

Alberto Jorge Godinho Alves

Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da  
Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010



Alberto Jorge Godinho Alves

Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da  
Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Alberto Jorge Godinho Alves

Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da  
Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada

---

(Alberto Jorge Godinho Alves)

“Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Licenciatura em Enfermagem”

## SUMÁRIO

A Investigação em Enfermagem representa, hoje e cada vez mais, um papel determinante no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos. Para que seja possível haver mudanças e conseqüente crescimento, os profissionais de Enfermagem têm vindo a desenvolver estudos no sentido da procura de respostas para as necessidades da população, investindo deste modo na Investigação Científica.

Os Enfermeiros têm reconhecido a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam, ou seja, de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência disponível na sua prática clínica. Assim, a Investigação em Enfermagem permite aos Enfermeiros a revisão contínua da prática, o que leva à tomada de decisão baseada na evidência disponível.

A natureza, a estrutura e a racionalidade do conhecimento derivam da pergunta de investigação, da escolha do método apropriado para lhe dar resposta e fundamentalmente do investigador.

Deste modo, o presente trabalho de Investigação intitulado *“Estratégias de Enfermagem que Contribuem Para a Diminuição da Ansiedade da Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada”*, centra-se na temática da ansiedade das crianças, no pré-operatório de cirurgias programadas, nomeadamente na identificação de estratégias consideradas como determinantes para a diminuição desta.

O exercício profissional da Enfermagem em Pediatria, não se restringe apenas à prática, mas também à Investigação Científica neste ramo. É importante saber actuar de forma correcta e eficaz. Como tal, as intervenções de Enfermagem têm um importante peso no contínuo processo de diminuição da ansiedade e conseqüentemente na promoção do bem-estar das crianças.

Neste sentido, o presente estudo teve por base o seguinte objectivo geral: Conhecer as estratégias que os Enfermeiros utilizam para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada; e como objectivos específicos: identificar as diferentes

estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada e compreender a importância das diferentes estratégias utilizadas pelos profissionais de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada.

A população-alvo deste estudo refere-se aos profissionais de Enfermagem de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com uma amostra de 10 profissionais que integram a equipa que realiza a consulta de preparação pré-operatória. Inserido num tipo de estudo descritivo simples, no actual trabalho de Investigação adoptou-se como instrumento de colheita de dados, o questionário, integrando perguntas de resposta fechada e aberta, e utilizando o método de investigação quantitativo.

Depois do tratamento dos dados recolhidos e de realizada a respectiva análise e sua discussão, verificou-se que os Enfermeiros deste estudo adoptam quase sempre ou sempre as estratégias apresentadas no questionário, à excepção da estratégia n.º4 *“Leva a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada”* e da estratégia n.º5 *“Leva a criança a visitar o bloco operatório e explica o que vai acontecer”*. No sentido de diminuir a ansiedade das crianças no período pré-operatório, os profissionais de Enfermagem estudados sugerem ainda a presença parental até ao momento da indução anestésica e a utilização do penso anestésico “EMLA” na execução de determinados procedimentos invasivos.

A Investigação em Enfermagem não é um fim em si própria, ela encontra o seu sentido quando a produção científica (os dados/resultados) se move do contexto do estudo para o contexto da vida e neste movimento contribui para a consolidação da disciplina, o desenvolvimento da prática clínica e influência as políticas de saúde.

Procura-se com a Investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo, incluindo reflexão ética e capacidade de análise crítica como a melhor forma da Enfermagem se desenvolver. A Investigação é essencial ao desenvolvimento de qualquer ciência e é um instrumento de desenvolvimento, processo científico para obter conhecimento e resolver problemas de e em Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Research in Nursing represents, today and increasingly, a determining role in the development and consolidation of new knowledge. So that changes and consequent growth can occur, nursing professionals have been developing studies to search for answers to the needs of the population, investing in scientific research.

Nurses have recognized the need to develop their scientific knowledge and its practical implementation at the level of care they provide, i.e. to identify, evaluate and apply the best available evidence in their clinical practice. Thus, research in nursing allows nurses to a continuous review of the practice, which leads to decision making based on available evidence.

The nature, structure and rationality of knowledge derive from the research question, the choice of the appropriate method for responding to it and mainly from the investigator.

Therefore, this research project entitled "*Strategies of nursing that contribute to reducing the anxiety of the child in preoperative surgery scheduled,*" focuses on the theme of anxiety in children, preoperative surgery scheduled, particularly in identifying strategies considered crucial to reducing such anxiety.

The nursing practice in pediatrics is not only restricted to practice but also to scientific research in this field. It's important to know how to act properly and efficiently. So, the nursing interventions have an important role in the ongoing process of reducing anxiety and, consequently, in the promotion of the children's well-being.

In this sense, the present study was based on the following objective: To identify the strategies that nurses use to decrease the child's anxiety at prescheduled surgery; And as specific objectives: to identify the different strategies used by nurses to decrease the child's anxiety at pre-scheduled surgery and understand the importance of the different strategies used by nursing professionals that contribute to reducing the child's anxiety in the pre -surgery scheduled.

The target population for this study refers to nursing professionals from one Hospital of the Region of Lisbon and Vale do Tejo – Lisbon, with a sample of 10 professionals within the team that performs the preoperative preparation appointment. Inserted on a kind of simple descriptive study, in the current research work has been adopted, as a means of collecting data, a questionnaire, incorporating questions of closed and open response and the method of quantitative research.

After treatment, subsequent analysis and discussion of the collected data, it was verified that the Nurses in this study always or almost always adopt the strategies presented in the questionnaire, except strategy no. 4 "Take the child to visit the service intent where he/she will be hospitalized" and strategy no. 5 "Take the child to visit the operating room and explain what will happen". In order to reduce children's anxiety in the preoperative period, professionals suggest the parental presence till anaesthesia induction in the block and the use of the anaesthetic plaster "EMLA" in the execution of certain invasive procedures.

Research in nursing is not an end in itself, it finds its meaning when the scientific production (data / results) moves from the context of the study to the context of life and this movement contributes not only to the consolidation of the discipline but also to the development of the clinical practice, influencing health policy.

Research instigates an attitude of reflection, including ethical reflection, and also the capacity for critical analysis as the best way of developing nursing. In fact, it is essential to the development of any science and it is a development tool, a scientific process to gain insight and solve nursing problems.

## DEDICATÓRIA

O presente trabalho de investigação no âmbito da Licenciatura em Enfermagem é dedicado com especial orgulho...

À minha família, pais e irmã que, de forma constante me apoiaram no decurso desta nova etapa de vida, estando sempre presentes nos momentos de fraqueza.

À minha avó Laurinda e, com especial Nostalgia e Saudade ao meu avô Manuel, já não presente fisicamente entre nós mas, sempre presente com o recordar das suas astutas e sábias lições e saberes da vida.

Por último, mas não menos importante, este trabalho e Licenciatura são dedicados a quem que, de forma inesperada surgiu, apoiou e se mostrou sempre disponível para me ajudar a concluir esta etapa, sem o seu apoio, conselhos e dedicação, tudo seria diferente, a minha namorada Sara Lemos!\*

## **AGRADECIMENTOS**

Uma monografia surge como resultado de um trabalho em equipa, não podendo ser exclusivamente individual, existe um esforço conjunto. Deste modo, a sua elaboração só foi possível graças a vários apoios, de forma directa ou indirecta, que me cumpre desta forma realçar e agradecer.

À Enfermeira Amélia José agradeço a orientação, disponibilidade, ajuda, apoio e acompanhamento dado no decurso da realização deste trabalho.

A todos os professores do curso de Licenciatura em Enfermagem, que durante 4 anos cooperaram e me apoiaram nesta caminhada, principalmente pela boa vontade que sempre demonstraram no esclarecimento de dúvidas e na prontidão a fazê-lo.

Realço a colaboração e preocupação dos meus familiares, especialmente meus pais e avó, pela motivação proporcionada à realização desta monografia para conclusão da Licenciatura em Enfermagem. Destaco de igual modo a paciência e apoio incondicional que sempre me deram, assim como a possibilidade de tornar este sonho em realidade – Ser Enfermeiro. Em especial, agradeço a dedicação e o apoio da minha irmã na elaboração deste trabalho.

Também quero agradecer a especial preocupação, colaboração e empenho de alguém que para mim representa o resultado que a força de vontade e determinação é capaz de proporcionar e realizar. Alguém que se tornou muito especial e que também me acompanhou na elaboração deste trabalho, ajudando-me a superar momentos de desânimo. À minha Namorada Sara, o meu muito Obrigado!

Por último, agradeço à minha Tia Mágui, Tiago Pedrosa, Chico e a todos os restantes meus amigos a força e a coragem que me deram para ultrapassar as dificuldades e que sabem a importância que têm para mim.

## PENSAMENTO

“Would you believe me if I said...  
That we are the ones who can make the change  
In the world today...  
Would you believe me if I said...  
That all of the dreams in your heart  
Can come true... today...  
Would you believe me if I said...  
That life could be all that you want it to be... today...(...)”

(Hillsong United - Free)

## **ABREVIATURAS**

*cit. in-* Citado em

et al. – Entre outros

et alli. – Entre outros

n.º - Numero

p. - Página

pp. – Páginas

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

% - Percentagem

## ÍNDICE

## PÁGINA

0. INTRODUÇÃO.....	17
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO FENÓMENO EM ESTUDO.....	20
1. Conceitos.....	20
1.1. Conceito de Estratégia.....	20
1.2. Conceito de Ansiedade.....	20
1.3. Conceito de Criança.....	21
1.4. Conceito de Pré-operatório.....	21
2. Cuidar em Enfermagem.....	21
3. Efeitos da Hospitalização na Criança.....	24
4. Preparação Pré-operatória da Criança submetida a Cirurgia Programada.....	27
5. A Ansiedade na Criança.....	32
5.1. Factores que Influenciam a Ansiedade da Criança.....	37
5.2. Importância da Presença dos Pais no Acompanhamento da Criança.....	39
5.3. Intervenção/Papel do Enfermeiro na Diminuição da Ansiedade da Criança.....	43
5.3.1. Estratégias Farmacológicas.....	44
5.3.2. Estratégias Não Farmacológicas ou Psicológicas.....	45
II. FASE METODOLÓGICA.....	50
1. Problemática.....	50
2. Questão de investigação.....	50
3. Tipo de Estudo.....	51
4. Método de Estudo.....	51
5. Objectivos de Estudo.....	52
6. Identificação de variáveis.....	52
7. População e Amostra.....	53
8. Técnicas de Recolha de Dados.....	54
8.1. Instrumento de Colheita de Dados.....	54
8.2. Validação (Pré-teste).....	55
9. Considerações Éticas.....	55
10. Tratamento e Apresentação de Dados.....	56

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	57
1. Caracterização da amostra.....	57
2. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para Diminuir a Ansiedade da Criança no Período Pré-Operatório .....	62
3. Perguntas de resposta aberta.....	68
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	74
V. CONCLUSÃO.....	81
VI. BIBLIOGRAFIA .....	84

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Instrumento de colheita de dados – Questionário

**ÍNDICE DE GRÁFICOS****PÁGINA**

<b>Gráfico n.º 1.</b> Distribuição da amostra relativamente ao sexo .....	57
<b>Gráfico n.º 2.</b> Distribuição da amostra relativamente à idade .....	58
<b>Gráfico n.º 3.</b> Distribuição da amostra relativamente à Categoria Profissional .....	59
<b>Gráfico n.º 4.</b> Distribuição da amostra relativamente ao Tempo de Serviço .....	59
<b>Gráfico n.º 5.</b> Distribuição da amostra relativamente ao Tempo de Experiência Profissional na Área da Pediatria .....	60
<b>Gráfico n.º 6.</b> Estratégia n.º 1: <i>Acolhe a criança pelo nome</i> .....	62
<b>Gráfico n.º 7.</b> Estratégia n.º 2: <i>Apresenta-se à criança pelo nome</i> .....	62
<b>Gráfico n.º 8.</b> Estratégia n.º 3: <i>Permite a presença parental</i> .....	62
<b>Gráfico n.º 9.</b> Estratégia n.º 4: <i>Leva a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada</i> .....	63
<b>Gráfico n.º 10.</b> Estratégia n.º 5: <i>Leva a criança a visitar o bloco operatório e explica o que vai acontecer</i> .....	63
<b>Gráfico n.º 11.</b> Estratégia n.º 6: <i>Mostra o serviço de internamento e o bloco operatório através de imagens/fotografias</i> .....	64
<b>Gráfico n.º 12.</b> Estratégia n.º 7: <i>Mostra e permite o manuseamento de objectos utilizados no bloco como touca, mascara, luvas, eléctrodos, oxímetro ...</i> 64	
<b>Gráfico n.º 13.</b> Estratégia n.º 8: <i>Explica para que serve cada um desses objectos utilizados no bloco</i> .....	65
<b>Gráfico n.º 14.</b> Estratégia n.º 9: <i>Explica, através de um boneco, alguns dos procedimentos invasivos do bloco operatório</i> .....	65
<b>Gráfico n.º 15.</b> Estratégia n.º 10: <i>Recorre ao diálogo, à brincadeira e ao bom humor para explicar à criança o que irá acontecer</i> .....	66
<b>Gráfico n.º 16.</b> Estratégia n.º 11: <i>Explica de forma simplificada a intervenção que vai realizar com desenhos ilustrativos, bonecos, jogos, programas interactivos (...), para uma melhor compreensão e integração</i> .....	66
<b>Gráfico n.º 17.</b> Estratégia n.º 12: <i>Permite a presença do objecto significativo da Criança</i> .....	67
<b>Gráfico n.º 18.</b> Estratégia n.º 13: <i>Procura incutir e proporcionar um ambiente acolhedor e informal</i> .....	67

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Quadro n.º 1.</b> Relação entre a idade e Comportamentos Específicos dos Utentes Pediátricos.....	37
<b>Quadro n.º 2.</b> Estatística descritiva relativamente à idade .....	58
<b>Quadro n.º 3.</b> Estatística descritiva relativamente ao Tempo de Serviço.....	60
<b>Quadro n.º 4.</b> Estatística descritiva relativamente ao Tempo de Experiência Profissional na Área da Pediatria.....	61
<b>Quadro n.º 5.</b> Distribuição da amostra relativamente à Formação Adquirida Acerca do Objecto de Estudo.....	61
<b>Quadro n.º 6</b> Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º1.....	68
<b>Quadro n.º 7.</b> Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º2.....	70
<b>Quadro n.º 8.</b> Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º3.....	72

## 0. INTRODUÇÃO

A prática em Pediatria tem a ver com o exercício da clínica na criança, no enquadramento das suas necessidades, tanto em condições de equilíbrio e saúde, como na situação de doença, tendo como foco a promoção da saúde desta população. Neste espírito, o exercício profissional da Enfermagem em Pediatria, para além da prática, não deve descurar o contínuo processo de estudo e de Investigação Científica nesta área específica.

Dentro de uma múltipla e diversificada temática respeitante a este propósito a intenção do presente trabalho é conhecer e reflectir sobre as estratégias que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças no pré-operatório. A finalidade do mesmo visa, entre outros, um estudo acerca desta realidade no sentido da compreensão, desenvolvimento e enriquecimento relativamente a esta temática, dando a conhecer o trajecto vivenciado na elaboração do trabalho.

Resultante da prática clínica de muitos profissionais nesta área, bem como da revisão de literatura efectuada, verifica-se que as crianças apresentam de um modo geral, elevados níveis de ansiedade no período pré-operatório e que influenciam os seus comportamentos (adesão e colaboração na preparação pré-operatória, de uma forma especial).

Apesar de se constar, na maioria das Instituições de Saúde, intervenções por parte de equipas de Enfermagem na preparação pré-operatória para uma cirurgia pretende-se, como tal, conhecer e identificar as estratégias que ajudam no controlo da ansiedade com vista a minimizar/solucionar esta situação. Num estudo realizado por Moro (2004, p.728), com o intuito de avaliar os aspectos envolvidos com a ansiedade que afecta a criança e os pais durante o período pré-operatório, destaca-se que,

“(…) o período que antecede a cirurgia, [é] acompanhada[o] (...) de grande carga emocional para toda família, sobretudo para a criança. Um pré-operatório turbulento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos prolongados em algumas vezes.”

A ansiedade, caracterizada por sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, reflectem o medo das crianças de ficarem separadas dos pais, do ambiente familiar, a perda do controlo e a não familiarização com as rotinas, instrumentos e procedimentos cirúrgicos e hospitalares.

Neste contexto, a elaboração do presente estudo tem como objectivo geral: conhecer as estratégias que os Enfermeiros utilizam para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada; e, como objectivos específicos: identificar as diferentes estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada e compreender a importância das diferentes estratégias utilizadas pelos profissionais de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada.

Como tal, numa primeira parte (fase conceptual) deste trabalho, é realizada uma reflexão acerca do cuidar em Enfermagem, direccionada para a hospitalização da criança/família, considerando as reacções e efeitos da hospitalização na mesma. Igualmente é investigada a situação muito especial da criança submetida a cirurgia programada, tendo presente os cuidados a serem tomados na preparação pré-operatória. Assim, considerando o objectivo essencial do presente trabalho, procura-se analisar os factores que influenciam a ansiedade da criança e a importância da presença dos pais no seu acompanhamento pré-operatório. Como corolário da revisão de literatura, dá-se um especial relevo à intervenção/papel dos Enfermeiros na diminuição da ansiedade da criança e consequentes estratégias utilizadas que contribuem para a diminuição da mesma.

Numa segunda parte, após considerada a metodologia a ser utilizada face ao tema definido e objectivos traçados, é colocada a seguinte questão de investigação: *“Quais as estratégias que os Enfermeiros adoptam para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada?”*.

Esta questão, enquanto ponto de partida para a investigação, serve de enquadramento teórico e orientador para alcançar os objectivos propostos e que pretendem identificar estratégias adoptadas pelos Enfermeiros para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada. Neste contexto, explicita-se a caracterização do trabalho de campo

realizado com vista à recolha de informação, a partir de um questionário em que se procura determinar a importância da consulta pré-operatória como uma mais-valia para a diminuição da ansiedade na criança, os tipos de estratégias e as intervenções de Enfermagem.

Na parte final do trabalho está incluída a fase empírica na qual são analisados, interpretados e discutidos os resultados obtidos. Por último, a conclusão final.

Após a concretização do respectivo trabalho de investigação e de realizada a reflexão dos seus resultados, podem ser identificadas e enumeradas as estratégias que os Enfermeiros do Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo utilizam para a diminuição da ansiedade das crianças no período pré-operatório.

Deste estudo, pode-se concluir que as estratégias adoptadas durante esse período são consideradas relevantes para a diminuição da ansiedade da criança, na medida em que as mesmas facilitam a exteriorização e verbalização de medos, receios, comportamentos e/ou reacções inadequadas que se traduzem na ansiedade perante o desconhecido.

Assim, não só pela pesquisa bibliográfica mas sobretudo pelo estudo de campo realizado, verificou-se que a sistematização da consulta pré-operatória, com intervenções de Enfermagem apropriadas, segundo os Enfermeiros inquiridos, constitui um suporte psico-emocional indispensável para as crianças e suas famílias que acorrem às Instituições de Saúde Pediátricas para intervenção cirúrgica.

## **I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO FENÓMENO EM ESTUDO**

Nesta fase, começa-se por determinar o assunto, formular o problema e, posteriormente, reunir e seleccionar a documentação sobre a temática.

Segundo Fortin (1999, p.39):

“conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (...). “A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação.”

O contorno teórico deste trabalho atenta na matriz teórica e na sua problemática. O enquadramento teórico do fenómeno em estudo agrega um conjunto de conceitos indispensáveis para a compreensão deste e das relações estabelecidas entre si. Assim, neste momento, definem-se de forma sucinta os principais conceitos e temáticas relacionadas com este estudo.

### **1. Conceitos**

No âmbito da área Pediátrica, existem alguns conceitos utilizados, frequentemente, pelos profissionais de saúde nela envolvidos, sendo em seguida, definidos alguns dos mais relevantes necessários a esta temática:

#### **1.1. Conceito de Estratégia**

O conceito de estratégia é definido no Dicionário de Língua Portuguesa (2009), como: o conjunto de medidas e planos para atingir um fim.

#### **1.2. Conceito de Ansiedade**

Entende-se a ansiedade, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2000, p.51), como sendo:

“(...) tipo de emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.”

### **1.3. Conceito de Criança**

A criança é definida, segundo a Convenção sobre os Direitos das Crianças (1990, p.6) “(...) como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.”

### **1.4. Conceito de Pré-Operatório**

O conceito de pré-operatório corresponde à primeira fase do período perioperatório. Segundo Cadete et al. (2000, p.23) o período pré-operatório

“começa na tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência do doente para a mesa operatória. Deve incluir a preparação do ambiente da sala, dos materiais e assegurar-se do seu correcto funcionamento”.

## **2. Cuidar em Enfermagem**

Desde que existimos, temos a necessidade de cuidados e é daí que nasce a necessidade de cuidar dos outros. Collière (1989, p.236) refere que,

“(...) cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Pode dizer-se que o “cuidar” abrange qualquer faixa etária, desde a infância até à velhice e apesar dos cuidados serem diferentes e/ou diferenciados pela sua especificidade, a finalidade é a mesma.

## Cuidar para ser cuidado...

“Os cuidados encontram-se em todas as etapas da vida:

- Em primeiro lugar, ao recorrer aos outros: SER CUIDADO. São prodigalizados em toda a primeira infância, para suprir tudo o que o bebé não sabe fazer ou a criança ainda não consegue fazer mas, ainda mais, para lhe permitir adquirir e desenvolver as capacidades de fazer o que é indispensável para continuar a viver, crescer, despertar para o mundo.

- Depois, ao poder assegurar por si próprio os cuidados diários. Esses cuidados que ninguém pode dispensar, como alimentar-se, lavar-se, vestir-se, eliminar... mas também partilhar com os outros (...): CUIDAR-SE.

- Para em seguida CUIDAR: prodigalizar os cuidados às crianças que se geram, mas também aos pais que envelhecem. Para certas pessoas, assegurá-los por profissão, para suprir temporariamente aquilo que alguns adultos não podem fazer por si próprios, devido ao seu estado no fim da gravidez, durante o parto ou a perturbações causadas pela idade, doença ou acidente.” (Collière, 2003, p.178).

O cuidar é considerado como uma forma de ser, como uma forma de se relacionar, como um imperativo moral e constitui a essência de Enfermagem e, nesta perspectiva, o cuidar é contextual, relacional, existencial e, dessa forma, é construído entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

A Enfermagem usa o seu conhecimento na prática. Com efeito, a prática não é a Enfermagem mas o modo pelo qual usamos o conhecimento da Enfermagem. Se o cuidar é a prática – que se caracteriza por acções e comportamentos de cuidar – então esse é o conhecimento próprio e específico do Enfermeiro.

Tal conhecimento reúne os padrões de conhecimento de Carper (1978), pois o cuidar, no seu sentido autêntico, é ético; é estético, pois é interactivo e desenvolve habilidades manuais; é pessoal, pois é intencional, relacional, depende de vontade, de autoconhecimento, de desprendimento, de responsabilidade, comprometimento; e é empírico, pois é viável de teorização, pode ser explicado e predito. Assim, isto equivale a dizer que nenhum dos padrões, sozinho, pode caracterizar o cuidar/cuidado, pois este inclui nas suas acções e

comportamentos, além do espírito científico, a emoção, a sensibilidade, a destreza e a habilidade.

O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Sendo assim, surge-nos como um processo interactivo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua, ou num determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação (Waldow, 1998).

Segundo Hesbeen (2000), o cuidado tem a ver com a atenção, com o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa, designa a atenção que se dá a alguém que se encontra numa situação particular com a finalidade de a ajudar, de promover para a sua saúde.

De acordo com Collière (1999), desde o início da história da Humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser Humano” inserido numa comunidade. A Enfermagem nasce como a profissão que cuida do ser humano doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais que se integra, de forma que recuperem e mantenham a saúde ao mais alto nível.

Como tal, o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa (criança ou adulto), ou entre um Enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer a pessoa Enfermeiro, quer a pessoa cliente dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Como refere Watson (2002, p.52),

“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.”

Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o Enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa, cliente dos cuidados de Enfermagem.

A acção dos Enfermeiros junto da criança aquando da hospitalização requer, como é óbvio, um empenho e dedicação especiais quanto ao cuidar, em que a vertente humana/social e a técnica/profissional se conjuguem na díade humanizar e personalizar os cuidados, bem como envolver a criança/família no processo de tratamento e cura (Casey, 1988).

### **3. Efeitos da Hospitalização na Criança**

Constata-se, nos dias de hoje, que os Enfermeiros testemunham, na generalidade da sua profissão, a essência da sua missão de cuidar em situações que necessitam de acompanhamento e de intervenção. No caso concreto da hospitalização da criança, bem como da família, em situações da cirurgia pediátrica, observa-se uma preocupação muito especial nos Enfermeiros que trabalham com crianças, dado que tanto para a criança, como para os seus familiares, a necessidade de um internamento e uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a vida familiar e todos os seus membros (Barros, 2003; Jorge, 2004).

Compreende-se, neste contexto, que a hospitalização pode ser uma experiência positiva, em termos de desenvolver a sua auto-estima, dominar os receios e a ansiedade inerentes ao internamento no hospital. Daí, tornar-se necessário que as Unidades Hospitalares e os mais directos responsáveis ligados a este sector, os profissionais de saúde, ajudem as crianças a adquirirem um sentimento de domínio a partir da experiência hospitalar.

A situação de doença em que a criança se encontra provoca uma alteração no estilo de vida habitual, retira-lhe a capacidade de decidir sobre as suas acções, colocando-a, assim, na dependência de intervenções e orientações técnicas que visam repor o seu estado de saúde ou minorar o sofrimento motivado pela situação de doença que a afecta.

Assim, a humanização nos cuidados hospitalares refere-se à criação de um contexto em que a criança se sinta protegida e apoiada no ambiente hospitalar, mantendo uma imagem positiva de si e continuando a alimentar os seus sonhos de felicidade, sem medo do desconhecido e isolamento dos seus amigos e dos seus pais/familiares.

Pretende-se que a criança continue a sentir-se tratada como pessoa, com carinho e empatia, apesar dos momentos pelos quais possa passar. O envolvimento humano e a comunicação com as crianças e com os pais contribuem decisivamente para manter na criança um nível de vitalidade que a ajudará não só a suportar a dor e o isolamento como também a prosseguir com a sua vida normal quando recuperar a saúde e tiver alta hospitalar.

Na verdade, a experiência de estar longe de casa, de estar doente ou lesionado, e de ser tratado por adultos, que não são os pais, será sempre um desafio traumático para uma criança. Isso exige, necessariamente, conhecer as reacções que a criança e sua família podem apresentar durante o processo de hospitalização, para que o internamento e a experiência cirúrgica sejam a menos prejudicial e traumática possível (Relvas, 1996; Feldman, 2001; Hermans, 2004, *cit. in* Teixeira, 2009).

Além do mais, a criança, para além de se ver confrontada com a hospitalização, também pode ver-se confrontada com a necessidade de ser submetida a uma intervenção cirúrgica. O desconhecimento, por parte da equipa de saúde, das expectativas das crianças e suas famílias, ou pessoas significativas, relativamente ao período perioperatório, e a inexistência de uma intervenção sistemática e multidisciplinar tem sido a base para muitos trabalhos e estudos que se têm desenvolvido na área da Enfermagem perioperatória (Ellerton, 1994; O'Conner, 2000; Gonçalves, 2003; Amaral, 2002; Ramos, 2003, *cit. in* Teixeira, 2009).

A admissão de uma criança para hospitalização exige por parte do Enfermeiro toda uma gama de conhecimentos, competências e valores que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença e da hospitalização para a criança e sua família. Igualmente, não pode desconhecer os factores que modificam a adaptação da criança no hospital além, como é óbvio, das competências técnico-científicas inerentes ao processo de admissão e domínio da sistematização da assistência de Enfermagem.

Segundo Gomes et al. (2001, p.206), “as necessidades da criança são inalienáveis, são irreduzíveis, são inquestionáveis. Assegurá-las é inequivocamente o nosso mandamento e terá de ser, assim, a nossa missão”.

Nos nossos dias, investigar as consequências provocadas nas crianças pela hospitalização tem vindo a assumir uma nova e diferente imagem daquela que vigorava até há bem pouco tempo, graças à interdisciplinaridade à volta deste tema, nomeadamente nas especializações da Psicopatologia e em estudos mais complexos e abrangentes, facultando e contribuindo para uma melhor e maior explicação por parte da Psicologia do Desenvolvimento.

A multiplicidade de estudos destas ciências, em prol do conhecimento do comportamento e desenvolvimento da criança, apresenta-nos uma diversificada série de dados para identificação das consequências positivas e negativas da hospitalização das crianças. Na verdade, esses estudos ajudam não só a perceber os processos complexos de causalidade e mediação dos elementos perturbadores, como sugerem novas estratégias quanto a processos de protecção e de competências face a esses elementos. De uma forma geral, os estudos da Psicologia da Criança (entre outras especializações) ajudam a compreender como é que as crianças podem reagir ao *stress* da hospitalização antes da admissão, durante a hospitalização e após a alta (Barros, 2003).

A hospitalização é um acontecimento que pode gerar na criança sentimentos como medo, dor, sensação de culpa e resultar em reacções inadequadas durante o internamento. Algumas pesquisas afirmam que a hospitalização produz um aumento de condutas como: choro excessivo, birra, agressividade, podendo provocar experiências desconfortáveis e reacções emocionais desadaptativas como o *stress*, a ansiedade e o medo.

Barros (2003) refere que a ansiedade é muito importante enquanto consequência da hospitalização, podendo mesmo levar ao prolongamento desta. A ansiedade e o *stress* causados pela hospitalização podem diminuir ou até acabar quando a informação e o esclarecimento fizerem parte do processo de humanização no tratamento.

Muitas vezes estas consequências da hospitalização podem até não ser evidentes durante o internamento mas sim manifestarem-se após a alta nas rotinas quotidianas (Barros, 2003).

Actualmente, graças aos serviços especializados de Pediatria, a novas formas de tratamento e a uma maior preocupação com a anestesia e analgesia pediátrica, a redução dos períodos de isolamento e da restrição da mobilidade, a diminuição do tempo de internamento, a criação de um bom ambiente adequado às actividades habituais da criança, assim como a presença de educadores e professores nos serviços e, sobretudo, a possibilidade de acompanhamento por um familiar, estes efeitos da hospitalização tendem a ser minimizados.

De tudo isto podemos concluir que a evolução da investigação nesta área permite, actualmente, definir actuações específicas, que visam diminuir o sofrimento e a ansiedade da criança que necessita de ser hospitalizada, bem como a família, prevenindo, assim, as consequências dolorosas e, por vezes, dramáticas desta experiência, enquanto se potencializa os seus eventuais efeitos positivos.

#### **4. Preparação Pré-operatória da Criança submetida a Cirurgia Programada**

Sempre que uma criança não é preparada para um procedimento cirúrgico, ela poderá desenvolver sintomas psico-emocionais pós-cirúrgicos associados à cirurgia/hospitalização, tais como: fobias, pesadelos, insónias, enurese nocturna e diurna, distúrbios de linguagem, temor de pessoas vestidas de branco, incapacidade de interagir com outras crianças e de brincar, agressividade (com a intenção inconsciente de afastar qualquer outro perigo), etc. Ansiedades que, por vezes, parecem ter sido bem dominadas na época da cirurgia, mas que podem ser reactivadas em crises futuras na vida, como na crise normal da adolescência, por exemplo (Huerta, 1996).

Há a considerar, igualmente, uma relação directa entre o mentir ou não informar à criança sobre a cirurgia, o seu propósito real e a gravidade dos sintomas emocionais posteriores. Na verdade, perceber a experiência como ataque hostil, como um abuso, uma violência, pode levá-la a perder a confiança nos adultos ao seu redor, particularmente naqueles que lhe são

significativos na sua vida (sobretudo os seus pais), confiança essencial para o seu desenvolvimento emocional sadio.

Como tal, Santos (1998) refere a importância do primeiro contacto com o doente, o que vai permitir esclarecer dúvidas e receios, desmistificando o bloco operatório e permitindo a proximidade entre este, a criança e a família. Ainda, segundo Peixoto (1997, p.32), “é fundamental que o enfermeiro consiga estabelecer com o doente uma relação de empatia, tratando-o de uma forma pessoal e individualizada (...)”.

Nos últimos tempos, com os conhecimentos que a investigação trouxe, foi estabelecido como “direito da criança”, saber a verdade em relação à realidade da experiência que vai enfrentar aquando duma cirurgia. Na verdade, para qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, a intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica que gera uma crise vital: episódio de alteração psicológica de carácter agudo e de duração limitada que se apresenta como um obstáculo que o indivíduo não pode evitar nem resolver com os seus recursos habituais.

Peixoto (1997, p.31) refere que “(...) a ansiedade e o medo são reacções comuns nos doentes que vão ser submetidos a cirurgia (...) a visita pré-operatória poderá atenuar estas alterações”. Para Lúcia et al. (1996) o medo que surge da insegurança e da incerteza do desconhecido agrava-se na criança, quando se verifica que esta é colocada numa situação de separação com o seio familiar e com os muitos perigos desconhecidos.

A população infantil, no entanto, é a mais sensível a esta crise. Isto porque, devido ao seu desenvolvimento imaturo, a criança tem recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas. A sua capacidade para raciocinar logicamente e considerar as razões reais para a experiência é limitada e porque, para superar o medo, a frustração e a dor, geralmente recorre à fantasia (Wong, 1999).

A experiência de vida da criança também é limitada e, devido às características do seu pensamento (egocêntrico), ela pode interpretar de forma errada os procedimentos dolorosos e invasivos, podendo inclusive interpretá-los como castigo ou punição e, conseqüentemente, sentir-se culpada.

Nesta conformidade, a criança deve ser adequadamente preparada para procedimentos cirúrgicos para, deste modo, diminuir o impacto potencialmente traumático da crise que representa a cirurgia e, assim, diminuir o risco de sintomas/distúrbios emocionais a ela associados. Requisitos, como tal, a serem tomados em consideração para não só minimizar o medo, como também para ajudar a criança a experimentar um senso de domínio da realidade de uma experiência potencialmente traumática (Huerta, 1996).

Estudos internacionais mostram que a preparação pré-operatória é benéfica para as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos (O'Conner-Von, 2008). Contudo, Watson et al. (2003, *cit. in* Patel et al. 2006) afirma que os programas de preparação pré-operatórios não são universalmente úteis na redução da ansiedade e podem ser demorados e caros.

Os programas devem ser individualizados tendo em conta a idade, a experiência prévia, o carácter pessoal e o período certo para se realizar. (Watson et al., 2003, *cit. in* Moro, 2004). Squires (1995, *cit. in* Justus et al., 2006) define alguns dos benefícios dos programas de preparação que incluem: o aumento do conhecimento, o reforço das estratégias de aceitação, diminuição da ansiedade, diminuição dos medos, e mais confiança entre famílias e prestadores de cuidados de saúde.

Peixoto (1997) salienta que o Enfermeiro deve dar oportunidade ao doente de falar, assim como de expressar as suas dúvidas e receios e perceber pelas suas atitudes e comportamentos aquilo que este não quer ou não é capaz de expressar. Deste modo, o diálogo deve ser claro, conciso e não prejudicial, visto verificar-se dum momento de grande stress emocional. Também, segundo este mesmo autor e Cambotas et al. (2006) o Enfermeiro, num primeiro contacto com o doente, deve identificar-se e dar uma explicação precisa do objectivo da consulta/visita.

Como tal, as estratégias desenvolvidas devem ser flexíveis, dado que o período que antecede a cirurgia envolve uma sobrecarga emocional para toda família, sobretudo para a criança e para os seus pais. Um pré-operatório violento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos muitas vezes prolongados.

Torna-se então necessário proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade da experiência e do seu propósito, bem como dar-lhe o apoio que lhe permita expressar em segurança e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da mesma. Quando a criança compreende a verdadeira finalidade do procedimento, ela pode ser capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor.

Como tal, as crianças submetidas a cirurgia necessitam de preparação física e psicológica. A preparação psicológica pode incluir muitas técnicas utilizadas na preparação da criança para a hospitalização como visualização de filmes, livros, brincadeiras e passeios pelo hospital (Wong, 1999).

Também Watson et al. (2003, *cit. in* Moro 2004) referem que os programas de preparação pré-operatórios podem ser representados por informações narradas, escritas, visitas hospitalares, vídeos informativos, *role play* com bonecos, técnicas de relaxamento ou dramatização/teatro com a participação das crianças simulando os intervenientes no período de hospitalização.

Ao trabalhar com as modalidades expressivas como o desenho, a pintura, a modelagem, a dramatização entre outras, gera-se um processo de elaboração do real. Todas as crianças hospitalizadas, sobretudo as que vão ser submetidas a uma cirurgia, têm a necessidade de se expressar, de criar, de estabelecer relações com o mundo. O uso de “arte terapia” favorece a criança nestes aspectos: afasta-a do desagradável, da dor, da ansiedade, da monotonia, favorecendo a exteriorização de impulsos agressivos, medos e temores (Valadares, 2004).

A “arte terapia” leva a criança a aceitar com mais naturalidade as situações indesejáveis, ajuda a criança a adaptar-se melhor às rotinas hospitalares do pré-operatório e a restabelecer o equilíbrio emocional. Isto porque estão a vivenciar um momento de *stress* e precisam de experimentar novos papéis, desenvolver o seu potencial criativo, a sua auto-expressão, a sua imaginação, a sua espontaneidade e a sua autonomia, bem como direccionar tensões, de exteriorizar os sentimentos e emoções e comunicar o que pensam e sentem (facilitadas pelo processo ou comunicação não-verbal) (Valadares, 2004).

A preparação pré-operatória pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-operatório e ser eficaz para reduzir a ansiedade nos pais (Broering, 2008). Segundo Borges (1999, *cit. in* Broering, 2008), técnicas cognitivas como distração, imaginação, informação pré-operatória, técnicas comportamentais como exercícios, relaxamento, modelação, "terapia de arte" e jogo são as mais eficazes.

Durante as últimas décadas tem-se observado um aumento no uso do brinquedo terapêutico para ajudar crianças a lidar com o *stress* do internamento. Na verdade, diversos estudos têm descrito os benefícios do brinquedo terapêutico em crianças hospitalizadas (O'Connor, 2003, *cit. in* Li, 2007), o que estabelece a confiança entre as crianças e os prestadores de cuidados de saúde durante o processo de Enfermagem (Pan et al., 2004, *cit. in* Li, 2007), e minimiza comportamentos emocionais negativos quando as crianças são submetidas a procedimentos invasivos (Ribeiro et al., 2001, *cit. in* Li, 2007).

Já Wolfer (1975, *cit. in* Li, 2007), num estudo realizado, constataram que crianças que receberam preparação psicológica, incluindo a intervenção terapêutica jogar, usando um boneco, mostraram um comportamento menos negativo e mais colaborante no processo de hospitalização e menos problemas no pós-hospitalar. De acordo com Moix (1996, *cit. in* Broering, 2008), a transmissão de informação, a modelação, o jogo médico, a visita ao hospital, a distração, o relaxamento e o treino dos pais são apontadas como as principais técnicas a serem utilizadas.

Neste contexto, há a referir dois estudos que testemunham a importância dos procedimentos citados. Assim, num estudo realizado por Melamed et al. (1975, *cit. in* Broering, 2008), foram usados dois grupos de crianças entre os 4 e os 12 anos, hospitalizadas entre 2 e 3 dias para cirurgias electivas. O primeiro grupo foi preparado com um filme que contava a história de uma criança hospitalizada que ia ser submetida à cirurgia, enquanto o grupo controlo via outro tipo de filme. Os autores concluíram que as crianças que viram o filme que as preparava para a cirurgia apresentaram menos ansiedade antes e após a mesma.

Noutro estudo, realizado por Kain et al. (1996, *cit. in* Moro, 2004), com crianças que foram submetidas a um programa de preparação constituído por informação, visita ao bloco operatório e *role play* conduzido por profissionais de saúde, um a dez dias antes da cirurgia,

verificou-se que as crianças com mais de 6 anos de idade se apresentavam mais ansiosas caso a preparação fosse realizada na véspera da cirurgia. No entanto, se a preparação ocorresse há mais de 5 dias antes da cirurgia, a ansiedade revelava-se menor. Em crianças com experiência prévia, com labilidade emocional e crianças com idades entre os dois e os três anos, verificou-se um índice de ansiedade maior após a preparação pré-operatória.

Para o mesmo autor e seus colaboradores, nem todos os programas de preparação são adequados para todas as crianças e em alguns casos podem produzir efeitos contrários ao desejado. Assim, crianças com mais de 6 anos de idade devem ser submetidas aos programas de preparação aproximadamente uma semana antes da cirurgia, enquanto crianças menores beneficiam de períodos reduzidos entre a preparação pré-operatória e a cirurgia. Além disso, é de referir que a experiência hospitalar prévia pode sensibilizá-las e torná-las ansiosas após um programa de preparação (Kain et al., 1996, *cit. in* Moro, 2004).

Várias estratégias têm sido descritas na literatura com o objectivo de diminuir os níveis de ansiedade pré-operatória das crianças e pais. A informação pré-operatória é normalmente dada antes da admissão hospitalar, nomeadamente, através de informação por escrito, visita hospitalar e o uso de meios visuais.

## **5. A Ansiedade na Criança**

Por estudos efectuados, verifica-se que, muitas crianças, quando são hospitalizadas para serem submetidas a uma cirurgia, mesmo que programada, apresentam sintomas de ansiedade, de *stress*, de medo do desconhecido, etc., que não se manifestam apenas nelas, mas também nos seus pais ou familiares que as acompanham e que desempenham um papel de protecção e apoio face à criança.

Tais comportamentos negativos são normais nos momentos iniciais da hospitalização e de novos procedimentos, como é o caso da preparação cirúrgica, mas é desejável que não se prolonguem no tempo, nem aumentem de intensidade. As emoções ocorridas, durante a passagem no hospital/intervenção cirúrgica podem ser concentradas num reforço de comunicação, apoio e inter-ajuda com os familiares, para a sensibilização da dor, e para a descoberta de estratégias para enfrentar acontecimentos dolorosos e difíceis na sua vida.

Segundo Levieux-Anglin (1993, *cit. in* Li, 2007), a cirurgia é uma experiência provocadora de *stress* e ameaçadora para as crianças, sendo estas mais vulneráveis que os adultos devido às suas capacidades cognitivas, falta de autocontrolo, maior dependência dos outros e com limitada experiência e conhecimento dos cuidados de saúde.

Como tal, a capacidade limitada das crianças na compreensão das razões para a cirurgia pode contribuir para a sua ansiedade, medo, raiva e sentimentos de incerteza e de abandono. Daí, a importância de referir que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p.6).

Com a evolução e a enorme preocupação com os direitos humanos fundamentais, sobretudo os da criança - como por exemplo, o Guia dos Direitos das Crianças, resultante da convenção sobre os direitos da criança e aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas - seria de esperar que todas as condições estivessem reunidas para um desenvolvimento saudável tanto físico como psicológico, das crianças do mundo contemporâneo.

Para que tal seja possível, na avaliação da ansiedade em crianças, é fundamental utilizar métodos apropriados e desenvolvidos de forma específica para cada faixa etária que podem incluir entrevistas, escalas de avaliação clínica, de auto-avaliação e avaliações realizadas pelos familiares.

Ajudar as crianças a lidar com o *stress* da cirurgia é, desta forma, reconhecido como uma das maiores responsabilidades dos Enfermeiros, que devem desenvolver uma preparação pré-operatória com planos viáveis. Uma grande variedade de escalas de avaliação foi desenvolvida para avaliar a ansiedade em crianças, projectadas para serem utilizadas por médicos, pais, professores ou crianças (Greenhill et al., 1998; Kaplan et al., 2005, *cit. in* Álvaro et al., 2006). No entanto, a maioria delas não é apropriada para avaliar a ansiedade no período pré-operatório de crianças na faixa etária pré-escolar.

Os procedimentos cirúrgicos produzem elevados níveis de ansiedade para as crianças, podendo provocar distúrbios psicológicos. (Broering, 2008). A ligação entre a ansiedade da criança e os seus comportamentos emocionais negativos sugerem que, minimizando o

impacto pré-operatório, a ansiedade pode reduzir as suas respostas negativas de comportamento e incentivar a uma maior cooperação durante os procedimentos cirúrgicos.

Portanto, há uma necessidade de desenvolver intervenções no pré-operatório que possam minimizar a ansiedade das crianças e reforçar a sua capacidade de lidar com a cirurgia. (Puura et al., 2005). Para Moro (2004), no período pré-operatório imediato, que antecede a anestesia.

Diversos autores servem-se indiferentemente dos termos “*stress*” e “ansiedade”, embora alguns reconheçam que a ansiedade inclui uma dimensão subjectiva que importa considerar. Por exemplo, May (1979, *cit. in* Chalifour, 2008, p. 98) sublinha que

“a ansiedade é o modo como o indivíduo se liga ao *stress*, o aceita e o interpreta. O *stress*, por sua vez, é uma situação intermediária que conduz à ansiedade. A ansiedade é o modo como reagimos ao *stress*.”

Todavia, a maior parte dos autores utiliza os termos “ansiedade” e “angústia” para designar uma mesma realidade. No entanto, alguns deles consideram que a angústia é uma manifestação elevada de ansiedade e que traduz particularmente as dimensões psicológicas, enquanto a ansiedade designa principalmente as suas manifestações fisiológicas.

Kinget (1969, *cit. in* Chalifour, 2008, p.186) referem que “(...) do ponto de vista fenomenológico, a angústia é um estado de mal-estar ou tensão de que o sujeito desconhece a causa (...)”

Igualmente, sob vários aspectos, os sentimentos de medo e de ansiedade estão estritamente ligados, sendo possível distingui-los pelas seguintes características: numa situação percebida como ameaçadora, o medo manifesta-se após a ansiedade, tem frequentemente uma origem externa, um objecto identificável e é possível antever uma acção directa para eliminar a fonte de ameaça e o sentimento subjectivo experimentado é o de perigo de vida; a ansiedade, por seu lado, na sua forma primitiva, surge geralmente antes do medo, tendo uma origem vaga e indeterminada, sendo difícil agir directamente sobre a sua causa e o sentimento experimentado é de mal-estar, desconforto e ameaça difusa.

As definições de ansiedade propostas por May (1979), Kinget (1969) e Spilberger (1972, *cit. in* Chalifour, 2008), abrangem os principais aspectos deste conceito numa perspectiva existencial-humanista, com May (1979, *cit. in* Chalifour, 2008, p.180), a considerá-la como “(...) apreensão indefinida de uma ameaça a um valor que a pessoa considera essencial à sua existência como pessoa.”

A ameaça refere-se à vida física (ameaça de morte), à existência psicológica (perda de liberdade, ausência de sentido) ou a outros valores que a pessoa associa à sua existência (o patriotismo, o amor de outra pessoa, o “sucesso”, etc.).

Numa visão mais global, Spilberger (1972 *cit. in* Chalifour, 2008) sublinha que a ansiedade se revela através de uma tensão, uma apreensão ou um mal-estar resultante da antecipação subjectiva de um perigo iminente, de origem desconhecida ou não reconhecida pela pessoa. Uma reacção de alarme aparece cada vez que o organismo está ameaçado.

Mais especificamente, a ansiedade é um estado que compreende sensações desagradáveis de tensão e de apreensão, percebidas conscientemente, que desencadeiam a activação do sistema nervoso central. A intensidade e a duração da reacção ansiosa serão determinadas pela importância subjectiva da ameaça e pela insistência da pessoa em interpretar a situação como perigosa.

No respeitante às principais manifestações da ansiedade, apesar do seu carácter difuso, ela identifica-se através de certas manifestações gerais sob os planos físico, fisiológico, emotivo, cognitivo, social ou espiritual.

Estas manifestações assumem formas mais ou menos singulares em função dos indivíduos e da intensidade da ansiedade. Vários autores, nomeadamente Grave (1978), Chisholm (1984), Lesse (1970), Stuart (1979), Peplau (1963), Lassonde (1986) e Hamilton (1959, *cit. in* Chalifour, 2008) descreveram algumas manifestações observáveis ou mensuráveis que se verificam em graus de maior ou menor intensidade na pessoa ansiosa.

De um modo geral, estes indicadores tornam-se cada vez mais evidentes e aumentam em intensidade à medida que o grau de ansiedade se vai desenvolvendo. Quando atinge um estado

máximo (que difere consoante a pessoa), o organismo, incapaz de manter tal nível de resistência, manifesta sinais de esgotamento. Os graus de intensidade não têm características próprias, fazendo parte de um contínuo, onde se incluem os graus mínimos, ligeiro, médio, elevado, e por último, o pânico.

É de salientar o facto da maior parte dos Hospitais Pediátricos disporem de salas de jogos e de terapeutas ocupacionais especializados em crianças, com experiência de desenvolvimento infantil e de técnicas terapêuticas por meio do jogo. Essas salas de jogos estão normalmente equipadas com bonecos que têm ligaduras e talas, e até equipamento endovenoso. Aí, a criança pode sentir-se segura e conhecer outras crianças que estão a passar por provações semelhantes. Além disso, nesses locais, aprendem algo mais sobre si e sobre a sua doença e conseguem adquirir um sentido de conquista por elas próprias.

Na verdade, a ansiedade pode manifestar-se de diversas formas. Há crianças que verbalizam os seus medos, enquanto outras demonstram a ansiedade através de alterações de comportamento. Daí que muitas das crianças ficam assustadas, agitadas, com respiração profunda, apresentam tremores, param de falar ou simplesmente choram, havendo outras que apresentam episódios de incontinência urinária.

“A origem dos temores que envolvem o período peri-operatório inclui: o medo da criança de se separar dos pais, a incerteza relacionada à anestesia, à cirurgia e aos resultados do procedimento. O medo de sentir dor, de não sobreviver ou ouvir sons estranhos também é fontes de ansiedade nas crianças” (Moro, 2004, p.728-729).

A irritabilidade, ansiedade de separação, pesadelos, problemas na alimentação, choros nocturnos e desobediência são outras das alterações de comportamento descritas por Moro (2004), observadas após a cirurgia. Segundo Kain et al. (1999, *cit. in* Moro, 2004) as crianças com maior grau de ansiedade no pré-operatório apresentam maior risco de comportamentos negativos (3 a 5 vezes maior) no período pós-operatório em comparação com as crianças menos ansiosas.

## 5.1. Factores que Influenciam a Ansiedade da Criança

Davidson (2006) e Stargatt (2006) (*cit. in* Yip, 2009) afirmam que o nível de ansiedade das crianças varia com a idade, maturidade, temperamento e experiências anteriores anestésicas. Na mesma linha de pensamento, também, Moro (2004) define uma série de factores que têm sido alvo de cuidadosa atenção e que influenciam a ansiedade e o comportamento das crianças no período perioperatório, nomeadamente, a idade, o temperamento, a experiência prévia, a separação dos pais e a dor.

### Idade

Em relação à idade, Moro (2004) realça que a resposta global do comportamento varia em função da faixa etária, isto é, existem diferentes níveis de ansiedade específicos de cada fase etária nos utentes pediátricos. Importa, então, referir os diferentes comportamentos de uma criança nas várias idades, verificando-se que crianças mais novas tendem a ser mais ansiosas, no momento da indução anestésica, quando comparadas com crianças mais velhas (Bevan et al., 1990, *cit. in* Álvaro et al., 2006).

**Quadro n.º 1** – Relação entre a idade e Comportamentos Específicos dos Utentes Pediátricos

<b>Idade</b>	<b>Comportamentos Específicos dos Utentes Pediátricos</b>
<b>0 A 6 MESES</b>	Máximo “ <i>stress</i> ” para os pais, mínimo para a criança porque ela não tem idade suficiente para ter medo de estranhos ou se lembrar de eventos desagradáveis.
<b>6 MESES A 4 ANOS</b>	Máxima ansiedade da separação, capaz de recordar mas não de entender experiências hospitalares prévias.
<b>4 ANOS A 6 ANOS</b>	Quase capaz de compreender explicações. Aceita a separação mais facilmente, preocupado com integridade do corpo e mutilação cirúrgica.
<b>6 ANOS À ADOLESCÊNCIA</b>	Tolera bem a separação. Mais capaz de compreender as explicações. Pode comunicar medo em acordar durante a cirurgia ou não acordar.
<b>ADOLESCENTES</b>	Necessidade de informação. Desenvolvimento da sexualidade, necessidade de conformidade e dignidade. Medo de perder o controlo.

### **Temperamento da Criança**

Quanto ao temperamento da criança, as "(...) crianças tímidas ou inibidas e aquelas com alto quociente de inteligência apresentam maior risco de desenvolver ansiedade no pré-operatório" (Kain et al. 2001, *cit. in* Moro, 2004, p.730).

### **Experiência prévia**

Igualmente, é de ter em consideração o facto de crianças terem vivenciado experiências hospitalares negativas e, como tal, apresentarem maior *stress*, colaborando menos durante a indução anestésica (Lumley et al., 1993, *cit. in* Moro, 2004).

Kain et al. (1996, *cit. in* Moro, 2004, p.730) "(...) demonstraram que a ansiedade no pré-operatório e durante a separação dos pais estava significativamente relacionada à baixa qualidade da experiência hospitalar prévia." Desta forma podemos inferir que anteriores experiências hospitalares pelas quais a criança tenha passado podem tanto exacerbar como atenuar a ansiedade e, inclusive, o medo.

### **Pais**

Os pais têm também uma inquestionável influência, no tocante à sua ansiedade com as crianças no pré-operatório. Bevan et al. (1990, *cit. in* Moro, 2004, p.730), "(...) mostraram que filhos de pais ansiosos eram mais ansiosos, enquanto as crianças cujos pais eram tranquilos, não eram afectadas pela sua presença".

Segundo Kain et al. (1996, *cit. in* Moro, 2004), uma criança cujos pais são ansiosos, tem mais probabilidades de apresentar problemas persistentes de comportamento, até 6 meses após a cirurgia, quando comparada com uma criança cujos pais se apresentam calmos.

As causas identificadas por Shirley et al. (1998) e Vessey et al. (1994) (*cit. in* Moro, 2004), para o aumento da ansiedade dos pais são nomeadamente: a separação da criança, a

observação do *stress* da criança, a observação da criança a ser anestesiada, as preocupações relacionadas com a anestesia, assim como a cirurgia e a dor.

Outros factores descritos incluem: a idade da criança (menor que 1 ano), primeira cirurgia, filho único ou, ainda, se os pais trabalham na área de saúde. As mães são descritas por estes autores como mais ansiosas que os pais (Shirley et al., 1998; Vessey et al., 1994; Litman, 1996; *cit. in* Moro, 2004). Contudo, aprender a separar-se dos pais faz parte do desenvolvimento normal da criança e a forma como os pais ajudam a criança a lidar com a separação representa um papel fundamental na resposta à alteração do comportamento no pré-operatório.

### Dor

Finalmente, no respeitante à dor, a relação entre elevados níveis de dor pós-operatória na ausência de analgesia, a ansiedade tem sido descrita em diversos estudos. Situação por sinal referida por Gil et al. (1990) e Jamison et al. (1993) (*cit. in* Moro, 2004, p.730), quando referem que “(...) elevados níveis de ansiedade pré-operatória estão associados a maior intensidade de dor pós-operatória”. Por outro lado, as crianças com dor pós-operatória de moderada a intensa têm catorze vezes mais probabilidade de desenvolver ansiedade intensa (Caumo et al., 2000, *cit. in* Moro, 2004).

## **5.2. Importância da Presença dos Pais no Acompanhamento da Criança**

A presença de um dos pais é vital quando a criança tem de enfrentar a separação de casa, exames ou tratamentos dolorosos. O papel dos pais é, pois, apoiá-la de modo a poderem ajudá-la a vencer essa experiência e a aprender com ela.

Actualmente, muitos Hospitais Pediátricos proporcionam visitas guiadas aos pais e às crianças que vão ser hospitalizadas. Dão à criança e aos pais uma visão geral do que irá acontecer quando ela for admitida. Pois, tudo o que afecta um membro do sistema familiar de uma forma ou de outra, afecta todos e cada um dos seus membros, e, como tal, a família não pode ficar esquecida. Assim, em qualquer área da Enfermagem, não é apenas o alvo de cuidados o utente, mas o binómio inseparável utente/cliente - família.

A família representa, naturalmente, a principal fonte de segurança e de apoio para a criança e, como tal, quando adequadamente preparada, deve estar em condições para desempenhar o seu papel "protector", nas situações pré-operatórias que a criança tem de enfrentar. Além disso, a família preparada estará também melhor habilitada para participar de maneira mais apropriada dos cuidados pós-operatórios, bem como de continuar a cuidar após a alta hospitalar.

Toda a crise representa um potencial de crescimento e, neste contexto, a crise de uma cirurgia numa criança representa a oportunidade para a família crescer, aprendendo formas mais adequadas de relacionamento, bem como de fortalecer recursos para enfrentar futuras crises.

Podemos, pois, inferir que, quando a família é preparada, a experiência de cirurgia de um filho pode tornar-se numa experiência de crescimento familiar. Assim, uma preparação adequada dos pais possibilita-os na aquisição de conhecimentos e técnicas mais apropriadas de comunicação e cuidados, não apenas com a criança em questão, mas também com todo o agregado familiar. Na verdade, a família preparada para a experiência cirúrgica disporá de formas e estratégias mais eficientes e adequadas para lidar com crises similares.

O benefício da presença parental no momento da indução anestésica é realçado por McCann et al. (2001, *cit. in* Moro, 2004, p.730), quando salienta que,

“(...) a redução da necessidade de sedativos pré-operatórios e a diminuição do medo e da ansiedade que acompanham a separação dos pais, no momento da entrada no centro cirúrgico.”

Embora estudos mais antigos (Hannallah et al., 1983, *cit. in* Moro, 2004) tenham sugerido que a presença dos pais durante a indução da anestesia reduz a ansiedade da criança, estudos aleatórios e controlados mais recentes, Kain et al. (1998) e Kain et al. (2001) (*cit. in* Moro, 2004) mostraram que tal presença pode não ser benéfica. Kain et al. (2001, *cit. in* Moro, 2004) demonstraram que apenas as crianças com idade maior que 4 anos e com "personalidade calma", ou aquelas cujos pais possuíam essa mesma personalidade, beneficiavam da presença dos pais.

Evidenciaram, ainda, no seu estudo que as crianças que receberam medicação pré-anestésica com Midazolam demonstraram significativamente menor ansiedade e mostraram que os níveis de ansiedade dos pais também foram significativamente menores, o que traz benefícios para a criança, já que a ansiedade dos pais agrava a ansiedade dos filhos.

"Pais tranquilos no pré-operatório tendem a se sentir menos ansiosos durante a indução da anestesia da criança, enquanto pais ansiosos ficaram aliviados em não participar" (Vetter et al., 1993, *cit. in* Moro, 2004, p.731).

A presença de familiares, junto das crianças que foram submetidas a uma intervenção de Enfermagem no pré-operatório, revela uma maior compreensão e aceitação não só da cirurgia, como também dos procedimentos de que são alvo. Assim, é legítimo afirmar que as intervenções cirúrgicas realizadas no Hospital Pediátrico levam a que a criança, com base numa informação prévia acerca de todo o processo cirúrgico, apresente mudanças comportamentais como o amenizar da ansiedade, a redução do medo, a expressão de amizade ou de bem-estar.

A informação deve ser, sempre que possível, apoiada em material elucidativo e adaptado à faixa etária (bonecos, folhetos, livros) no sentido de maximizar a comunicação e a sua interiorização, promovendo comportamentos mais serenos e contribuindo para uma convalescença mais rápida, com ganhos em saúde e menor tempo de internamento.

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

Assim, a acção dos Enfermeiros junto da criança/família requerer um empenho e dedicação redobrados, na medida em que a vertente humana/social e a técnica/profissional devem andar lado a lado. Pois, torna-se crucial humanizar e personalizar os cuidados, bem como envolver a criança/ família no processo de tratamento e cura (Casey, 1988). Actualmente, os Enfermeiros

estão mais próximos da realidade desta díade, assumindo um papel de destaque no diagnóstico de algumas situações que necessitam de acompanhamento e intervenção.

A problemática da cirurgia pediátrica, é uma preocupação adicional para os Enfermeiros que trabalham com crianças, isto porque, tanto para a criança como para os seus familiares, a necessidade de uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Barros, 2003; Jorge, 2004).

“Torna-se, então, fundamental conhecer as reacções que a criança e sua família podem apresentar durante o processo de hospitalização, para que a experiência cirúrgica seja a menos nefasta e stressante possível” (Relvas, 1996; Feldman, 2001; Hermans, 2004, *cit. In* Teixeira 2009, p.8).

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

Orientar os pais sobre a importância da sua presença durante a hospitalização do filho e estimular visitas frequentes, caso estejam impossibilitados de permanecer no hospital, são medidas que podem diminuir a ansiedade dos pais. Permitir a participação dos pais durante a admissão do filho significa dar oportunidade para que continuem a exercer o seu papel.

Os pais devem ser envolvidos no cuidado dedicado ao seu filho. Isso implica compreender a dimensão social na qual as famílias estão inseridas, levando-se em consideração as suas demandas psíquicas.

Segundo Jorge (2004, p.10), “a família impõe-se como referência fundamental quando se pensa em cuidados pediátricos”.

É importante que o Enfermeiro se empenhe na construção do seu saber, porque é através de um corpo científico de conhecimentos teóricos, individualizados e consolidados na prática

do quotidiano, que se consegue estabelecer uma relação de ajuda e de empatia com a criança/família, para identificar os seus problemas e angústias, planear uma intervenção adequada às suas necessidades e promover a sua participação no processo de cuidar. Para Jorge (2004, p.179), “a dinâmica familiar deverá ser tida em conta para que os cuidados de enfermagem respondam às necessidades e estimulem a activação de competências daquela família”.

A entrada e permanência dos pais das crianças hospitalizadas, bem como de brinquedos (boneco significativo) nas unidades pediátricas representam, igualmente, a abordagem mais adequada, mais integral e mais holística da assistência à criança hospitalizada e leva muitas vezes à diminuição da ansiedade pois é proporcionado um ambiente mais próximo da criança.

É evidente que a recuperação das crianças, após uma cirurgia, processa-se melhor e mais depressa se estiverem preparadas para aquilo a que terão de ser submetidas, comprovado aliás por estudos que demonstram que as crianças se revelam mais interessadas nessas explicações e nessa preparação se os pais estiverem presentes. Têm necessidade de saber que os pais compreendem e aprovam aquilo que lhes vai acontecer. Depois disso, conseguem ganhar uma maior confiança nos actos médicos e de Enfermagem.

### **5.3. Intervenção/Papel do Enfermeiro na Diminuição da Ansiedade da Criança**

O Enfermeiro, consciente dos factores já analisados e da sua relevância para o foco central dos seus cuidados – a criança e a sua família – deverá desenvolver intervenções no seu local de trabalho que atendam às principais necessidades e dificuldades das crianças e das suas famílias submetidas a cirurgia, sensibilizando a restante equipa de Enfermagem, quer através do seu próprio exemplo, quer da formação em serviço ou outras actividades que considere pertinentes para o controlo e diminuição da ansiedade das mesmas.

Por outro lado, é importante ter presente que o Enfermeiro deve por um lado, promover o desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais e, simultaneamente, contribuir para o desenvolvimento de uma forte consciência ética, que promova a capacidade de reflexão, decisão e acção. Apenas assim, se poderá

responder de forma adequada e aprofundada às necessidades em cuidados de saúde às crianças e aos familiares envolvidos num processo de intervenção cirúrgica.

A fim de melhor compreender as experiências das crianças propostas para cirurgia e avaliar a eficácia das estratégias e/ou intervenções de Enfermagem pré-operatórias, existem uma série de estudos que descrevem os desafios da utilização de incentivos para crianças. A falta de compreensão sobre o comportamento emocional das crianças e a experiência limitada na utilização de instrumentos de medida dificulta a avaliação pré-operatória e a identificação de intervenções orientadas para reforçar a capacidade das crianças para lidar com a cirurgia (Li, 2007).

Segundo Agnest et al. (2003, *cit. in* Li, 2007) a motivação para definição de intervenções, dirigidas para o alívio da ansiedade das crianças, como a presença dos pais na indução anestésica e os programas de preparação, tem aumentado significativamente.

Com o objectivo de minimizar a ansiedade e consequentemente as alterações de comportamentos induzidos no perioperatório, podem definir-se, segundo Moro (2004), estratégias/intervenções farmacológicas e não farmacológicas ou psicológicas.

### **5.3.1. Estratégias Farmacológicas**

As medidas farmacológicas são utilizadas para tratar a ansiedade pré-operatória, incluindo a utilização de pré-medicação.

Crianças mais ansiosas no pré-operatório apresentam maior risco de apresentar comportamentos negativos após a cirurgia. Podendo estas alterações durar até 1 ano. (Kain et al., 1999, *cit. in* Moro, 2004).

Segundo Kain et al. (1999) e McCluskey et al. (1994) (*cit. in* Moro, 2004, p.731), alguns estudos realizados nesta área mostraram que “(...) crianças que receberam Midazolam como medicação pré-anestésica, apresentaram menor incidência de alterações de comportamento no pós-operatório.”

Ainda assim, uma investigação realizada nos Estados Unidos, em 1997, demonstrou que a maioria dos anestesistas não administrava medicação pré-anestésica em crianças com menos de 3 anos de idade. O fármaco mais utilizado como medicação pré-anestésica foi o Midazolam (85%), seguido da Cetamina (4%), Fentanil (3%), e Meperidina (2%). (Kain et al., 1997, *cit. in* Moro, 2004).

Medicamentos sedativos podem aliviar, como vimos anteriormente, a ansiedade pré-operatória, facilitar na separação da criança com os familiares e amigos, e reduzir o desconforto na indução anestésica (Kain, 1999, *cit. in* Yip, 2009). No entanto, a utilização de fármacos pode falhar (como por exemplo reacções paradoxais) e provocar alterações comportamentais e tempos de recuperação prolongados no pós-operatório. (Ulliyot 1999, *cit. in* Yip, 2009).

Outras desvantagens incluem as preocupações de segurança (obstrução das vias aéreas e depressão respiratória), as despesas dos fármacos, pessoal adicional e equipamentos. (Cray, 1996 *cit. in* Yip, 2009).

### **5.3.2. Estratégias Não Farmacológicas ou Psicológicas**

As estratégias desenvolvidas devem ser flexíveis, a fim de atender às necessidades das crianças e suas famílias de diferentes culturas. Isto porque, o período que antecede a cirurgia envolve uma sobrecarga emocional para toda família, sobretudo para a criança e para os pais. Um pré-operatório violento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos muitas vezes prolongados.

Várias áreas de intervenção não-farmacológicas foram definidas por Yip (2009) para reduzir a ansiedade no perioperatório e incentivar a colaboração das crianças, assim como: psicológicas (cognitivas ou comportamentais), meio ambiente, modificação de equipamentos, intervenções sociais, incluindo, ainda, a comunicação.

Numerosos trabalhos de investigação em cuidados de saúde com crianças centraram-se sobre os diferentes métodos de preparar psicologicamente as crianças para procedimentos

cirúrgicos, correspondentes a medidas não farmacológicas, as quais desenvolvemos de seguida. (Brennan 1994, Ellerton 1994, Ziegler 1994, *cit. in* Li, 2007).

### **Presença dos pais**

A presença dos pais durante a indução anestésica, embora comum no Reino Unido (Moro, 2004), é pouco praticada em Portugal.

Kain et al. (1996, *cit. in* Moro, 2004), mostrou que 58% dos anestesistas americanos permitiam a presença dos pais no momento da indução anestésica em menos de 5% dos casos, enquanto na Inglaterra, 84% dos anestesistas permitiam a presença dos pais em mais de 75% dos casos.

O benefício da presença parental no momento da indução anestésica é segundo McCann et al. (2001, *cit. in* Moro, 2004, p.730),

“(...) a redução da necessidade de sedativos pré-operatórios e a diminuição do medo e da ansiedade que acompanham a separação dos pais, no momento da entrada no centro cirúrgico. Por outro lado, a presença dos pais durante a indução da anestesia pode alterar a rotina do centro cirúrgico, aumentar o número de pessoas na sala e causar reacções adversas nos pais. Além disso a ansiedade dos pais pode piorar a ansiedade da criança, prolongar o tempo de indução e promover estresse adicional no anestesista.”

Embora estudos mais antigos (Hannallah et al., 1983, *cit. in* Moro, 2004) tenham sugerido que a presença dos pais durante a indução da anestesia reduz a ansiedade da criança, estudos aleatórios e controlados mais recentes Kain et al. (1998) e Kain et al. (2001) (*cit. in* Moro, 2004) mostraram que tal presença pode não ser benéfica.

Kain et al. (2001, *cit. in* Moro, 2004) demonstraram que apenas as crianças com idade superior a 4 anos e com “personalidade calma”, ou aquelas cujos pais possuíam essa mesma personalidade, beneficiavam da presença dos pais.

Evidenciaram, ainda, no seu estudo que as crianças que receberam medicação pré-anestésica com Midazolam demonstraram significativamente menor ansiedade e mostraram que os

níveis de ansiedade dos pais também foram significativamente menores, o que traz benefícios para a criança, já que a ansiedade dos pais agrava a ansiedade dos filhos.

“Pais tranquilos no pré-operatório tendem a sentir-se menos ansiosos durante a indução da anestesia da criança, enquanto pais ansiosos ficaram aliviados em não participar.” (Vetter et al., 1993, *cit. in* Moro, 2004, p.731).

### **Programas de Preparação Pré-operatórios**

Os programas de preparação pré-operatórios, podem ser representados por informações narradas, escritas, visitas hospitalares, vídeos informativos, *role play* com bonecos, técnicas de relaxamento ou dramatização/teatro com a participação das crianças simulando os intervenientes no período de hospitalização. (Watson et al., 2003, *cit. in* Moro, 2004).

Estudos internacionais mostram que a preparação pré-operatória é benéfica para as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. (Wennström et al., 2000, *cit. in* O'Conner-Von, 2008). Watson et al. (2003, *cit. in* Patel et al., 2006) afirma que os programas de preparação pré-operatórios não são universalmente úteis para a redução da ansiedade e podem ser demorados e caros.

A “arte terapia” leva a criança a aceitar com mais naturalidade as situações indesejáveis, ajuda a criança a adaptar-se melhor às rotinas hospitalares do pré-operatório e a restabelecer o equilíbrio emocional. Isto porque estão a vivenciar um momento de *stress* e precisam de experimentar novos papéis, desenvolver o seu potencial criativo, a sua auto-expressão, a sua imaginação, a sua espontaneidade e a sua autonomia, bem como direccionar tensões, de exteriorizar os sentimentos e emoções e comunicar o que pensam e sentem (facilitadas pelo processo de comunicação não-verbal) (Valadares, 2004).

Assim, as modalidades expressivas como o desenho, a pintura, a modelagem, a dramatização entre outras, geram um processo de elaboração do real. E, a criança hospitalizada, sobretudo a que vai ser submetidas a uma cirurgia, tem a necessidade de se expressar, de criar, de estabelecer relações com o mundo. O uso de “arte terapia” favorece a criança nestes aspectos,

afasta-a do desagradável, da dor, da ansiedade, da monotonia, favorecendo a exteriorização de impulsos agressivos, medos e temores (Valadares, 2004).

Segundo Borges (1999, *cit. in* Broering, 2008), técnicas cognitivas como distração, imaginação, informação pré-operatória, técnicas comportamentais como exercícios, relaxamento, modelação e jogos, são eficazes. Já Peixoto (1997) e Cambotas et al. (2006) referem que o Enfermeiro deve localizar o bloco operatório e explicar, resumidamente, o que aí irá acontecer.

Como tal, a preparação pré-operatória pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-operatório e igualmente, ser eficaz para reduzir a ansiedade nos pais. (Broering, 2008).

Durante as últimas décadas, tem-se observado um aumento no uso do brinquedo terapêutico para ajudar crianças a lidar com o stress do internamento. Diversos estudos têm descrito os benefícios do brinquedo terapêutico em crianças hospitalizadas (O'Connor, 2003, *cit. in* Li, 2007), o que estabelece a confiança entre as crianças e os prestadores de cuidados de saúde durante o processo de Enfermagem (Pan et al., 2004, *cit. in* Li, 2007), e minimiza comportamentos emocionais negativos quando as crianças são submetidas a procedimentos invasivos (Ribeiro et al., 2001, *cit. in* Li, 2007).

Wolfer (1975, *cit. in* Li, 2007) no estudo realizado constatou que crianças que receberam preparação psicológica, incluindo a intervenção terapêutica jogar, usando um boneco, mostraram um comportamento menos negativo e mais colaborante no processo de hospitalização e menos problemas no pós-hospitalar.

Nesta conformidade, Aron et al. (2007) sugerem que a utilização de equipamento e material cirúrgico como brinquedos e bonecos são eficazes como forma de prevenção da ansiedade pré-operatória, constituindo esta uma técnica segura, sem custos acrescidos e que possibilita evitar a perda de tempo quer com a preparação das crianças quer com comportamentos de pouca colaboração por parte das mesmas. Concluíram ainda que, os níveis de ansiedade são mais baixos no bloco operatório, comparativamente com as crianças em que esta estratégia não foi utilizada, embora não se tenha observado diferença significativa nos níveis de

ansiedade entre a sala de espera pré-anestésica e o bloco operatório no grupo de crianças que utilizaram a máscara como brinquedo. Ainda assim, outros estudos analisados introduziram novas estratégias mais interactivas e mais significativas para as crianças, para além da abordagem expositiva - demonstrativa, obtendo resultados eficazes no controle da ansiedade.

Wong, (1999, p.607), realça que “a brincadeira sempre constitui uma estratégia eficiente na preparação de crianças e, quanto mais familiarizada com os procedimentos médicos, menor é a ansiedade”.

De acordo com Moix (1996, *cit. in* Broering, 2008), a transmissão de informação, a modelação, o jogo médico, a visita ao hospital, a distração, o relaxamento e o treino dos pais são apontadas como as principais técnicas a serem utilizadas.

Deste modo, os programas devem ser individualizados tendo em conta a idade, a experiência prévia, o carácter pessoal e o período certo para se realizar. (Watson et al., 2003, *cit. in* Moro, 2004).

Squires (1995, *cit. in* Justus et al., 2006) define alguns dos benefícios dos programas de preparação que incluem: o aumento do conhecimento, o reforço das estratégias de aceitação, diminuição da ansiedade, diminuição dos medos, e mais confiança entre famílias e prestadores de cuidados de saúde.

Para finalizar, como observamos no decorrer desta fundamentação teórica, o período que antecede a cirurgia envolve uma sobrecarga emocional para toda família, sobretudo para a criança e para os pais. Um pré-operatório violento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos muitas vezes prolongados.

## **II – METODOLOGIA**

### **1. Problemática**

Uma investigação tem sempre origem numa situação que causa preocupação, dúvidas, ou uma certa inquietação, exigindo portanto, uma explicação ou melhor compreensão do fenómeno observado.

Quando se diz que todo o trabalho de investigação tem início com algum tipo de problema, torna-se conveniente esclarecer o significado deste termo.

Assim, Fortin (1999, p.374) define problema como “Enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar resposta.”

No decorrer do Ensino Clínico de Enfermagem Materno-Infantil II, constatei que as crianças submetidas a intervenção cirúrgica manifestavam, de um modo geral, elevados níveis de ansiedade no período pré-operatório, o que influenciava marcadamente os seus comportamentos de adesão e colaboração na preparação pré-operatória. Deste modo, pretende-se com este trabalho de investigação, identificar as estratégias mais utilizadas pelos Enfermeiros, que ajudam no controlo da ansiedade das crianças, com vista a minimizar e/ou solucionar esta situação.

### **2. Questão de Investigação**

Para estar em condições de formular um problema de investigação, é imperativo escolher previamente um tema referente a uma situação problemática e estruturar uma questão orientadora do tipo de investigação a realizar, que lhe dará significado. Esta questão surge sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e analisar com o intuito de obter novas informações. A questão pode provir de observações, preocupações clínicas, comunitárias, sociais ou profissionais, como neste caso.

Assim, a pergunta de investigação que surgiu foi: *“Quais as estratégias que os Enfermeiros adoptam para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada?”*

### **3. Tipo de Estudo**

No sentido de dar resposta à finalidade do trabalho de investigação, foi necessário levar a cabo um estudo descritivo simples da população em causa. Este estudo é considerado descritivo, na medida em que se caracteriza principalmente por uma descrição de fenómenos.

Para Fortin (1999, p.163):

“(…) o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

Nos estudos de carácter descritivo, conforme defende Fortin (1999), discutem-se características que se destacam do contexto de estudo, estabelecendo-se comparações e justificação da descoberta de associações entre variáveis.

### **4. Método de Estudo**

Tendo em atenção as características do estudo que se pretende realizar, a opção metodológica centrou-se numa abordagem quantitativa. A escolha desta abordagem está vinculada a alguns princípios que parecem coerentes com os objectivos de investigação, uma vez que interessa, sobretudo, a globalidade dos fenómenos e a sua compreensão, isto é, o estudo de uma realidade que se pretende contextualizar. Segundo Fortin, (1999, p.22).

“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

Para uma melhor compreensão referente às questões de resposta aberta presentes no questionário, foi utilizada uma abordagem qualitativa das mesmas de forma a facilitar a síntese das ideias expressas.

Quanto à dimensão temporal, está-se perante um estudo transversal, uma vez que teve lugar num único momento e com um grupo representativo da população.

## **5. Objectivos de Estudo**

Um estudo de investigação pressupõe, necessariamente, a definição de objectivos delineados pelo autor do mesmo. Assim, são definidos como objectivos deste estudo:

### ➤ Objectivo Geral

- ✓ Conhecer as estratégias que os Enfermeiros utilizam para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada;

### ➤ Objectivos Específicos

- ✓ Identificar as diferentes estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para a diminuição da ansiedade da criança no perioperatório de cirurgia programada;
- ✓ Compreender a importância das diferentes estratégias utilizadas pelos profissionais de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada;

## **6. Identificação de Variáveis**

Variável é uma “característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores” (Fortin, 1999. p.376)

Dentro das variáveis podem ser identificadas as dependentes e as independentes. Segundo Fortin (1999) a variável independente é a que influencia a variável dependente e é a variável

manipulada. Ou seja, as variáveis dependentes resultam da acção das variáveis independentes, e é a variável que interessa ao pesquisador.

Neste trabalho, define-se as seguintes variáveis em estudo:

➤ Variável independente:

- ✓ Estratégias adoptadas pelos Enfermeiros

➤ Variável dependente:

- ✓ Ansiedade das crianças no período pré-operatório

## **7. População e Amostra**

No âmbito da investigação, os trabalhos de pesquisa, por vezes, abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por essa razão, é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Fortin (1999, p.202) define população como “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e amostra como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Pretende-se, deste modo, que a amostra seja representativa dessa população que se pretende estudar.

A população-alvo é aquela que o investigador pretende estudar e generalizar os resultados do estudo. Assim, a população-alvo deste estudo são todos os Enfermeiros da consulta externa e que realizam a consulta de preparação pré-operatória de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo. A amostra, por sua vez, corresponde a um número significativo de elementos retirados da população que vão participar no estudo. Todavia, atendendo às características da população-alvo, e tendo em conta o reduzido número de elementos que a compõem, entende-se que a amostra seleccionada baseou-se na técnica de amostragem não probabilística accidental.

Deste modo, a população-alvo em estudo abrange 12 Enfermeiros. Embora pretendendo que a amostra fosse igual à população em estudo, no momento de preenchimento dos questionários (entre 12 a 17 de Agosto), 2 enfermeiros encontravam-se de férias pelo que a amostra foi de 10 Enfermeiros.

## **8. Técnicas de Recolha de Dados**

Para se conseguir atingir os objectivos propostos e chegar a conclusões relativas ao estudo em causa, foi necessária a elaboração de um instrumento de recolha de dados que permitisse recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto dos inquiridos.

Dado que o instrumento de recolha de dados e a colheita de dados propriamente dita constitui, por excelência, a ponte entre a construção do modelo de análise e a análise das informações, a sua elaboração deve ser uma preocupação constante para o investigador. A sua adopção e adequação a certos objectos de análise torna-se fundamental para a validade do estudo.

### **8.1. Instrumento de Colheita de Dados**

Neste estudo, como instrumento de recolha de dados, foi utilizado o questionário. As questões são concebidas com o objectivo de colher informação acerca da sua situação social/profissional, aos seus sentimentos e à sua atitude/comportamento em relação a opções propostas acerca do estudo em questão.

O questionário em causa é composto por três partes distintas (ver Anexo I). A primeira parte é constituída pela caracterização da amostra em estudo, a segunda parte é correspondente às estratégias de Enfermagem adoptadas, composta por várias alíneas e várias opções de resposta fechada, havendo a possibilidade do inquirido seleccionar a opção que mais se adequa à sua situação (Nunca, Raramente, às Vezes, Quase Sempre, Sempre), à qual se dá o nome de Escala de Likert. Por último, a terceira parte do questionário é composta por três perguntas de resposta aberta referentes à temática em estudo, no sentido de se obter informações complementares por parte dos Enfermeiros relativa à sua experiência profissional, neste contexto.

## **8.2. Validação (Pré-teste)**

Com a aplicação do pré-teste pretendia-se detectar se o questionário a ser aplicado continha erros de construção ou possibilidade de indução de resposta ou dúvida, com vista a um eventual reajustamento ou correcção, antes da sua aplicação final.

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra com características muito semelhantes à população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.

Tendo em conta todos estes pressupostos, o pré-teste foi aplicado a título experimental a alguns elementos da amostra em estudo, tendo sido aplicado a 5 Enfermeiros de um serviço com características semelhantes ao pretendido, não tendo sido necessário realizar qualquer alteração, uma vez que foi bem compreendido, de fácil interpretação e acessível.

## **9. Considerações Éticas**

Ao realizar qualquer tipo de investigação, são tidos em consideração alguns princípios éticos, ou seja, respeitar determinadas condutas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação em causa.

Em qualquer estudo de investigação, a natureza das questões em estudo, o modo como é seleccionada a amostra, os instrumentos e o modo como os dados são obtidos, bem como a posterior utilização dos resultados, podem levantar problemas éticos.

Particularmente, deve-se respeitar os princípios ou direitos fundamentais determinados pelo código de ética, como: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.116).

Julga-se importante em estudos de investigação e particularmente neste âmbito, ou seja, na área da Saúde, o respeito para com os aspectos morais e éticos inerentes à importância dos direitos humanos.

Ao longo da realização deste estudo de investigação, procurou-se cumprir todos os princípios éticos referidos anteriormente.

## **10. Tratamento e Apresentação de Dados**

O tratamento dos dados obtidos e recolhidos pelos 10 questionários aplicados no estudo, foi realizado com o auxílio de um programa informático com denominação de S.P.S.S (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0.

Recorreu-se a aplicações de estatística descritiva, para o tratamento estatístico, utilizando frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão).

Os resultados obtidos após análise estatística foram apresentados em forma de quadros e gráficos, para que, desta forma, a sua leitura e interpretação seja a mais clara e simples.

### III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Logo que a recolha de dados é efectuada e os dados obtidos através da aplicação de questionários, uma posterior análise da informação obtida deve de ser realizada, seguidamente interpretada e exposta.

A informação recolhida é apresentada sob a forma de gráficos e quadros que promovem uma leitura clara, simples e acessível. Os resultados são explicados no contexto do desenho de investigação e por fim são retiradas as conclusões relativas a este fenómeno, como produto final do trabalho. Cada gráfico e quadro apresentam após a sua exposição uma breve análise.

Segundo Fortin (1999, p.330):

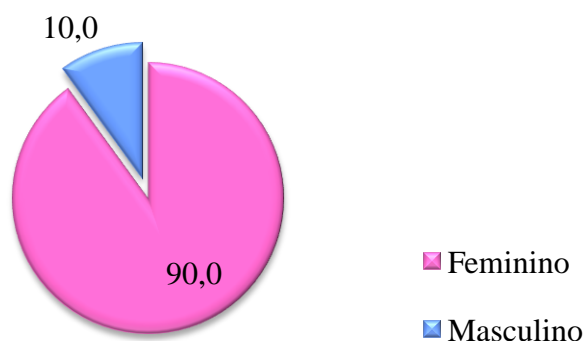
“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (...) a interpretação dos resultados far-se-á em seguida através de uma discussão.”

Os resultados são abordados segundo a ordem da exposição com que surgem no questionário.

#### 1. Caracterização da amostra

##### Sexo

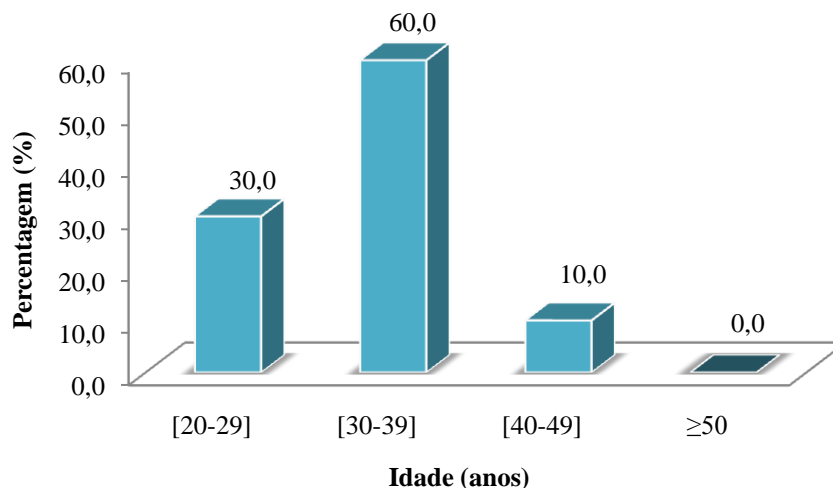
**Gráfico n.º 1** - Distribuição da amostra relativamente ao sexo.



Ao realizar a leitura do gráfico n.º 1 verifica-se que 90,0% da amostra é do sexo feminino e os restantes 10,0% pertencentes ao sexo masculino.

### Idade

**Gráfico n.º 2** - Distribuição da amostra relativamente à idade.



No gráfico n.º 2 denota-se que 30,0% dos Enfermeiros inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos; 60,0% das idades entre os 30 e os 39 anos e 10,0% das idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos, não havendo Enfermeiros com idade igual ou superior a 50 anos.

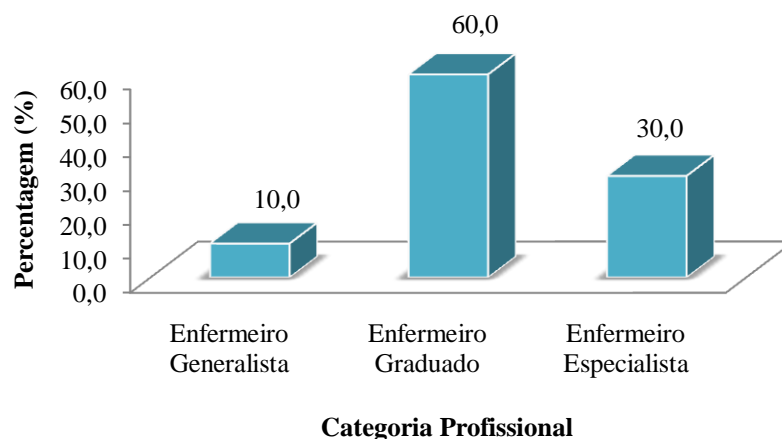
**Quadro n.º 2** - Estatística descritiva relativamente à idade.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
10	33,70	33,50	26	22	48	7,646

Seguindo os dados apresentados no quadro n.º 2, verifica-se que a idade dos Enfermeiros se encontra compreendida entre os 22 e os 48 anos. A média é representada por 33,7 anos de idade (com desvio de padrão de 7,646). 37 anos é a idade que nos é indicada pela moda, representando a idade mais vezes referida. A mediana indica-nos que pelo menos 50,0% da amostra apresenta idade igual ou superior a 33,50 anos.

### Categoria Profissional

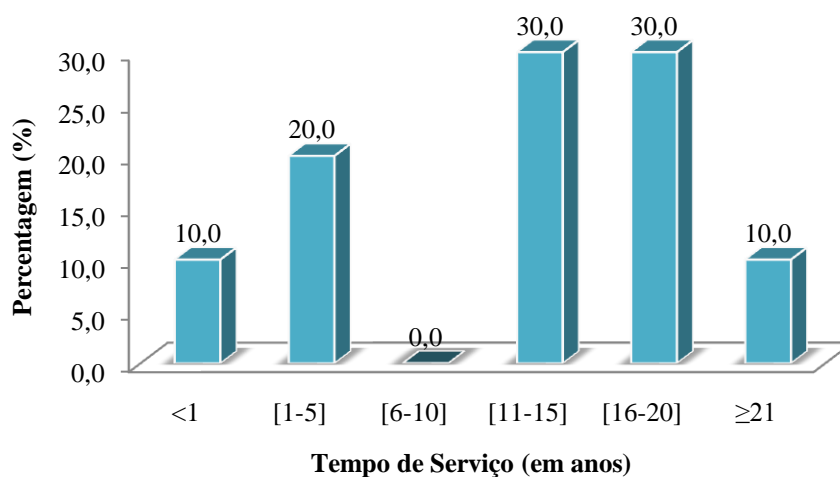
Gráfico n.º3 - Distribuição da amostra relativamente à Categoria Profissional.



De acordo com o gráfico n.º 3 pode-se verificar que 10,0% dos Enfermeiros inquiridos apresentam categoria profissional de Enfermeiros Generalistas; 60,0% como Graduados e por fim 30,0% dos Enfermeiros como Especialistas.

### Tempo de Serviço

Gráfico n.º 4 - Distribuição da amostra relativamente ao Tempo de Serviço.



Interpretando os dados do gráfico n.º 4, conclui-se que 10,0% dos Enfermeiros inquiridos apresentam menos de um ano de tempo de serviço; 20,0% entre 1 a 5 anos; 30,0% entre 11 a 15 anos assim como 30,0% entre os 16 e os 20 anos; 10,0% com tempo de serviço igual ou superior a 21 anos e por fim não existem Enfermeiros inquiridos (0,0%) com tempo de serviço entre os 6 e os 10 anos.

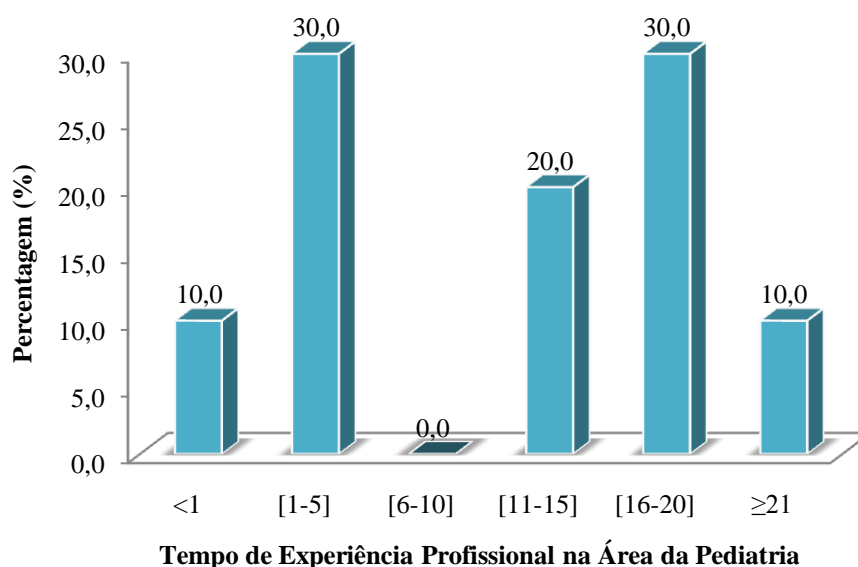
**Quadro n.º 3** - Estatística descritiva relativamente ao Tempo de Serviço.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
10	12	12,50	4	0	27	7,860

Perante os dados do quadro n.º 3, verifica-se que a média de exercício profissional dos Enfermeiros inquiridos é de 12 anos (com um desvio padrão de 7,860), e que o tempo mínimo de actividade é inferior a 1 ano e o máximo é 27 anos. 4 anos é o tempo que nos é indicado pela moda, representando o tempo que mais vezes foi referido. A mediana indica-nos que pelo menos 50,0% da amostra exerce Enfermagem há um período igual ou superior a 12,50 anos.

**Tempo de Experiência Profissional na Área da Pediatria**

**Gráfico n.º 5** - Distribuição da amostra relativamente ao Tempo de Experiência Profissional na Área da Pediatria.



Pelos dados do gráfico n.º 5, conclui-se que 10,0% dos Enfermeiros inquiridos apresentam menos de um ano de Experiência Profissional na Área Pediátrica; 30,0% entre 1 a 5 anos; 30,0% entre 11 a 15 anos; 30,0% entre os 16 e os 20 anos; 10,0% com tempo de serviço igual ou superior a 21 anos e por fim não existem Enfermeiros inquiridos (0,0%) com Tempo de Experiência Profissional na Área Pediátrica entre os 6 e os 10 anos.

**Quadro n.º 4** - Estatística descritiva relativamente ao Tempo de Experiência Profissional na Área da Pediatria.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
10	10,90	11,50	4	0	27	8,452

Pela leitura do quadro n.º 4, observa-se que a média de Tempo de Experiência Profissional dos Enfermeiros inquiridos na Área da Pediatria é de 10,90 anos (com um desvio padrão de 8,452) e que o tempo mínimo de experiencia na Área é inferior a 1 ano e o máximo é 27 anos. 4 anos é o tempo que nos é indicado pela moda, representando o tempo que mais vezes foi referido. A mediana indica-nos que pelo menos 50,0% da amostra apresenta Tempo de Experiência Profissional na aérea da Pediatria à um período igual ou superior a 11,50 anos.

**Formação acerca do objecto de estudo**

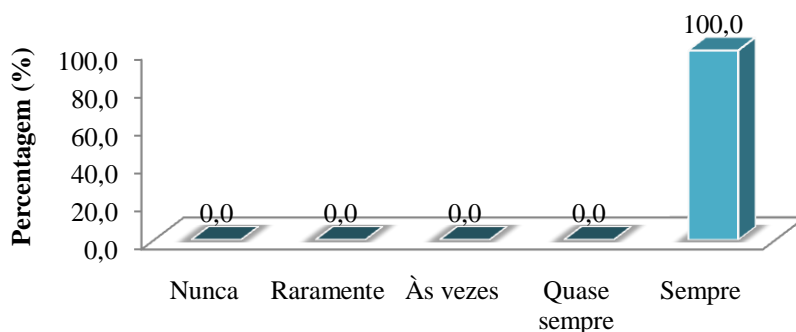
**Quadro n.º 5** - Distribuição da amostra relativamente à Formação Adquirida Acerca do Objecto de Estudo.

Aquisição de Formação acerca do objecto de estudo	Sim		Não		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Formação inicial de base	0	0,0	10	100,0	10	100,0
Auto-formação (por iniciativa própria)	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Acções de formação em serviço realizadas na instituição ou outras	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Formação contínua	7	70,0	3	30,0	10	100,0

Após análise do quadro n.º 5, constata-se que nenhum (0,0%) dos Enfermeiros inquiridos (10 elementos) adquiriu formação base acerca do objecto de estudo. 90,0% efectuou auto-formação (por iniciativa própria), os restantes (10,0%) não o fizeram. O conhecimento adquirido através de “Acções de formação em serviço realizadas na instituição ou outras” é afirmado por 80,0% dos elementos, sendo que os restantes 20,0% negam aquisição de conhecimento por essa fonte. Segundo dados recolhidos, 70,0% dos Enfermeiros efectuem formação contínua, 30,0% não o realizam.

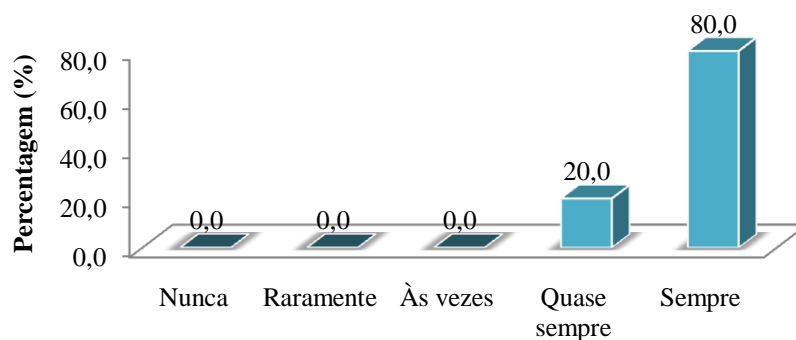
## 2. Estratégias Utilizadas Pelos Enfermeiros Para Diminuir a Ansiedade da Criança no Período Pré-Operatório

**Gráfico n.º 6** - Estratégia n.º 1: *Acolhe a criança pelo nome.*



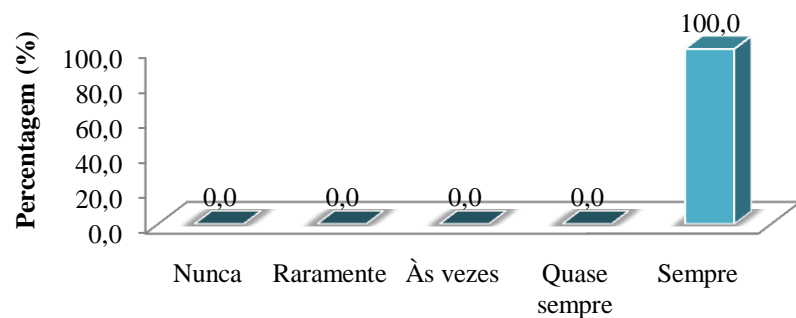
Perante os dados apresentados no gráfico n.º 6, referente à estratégia n.º 1, conclui-se que todos os Enfermeiros (100,0%) acolhem Sempre a criança pelo nome.

**Gráfico n.º 7** - Estratégia n.º 2: *Apresenta-se à criança pelo nome.*



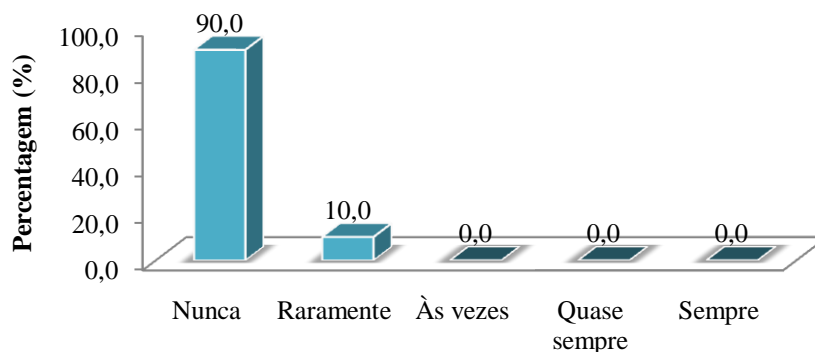
Pelos dados do gráfico n.º 7, referente à estratégia n.º 2, verifica-se que 80,0% dos Enfermeiros inquiridos apresentam-se Sempre à criança pelo nome e 20,0% Quase sempre.

**Gráfico n.º 8** - Estratégia n.º 3: *Permite a presença parental.*



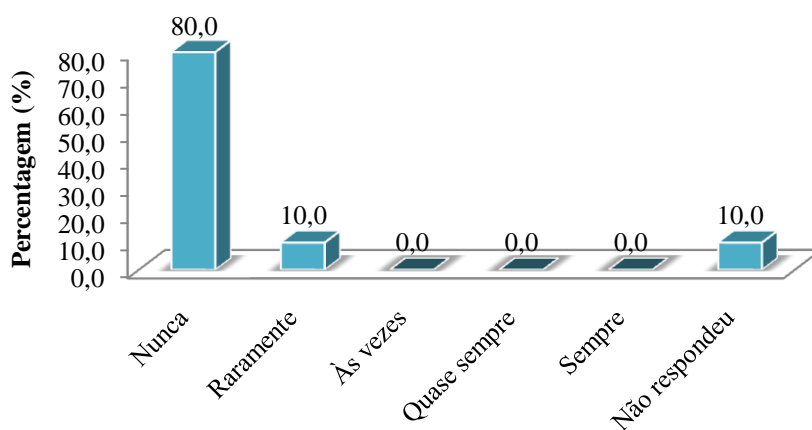
No gráfico n.º 8, referente à estratégia n.º 3, constata-se que todos os Enfermeiros (100,0%) permitem Sempre a presença parental.

**Gráfico n.º 9** - Estratégia n.º 4: *Leva a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada.*



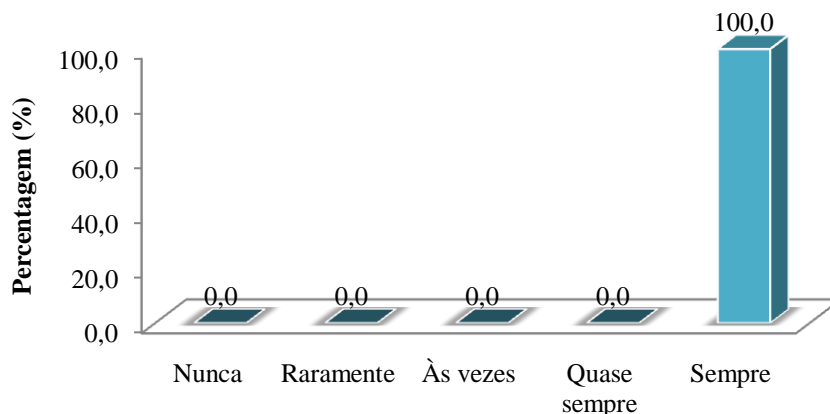
Interpretando o gráfico n.º 9, referente à estratégia n.º 4, constata-se que 90,0% dos Enfermeiros inquiridos Nunca levam a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada, e 10,0% Raramente o realizam.

**Gráfico n.º 10** - Estratégia n.º 5: *Leva a criança a visitar o bloco operatório e explica o que vai acontecer.*



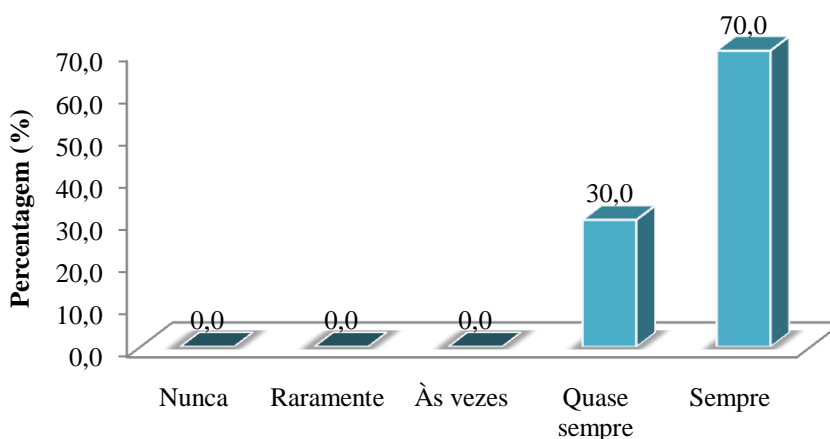
Segundo o gráfico n.º 10, referente à estratégia n.º 5, 80,0% dos Enfermeiros inquiridos referem Nunca levar a criança a visitar o bloco operatório e explicar o que vai acontecer. 10,0% referem realizá-lo Raramente e os restantes 10,0% não responderam.

**Gráfico n.º 11** - Estratégia n.º 6: *Mostra o serviço de internamento e o bloco operatório através de imagens/fotografias.*



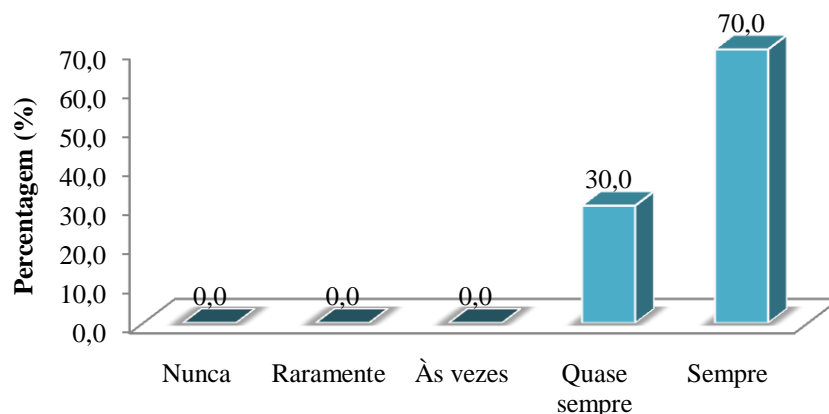
Após a análise do gráfico n.º 11, referente à estratégia n.º 6, verifica-se que todos os Enfermeiros inquiridos (100,0%) mostram Sempre o serviço de internamento e o bloco operatório através de imagens/fotografias

**Gráfico n.º 12** - Estratégia n.º 7: *Mostra e permite o manuseamento de objectos utilizados no bloco como touca, mascara, luvas, eléctrodos, oxímetro...*



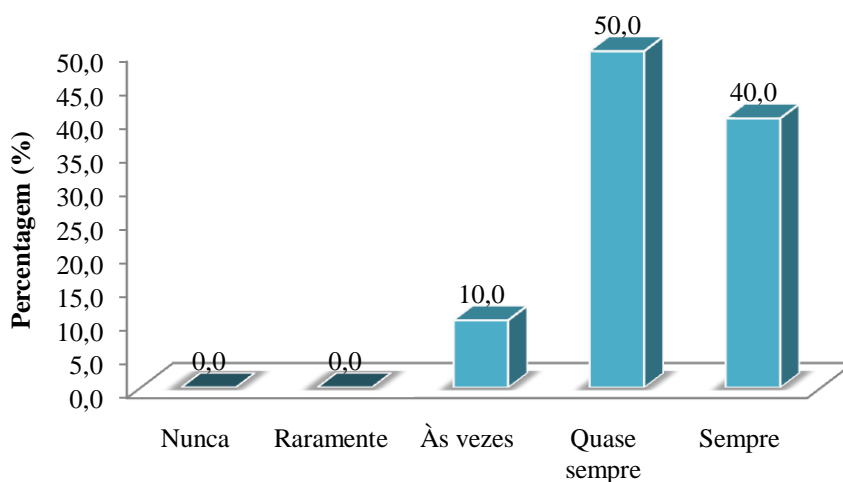
De acordo com a análise do gráfico n.º 12, referente à estratégia n.º 7, 30,0% dos Enfermeiros inquiridos refere Quase sempre mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados no bloco como touca, mascara, luvas, eléctrodos, oxímetro..., e 70,0% refere realizá-lo Sempre.

**Gráfico n.º 13** - Estratégia n.º 8: *Explica para que serve cada um desses objectos utilizados no bloco.*



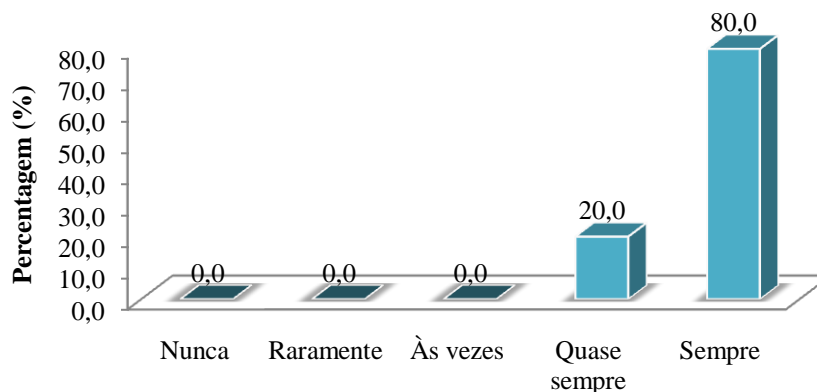
Após realizar a interpretação do gráfico n.º 13 referente à estratégia n.º 8, verifica-se que 30,0% dos Enfermeiros inquiridos responderam Quase sempre e 70,0% explica Sempre para que serve cada um dos objectos utilizados no bloco.

**Gráfico n.º 14** - Estratégia n.º 9: *Explica, através de um boneco, alguns dos procedimentos invasivos do bloco operatório.*



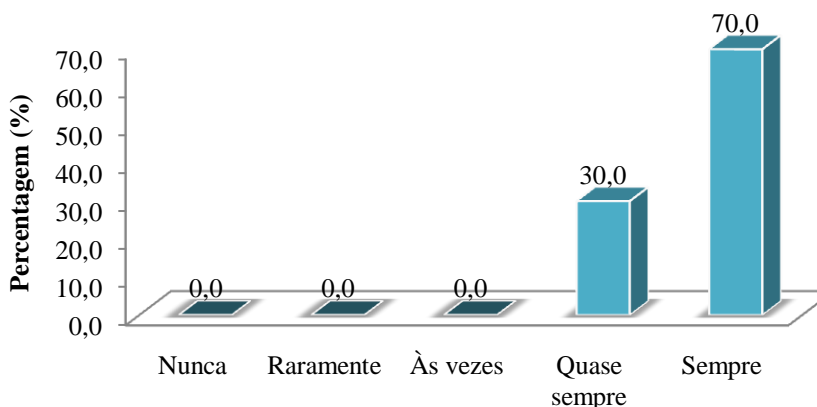
Segundo a interpretação do gráfico n.º 14, referente à estratégia n.º 9, verifica-se que 10,0% dos Enfermeiros inquiridos responderam Às vezes, 50,0% Quase sempre e os restantes 40,0% explicam Sempre através de um boneco, alguns dos procedimentos invasivos do bloco operatório.

**Gráfico n.º 15** - Estratégia n.º 10: *Recorre ao diálogo, à brincadeira e ao bom humor para explicar à criança o que irá acontecer.*



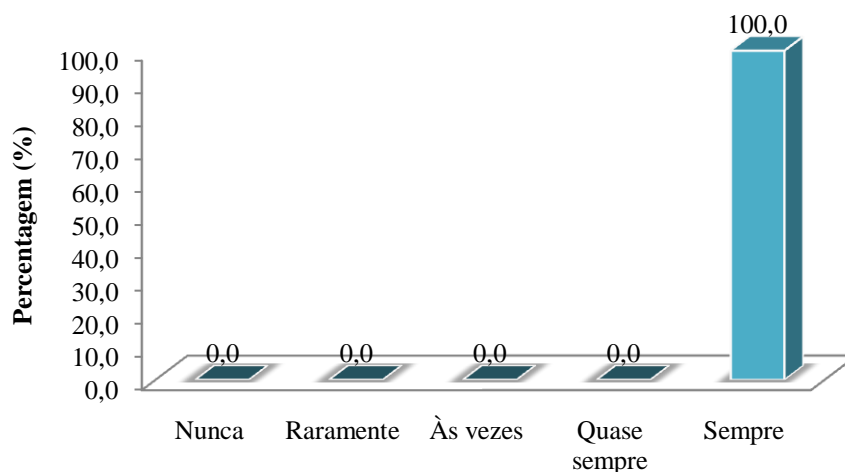
Pelo gráfico n.º 15, correspondente à estratégia n.º 10, conclui-se que 20,0% dos Enfermeiros inquiridos recorre Quase sempre e 80,0% Sempre ao diálogo, à brincadeira e ao bom humor para explicar à criança o que irá acontecer.

**Gráfico n.º 16** - Estratégia n.º 11: *Explica de forma simplificada a intervenção que vai realizar com desenhos ilustrativos, bonecos, jogos, programas interactivos (...), para uma melhor compreensão e integração.*



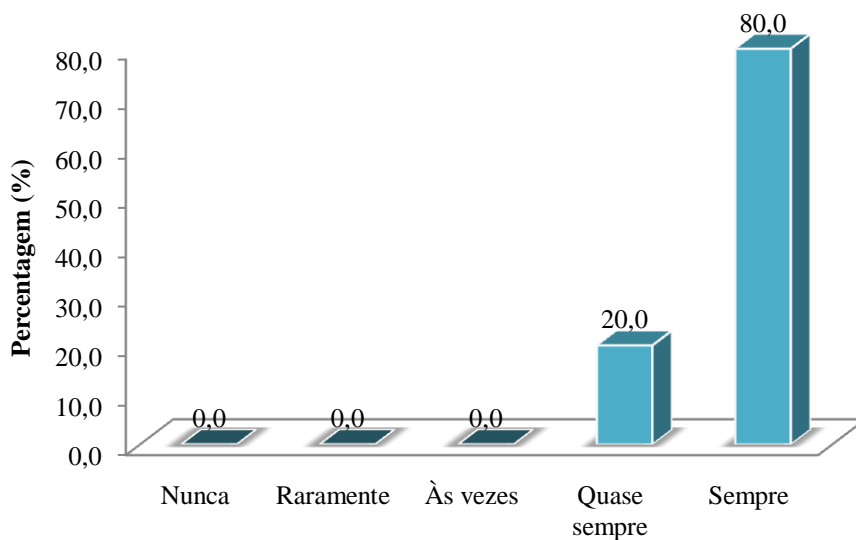
Pela observação do gráfico n.º 16 referente à estratégia n.º 11, 30,0% dos Enfermeiros inquiridos refere Quase sempre explicar de forma simplificada a intervenção que vai realizar com desenhos ilustrativos, bonecos, jogos, programas interactivos (...), para uma melhor compreensão e integração e 70,0% realizam-no Sempre.

**Gráfico n.º 17** - Estratégia n.º 12: *Permite a presença do objecto significativo da criança.*



Observando o gráfico n.º 17 referente à estratégia n.º 12, conclui-se que todos os Enfermeiros inquiridos (100,0%) permitem Sempre à criança a presença do seu objecto significativo.

**Gráfico n.º 18** - Estratégia n.º 13: *Procura incutir e proporcionar um ambiente acolhedor e informal.*



Por fim, a análise ao gráfico n.º 18 referente à estratégia n.º 13, 20,0% dos Enfermeiros inquiridos referem procurar Quase sempre incutir e proporcionar um ambiente acolhedor e informal, 80,0% referem realizá-lo Sempre.

### 3. Perguntas de resposta aberta

Os Enfermeiros que participaram neste estudo responderam às questões de resposta aberta expressando a sua convicção sobre a importância da preparação pré-operatória. Apresenta-se, seguidamente, alguns quadros com uma síntese das respostas obtidas para melhor compreensão, agrupados por categorias, utilizando uma metodologia qualitativa.

**Quadro n.º 6** - Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º1

QUESTÃO N.º1	CATEGORIAS	RESPOSTAS	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
<p><b>Porque considera esta consulta Pré-operatória uma mais-valia para a diminuição da ansiedade nas crianças?</b></p>	<p><i>Exteriorização do medo e ansiedade</i></p>	<p>“Só assim é que a criança consegue verbalizar os medos e ansiedades que sente em relação à cirurgia”</p> <p>“Porque permite a verbalização das suas fantasias, receios, medos, desmistificando-os”</p> <p>“É uma mais-valia porque permite/promove a diminuição do medo, do desconhecido, pois como disse alguém o medo do desconhecido é sempre maior do que o conhecido. Por outro, permite a expressão de sentimentos, de dúvidas, receios e medos o que aumenta a confiança/segurança de pais e crianças.”</p> <p>“Diminui o medo do desconhecido e permite a expressão dos medos”</p> <p>“Porque a ansiedade existe e está aumentada quando o que vai acontecer é desconhecido “o medo do desconhecido</p>	<p>5</p>	<p>50,0</p>

		<p>é superior ao medo do que se conhece”. Porque há uma aproximação ao contexto e às sensações que vão acontecer”</p> <p>“Diminui o medo do desconhecido”</p> <p>“Permite desmistificar o medo do desconhecido das crianças e dos pais / familiares, fazer entender às crianças que percebem que estão sempre acompanhadas, tanto pelos pais como pelos profissionais de saúde e tornar toda a experiência hospitalar e cirúrgica” menos traumática”</p>		
	<i>Fornecimento de informação prévia</i>	<p>“Porque lhes permite obter conhecimento prévio de uma situação e desta forma dá-lhes alguma sensação de controlo sobre a mesma”</p> <p>“Porque é o momento onde tanto os pais como a criança podem esclarecer dúvidas que tenham e desvalorizar os medos que existem até ao momento”</p>	2	20,0
	<i>Relação Enfermeiro/família</i>	<p>“É nesta consulta que existe uma aproximação para com os profissionais na relação doente/profissional e onde todas as dúvidas podem ser retiradas, para diminuir medos”</p>	1	10,0

**Nota:**

2 Enfermeiros não responderam à 1ª questão

Pela interpretação do quadro, no que se refere à questão n.º 1, 50,0% dos Enfermeiros referem considerar a consulta importante na diminuição da ansiedade, no sentido em que as crianças verbalizam medos, receios, fantasias, a ansiedade em geral; 20,0% defendem que a consulta é

relevante uma vez que se dá a conhecer informações prévias ao procedimento a que a criança irá ser sujeita; 10,0% referem ser importante uma vez que é criada uma relação de proximidade entre criança/família e Enfermeiro, favorecendo o esclarecimento de dúvidas que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança. 20,0% da amostra não respondeu à questão.

**Quadro n.º 7** - Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º2

QUESTÃO N.º2	CATEGORIAS	RESPOSTAS	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
<p><b>Que outros tipos de estratégias/intervenções de enfermagem utiliza/sugere para a diminuição da ansiedade das crianças no pré-operatório?</b></p>	<p><i>Acompanhar até ao BO, visualização de fotografias, vídeos...</i></p>	<p>“A visita aos locais físicos (enfermaria/BO/recobro) é positiva (mas dadas condições/recursos humanos torna-se impossível). No entanto considero que a visualização por fotografias/diapositivos ou visualização de vídeos da “cativar a cores”, “a caminho da operação” do Hospital das Brincadeiras, são importantes e tem também impacto na diminuição da ansiedade das crianças e pais no pré-operatório”</p>	1	10,0
	<p><i>Presença parental até à indução anestésica e pré-medicação</i></p>	<p>“As enfermeiros irem acompanhar as crianças ao BO e ao serviço”</p> <p>“Presença da pessoa significativa decorrente à indução anestésica para além da pré-medicação anestésica oral que é pratica habitual”</p> <p>“Permitir a presença dos pais / pessoa</p>	5	50,0

		significativa até à indução anestésica”  “A criança ser acompanhada pela pessoa significativa até ao momento da indução anestésica uma vez que esta a tranquiliza”  “Sentir a confiança e a presença dos pais até ao BO parece-me importante para a diminuição da inquietude da criança”		
	<i>Utilização de EMLA</i>	“Colocação de EMLA para colheita de sangue”	1	10,0

**Nota:**

3 Enfermeiros não responderam à 2ª questão

Quanto à questão n.º 2, 50,0% dos Enfermeiros inquiridos, sugerem a presença parental até ao momento da indução anestésica no bloco, assim como recurso à pré-medicação; 10,0% sugerem o acompanhamento da criança pelos pais/família até ao bloco visualização de fotografias e vídeos; 10,0% referem a utilização do penso “EMLA” na realização de procedimentos invasivos; 30,0% da amostra não respondeu à questão.

**Quadro n.º 8** - Síntese das informações recolhidas referentes à resposta de pergunta aberta da questão n.º3

QUESTÕES	CATEGORIAS	RESPOSTAS	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTAGEM (%)
<p><b>No seu entender a ansiedade das crianças diminui com a consulta pré-operatória e as intervenções de enfermagem?</b></p> <p><b>De que forma as crianças e famílias expressam essa diminuição de ansiedade?</b></p>	<p><i>Feedback das crianças e família</i></p>	<p>“Sim. Na consulta pós-operatória, já na sala de pensos, grande parte deles verbaliza que o facto de se saber como é que as coisas vão decorrer, facilita e permite prever o passo seguinte. Para além disso os medos e receios diminuem porque já se manipulou algum do material utilizado”</p> <p>“Principalmente quando no final da consulta desabafam: “estou muito mais calma” (disse mãe de uma criança hoje no fim da consulta). Ou quando a criança refere “mas é só isto ou isso que vai acontecer?!”. Outras vezes, na consulta de pós-operatório – sala de penso, quando as encontro e expressam que decorreu tudo bem e foi como a enfermeira disse / contou / referiu”</p> <p>“Sim. Na consulta pós operatória os pais verbalizam redução da ansiedade uma vez que já não é desconhecido”</p> <p>“Sim, são factores que contribuem para a diminuição da ansiedade. Verbalizam que estão mais tranquilos porque sabem o que lhes vais acontecer. No pós-operatório sabem ajudar a criança e o adolescente sabe o que vai sentir e como lidar com as</p>	<p>8</p>	<p>80,0</p>

		<p>sensações. Sabem pedir ajuda; diminui o medo”</p> <p>“Sim. Verbalmente no final da consulta, refere que está mais calmo”</p> <p>“Sim, diminui. Referem estar mais calmas, referem que as dúvidas estão, geralmente, esclarecidas e agradecem a atenção dada à criança e à família”</p> <p>“A importância da consulta pré-operatória é afirmada nas acções e expressões do pós-operatório”</p> <p>“Em consultas no pós-operatório, o feedback dos pais é bastante positivo já que o esclarecimento de dúvidas foi fundamental para desmistificar medos”</p>		
--	--	---	--	--

**Nota:**

2 Enfermeiros não responderam à 3ª questão

Quanto à interpretação da questão n.º 3, 80,0% da amostra estudada revela que a ansiedade diminui com a consulta pré-operatória e as intervenções de Enfermagem apropriadas. Os mesmos referem que o feedback transmitido pelos pais é bastante positivo e favorecedor, ao verificar-se melhoras após a consulta e os procedimentos realizados que desenvolviam ansiedade; 20,0% dos Enfermeiros inquiridos não responderam à questão.

#### IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dada a finalização da análise dos dados recolhidos através do questionário aplicado, é necessário interpretar passo a passo a informação obtida, surgindo assim a necessidade da realização de uma discussão dos resultados adquiridos. O resultado da análise será correlacionado com os conhecimentos e referências pesquisadas durante a revisão bibliográfica realizada para a fundamentação e suporte teórico deste estudo.

A intenção, nesta fase, é apresentar uma síntese dos resultados obtidos, realçando os aspectos que se julgam mais pertinentes e que melhor caracterizam e identificam a situação em análise, de modo a perceber de que forma os objectivos e questões equacionadas foram atingidos.

Um dos principais objectivos do período pré-operatório é minimizar a ansiedade das crianças, tendo sido encontradas, na realização deste trabalho de investigação, uma variedade de estratégias para a alcançar.

No que se refere à caracterização da amostra em estudo (I parte do questionário), constatou-se que os Enfermeiros são, predominantemente, do sexo feminino (90,0%), sendo que a média de idade é aproximadamente 34 anos. Destes, 60,0% são Enfermeiros Graduados e com tempo de serviço entre os 11 e os 20 anos. Grande parte da amostra (60,0%) tem experiência profissional na área Pediátrica sendo que a aquisição de formação acerca do objecto de estudo foi adquirido por auto-formação (por iniciativa própria), por acções de formação em serviço realizadas na instituição hospitalar ou outras e através da formação contínua.

Depois de analisados e interpretados os resultados relativos à parte II do questionário, correspondente às estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para a diminuição da ansiedade da criança no período pré-operatório, verificou-se que no que concerne à análise da estratégia n.º1 “*Acolhe a criança pelo nome*” e estratégia n.º2 “*Apresenta-se à criança pelo nome*”, 100,0% da amostra acolhe Sempre a criança pelo seu nome e 80,0% apresentam-se Sempre à criança pelo nome aquando da sua preparação para a cirurgia. Segundo Peixoto (1997) e Cambotas et al. (2006) o Enfermeiro deve identificar-se sempre ao doente e explicar o objectivo da consulta/visita.

Relativamente à estratégia n.º3 “*Permite a presença parental*”, todos os Enfermeiros (100,0%) permitem Sempre a presença dos pais. Na perspectiva de vários autores (Relvas, 1996; Feldman, 2001; Hermans, 2004, *cit. in* Teixeira, 2009) a experiência de estar longe de casa e de ser tratado por adultos, que não os seus pais, será sempre um desafio traumático para uma criança. Assim, torna-se imprescindível a presença dos pais durante o processo de hospitalização, para que o internamento e a experiência cirúrgica sejam a menos prejudicial e traumática possível. Considerando ainda a carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à criança, 1998), verifica-se que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”.

Quando analisada a estratégia n.º4 “*Leva a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada*” e a estratégia n.º5 “*Leva a criança a visitar o bloco operatório e explica o que vai acontecer*”, pode constatar-se que 90,0% dos Enfermeiros Nunca leva a criança a visitar o serviço de internamento e 80,0% da amostra refere Nunca levar a criança a visitar o bloco operatório, assim como não explica o que irá acontecer posteriormente. Notifica-se ainda que 10,0% dos Enfermeiros não respondeu a esta questão. Neste sentido, Peixoto (1997) e Cambotas et al. (2006) referem que o Enfermeiro deve localizar o bloco operatório e explicar, resumidamente, o que aí irá acontecer. Ainda assim, a análise relativa à estratégia n.º6 “*Mostra o serviço de internamento e o bloco operatório através de imagens/fotografias*”, demonstra que 100,0% dos Enfermeiros inquiridos mostra Sempre o serviço de internamento através deste método, considerando-o como uma estratégia de recurso às estratégias anteriormente apresentadas.

No que respeita à estratégia n.º7 “*Mostra e permite o manuseamento de objectos utilizados no bloco como touca, máscara, luvas, eléctrodos, oxímetro...*” e à estratégia n.º8 “*Explica para que serve cada um desses objectos utilizados no bloco*”, os dados revelam que 70,0% dos Enfermeiros permitem Sempre o manuseamento dos objectos e materiais utilizados no bloco operatório e explicam a finalidade de cada um deles.

De acordo com este facto, Teixeira (2009), diz-nos que as crianças quando participam na intervenção de Enfermagem pré-operatória, que inclui apresentação do ambiente e contacto com o material cirúrgico, manifestam maior compreensão e aceitação não só da cirurgia, como também dos procedimentos de que vão ser alvo, e apresentam uma diminuição dos

medos e da ansiedade, sendo favorecida a relação terapêutica com o Enfermeiro. De salientar que constataram ainda que a presença dos pais revelou tranquilizar e ajudar a confiança das crianças.

Relativamente à interpretação e análise dos resultados correspondentes à estratégia n.º 9 “*Explica, através de um boneco, alguns dos procedimentos invasivos do bloco operatório*”, verifica-se que 50,0% dos Enfermeiros que constituíram a amostra manifestam explicar Quase Sempre alguns dos procedimentos invasivos através de simulações com bonecos. A este respeito, Aron et al. (2007) sugerem que a utilização de equipamento e material cirúrgico como brinquedos, bonecos, são eficazes como forma de prevenção de ansiedade pré-operatória, constituindo esta uma técnica segura, sem custos acrescidos e que possibilita evitar a perda de tempo quer com a preparação das crianças quer com comportamentos de pouca colaboração por parte das mesmas. Concluíram ainda que, os níveis de ansiedade são mais baixos no bloco operatório, comparativamente com as crianças em que esta estratégia não foi utilizada, embora não se tenha observado diferença significativa nos níveis de ansiedade entre a sala de espera pré-anestésica e o bloco operatório no grupo de crianças que utilizaram a máscara como brinquedo. Ainda assim, outros estudos analisados introduziram novas estratégias mais interactivas e mais significativas para as crianças, para além da abordagem expositivo-demonstrativa, obtendo resultados eficazes no controle da ansiedade.

Deste modo, Li (2007) concluiu que o brinquedo terapêutico é eficaz na minimização dos níveis de ansiedade, contribuindo para uma diminuição das respostas emocionais negativas das crianças que também se apresentam fisiologicamente mais estáveis, com melhores valores médios de pressão arterial e de frequência cardíaca, comparativamente com crianças que recebem a preparação pré-operatória de rotina.

Corroborando os achados anteriores, num outro estudo, o mesmo autor e seus colaboradores, (Li, 2007) demonstraram, que as crianças que receberam os cuidados habituais associados à intervenção com jogo terapêutico, correspondente à manipulação e simulação num boneco (brinquedo terapêutico), apresentaram valores significativamente mais baixos de ansiedade no pré e pós-operatório e apresentaram poucas emoções negativas na indução anestésica, em comparação com as crianças que receberam preparação habitual.

Curiosamente, Patel et al. (2006) conseguiram os mesmos resultados, através da utilização de videojogos portáteis, constituindo estes, uma estratégia bastante eficaz na redução da ansiedade no pré-operatório e indução anestésica e um método de fácil implementação e de baixo custo, segundo o autor.

Quando se observam os resultados relativos à estratégia n.º10 *“Recorre ao diálogo, à brincadeira e ao bom humor para explicar à criança o que irá acontecer”*, conclui-se que a maioria dos Enfermeiros inquiridos (80,0%) recorre Sempre ao diálogo e ao bom humor para descrever à criança o que vai acontecer posteriormente. Wong (1999) afirma que as crianças submetidas a cirurgia necessitam de preparação psicológica, que pode incluir muitas técnicas como as brincadeiras e passeios pelo hospital. Segundo o mesmo autor (Wong, 1999, p.607) *“a brincadeira sempre constitui uma estratégia eficiente na preparação de crianças e, quanto mais familiarizada com os procedimentos médicos, menor é a ansiedade”*.

No que respeita à estratégia n.º11 *“Explica de forma simplificada a intervenção que vai realizar com desenhos ilustrativos, bonecos, jogos, programas interactivos (...), para uma melhor compreensão e integração”*, constata-se que 70,0% da amostra respondeu explicar Sempre de forma simplificada a intervenção que vai realizar recorrendo a desenhos, jogos, entre outros e 30,0% referiu Quase Sempre explicar desta forma. Sendo um dos objectivos dos cuidados pré-operatórios diminuir a ansiedade e o stress da criança e, concomitantemente, da sua família, torna-se necessário explicar-lhe o que se vai passar no bloco operatório e a preparação a que vai ser submetido antes de aí entrar, constituindo-se a consulta pré-operatória como o momento ideal para estas explicações. Para Huerta (1996) deve permitir-se à criança que manuseie e que brinque com os objectos reais que vão ser utilizados – brinquedo terapêutico, isto é, deverá fornecer-se bonecos e instrumentos que representem os ambientes reais que terá que enfrentar. Os videojogos, jogos de computador e internet, hoje em dia, fazem parte integrante da cultura e dos interesses do dia-a-dia das crianças mais velhas e dos adolescentes, tendo sido trazidos cada vez mais para os cuidados de saúde, como forma de distração e consecutivamente de controlo das modificações de comportamento, geradas por elevados níveis de ansiedade, pois aumentam a atenção, através do envolvimento activo a nível cognitivo, visual e motor (Patel et al., 2006).

Referente à estratégia n.º12 *“Permite a presença do objecto significativo da criança”*, 100,0% dos Enfermeiros permite Sempre a sua presença. Relembrando Watson (1999, p.609) a criança submetida a cirurgia exibirá sinais de relaxamento e de suporte emocional, antes de chegar ao bloco operatório, sempre que o Enfermeiro “ (...) permitir que objectos significativos acompanhem a criança (p. ex um brinquedo favorito) para fornecer conforto e sensação de segurança”.

No que respeita à estratégia n.º13 *“Procura incutir e proporcionar um ambiente acolhedor e informal”*, constata-se que 80,0% da amostra refere procurar Sempre incutir a proporcionar um ambiente acolhedor e informal. A este respeito, Peixoto (1997) diz-nos que o Enfermeiro deve dar oportunidade ao doente de falar, assim como de expressar as suas dúvidas e receios e perceber pelas suas atitudes e comportamentos aquilo que este não quer ou não é capaz de expressar. Deste modo, o diálogo deve ser realizado de forma clara, conciso, preciso e não prejudicial, visto verificar-se um momento de grande stress emocional.

Por último, e observando a análise das questões abertas, no que se refere à questão n.º1 *“Porque considera esta consulta pré-operatória uma mais valia para a diminuição da ansiedade nas crianças?”*, verifica-se que 50,0% dos Enfermeiros referem considerar esta consulta como importante para a diminuição da ansiedade da criança, uma vez que permite a exteriorização e verbalização de medos, receios, fantasias e, conseqüentemente, da ansiedade em geral; ainda assim, 20,0% da amostra considera esta consulta relevante uma vez que constitui o momento oportuno para o fornecimento de informação relevante e prévia ao procedimento ao qual vai ser sujeito e apenas 10,0% refere a relação e proximidade que se cria entre a criança/família e o Enfermeiro, permitindo, deste modo, uma relação favorecedora de esclarecimento de dúvidas, contribuindo assim para a diminuição da ansiedade. Salienta-se que dois dos Enfermeiros inquiridos não responderam a esta questão.

De acordo com Peixoto (1997, p.31) refere que “(...) a ansiedade e o medo são reacções comuns nos doentes que vão ser submetidos a cirurgia (...) a visita pré-operatória poderá atenuar estas alterações”. Para Lúcia et al. (1996) o medo que surge da insegurança e da incerteza do desconhecido agrava-se na criança, quando se verifica que esta é colocada numa situação de separação com o seio familiar e com os muitos perigos desconhecidos.

Para Santos (1998) é o primeiro contacto com o doente que vai permitir esclarecer dúvidas e receios, desmistificando o bloco operatório e permitindo a proximidade entre este a criança e a família. Ainda segundo Peixoto (1997, p.32), “é fundamental que o enfermeiro consiga estabelecer com o doente uma relação de empatia, tratando-o de uma forma pessoal e individualizada (...)”.

Quanto à questão n.º2 “*Que outros tipos de estratégias/intervenções de Enfermagem utiliza/sugere para a diminuição da ansiedade das crianças no pré-operatório?*”, os Enfermeiros que constituíram a amostra deste estudo referiram em 50,0% a presença parental até ao momento da indução anestésica no bloco, assim como o recurso à pré-medicação (prática já recorrente na Instituição em estudo), 10,0% referem a estratégia de acompanhar a criança/família até ao bloco operatório, visualização de fotografias e vídeos e 10,0% mencionam a utilização do penso anestésico “EMLA” para alguns procedimentos invasivos. Todavia, evidencia-se que três dos enfermeiros não responderam à questão formulada.

Yip (2009) mostra que existem várias medidas não farmacológicas que são susceptíveis de ser úteis na redução da ansiedade das crianças e na colaboração das mesmas durante a indução anestésica. A presença parental curiosamente foi o factor mais estudado mas não mostrou ser útil na redução da ansiedade ou no aumento da colaboração das crianças, apesar da sua ampla prática. O uso de outras intervenções relatadas neste estudo, como cartoons e programas de computador interactivos, videojogos, doutores palhaços, hipnose, são aparentemente úteis na redução da ansiedade das crianças, embora por vezes pouco significativa.

Curiosamente, noutros estudos analisados, a presença dos pais, contrariamente ao observado por Yip (2009), não foi a medida mais estudada. Considera-se, no entanto, que tal facto estará relacionado com o intervalo temporal escolhido. Isto porque a presença parental durante a indução anestésica já é um dado adquirido na maioria dos serviços cirúrgicos pediátricos, pelo menos a nível internacional, desde há alguns anos, devido à abordagem mais ampla da criança (criança/pais). Assim os estudos mais recentes focam-se, aparentemente, em estratégias complementares de minimização da ansiedade das crianças e dos pais.

A presença parental inclui como potenciais benefícios a redução do medo e da ansiedade da criança que poderá ocorrer no momento da separação. No entanto, acredita-se que a ansiedade

dos pais tem repercussões na ansiedade das crianças, pelo que a presença parental deve ser considerada com base numa avaliação individual da criança/pais, devendo ser respeitada a sua vontade.

Embora estudos mais antigos (Hannallah et al., 1983, *cit. in* Moro, 2004) tenham sugerido que a presença dos pais durante a indução da anestesia reduz a ansiedade da criança, estudos aleatórios e controlados mais recentes Kain et al. (1998) e Kain et al. (2001) (*cit. in* Moro, 2004) mostraram que tal presença pode não ser benéfica.

Finalizando a discussão do estudo e no que se refere à questão n.º3 “*No seu entender a ansiedade das crianças diminui com a consulta pré-operatória e as intervenções de enfermagem?*” e “*De que forma as crianças e famílias expressam essa diminuição de ansiedade?*”, a análise desta, mostra que 70,0% dos Enfermeiros inquiridos consideram que a ansiedade das crianças diminui com a realização da consulta de preparação pré-operatória, assim como com a adopção de intervenções de Enfermagem apropriadas para este fim e, em relação à forma como a expressam. A percentagem dos inquiridos mantém-se constante e manifestam que o feedback fornecido pelos pais é bastante positivo e favorecedor. Salienta-se, ainda que 20,0% dos Enfermeiros não responderam a esta questão.

## V. CONCLUSÃO

A experiência da criança submetida a cirurgia programada é sempre uma vivência individual, não descorando o binómio criança/família. Assim, crianças em diferentes níveis de desenvolvimento respondem a situações de *stress* através de mecanismos de defesa diferentes, pelo que as estratégias de Enfermagem adoptadas deverão ser adequadas aos mesmos.

Com o presente trabalho de investigação pretendeu-se realizar um estudo sobre o tema “Estratégias de Enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada”.

A análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos neste estudo, efectuado com Enfermeiros que realizam a consulta de preparapão pré-operatória de crianças submetidas a intervenção cirúrgica, permitiu retirar algumas conclusões e apresentar algumas sugestões, no sentido de minimizar ou, até mesmo, solucionar algumas das situações que desencadeiam alterações na ansiedade das crianças no período pré-operatório.

Assim sendo, as estratégias de preparação pré-operatória, podem ir desde panfletos informativos até ao recurso a brinquedos terapêuticos, videojogos, observação de imagens/fotografias, manuseamento de material cirúrgico, entre outros, sendo os seus custos e a evidência dos seus benefícios bastante variável. Contudo, existem, conforme se verificou com este trabalho e na revisão bibliográfica realizada, uma série de outras estratégias possíveis ainda de ser utilizadas.

Depois de concretizado o respectivo trabalho de investigação e de realizada a reflexão dos seus resultados, podem-se identificar e enumerar as estratégias que os Enfermeiros, do Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo utilizam para diminuir a ansiedade das crianças no período pré-operatório. Todavia, salientam-se as estratégias que Nunca são adoptadas pelos inquiridos, nomeadamente: a estratégia n.º4 “*Leva a criança a visitar o serviço de internamento onde irá ficar hospitalizada*”, assim como a estratégia n.º5 “*Leva a criança a visitar o bloco operatório e explica o que vai acontecer*”. Contudo, todo o conjunto de estratégias apresentadas no questionário de colheita de dados, são conforme os Enfermeiros inquiridos, Quase sempre ou Sempre utilizadas na prática de cuidados neste âmbito. Deste

modo, tais profissionais sugerem a presença parental até ao momento da indução anestésica ao bloco, assim como a utilização do penso anestésico “EMLA” para alguns procedimentos invasivos, constituindo outro tipo de estratégias para diminuir a ansiedade da criança na consulta pré-operatória para além das outras já apresentadas.

Do estudo efectuado, pode concluir-se que as estratégias utilizadas pelos Profissionais de Enfermagem são consideradas relevantes para a diminuição da ansiedade da criança submetida a intervenção cirúrgica, na medida em que facilita a exteriorização e verbalização de medos, receios e ansiedade; como lidar com as sensações, saber pedir ajuda; deixar de ser desconhecido; constituem um momento propício para o fornecimento de informação indispensável e facilita a relação empática entre os sujeitos envolvidos (criança/família/Enfermeiro). Para reforçar a importância da consulta de preparação pré-operatória, assim como das estratégias/intervenções de Enfermagem utilizadas, pode constatar-se que tanto os Enfermeiros como os pais das crianças que participaram na consulta de preparação para a cirurgia manifestam que a ansiedade das crianças diminui significativamente com a realização da mesma.

Através deste estudo pode, ainda, inferir-se que a maior eficácia na redução da ansiedade no pré-operatório está associada a estratégias interactivas que se aproximem dos interesses das crianças nas diferentes faixas etárias e géneros, que captem a atenção dos mesmos e sejam capazes de provocar distração. O conhecimento prévio dos procedimentos e o contacto com o ambiente e/ou material cirúrgico, está igualmente associado a bons resultados na redução da ansiedade das crianças, principalmente se incluírem estas estratégias mais interactivas.

Pensa-se que a questão e os objectivos de investigação inicialmente delineados foram devidamente atingidos tendo, no entanto, encontrado algumas dificuldades e condicionalismos, nomeadamente o encaminhamento moroso do processo por parte da Universidade e Instituição Hospitalar, falta de tempo disponível, a pesquisa e o tratamento da bibliografia disponível, aliado à grande necessidade de poder de síntese. Ainda assim, este trabalho permitiu a discussão e reflexão pertinente para a prática clínica de Enfermagem.

Como se trata de um primeiro trabalho de investigação e estando consciente das suas limitações, não se considera correcto inferir estes resultados e respectivas conclusões para a

generalização, pois trata-se de uma amostra pouco representativa, no entanto, valida-se a sua importância tendo em conta o processo realizado, que se suporta numa metodologia de investigação com rigor científico.

Por todas as vivências ao longo deste trabalho, considerou-se, sem dúvida um momento de enriquecimento e um desafio pertinente, em que as dificuldades foram geradoras de crescimento e possibilitaram a aquisição de conhecimentos que serão indispensáveis para um futuro próximo, quer na área da Enfermagem, quer na área da Investigação.

Na realização deste estudo foi suscitado o interesse por novas áreas de estudo para futuras investigações. Deste modo, sugere-se estudar a influência da ansiedade dos pais nas crianças, no período pré-operatório, bem como o estudo das repercussões da preparação pré-operatória no período intra e/ou pós-operatório. Ainda assim, salienta-se a importância, na minha perspectiva, da elaboração de um manual de acolhimento devidamente estruturado para as crianças/famílias que irão ser submetidas a uma intervenção cirúrgica para ser oferecido aquando da consulta da sua preparação pré-operatória.

Ao concluir o trabalho espero que este suscite, a quem o ler, preocupação e sensibilidade para a realização de estudos desta índole. Pois os Enfermeiros cada vez mais se preocupam com a qualidade de cuidados que prestam na prática de cuidados à criança e sua família, daí que surja a necessidade de se reflectir na prática profissional: passada, presente e futura, com o intuito da excelência de cuidados e sua melhoria contínua.

## VI. BIBLIOGRAFIA

Álvaro, G., *et alii.* (2006). Estudo transversal de ansiedade pré-operatória em crianças: utilização da escala de yale modificada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (6, Novembro/Dezembro). [Em Linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/%0d/rba/v56n6/en\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0d/rba/v56n6/en_03.pdf)>. [Consultado em 14/03/2010].

Assembleia Geral da Nações Unidas. (1990). A convenção sobre os Direitos da Criança. [Em Linha]. Disponível em <[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)>. [Consultado em 14/03/2010].

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Climepsi.

Broering, C. e Crepaldi, M. (2008). Preparação Psicológica para a Cirurgia em Pediatria: Importância, Técnicas e Limitações. *Revista Paidéia*. 18(39). [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>>. [Consultado em 14/03/2010].

Cadete, E., Meira, L. e Grala, L. (2000). A recepção do doente na sale de operações. *AESOP*, 1(1, Fevereiro), p.23-31;

Cambotas, C. *et alli.* (2006). *Competências do enfermeiro perioperatório. Associação dos enfermeiros portugueses de sala de operações portuguesas – Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Lusodidacta.

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of knowing in nursing, *Advanced Nursing Science*, 1(1), pp. 13-23.

Casey, A. e Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. 2(44, Novembro).

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica*. Volume 1. Loures, Lusodidacta.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. (2003). *Cuidar: A primeira arte da vida*. Loures, Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *CIFE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Versão Beta 2. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Dicionário Língua Portuguesa. (2009). Porto, Porto Editora.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gomes, J., et alii. (2001). *Pediatria predictiva*. Lisboa, ACSM Editores.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar o cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência.

Huerta, E. (1996). Preparo da criança e familia para procedimentos cirúrgico: Intervenção de Enfermagem, *Revista Escola de Enfermagem USP*, 30(20), pp. 340-353.

Instituto de apoio a criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa, Medinfar.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Justus, R., et alii. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1), pp. 35-43.

Li, H., Lopez, V. e Lee, T. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), pp. 320-332.

Li, H. (2007). Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), pp. 1919-1926.

Lúcia, A. *et alii.* (2006). O Bloco Operatório visto pela criança. *Opiniões & Realidades*, 1(1), p.23-28.

Moro, E. e Módolo, N. (2004). Ansiedade, a Criança e aos Pais, *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), pp. 728-738.

O'Conner-von, S. (2008). Preparation of adolescents for outpatient surgery: using an Internet program. *AORN Journal*, 87(2), p. 374.

Patel, A., *et alii.* (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Paediatric Anaesthesia*, 16(10), pp. 1019-1027.

Peixoto, I. e Cândido, M. (1997). Visita pré-operatória, reflexo na ansiedade dos doentes. *Enfermagem*, 6(Abril/Junho), pp. 30-36.

Puura, A., *et alii.* (2005). Children's drawings as a measure of anxiety level: a clinical pilot study. *Paediatric Anaesthesia*, 15(3), pp. 190-193.

Santos, C. e Peixoto, I.(1998). Visita pré-operatória de enfermagem. *Enfermagem*, 12 (Outubro/Dezembro), pp.29-34.

Teixeira, E. e Figueiredo, M. (2009). The child's preoperative experience in a planned surgery [Portuguese]. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 9, pp. 7-14.

Valladares, A. (2004). Manejo arteterapêutico no pré-operatório em pediatria. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 6(1). [Em Linha]. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/r3\\_arteterapia.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/r3_arteterapia.html)>. [Consultado em 14/03/2010].

Vagnoli, L., *et alii*. (2005). Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. [Em Linha]. Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/116/4/e563.pdf>>. [Consultado em 14/03/2010].

Waldon, V. (1998). Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER *et al.* *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, Artmed.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Wong, D. e Whaley, L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais e intervenção efectiva*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Yip, I(2009). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.