observação persistente continua ao longo do tempo, até que a enfermeira tenha certeza de sua avaliação: *Eu saio e espero dois segundos para chamar a criança e eu olho de fora como ela está na sala de espera, então se eu vejo que ela está agitada, ou o que quer que seja, e está muito inquieta... eu já fico preocupada, claro, pois se já está assim na sala de espera, lá dentro estará... ainda mais turbulenta. Se ela está muito quieta, isso também me chama a atenção, então quando eu o acompanho pelo corredor... Eu também observo como ela se comporta... Uma vez dentro da sala, conforme as perguntas que eu faço a ela e tudo mais... porque às vezes eu tenho que perguntar, porque algumas delas não sabem para quê vêm, não, elas não sabem que vêm para a cirurgia, então eu as noto ainda mais nervosas.* (P: 3)

Tema 2: Analisando o observado

Enquanto elas observam os comportamentos, as atitudes e a comunicação verbal e não verbal da criança e de seus pais, entre si ou com a equipe de saúde, as enfermeiras vão fazendo uma ideia da ansiedade, dos medos e das preocupações das crianças e seus acompanhantes em relação à intervenção cirúrgica.

Alguns dos comportamentos observados alertam as enfermeiras que a criança está muito nervosa: *Eles se agarram em seus pais, choram, se escondem e como eles respondem quando você pergunta, dá para perceber se eles são receptivos, se eles gostam quando você os oferece para pintar.* (P:2)

Em crianças mais velhas, tímidas ou muito emotivas, é muito difícil avaliar a ansiedade, pois podem esconder seu nervosismo, seja porque não o demonstram ou porque são colaborativas e participativas: *É o nervosismo que os faz se expressarem assim, com muita euforia...eles pulam, brincam, eles respiram dentro da máscara e participam...então, assim que eles chegam lá dentro, eles entram em pânico. Depois, há os muito retraídos... tem que ter cuidado com estes também... quando é a primeira vez deles ou não, se sabem para onde estão indo e, obviamente, são muitos fatores.* (P:5). Nesses casos, ou quando há dúvidas se a criança está demonstrando ansiedade pré-operatória com seu comportamento, a enfermeira opta por perguntar aos pais se eles acham que seu filho está nervoso. Às vezes, a avaliação que os pais fazem da ansiedade de seus filhos é errônea, pois observam seu filho tão nervoso como em outras ocasiões. A enfermeira, então, duvida de seu próprio critério, o que atrasa a avaliação de enfermagem da ansiedade. Trecho da anotação da observação: *A enfermeira perguntou aos pais se achavam que o filho estava nervoso. Os pais responderam que ele é assim mesmo <a criança é assim>.* (O de um menino de quatro anos)

A falta de informação que as crianças têm sobre o processo cirúrgico e a falta de tempo para preparar a criança é detectada em diversas ocasiões como causa de ansiedade elevada durante a indução anestésica: *Toda aquela alegria e euforia se transforma em um medo aterrorizante (...) então, assim que eles chegam lá dentro (para a indução anestésica), eles entram em pânico.* (P:5)

Porque não tinham recebido informação suficiente sobre o que seria feito com elas, ou seja, elas estavam mal preparadas desde casa, mesmo porque, nós também não temos muito tempo, porém, eu até posso dar informações a elas, mas as crianças também precisam das informações dadas por seus pais. (P: 6)

Tema 3: Controlando a ansiedade pré-operatória pediátrica

Esta categoria refere-se àquelas estratégias que as enfermeiras colocam em prática por meio da comunicação e da observação da criança e dos seus pais, para reduzir a ansiedade de ambos. Quando a enfermeira detecta que a criança tem ansiedade, ela imediatamente age para minimizá-la: oferecendo informações sobre o procedimento adequadas à idade e ao nível cognitivo da criança, oferecendo atividades de distração (histórias, desenhos para colorir, jogos, etc.) ou contando com outros

profissionais (os palhaços ou os voluntários). Considerando que, ao entrar na sala de cirurgia, a criança vai descobrir que terá que respirar na máscara, a enfermeira, além de fornecer informações, insiste para que a criança pratique com ela como colocá-la, para se familiarizar com ela. Observou-se que, algumas vezes, a máscara facial foi impregnada com essência de morango, para evitar que a criança a rejeitasse: *A enfermeira pediu para trazer uma máscara facial da sala de cirurgia (aquela que a menina usará mais tarde). Ela explica como ela deve colocá-la no rosto, após a recusa da garota em colocar a máscara, a enfermeira opta por ensinar-lhe o processo usando a boneca que a menina tinha nas mãos. Ao aproximar a máscara da boneca, a menina percebe que a máscara tinha um odor conhecido e não o odor que ela supunha. A menina de oito anos relaxou e começou a treinar como respirar através da máscara, enquanto a enfermeira lhe dizia que quando ela estiver com a mãe na sala de cirurgia, o médico colocaria um tubo e que ela teria que respirar nele para adormecer, enquanto isso a mãe estaria com ela.* (O de uma menina de seis anos)

Além disso, as enfermeiras utilizam palavras apropriadas para a idade cognitiva da criança, evitando outras que possam causar mais estresse, ansiedade ou medo. As enfermeiras envolvem os pais neste processo, instruindo e explicando a eles o processo de indução anestésica. *(...) informação, que terão que respirar com uma máscara como a dos aviões, que adormecerão, que o curaremos e quando ele acordar estará curado. E ele logo irá com a mamãe e o papai quando despertar novamente, ele irá para um quarto com uma enfermeira e então ele voltará para a mamãe e o papai. Assim que os vejo, vou procurar uma máscara (...) e explico a eles que podem entrar com o papai ou a mamãe (...). Nunca digo operar, digo curar. Depende da criança, quando eu percebo que ela já vai ficar com medo, se eu falar para ela que ela vai adormecer, então eu falo de outra maneira...* (P:4)

Durante as sessões de observação, identificou-se que alguns pais também carecem de informações sobre o processo cirúrgico. A enfermeira deve, nesses casos, dar informações aos pais. Nestes casos, a enfermeira deve encontrar um momento para ficar a sós com o progenitor que vai acompanhar o seu filho durante a indução anestésica.: *A enfermeira perguntou à criança se ela queria ir ao banheiro. A criança foi ao banheiro acompanhada pelo pai e a enfermeira aproveitou esse momento com a mãe para explicar para ela a sós (sem a presença da criança), com mais detalhes, o momento da entrada na sala de cirurgia: o que vai acontecer, onde a criança vai sentar, como ela deve agir na sala de cirurgia ou quais serão os movimentos que ela vai observar na criança quando ela tiver inconsciente.* (O de um menino de 6 anos).

Algumas vezes, as estratégias que as enfermeiras utilizam para reduzir a ansiedade não têm o resultado esperado, então é necessário informar o anestesologista. Esse desfecho, às vezes é frustrante para a enfermeira,

pois os esforços feitos e as ações implementadas para reduzir a ansiedade da criança foram ineficazes, por isso, a última opção para obter uma criança cooperativa durante a indução anestésica é dar a sedação pré-operatória. Essa alternativa emergencial para o controle da ansiedade pré-operatória, quando as alternativas não farmacológicas não surtiram efeito, gera preocupação entre as enfermeiras, uma vez que o anestesiológista não chega com tempo suficiente para que a sedação tenha o efeito desejado na criança antes de entrar no centro cirúrgico, ou não é desejável receber sedação, para evitar efeitos colaterais da droga: *Sim, você já fez de tudo, mas algo lhe diz que quando ele for para a sala de cirurgia estará ainda mais nervoso.... Então, eu espero o anestesiológista chegar e falo para ele que a criança precisa de pré-medicação, que ela está muito nervosa, com ansiedade.* (P:5). *Tem alguns anestesiológistas que não querem que as crianças recebam sedação pré-operatória, porque dizem que não dá tempo, ou não sei o quê. Os anestesiológistas novos são mais receptivos.* (P:1)

A observação confirmou que a primeira criança do programa cirúrgico é a mais difícil de avaliar, estimar e elaborar um controle eficiente da ansiedade, pois a intervenção cirúrgica começa quando o anestesiológista chega, então, se a criança está muito nervosa e as estratégias são não-farmacológicas, elas não surtem o efeito desejado. Além disso, o problema é agravado pelo fato de que as primeiras crianças da sessão geralmente são as menores e as menos receptivas às intervenções não-farmacológicas: *Uma enfermeira diz que o ritmo de trabalho do turno da tarde é mais acelerado, as crianças são agendadas com pouco espaço de tempo entre elas e às vezes não temos tempo para explicar o processo ou ensiná-las a usar a máscara.* (P:3)

Tema 4: Melhorando a avaliação da ansiedade pré-operatória pediátrica ou propostas futuras para o controle da ansiedade pré-operatória pediátrica

Esta categoria inclui aquelas propostas que as enfermeiras observaram em sua prática diária e que podem melhorar a avaliação e o controle da ansiedade pré-operatória pediátrica. As enfermeiras propuseram que os pais também deveriam ajudar na preparação cirúrgica de seu filho, isso também os ajudaria a diminuir sua ansiedade e, conseqüentemente, diminuir a de seus filhos: *Antes que a criança venha para a sala de cirurgia, dê o máximo de informação para os pais, para as crianças, para que em casa estejam de acordo. É importante que os pais expliquem a eles como será o processo, o que terão que fazer.* (P:8). Além disso, elas sugerem que os pais sejam instruídos no processo, não apenas em relação a proporcionar informações a eles, mas também para que com essas informações, eles possam ajudar seus filhos a enfrentar o dia da intervenção

cirúrgica: *Às vezes, as crianças têm ansiedade porque seus pais têm ansiedade. Há crianças que vêm sem saber porque vêm, e isso também as influencia. Além disso, às vezes os pais não contaram a elas, porque são eles que estão nervosos.* (P:2)

Quando a criança é muito pequena ou não é possível compreendê-la devido à sua idade ou patologia, as enfermeiras alegam a necessidade de um protocolo que unifique as decisões ou que a medicação de sedação pré-operatória seja prescrita previamente nas consultas: *Um menino com problemas de comportamento foi internado e durante o período de observação, a mãe afirmou que o menino já havia sido operado em outras ocasiões, que tinha ficado muito nervoso, e que em algum momento deram medicação a ele para se acalmar. (O de um menino de 4 anos).* As enfermeiras entrevistadas sugeriram que a orientação de sedação pré-operatória fosse padronizada a partir da consulta do anestesiológista: *Avaliar a ansiedade, nós já fazemos isso, tudo bem, mas para a medicação, deveríamos ter algo a partir da anestesia, ou algo assim, ou um papel que nos desse autoridade para pré-medicação (...) para fazermos todas, mais ou menos da mesma maneira...* (P:5)

Discussão

O objetivo deste estudo foi conhecer como as enfermeiras perioperatórias interpretam o comportamento da criança e como agem em relação a isso em sua prática diária.

Neste estudo, a avaliação da ansiedade da criança antes de entrar no centro cirúrgico foi realizada pelas enfermeiras responsáveis pelo cuidado pré-operatório, mediante a observação de comportamentos e atitudes. Outros estudos também relataram que a equipe do centro cirúrgico é a responsável por avaliar e interpretar o comportamento da criança por meio do julgamento clínico⁽²⁶⁻²⁸⁾. No entanto, tal avaliação está sujeita a um erro subjetivo importante, pois depende da habilidade do observador para interpretar os comportamentos e do tempo disponível para observar⁽¹⁶⁾.

Nosso estudo sugere que as enfermeiras interpretem os comportamentos da criança para avaliar a ansiedade e que, se houver dúvidas sobre sua interpretação, os pais sejam questionados. No entanto, a avaliação da ansiedade pré-operatória nas crianças por uma equipe treinada, mostrou-se mais precisa do que a relatada pelos pais⁽²⁸⁾, embora ela não seja suficiente para detectar todas as crianças com ansiedade pré-operatória⁽¹⁶⁾.

Nos serviços de atendimento com alto nível de pressão, como os da área cirúrgica, há um tempo limitado para preparar os pacientes. Entretanto, o tempo necessário para fornecer as informações pré-operatórias importantes para as crianças e seus pais sobre a dor pós-operatória, a anestesia, o início das refeições e os

requisitos para a alta, já deve ser considerado dentro desse curto espaço de tempo pré-operatório⁽²⁹⁾. Os pais precisam de informações e foi demonstrado que a literacia em saúde reduz a ansiedade, para que se possam sentir como uma parte ativa do processo cirúrgico de seus filhos⁽³⁰⁾.

Todas as ações que a enfermeira realiza para reduzir a ansiedade pré-operatória, como proporcionar informações adequadas à idade ou evitar o uso de palavras que possam causar mais estresse, ansiedade ou medo, visam obter uma criança mais cooperativa durante a indução anestésica. A implementação de estratégias não farmacológicas, tais como as informações sobre o procedimento, as brincadeiras com a máscara facial e a distração, são eficazes para a redução da ansiedade pré-operatória da criança, porém, às vezes, essas estratégias são insuficientes para ajudar a criança a enfrentar a situação⁽³¹⁾. Nesses casos, é necessário avisar o anestesiológico para administrar sedação à criança. No entanto, assim como em outros trabalhos⁽³²⁾, este estudo mostra que as decisões quanto à administração de sedação pré-operatória são baseadas em critérios pessoais que levam à práticas não unificadas.

Os resultados mostram que não há um protocolo ou programa de preparação para os pais e as crianças que serão submetidas à cirurgia ambulatorial no hospital estudado. Esses programas de preparação, sugeridos pelas enfermeiras estudadas, já foram apontados na literatura como um dos aspectos que reduziriam o nível de ansiedade de pais e filhos no dia da intervenção cirúrgica⁽³³⁾ e economizariam tempo no processo cirúrgico⁽³⁴⁾.

Treinar o uso da máscara facial em casa e ensinar técnicas de distração aos pais, são dois dos componentes do programa de preparação pré-operatória observados como os mais eficazes para manter estável a ansiedade da criança em todas as fases do período pré-operatório, no dia da intervenção⁽³⁵⁾. Além disso, a criança que tem conhecimento do processo é um facilitador e é benéfico para o profissional de saúde, pois a criança consegue participar ativamente se tiver informações⁽³⁶⁾. Da mesma forma, quando os pais são informados sobre o que vai acontecer e sobre o que se espera deles como pais, eles se sentem envolvidos no cuidado do seu filho e não como espectadores, como por exemplo, durante a indução da anestésica⁽³⁷⁾. A preparação pré-operatória da crianças e dos pais poderia reduzir os níveis de ansiedade, melhorar o enfrentamento e promover a recuperação pós-operatória⁽³⁸⁾. As enfermeiras deste estudo afirmaram que as crianças e os pais devem estar preparados antes de irem para a sala de cirurgia⁽³⁹⁾.

Embora tenhamos atualmente estratégias não farmacológicas para reduzir a ansiedade pré-operatória pediátrica, nós ainda temos limitações⁽¹⁴⁾. Como o

tempo cirúrgico para preparar as crianças e os pais é muito escasso no dia da intervenção cirúrgica, poderiam ser propostas outras estratégias não relacionadas com as brincadeiras terapêuticas, pois essas já se mostraram eficazes⁽⁴⁰⁾. Assim, essas estratégias seriam complementadas com outras, como informação sobre o processo pela equipe treinada em cuidado emocional⁽⁴¹⁾ e reforçadas por meio de informações escritas⁽⁴²⁾.

Uma das limitações deste estudo é que a avaliação foi realizada somente em uma unidade de cirurgia ambulatorial pediátrica de um hospital específico. No entanto, a triangulação de técnicas, tais como a observação sistemática e as entrevistas com enfermeiras novatas e especialistas, significa que embora os resultados não possam ser generalizados, eles podem ser levados em consideração em contextos semelhantes, para melhorar a avaliação da ansiedade cirúrgica pediátrica na prática diária.

Este estudo contribui para o conhecimento da importância do enfermeiro perioperatório no controle da ansiedade pré-operatória pediátrica. O cuidado de enfermagem à criança faz com que todas as estratégias utilizadas visem um único objetivo: minimizar a ansiedade pré-operatória da criança, pois os altos níveis de ansiedade pré-operatória em uma criança podem ter consequências pós-operatórias que vão além de sua permanência no hospital. Os supervisores destas unidades deveriam considerar a necessidade de concentrar os cuidados pré-operatórios de enfermagem na criança e sua família, seja capacitando os pais para serem facilitadores no processo cirúrgico dos seus filhos ou oferecendo à criança informações apropriadas para sua idade e etapa do desenvolvimento.

Conclusão

Os principais resultados revelam que a identificação da ansiedade pré-operatória pediátrica se baseia no julgamento clínico, por meio da observação dos comportamentos e atitudes da criança. Falta de tempo, nível de ansiedade dos pais e falta de informação sobre o processo cirúrgico são as principais dificuldades que os enfermeiros enfrentam em sua prática diária. As estratégias utilizadas para reduzir a ansiedade são várias, incluindo a distração, o esclarecimento sobre o processo cirúrgico e a comunicação adequada à idade.

A falta de tempo é a principal barreira para que estratégias como a escuta ativa, as brincadeiras terapêuticas e as informações apropriadas para a idade possam reduzir a ansiedade da criança antes da intervenção cirúrgica. Caberia ao facilitador orientar e capacitar os pais antes da intervenção cirúrgica de seus filhos, para que possam ser parte ativa do processo,

bem como fornecer às crianças informações adequadas à sua idade, por meio da implementação de programas de preparação pré-operatória e treinamento dos pais durante todo o processo cirúrgico, para que possam ser parte ativa neste processo.

Embora ainda haja a necessidade de avaliar a ansiedade pré-operatória, por meio do uso de instrumentos validados que visam unificar os cuidados e as estratégias baseadas na avaliação objetiva da ansiedade pré-operatória, as enfermeiras consideram que os cuidados perioperatórios devem ter como foco a criança e sua família, e por isso, a avaliação da ansiedade deve ser feita considerando-se as relações criança-pais, criança-enfermeira.

Com base nos resultados encontrados, são recomendados futuros estudos para avaliar se as informações pré-operatórias, proporcionadas pela equipe treinada em cuidados emocionais pediátricos, reduzem a ansiedade da criança no dia da intervenção cirúrgica, bem como estudar se a variação e a dificuldade de avaliação da ansiedade pré-operatória na prática diária são homogêneas por meio do uso de protocolos de avaliação da ansiedade pré-operatória, que foram unificados por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo perioperatório.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as enfermeiras da Unidade de Cirurgia Ambulatorial, pelo tempo disponibilizado durante as entrevistas. Da mesma forma, agradecemos também às pessoas que desinteressadamente ajudaram a melhorar o manuscrito.

Referências

1. Adler AC, Leung S, Lee BH, Dubow SR. Preparing your pediatric patients and their families for the operating room : Reducing Fear of the Unknown. *Pediatr Rev.* 2018;39(1):13-26. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0011>
2. Getahun AB, Endalew NS, Mersha AT, Admass BA. Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study. *Pediatr Heal Med Ther.* 2020;11:485-94. <https://doi.org/10.2147/phmt.s288077>
3. Liang Y, Huang W, Hu X, Jiang M, Liu T, Yue H, et al. Preoperative anxiety in children aged 2–7 years old: a cross-sectional analysis of the associated risk factors. *Transl Pediatr.* 2021;10(8):2024-34. <https://doi.org/10.21037/tp-21-215>
4. Ayenew NT, Endalew NS, Agegnehu AF, Bizuneh YB. Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing

anesthesia and surgery: A cross-sectional study. *Int J Surg Open.* 2020;24:18-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.03.004>

5. Banchs RJ, Lerman J. Preoperative anxiety management, emergence delirium, and postoperative behavior. *Anesthesiol Clin.* 2014;32(1):1-23. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2013.10.011>
6. Shafer JS, Jenkins BN, Fortier MA, Stevenson RS, Hikita N, Zuk J, et al. Parental satisfaction of child's perioperative care. *Pediatr Anesth.* 2018;28(11):955-62. <https://doi.org/10.1111/pan.13496>
7. Heikal S, Stuart G. Anxiolytic premedication for children. *BJA Educ.* 2020;20(7):220-5. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.02.006>
8. Hashimoto Y, Chaki T, Hirata N, Tokinaga Y, Yoshikawa Y, Yamakage M. Video Glasses Reduce Preoperative Anxiety Compared With Portable Multimedia Player in Children: A Randomized Controlled Trial. *J Perianesthesia Nurs.* 2020;35(3):321-5. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.001>
9. Lopes-Júnior LC, Bomfim E, Olson K, Neves ET, Sayuri D, Silveira C, et al. Effectiveness of hospital clowns for symptom management in paediatrics : systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *BMJ.* 2020;371:m4290. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4290>
10. Santapuram P, Stone AL, Walden RL, Alexander L. Interventions for parental anxiety in preparation for pediatric surgery: A narrative review. *Children.* 2021;8(11):1-9. <https://doi.org/10.3390/children8111069>
11. Pomicino L, Maccacari E, Buchini S. Levels of anxiety in parents in the 24 hr before and after their child's surgery: A descriptive study. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):278-87. <https://doi.org/10.1111/jocn.13895>
12. Huntington C, Lioffi C, Donaldson AN, Newton JT, Reynolds PA, Alharatani R, et al. On-line preparatory information for children and their families undergoing dental extractions under general anesthesia: A phase III randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth.* 2018;28(2):157-66. <https://doi.org/10.1111/pan.13307>
13. Luehmann NC, Staubach ME, Akay B, Collier PJ, Han RE, Riggs TW, et al. Benefits of a family-centered approach to pediatric induction of anesthesia. *J Pediatr Surg.* 2019;54(1):189-93. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.10.015>
14. Fronk E, Billick SB. Pre-operative Anxiety in Pediatric Surgery Patients: Multiple Case Study Analysis with Literature Review. *Psychiatr Q.* 2020;91:1439-51. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09780-z>
15. Vieco-García A, Amanda Lopez Picado A, Joyanes B, Francisco-González L, Fuentes M, Soto C, et al. Comparison of different scales to assess preoperative anxiety in children and adolescent undergoing major

- outpatient surgery. *Res Sq.* 2020;1-20. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-34072/v1>
16. Jerez C, Ullán AM, Lázaro JJ, Moreno E, Guillén L, Fuster E, et al. Evaluación enfermera de la ansiedad prequirúrgica pediátrica en una Unidad de Cirugía Ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria* [Internet]. 2016 [cited 2022 May 5];21:10-5. Available from: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/3_1.%20OR2%20Jerez_1.pdf
 17. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health.* 2010;33(1):77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
 18. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Heal Environ Res Des J.* 2016;9(4):16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
 19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 20. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 802 p.
 21. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation : How Many Interviews Are Enough ? *Qual Health Res.* 2017;27(4):591-608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
 22. Carnevale FA, Macdonald ME, Bluebond-Langner M, McKeever P. Using participant observation in pediatric health care settings: Ethical challenges and solutions. *J Child Heal Care.* 2008;12(1):18-32. <https://doi.org/10.1177/1367493507085616>
 23. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud.* 6. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 715 p.
 24. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 25. Guba EG. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In: Gimeno Sacristan J, Pérez Gómez A, editors. *La enseñanza: su teoría y su práctica.* 3. ed. Madrid: Akal; 1989. p. 148-65.
 26. Ashbury T, Milne B, McVicar J, Holden RR, Phelan R, Sudenis T, et al. A clinical tool to predict adverse behaviour in children at the induction of anesthesia. *Can J Anaesth.* 2014;61(6):543-50. <https://doi.org/10.1007/s12630-014-0139-4>
 27. Beringer RM, Segar P, Pearson A, Greampet M, Kilpatrick N. Observational study of perioperative behavior changes in children having teeth extracted under general anesthesia. *Paediatr Anaesth.* 2014;24(5):499-504. <https://doi.org/10.1111/pan.12362>
 28. MacLaren JE, Thompson C, Weinberg M, Fortier MA, Morrison DE, Perret D, et al. Prediction of preoperative anxiety in children: who is most accurate? *Anesth Analg.* 2009;108(6):1777-82. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e31819e74de>
 29. Tulloch I, Rubin JS. Assessment and Management of Preoperative Anxiety. *J Voice.* 2019;33(5):691-6. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.02.008>
 30. Kampouroglou G, Velonaki VS, Pavlopoulou I, Drakou E, Kosmopoulos M, Kouvas N, et al. Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information. *J Pediatr Surg.* 2020;55(4):590-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.07.016>
 31. St-Onge AR. Reducing paediatric anxiety preoperatively: strategies for nurses. *ORNAC J.* 2012;30(4):14-9.
 32. Wolf AR. The place of premedication in pediatric practice. *Paediatr Anaesth.* 2009;19(9):817-28. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2009.03114.x>
 33. Sjöberg C, Nygren JM, Svedberg P, Carlsson IM. Participation in paediatric perioperative care: "what it means for parents". *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):4246-54. <https://doi.org/10.1111/jocn.13747>
 34. Zainal Abidin H, Che Omar S, Zulfakar Mazlan M, Hasyizan Hassan M, Isa R, Ali S, et al. Postoperative Maladaptive Behavior, Preoperative Anxiety and Emergence Delirium in Children Undergone General Anesthesia: A Narrative Review. *Glob Pediatr Heal.* 2021;8:1-9. <https://doi.org/10.1177/2333794X211007975>
 35. Fortier MA, Blount RL, Wang SM, Mayes L, Kain Z. Analysing a family-centred preoperative intervention programme: a dismantling approach. *Br J Anaesth.* 2011;106(5):713-8. <https://doi.org/10.1093/bja/aer010>
 36. Quaye AA, Coyne I, Söderbäck M, Hallström IK. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *J Clin Nurs.* 2019;28(23-24):4525-37. <https://doi.org/10.1111/jocn.15042>
 37. Chang ME, Baker SJ, Marques ICS, Liwo AN, Chung SK, Richman JS, et al. Health Literacy in Surgery. *Health Lit Res Pract.* 2020;4(1):e46-65. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191121-01>
 38. Al-sagarat AY. Preparing the Family and Children for Surgery. *Crit Care Nurs Q.* 2017;40(2):99-107. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000146>
 39. Roy M, Corkum JP, Urbach DR, Novak CB, von Schroeder HP, McCabe SJ, et al. Health Literacy Among Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg.* 2019;43(1):96-106. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4754-z>

40. Díaz-Rodríguez M, Alcántara-Rubio L, Aguilar-García D, Pérez-Muñoz C, Carretero-Bravo J, Puertas-Cristóbal E. The Effect of Play on Pain and Anxiety in Children in the Field of Nursing: A Systematic Review. *J Pediatr Nurs.* 2021;61:15-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.022>
41. West N, Christopher N, Stratton K, Görges M, Brown Z. Reducing preoperative anxiety with Child Life preparation prior to intravenous induction of anesthesia: A randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth.* 2020;30(2):168-80. <https://doi.org/10.1111/pan.13802>
42. Landier M, Villemagne T, Le Touze A, Braïk K, Meignan P, Cook AR, et al. The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge, and satisfaction. *J Pediatr Surg.* 2018;53(3):375-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.04.009>

Contribuição dos autores


Concepção e desenho da pesquisa: Carmen Jerez Molina, Laura Lahuerta Valls, Victoria Fernandez Villegas. **Obtenção de dados:** Carmen Jerez Molina, Victoria Fernandez Villegas. **Análise e interpretação dos dados:** Carmen Jerez Molina, Laura Lahuerta Valls, Victoria Fernandez Villegas, Susana Santos Ruiz. **Análise estatística:** Laura Lahuerta Valls, Susana Santos Ruiz. **Obtenção de financiamento:** Carmen Jerez Molina. **Redação do manuscrito:** Carmen Jerez Molina, Laura Lahuerta Valls, Victoria Fernandez Villegas, Susana Santos Ruiz. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Carmen Jerez Molina, Susana Santos Ruiz.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 21.05.2022
Aceito: 15.07.2022

Editora Associada:
Lorena Chaparro-Díaz

Autor correspondente:
Carmen Jerez Molina
E-mail: carmen.jerez@sjd.edu.es
 <https://orcid.org/0000-0003-2402-6785>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.