



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**EFEITOS DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA EM CRIANÇAS A
SEREM SUBMETIDAS A CIRURGIAS ELETIVAS**

**MESTRANDA: CAMILLA VOLPATO BROERING
ORIENTADORA: Prof. Dra. MARIA APARECIDA CREPALDI**

Florianópolis, 2008.

CAMILLA VOLPATO BROERING

**EFEITOS DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA EM CRIANÇAS A
SEREM SUBMETIDAS A CIRURGIAS ELETIVAS**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADORA: Prof. Dra. MARIA APARECIDA CREPALDI

Florianópolis, 2008.

TERMO DE APROVAÇÃO

CAMILLA VOLPATO BROERING

EFEITOS DA PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ-CIRÚRGICA EM CRIANÇAS A SEREM SUBMETIDAS A CIRURGIAS ELETIVAS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dra. Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes
Departamento de Odontologia, UNICAMP

Florianópolis, 21 de novembro de 2008.

**Dedico este trabalho a todas as crianças
que dele participaram, e sem as quais não
seria possível realizá-lo!!**

AGRADECIMENTOS

À Deus, por oferecer oportunidades, coragem e determinação para desenvolver este trabalho.

À minha orientadora, professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi, pela confiança, incentivo e disponibilidade sempre. Agradeço a paciência, a acolhida, o carinho, o compartilhar de oportunidades e reflexões, além da oportunidade de crescimento e aprimoramento profissional e intelectual.

Aos meus pais, pela força, pelo apoio, pela compreensão e carinho sempre. Vivenciaram de perto todas as minhas dúvidas, aflições e questionamentos. A força de vocês foi fundamental!

Ao meu irmão Raphael, que mesmo não gostando muito da vida acadêmica, sempre valorizou meu esforço, sendo sempre um grande amigo.

A todos os colegas e professores da Área 3 do Programa de Mestrado em Psicologia da UFSC, pelo compartilhar de experiências, e pelo incentivo nas horas de desânimo.

Aos professores Dra. Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré e Dr. Antônio Bento Alves de Moraes, por aceitarem participar da banca examinadora e dedicar sua atenção para a leitura do meu trabalho, trazendo grandes contribuições para o enriquecimento do mesmo.

À Marina Menezes, professora e também amiga, pela confiança no meu potencial e por batalhar comigo para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

À amiga, Daiane Beneton, psicóloga do hospital no qual a pesquisa foi realizada, que mesmo sem me conhecer, foi totalmente disponível, proporcionando ajuda sem tamanho. Muito obrigada!

Às amigas Fran e Lorine, por dividirem as angústias suscitadas neste período, dividindo alegrias e tristezas durante o mestrado.

À Gabi, peça-chave nas análises estatísticas dos dados, por ter compartilhado seus saberes e questionamentos.

Ao João, que mesmo à distância, dedicou-se a leitura das análises estatísticas, dando grande contribuição para o fechamento das mesmas.

À Letícia Gabarra, pelo carinho e competência com que contribuiu com a análise dos desenhos.

A todas as crianças e seus familiares que cederam um pouco de seu tempo num momento tão delicado que é a situação pré-cirúrgica, para colaborarem com a minha pesquisa.

A toda equipe do hospital no qual a pesquisa foi realizada, por me cederem seu espaço, acreditar na proposta e visarem o bem-estar de suas crianças.

Enfim, a todos aqueles que não foram citados, mas que de algum modo contribuíram para o término deste trabalho.

Camilla Volpato Broering

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo geral.....	7
2.2 Objetivos específicos.....	7
HIPÓTESES	8
Hipótese geral.....	8
Hipóteses específicas.....	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3.1 Hospitalização na infância	9
3.1.1 Perspectiva ecológica e hospitalização infantil.....	13
3.1.2 Cirurgia na infância.....	16
3.2 Ansiedade, estresse e estados emocionais.....	20
3.3 Preparação psicológica da criança para a cirurgia	27
3.4 Estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>).....	36
4 MÉTODO	40
4.1 Caracterização da pesquisa.....	40
4.2 Participantes	42
4.3 Local da pesquisa	46
4.4 Instrumentos	46
4.4.1 Desenho livre	47
4.4.2 Escala de Stress Infantil (ESI)	47
4.4.3 Entrevista com a mãe	49
4.4.4 Desenhos-Histórias	50
4.4.5 Kit de preparação pré-cirúrgica	51
4.5 Procedimento de coleta de dados	52
4.5.1 Primeira etapa – antes da preparação pré-cirúrgica.....	52
4.5.2 Segunda etapa – após a preparação pré-cirúrgica.....	54
4.5.3 Terceira etapa – após a cirurgia	55
4.6 Procedimento de análise de dados.....	55
4.6.1 Análise de conteúdo verbal dos relatos da criança e das mães	55
4.6.2 Análise dos desenhos das crianças.....	56
4.6.3 Análise da Escala de Stress Infantil.....	57
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	60
5.1 Análise estatística da Escala de Stress Infantil.....	60
5.1.1. Reações apresentadas pelas crianças	60
5.1.2. Descrição dos resultados de acordo com o grupo de preparação.....	61
5.1.3. Comparação do G1 e do G2 entre o pré-teste e o pós-teste	63
5.1.4. Comparação entre os grupos	64
5.1.5. Comparação entre os grupos tanto no pré-teste como no pós-teste	65
5.2 Análise dos relatos das mães na primeira entrevista.....	66

5.2.1. Experiência com cirurgia	66
5.2.2. Reações dos pais	67
5.2.3. Reações dos filhos	69
5.2.4. Informações	71
5.3 Análise do relato verbal relacionado aos desenhos das crianças	73
5.3.1 Análise dos relatos verbais	73
5.4 Análise dos desenhos das crianças	84
5.4.1 Comparação entre os dois grupos	84
5.4.2 Análise dos desenhos do Grupo 1	85
5.4.3 Análise dos desenhos do Grupo 2	86
5.5 Análise dos relatos das mães na segunda entrevista	87
5.5.1. Reações à preparação	89
5.5.2. Momentos antes da cirurgia	90
5.5.3. Dúvidas	93
5.5.4. Sono	94
5.6 Análise dos relatos das mães na terceira entrevista.....	95
5.6.1 Reações após a cirurgia.....	96
5.6.2 Como o filho acordou	96
5.6.3 Dúvidas	99
6 DISCUSSÃO	102
6.1 Preparação psicológica pré-cirúrgica	104
6.2 Paciente Cirúrgico Pediátrico	110
7 CONCLUSÕES	115
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
9 REFERÊNCIAS	122
10 APÊNDICES	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Design experimental da pesquisa.....	41
Tabela 2. Número de crianças for faixa etária divididas nos Grupos G1 e G2	43
Tabela 3. Número de crianças por gênero divididas nos Grupos G1 e G2.....	44
Tabela 4. Frequência de tipos de cirurgia divididos nos Grupos G1 e G2.....	44
Tabela 5. Frequência de renda aproximada dividida nos Grupos G1 e G2	45
Tabela 6. Frequência do nível de escolaridade das crianças, divididas nos Grupos G1 e G2.	45
Tabela 7. Número de acompanhantes das crianças divididos nos Grupos G1 e G2.....	46
Tabela 8. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes de acordo com o tipo de reações pré e pós-teste na amostra total.....	61
Tabela 9. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes do G1 de acordo com os tipos de reações depois da preparação	62
Tabela 10. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes do G2 de acordo com os tipos de reações depois da preparação	62
Tabela 11. Comparação do G1 e G2 entre o pré-teste e o pós-teste.....	63
Tabela 12. Comparação dos grupos G1 e G2 entre o pré-teste e o pós-teste	64
Tabela 13. Comparação entre os grupos no pré-teste e no pós-teste	64
Tabela 14. Comparação entre os grupos tanto no pré-teste como no pós-teste.....	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comparação de dois grupos distintos de preparação, no pré e no pós-teste.	81
Figura 2. Comparação dos desenhos entre os grupos e entre os momentos antes e depois, conforme os aspectos mais prementes e a harmonia dos desenhos.	84
Figura 3. Comparação dos relatos das mães após a preparação, momentos antes da cirurgia de dois grupos distintos de preparação.	88
Figura 4. Comparação dos relatos das mães após a cirurgia, de dois grupos distintos de preparação.	96
Figura 5. Comparação dos relatos das mães após a cirurgia, de dois grupos distintos de preparação.	100

LISTA DE ABREVIATURAS

A - Amigdalectomia

AD – Adenoidectomia

CC – Centro Cirúrgico

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESI – Escala de Stress Infantil

HI – Hérnia Inguinal

HU – Hérnia Umbilical

ISS-I – Inventário de Sintomas de Stress Infantil

PPCT – Pessoa, processo, contexto e tempo

RF – Reações Físicas

RP – Reações Psicológicas

RPA – Recuperação Pós-Anestésica

RPCD – Reações Psicológicas com componente depressivo

RPS – Reações Psicofisiológicas

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Florianópolis, 2008. 168 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi

Defesa: 21 de novembro de 2008

RESUMO

O presente estudo investigou os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas, de acordo com dois programas de técnicas de preparação. Uma cirurgia pode interferir no desenvolvimento psicológico de uma criança de forma definitiva. Embora tenham por finalidade promover o restabelecimento do paciente, produzem elevados níveis de estresse nos pacientes pediátricos, pois adquirem caráter invasivo e agressivo. A pesquisa foi realizada em um hospital infantil, com 30 crianças, e utilizou-se a Escala de Stress Infantil (ESI), o desenho-história, entrevistas com as mães e a preparação propriamente dita. Realizaram-se três etapas distintas. Na primeira ocorreu a entrevista com a mãe, aplicação da ESI e realização de desenhos no dia anterior a cirurgia, antes da preparação e a preparação propriamente dita, dividida em dois grupos de preparação, um contendo informações verbais (G1) e outro com manuseio de um boneco (G2). Na segunda ocorreu a reaplicação da ESI, entrevista com a mãe e realização de outro desenho, depois da preparação, no dia da cirurgia. Na terceira etapa, foi realizada a última entrevista com a mãe. Os resultados mostraram que há significativa redução do nível de estresse nos grupos de preparação, do pré para o pós-teste. A preparação reduziu o estresse e comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, o que leva a concluir que a preparação, independente da forma como é feita é eficaz. Neste estudo, de acordo com a preparação e os demais dados coletados, entrevistas e desenhos ajudaram a concluir este fato. Quando comparados ambos os grupos, não há diferença quantitativa, mas segundo os resultados qualitativos, há diferença que indica que o G2 pode ser considerado mais eficaz nos desenhos e entrevistas. Há implicações práticas e limitações referentes à pesquisa e sugere-se a realização de trabalhos científicos que avaliem melhor os procedimentos.

Palavras-chave: preparação psicológica, estresse pré-cirúrgico, e cirurgia na infância.

ABSTRACT

Effects of psychological preparation in pre-surgical children to be subjected to elective surgeries

This study investigated the effects of psychological preparation in pre-surgical children to be subjected to elective surgeries, according to two programs of technical preparation. The surgical procedures, although intended to promote the restoration of the patient, produce high levels of stress in pediatric patients, because acquire invasive and aggressive character. A surgery may interfere with the psychological development of a child in final form. The study was conducted in a children's hospital, with 30 children, and used the Child Stress Scale (ESI), the technique of drawing-story, interviews with the mothers and preparing itself. There were three stages separate. At first there was the interview with the mother, the implementation of the ESI and execution of drawings the day before the surgery, before the preparation and preparing itself, divided into two groups of preparation, one containing verbal information (G1) and other with handling of a doll (G2). In second was the reapplication of ESI, interview with the mother and implementation of another design, after the preparation on the day of surgery. In the third stage was held the last interview with the mother. The results showed that there is significant reduction in the level of stress in groups of preparation, pre-and post-tests. The preparation reduced the stress and negative behaviors and inadequate post-surgical, which leads to the conclusion that the preparation, regardless of how it is done is effective. In this study, according to the preparation and other data collected, interviews and drawings help to completed this fact. When comparing both groups, there is no quantitative difference, but according to the qualitative results, there are difference that indicates that the G2 can be more effective in the drawings and interviews. There are practical implications and limitations relating to research and suggests itself to carrying out scientific studies to assess the best procedures.

Key words: psychological preparation, pre-surgical stress, and surgery in childhood.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como campo de investigação a área de Psicologia Hospitalar, e dentro desta, tem como temática principal, a hospitalização de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas, e como a preparação psicológica pré-cirúrgica pode ajudar estas crianças a enfrentarem melhor a situação da cirurgia.

O momento de hospitalização implica sempre em uma interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo. Toda uma cadeia de hábitos e condicionamentos sofre alterações em maior ou menor escala, sendo que todos os mecanismos de defesa do ego, habitualmente utilizados, recebem também a repercussão dessa mudança intelectual-afetivo-social (Leitão, 1993).

No momento da entrada no hospital, a criança e a família já sentem de início, um clima de apreensão, que muitas vezes marca um período de sofrimento e reflexões. Apenas o fato de estar internado implica numa ruptura do domínio sobre si mesmo, passando de uma situação de agente para paciente. Ao ser hospitalizado o paciente, deixa de ter o seu próprio nome para ter um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia. Alguns de seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença. Esta situação passa a ser determinante de muitas outras, consideradas invasivas e abusivas na medida em que a equipe não tem acesso aos desejos do paciente e podem, deste modo, não respeitá-los.

Sendo assim, a atuação de um psicólogo no serviço hospitalar possibilita a compreensão da dor em todas as suas faces. Para tanto, pode aliviar o sofrimento humano, entendendo o que cada demonstração física de dor quer mostrar, sensibilizando e fazendo com que os profissionais de saúde compreendam e tratem o sofrimento, a angústia e o medo de forma digna e humana (Angerami-Camon, Nicoletti & Chiattonne, 1996).

A internação para qualquer pessoa é um momento muito delicado devido às alterações provenientes da hospitalização. No entanto, para a criança, este período pode até mesmo

prejudicar o seu desenvolvimento, visto que a infância é uma fase de inquietude e descobertas, as quais são prejudicadas por um ambiente frio, estranho e limitador.

No que diz respeito a crianças, pode-se afirmar que a maioria delas fica mais chorosa e agarrada aos pais. Se a patologia da qual padece for tão grave a ponto de exigir uma hospitalização, seu quadro emocional tende a piorar, em função de encontrar-se afastada de sua casa, familiares, e principalmente, pelos procedimentos médicos e de enfermagem aos quais será submetida. Na maior parte do tempo de hospitalização, a criança ficará restringida ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas, e, para ela, más, por trazerem a dor e o sofrimento. A dor está representada por todas as agulhadas, cortes e outros procedimentos desagradáveis até mesmo para um adulto.

A literatura evidencia que é comum a ocorrência de mecanismos de regressão onde a criança retorna a uma fase anterior a sua idade. Como uma forma de defesa, pode ocorrer a recusa de alimentos sólidos, aceitando apenas papinhas e líquidos; uma diminuição do vocabulário; perda do controle de esfíncteres; além de ficar muito assustada (Sadala & Antônio, 1995).

A internação hospitalar pode causar danos irreparáveis nas crianças, visto que as situações que se-lhes apresentam são de difícil manejo, tornando-as ansiosas, irritáveis, com choro excessivo, mau humor, negativismo ou passividade. Hospitalizar uma criança também interfere na sua interação com a família, e essencialmente, na relação mãe-filho. Muitas vezes essa quebra provocada pela hospitalização é tão marcante que a criança magicamente nega sua realidade anterior e se rende, entregando-se a uma nova circunstância de vida: a hospitalização (Sikilero, 1997). Devido à desagregação familiar que ocorre no momento de hospitalização infantil, utilizar-se-á neste trabalho, a perspectiva ecológica, com o intuito de possibilitar que o hospital possa ser visto como um ambiente de desenvolvimento infantil, e de adaptações para uma boa relação entre criança, família e equipe hospitalar.

É notável a qualidade das reações dos pacientes frente à cirurgia. Conforme Sebastiani (1995), nessa situação, os mesmos tendem a mudar, a se refazer, a refinar seu autocontrole, e desta forma limitam suas percepções e sentimentos, negam o perigo, aceitam com estoicismo inevitável e até mesmo, apresentam aparência de satisfação. A considerável valia dessa mudança interna, embora não seja universal, é maior do que se pensa. Com ela, o paciente se entrega a um papel mais passivo, cooperativo e tratável, também se protegendo contra medo e sofrimento avassaladores.

Em se tratando de pacientes cirúrgicos, uma outra realidade é imposta. Há um grupo de fatores pessoais decorrentes da intervenção cirúrgica, que pode vir a gerar complicações na evolução do pré e pós-operatórios. Alguns pacientes cirúrgicos, na tentativa de controlar o medo, inibem a função mental, a ponto de caírem num estado letárgico ou apático. Talvez o paciente pareça cansado e lânguido, pois muitas vezes, ele não se move, fala, sorri ou mesmo se queixa (Sebastiani, 1995).

Apesar de trazer benefícios, a cirurgia pode causar reações agressivas nos pacientes, que se sentem incapacitados, foram cortados, sentem dor, enfim, percebem-se violentados. De acordo com Sebastiani (1995), o paciente mobiliza-se frente à cirurgia, defendendo-se ou esquivando-se da situação ameaçadora. Todos seus mecanismos de defesa voltam-se para o enfrentamento deste evento crítico. Superada a crise, o paciente pode desenvolver um estado depressivo reativo, que terá duração e intensidade determinadas pelo desgaste físico e emocional experimentado no pré-operatório.

Esses fatores são ainda mais significativos e complexos quando o paciente é uma criança. Elas temem a realidade concreta, na forma como a interpretam, como os instrumentos e aparelhos cirúrgicos e todos os procedimentos que possam gerar sofrimento e dúvidas e contribuam para aumentar a ansiedade. A intervenção psicológica neste momento torna-se muito promissora, uma vez que pode informar o paciente sobre sua doença e necessidade dos procedimentos a serem realizados, bem como permitir que o mesmo expresse seus sentimentos e insegurança, fantasias e medos, intervindo como um mediador entre paciente, família e equipe de saúde nesta situação (Crepaldi & Hackbarth, 2002).

A decisão de realizar uma pesquisa nesta área deve-se ao interesse da pesquisadora neste campo, por acreditar que enquanto membro de uma equipe de saúde pode auxiliar o paciente no seu processo de internação, tratamento e recuperação, minimizando o sofrimento provocado pela hospitalização, e contribuindo para o processo de recuperação.

O fato de trabalhar com crianças em situação pré e pós-cirúrgica, e observar o quanto estas temem os procedimentos que envolvem a realização da cirurgia, desencadeou a escolha da pesquisadora por trabalhar com tal área de investigação. As crianças quando preparadas e assistidas em sua ansiedade tendem a se sentir mais confortáveis e colaborativas no processo de recuperação. Quando entendem o que está acontecendo com seu corpo e como será o tratamento, as crianças se mostram mais tranquilas e confiantes, como também passam a apresentar efeitos positivos em relação ao stress e à ansiedade, que porventura, tendem a aumentar neste período.

Segundo Melamed e Siegel (1975) a literatura sobre hospitalização infantil sugere que há um consenso de que todas as crianças necessitam de algum tipo de preparação psicológica para a hospitalização, particularmente quando esta vem acompanhada de cirurgia. A necessidade de tal preparação pauta-se na crença de que a hospitalização e a cirurgia são estressantes e produzem experiências de ansiedade que podem desencadear distúrbios psicológicos na maioria das crianças num período transitório ou a longo prazo. A preparação psicológica das crianças, deste modo, poderia promover estratégias de enfrentamento a esta situação que lhes é imposta, por interpretá-la de forma mais adequada. Há várias técnicas de preparação psicológica pré-cirúrgica, as quais podem ser utilizadas em forma de programas que propiciem à criança, uma maior adaptação a este período que antecede a cirurgia.

A imaginação das crianças serve para agravar o estado de ansiedade, podendo levá-las a encarar a cirurgia como um ato de crueldade, e distorcer completamente o que supõe ser a mesma. A ansiedade que sofre a criança durante a hospitalização parece não ser prejudicial por si mesma, muito embora, possa acarretar conseqüências negativas. A maioria das crianças após receber alta apresenta problemas de comportamento, transtornos alimentares, de sono e de humor. Estas vivências podem repercutir negativamente na forma como a mesma viverá num futuro próximo, incluindo novas experiências médicas (Moix, 1996).

Em se tratando do período que antecede a anestesia, a ansiedade pode se manifestar de diversas formas. Algumas crianças verbalizam seus temores, enquanto outras demonstram a ansiedade através de alterações de comportamento. Muitas delas parecem assustadas, tornam-se agitadas, com respiração profunda, apresentam tremores, param de falar ou simplesmente choram. Podem ainda desenvolver inesperada incontinência urinária (Kain, Mayes & Wang, 1998).

As cirurgias consideradas no presente estudo são cirurgias eletivas, realizadas dentro do hospital, em que as crianças recebem alta no mesmo dia, caso não haja complicações. Como são cirurgias programadas, há um período de tempo para se realizar um preparo pré-operatório. Consideradas de pequeno porte, as quais não requerem muito tempo de internação, muitas das implicações referentes à hospitalização, também acometem tais crianças, não poupando das conseqüências, que porventura a hospitalização venha acarretar independente do tempo que permanecem no hospital.

Conforme Crepaldi e Hackbarth (2002) já nas décadas de 1960 e 1970 estudavam-se os benefícios da preparação de crianças para cirurgia e demais procedimentos invasivos, como também a importância da participação dos pais na hospitalização como fatores importantes no

combate ao estresse e conseqüências nocivas da internação, além de se traduzir em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento.

No que diz respeito a crianças, as implicações comportamentais e emocionais em decorrência do procedimento cirúrgico podem ser provenientes da falta de preparação. A falta de preparação pode ocorrer, seja pela ausência de um programa educacional pré-operatório, seja pela ausência de compreensão da equipe profissional de que a criança tenha capacidade para lidar com situações ansiogênicas e compreender a situação pela qual está passando.

Há pelo menos dois tipos de relevância a serem considerados numa pesquisa, a científica e a social (Luna, 2002). Acredita-se, a partir do exposto, que uma pesquisa deste âmbito, com o intuito de preparar crianças para uma intervenção cirúrgica é de suma relevância para a implantação de um programa de intervenção, que faça com que elas sintam-se mais encorajadas a enfrentar uma cirurgia, colaborando para um tratamento mais humanizado e para a promoção da saúde emocional das mesmas.

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Scielo, Lilács, Psycinfo e Medline, utilizando-se das palavras-chave: cirurgia pediátrica e Psicologia, procedimentos médicos e Psicologia, crianças e ansiedade pré-cirúrgica. A pesquisa abarcou os últimos cinco anos em prioridade, mas considerou autores, nacionais e internacionais, cujos trabalhos, embora mais antigos, trouxeram contribuições importantes para o tema.

Levando em consideração a escassez de trabalhos no Brasil sobre os efeitos de preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças, pesquisas neste campo são relevantes, considerando-se a incidência de cirurgias na infância, e as reações das crianças hospitalizadas frente às mesmas, promovendo assim, uma melhor compreensão sobre a cirurgia, respeitando e favorecendo a comunicação dos adultos com a criança doente. Além disso, tal pesquisa poderá propiciar o aperfeiçoamento técnico dos profissionais da área da saúde, para que possam auxiliar a criança no manejo da situação da cirurgia, contribuindo para o trabalho do psicólogo na área da saúde.

Visando ampliar a assistência à criança hospitalizada, este estudo pretende verificar se a preparação pré-cirúrgica se constitui num instrumento eficaz para o enfrentamento da cirurgia de forma menos aversiva, avaliando se tal preparação pode aliviar seu sofrimento, numa tentativa de perceber as instituições de saúde como ambiente para o desenvolvimento infantil.

Com base nesse contexto, tem-se como pergunta de pesquisa:

Quais os efeitos de dois programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress e na ansiedade de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar quais os efeitos de dois programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress e na ansiedade de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar o nível de stress e ansiedade de crianças que receberão preparação psicológica pré-cirúrgica, segundo dois programas distintos;
- Identificar os fatores que podem influenciar no stress e na ansiedade da situação pré-cirúrgica;
- Comparar dois programas de intervenção de preparação para a cirurgia.

HIPÓTESES

Hipótese geral

- Dois programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica produzirão efeitos positivos em relação à ansiedade e ao stress de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

Hipóteses específicas

- A preparação psicológica pré-cirúrgica promoverá estratégias de enfrentamento nas crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas;
- Haverá diferença nas crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas, quanto à ansiedade e ao stress, de acordo com o programa de preparação psicológica pré-cirúrgica ao qual serão submetidas.
- O programa de preparação psicológica pré-cirúrgica que propiciará à criança manuseio de materiais hospitalares trará maiores benefícios na ansiedade e no stress de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Hospitalização na infância

A infância caracteriza-se por ilimitada energia, pela curiosidade e inquietude, pela grande atividade corporal, intelectual e afetiva. Deste modo, a prática pediátrica, precisa se desenvolver a ponto de promover qualidade de saúde, não deixando com que a hospitalização e as necessidades médicas prejudiquem as necessidades emocionais, sociais, intelectuais e recreacionais, além da necessidade de atender os pais, prestando-lhes suporte no cuidado dos filhos (Ceccim, 1997).

É de fundamental importância que o hospital não deixe transparecer a idéia de "prisão" para a criança, pois mesmo se tratando de uma instituição infantil, a mesma ainda é projetada para adultos, e não apresenta semelhanças com o mundo da criança, com exceção de alguns desenhos nas paredes, o que dificulta que a criança realmente viva como tal.

A realidade hospitalar é vista como negativa e aversiva, posto que, sabe-se que por se estar internado, algo não está bem, sendo assim, conforme Leitão (1993) toda a hospitalização marca a história de vida da pessoa e é definida cronológica e emocionalmente, conforme seja o momento em que acontece. Assim, difere-se a situação de internação nas diferentes fases do ciclo vital, seja infância, adolescência, vida adulta e velhice. A internação é uma ruptura da história de vida do indivíduo, pois ele percebe que não é mais o mesmo. Há um sofrimento diante da imagem de si mesmo. Segundo Souza *et al.* (1988), ele é separado de sua família, de seu trabalho quando se trata de adultos e de seus referenciais identificatórios.

Em se tratando do paciente que está hospitalizado, sabe-se que este fica sujeito ao domínio de uma estrutura hospitalar e ao poder de profissionais que agem, muitas vezes, ferindo a autonomia e a tomada de decisões do próprio paciente. De acordo com Ortiz (1997), no hospital a criança passa a viver num mundo estranho, onde as pessoas passam apressadas, usam uma linguagem desconhecida, um local onde ela irá conhecer outras crianças também

enfermas, que a levarão a contestar precocemente valores como a vida e a morte. Ela viverá no hospital, momentos marcantes que poderão desencadear problemas físicos, emocionais e intelectuais.

A submissão a repetidos procedimentos dolorosos no hospital, é referida pelas crianças como um dos aspectos mais difíceis de sua internação ou enfermidade, e não raro, ocorrem respostas de estresse, como choro, grito ou tensão muscular. A internação é sentida de maneira invasiva pela criança, que se sente exposta não só pela doença, como também pelo profissional, que a apalpa, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas. Estes são fatores característicos da hospitalização, porém, Gratz e Piliavin (1984) assinalam que o significado da doença para a criança pode depender da idade, natureza da doença, habilidade da criança para compreender o fenômeno, experiência anterior e situação familiar. Assim, precisa-se considerar a relação da criança com o hospital, o tempo de permanência e as experiências que a criança vivencia durante a internação e o adoecimento.

Beier (1997) refere que a hospitalização de uma criança normalmente traz consigo um de seus pais, que deixa sua rotina diária, priorizando o filho doente. Deste modo, além dos sentimentos de insegurança, medo da morte e desconfiança, surgem problemas familiares: são os outros filhos que ficam sob o cuidado de terceiros, quando não ficam sós; é a empresa empregadora que não aceita o atestado do filho como justificativa para as faltas; é a falta de recursos financeiros para alimentação ou transporte, e o hospital impondo regras e rotinas que divergem do cotidiano familiar, empregando termos e procedimentos desconhecidos. A situação de adoecimento e hospitalização também é referida como momento de crise para as famílias, devido a uma desintegração temporária, e conseqüentemente, podem surgir ou agravar-se problemas conjugais e adoecimento orgânico e/ou psicológico de outros membros da família (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006).

Conforme Valle (1990) um aspecto a considerar é a situação de desagregação dos membros que geralmente ocorre na família durante o período de hospitalização da criança. Acontece uma modificação de costumes temporária, na qual geralmente cabe à mãe, ter de se dividir, para manter as duas dinâmicas vividas por ela entre o hospital e dar continuidade ao núcleo familiar, que acontece sem sua presença.

O estresse é indicado como um fator de interferência no desenvolvimento infantil em pesquisas com crianças hospitalizadas (Burbach & Peterson, 1986), pois, durante a hospitalização existe a possibilidade da ocorrência de estresse e esse fator pode mediar a relação entre desenvolvimento cognitivo e conceito de doença, impedindo o desenvolvimento

cognitivo normal da criança ou resultando em uma forma de regressão do desenvolvimento. A propósito, Perrin, Sayer e Willet (1991) ressaltam que em estudos com crianças hospitalizadas pode-se confundir efeitos da doença com o potencial impacto da hospitalização.

Todo o impacto que a hospitalização ocasiona nas crianças tende a alterar o comportamento, visto que o hospital apresenta-se como um ambiente pouco reforçador e com estímulos aversivos em demasia. Muitas das reações encontradas em crianças se davam há algum tempo atrás, pela hospitalização em si e pela interrupção da relação mãe-filho, a qual é necessária para o desenvolvimento neuropsicomotor normal (Altamirano & Jereissati, 2002).

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de julho de 1990, a implantação do Programa Mãe Participante em várias instituições trouxe para a literatura brasileira especializada, a importância da participação dos pais no cuidado de seus filhos durante o processo de hospitalização, apontando os benefícios e os obstáculos nas relações entre equipe multiprofissional, família e instituição (Imori & Rocha, 1997). Durante o processo de hospitalização da criança, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, atualmente, é legislada pelo ECA, no Capítulo I, Art. 12, que garante a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Nesse contexto, a permanência dos pais tem como significado a garantia de participação nos cuidados básicos da criança e sua operacionalização implica no desenvolvimento de ações pelos profissionais de saúde. Tais como orientação e apoio psicológico aos pais quanto aos aspectos específicos do tratamento, medicação e cuidados especiais com a criança, além de orientação quanto à participação nos cuidados básicos ao paciente (Sabatés & Borba, 2005).

A inserção da família no ambiente hospitalar trouxe novas demandas e a abordagem do cuidado antes centrada na doença, passou a ser centrada na criança e na família. Segundo Crepaldi (1998), a doença da criança torna-se então, a doença da família. Essa mudança contribuiu para que as enfermeiras percebessem que os pais têm suas próprias necessidades, que devem ser informados sobre seu filho, preparados para participar de seu cuidado durante a hospitalização e após a alta e atendidos em suas necessidades físicas e emocionais. Os pais estando amparados e informados poderão apoiar seus filhos não só com os cuidados necessários, bem como, com as informações a que as crianças têm o direito e devem receber. Bezerra e Fraga (1996) contemplam que a presença dos pais junto ao filho hospitalizado

representa benefícios tanto para a criança como para os pais. Sua presença constitui a forma mais eficaz para minimizar os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização.

De acordo com Chiattonne (1998), o trabalho realizado com crianças hospitalizadas deve ser de humanização do tratamento, reagindo contra o atendimento técnico e impessoal, indo ao encontro de um atendimento real, humano e pleno. Este trabalho deve ter por objetivo principal diminuir o sofrimento das crianças, fazendo com que a situação seja compreendida pelo paciente e seus familiares; sempre que possível evitar situações traumáticas, oferecendo condições para que o paciente e os familiares sejam ativos no processo; viver cada momento; aceitar e compreender o paciente; dar espaço ou oportunidades para a criança e a família exprimirem ou elaborarem seus sentimentos e acima de tudo considerar a criança. Assim, conforme T.C.P. Campos (1995) “o paciente sentindo-se compreendido, percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico, como nas implicações emocionais e conscientizando-se do que é real e das fantasias” (p.79).

Conforme Crepaldi (1999, p. 42) “... a doença afeta a criança, interferindo na sua vida de maneira geral, prejudicando seu desenvolvimento, o processo de escolarização, sua relação com os amigos e parentes, sua inserção social”. Neste período, Romano (1994) afirma que as fontes de ansiedade são basicamente três: a separação da casa, da família, de seu ambiente e de suas coisas; o medo com relação à vida em si; e o ser forçado a assumir um papel de doente. A criança fisicamente doente está afetada em sua integridade, uma vez que a doença agride o organismo como um todo, e compromete seu desenvolvimento emocional.

As bases da assistência à criança hospitalizada têm-se modificado nas últimas décadas, em decorrência dos resultados de pesquisas na área das ciências médicas, humanas e sociais. Conforme Altamirano e Jereissati (2002) por meio dessas contribuições desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir à criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica. Estas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre a criança, o papel da família e da comunidade, os tipos de problema a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (B.R.G. Oliveira, 1999).

Quando a criança fica doente, o estresse envolve a todos da família, a qual passa por um período de medo, insegurança e sensação de que perderá o controle sobre os cuidados e a educação da criança doente (Zamo, 1997). Deste modo, percebe-se a real necessidade de um profissional que esteja apto a lidar com tais situações, trabalhando com o paciente, familiares

e equipe de saúde, abarcando assim toda a gama de pessoas que circundam a criança em seu processo de internação.

Tendo em vista que devido a internações e atendimentos médicos consecutivos, muitas vezes o lar passa a não ser o único contexto de desenvolvimento da criança, utilizar-se-á a perspectiva ecológica numa tentativa de melhor perceber as instituições de saúde como um ambiente para o desenvolvimento infantil.

3.1.1 Perspectiva ecológica e hospitalização infantil

Não há como negar os efeitos que os diversos ambientes têm sobre o desenvolvimento da criança. Ao nascer, o ambiente da criança é muito restrito e se limita apenas a sua casa. O tipo de relação estabelecida com este meio é limitado e dependente de alguma pessoa que possa mediar esta relação. Gradualmente, a criança começa a estabelecer relações com outros ambientes, ampliando o seu contato com as pessoas. Portanto, o ambiente de casa muda em função das novas exigências requeridas pela criança e, ao mesmo tempo, novos ambientes passam a surgir como possíveis propiciadores de seu desenvolvimento, como a escola, o parque ou a vizinhança (Silva & Dessen, 2005).

Kazac, Segal-Andrews e Johnson (1995) referem-se à instituição hospitalar também como um contexto de promoção de saúde para a criança e sua família. Para tanto, é necessário que sejam reconhecidas as influências da família, da sociedade, e do sistema médico no processo de adoecimento da criança. O hospital deve ser incluído como parte integrante do contexto social da criança doente, pois este influencia a trajetória de desenvolvimento em suas relações psico-sociais com o meio.

É na perspectiva do modelo ecológico que se pretende demonstrar a importância, para a criança hospitalizada, das inter-relações que estabelece no microsistema hospitalar, onde espera ver sanado seu problema de saúde e promover seu desenvolvimento.

A ecologia do desenvolvimento refere-se ao estudo científico e sistemático das condições e processos que produzem continuidade e mudanças ao longo do tempo para as características biopsicológicas dos seres humanos. Essas transformações ocorrem ao longo da vida e de sucessivas gerações, através do tempo histórico retrospectivamente, e em termos de suas implicações para o curso do desenvolvimento humano no futuro prospectivamente (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

A importância dos fatores biológicos ocorre porque o indivíduo, mesmo se desenvolvendo em interação com o ambiente, não é visto como *tábula rasa*, já que carrega consigo características físicas e propensões genéticas. Este fato pode traduzir o potencial genético dos seres humanos nas condições do processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner & Evans, 2000). O modelo PPCT (processo, pessoa, contexto e tempo) refere-se a quatro núcleos dinâmicos e interdependentes, através dos quais o desenvolvimento humano é concebido (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner & Evans, 2000).

O processo refere-se às interações recíprocas envolvendo os organismos, os objetos, símbolos e meio externo, e ocorre em um determinado período de tempo, contínua e de forma duradoura. Os processos significam a transferência de energia em qualquer direção e podem ter como produto a competência ou disfunção. As competências compreendem a aquisição de habilidades e conhecimento para direcionar o próprio comportamento nas situações de qualquer domínio como: intelectual, físico, motivacional, artístico e emocional ou suas combinações. Por outro lado, a disfunção significa a recorrente manifestação de dificuldades de integração de comportamentos através das relações (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Aos processos que ocorrem no meio imediato à pessoa, denominam-se processos proximais. Esses podem ocorrer através de atividades individuais das pessoas, ou num sistema de díades, tríades, etc. As díades são, portanto, sistemas de desenvolvimento recíproco, pois quando um dos membros se desenvolve o outro também se desenvolverá. Segundo Bronfenbrenner e Ceci (1994), há uma relação entre a intensidade dos processos proximais e sua possibilidade de atuação no desenvolvimento. Assim, quanto maior a amplitude desses processos melhor será a aquisição de conhecimentos e habilidades, a modificação do seu ambiente físico, social e simbólico, e a estabilidade e permanência de relações mutuamente benéficas e gratificantes.

O ambiente ecológico é visto como várias estruturas encaixadas, as quais não são lineares e são conhecidas como *sistemas* variando conforme a especificidade da interação com a pessoa. Logo, os sistemas não se restringem apenas às suas relações mais próximas, mas abrangem a sua rede social mais ampla e até mesmo a cultura na qual esta pessoa encontra-se inserida. Há uma interconexão não restrita apenas ao ambiente próximo, e sim entre os vários ambientes que fazem parte da realidade dos sujeitos.

Os ambientes são denominados de acordo com sua proximidade em relação ao sujeito. As relações mais imediatas à pessoa, ou seja, o seu contexto mais íntimo é conhecido como *microsistema*, o qual é entendido como o ambiente imediato, isto é, o local onde as pessoas

interagem face a face, como por exemplo, a família em geral, escola ou creche (Andreani, 2006).

O *mesossistema* é composto pelas interconexões entre os sistemas dos quais a pessoa participa como, por exemplo, a relação entre a escola e a casa da criança. Refere-se a um sistema de dois ou mais microssistemas, e desse modo é ampliado com a inserção da pessoa em um novo ambiente (Andreani, 2006).

Em terceiro lugar está o *exossistema*, que corresponde aos ambientes em que não necessariamente a pessoa está presente, mas que acabam influenciando indiretamente sua vida como, por exemplo, o trabalho dos pais, o qual interfere na vida da criança.

Por fim, permeando todos os sistemas já citados está o *macrossistema*. Este, diz respeito à ideologia e organizações comuns a uma cultura ou subcultura, capacitando os sujeitos a terem peculiaridades dependendo da região ou país onde estão inseridos.

A noção de tempo é considerada como o quinto subsistema, o qual é denominado de *cronossistema*. Este não indica o sentido tradicional de idade cronológica, mas como o curso da vida que perpassa o tempo histórico. De tal modo, as pessoas se modificam com o passar do tempo ao mesmo tempo em que o meio no qual estão inseridas também é modificado.

Conforme Gabarra (2005) os sistemas ecológicos se modificam no decorrer da vida, não são fixos. Os aspectos do ambiente relacionam-se com o significado que a pessoa atribui a eles em determinadas situações. Desta forma, aspectos do mesossistema podem se tornar micro e assim por diante.

Tendo por base a teoria ecológica do desenvolvimento humano, Novaes e Portugal (2004), afirmam que o ato de adoecer de uma criança é entendido como um processo social, visto que apresentando mudanças físicas e emocionais, a criança é aceita como doente, tanto na família como no grupo de amigos e colegas da escola. Segundo as autoras, a criança é ela mesma e suas circunstâncias, tanto no núcleo familiar, na comunidade, na creche, na escola, e no momento da doença, no hospital. Neste, além do pediatra, outros profissionais e técnicos estabelecerão interações com ela, influenciando positiva e negativamente seu papel de doente, seu período de internação, seu desenvolvimento e sua recuperação.

Enquanto a criança estiver nesse contexto social, sofrerá influências qualitativamente distintas do ambiente, das pessoas que a ele pertencem, e simultaneamente também os influenciará. A criança, nesse jogo ativo entre os diversos sistemas, em interação, continuará seu crescimento e seu desenvolvimento com o potencial genético específico disponível, dentro de um ambiente novo, pela primeira vez experimentado.

Sob esta perspectiva, a criança, ao adoecer, realiza uma transição ecológica. Esta é descrita por Bronfenbrenner (1986), como as mudanças de papel ou ambiente que ocorrem durante toda a vida das pessoas, como por exemplo, uma mudança de emprego, a adolescência e, no trabalho em questão, a hospitalização, que faz com que o paciente passe de um papel de agente para paciente. Nesta mudança de papéis, modifica sua posição em relação aos seus contextos, suas inter-relações e também aos outros que com ela interagirão. Ou seja, de uma condição de sadia, em casa, em família, passa a uma situação de doente. É levada por um familiar para o hospital, com um ou outro membro dessa estrutura como acompanhante, e, portanto, não mais em família, mas junto a uma equipe de saúde.

“Ocorre uma transição do microsistema família para o exossistema hospital, que existirá no mesossistema” (Novaes & Portugal, 2004, p.224). Desta forma, se antes de adoecer o hospital e a rede de saúde pertenciam ao exo ou mesossistema, este pode passar a ser seu microsistema. E toda configuração do microsistema anterior sofre alterações a partir desta nova realidade de adoecimento e tratamento da criança.

Neste modelo, o novo ambiente ecológico permite uma melhor compreensão e percepção das influências mútuas que existem entre os microsistemas criança – família – equipe de saúde. Além disso, Kazac, Segal-Andrews & Johnson (1995) apontam que crianças dentro do contexto familiar, têm suas regras, princípios e sistema de crenças sobre saúde, desenvolvimento e doença. Portanto, os significados e respostas das crianças são amplamente afetados pelo sistema familiar no qual a criança vive e está inserida.

Em se tratando de hospitalização infantil, pode-se inferir que esta por si só, já acarreta grande ansiedade e angústia tanto na criança como nos adultos que lhe assistem, ou seja, este momento interfere na estrutura do sistema familiar, ao qual a criança pertence. Quando a hospitalização é mais específica a ponto de exigir uma cirurgia, a situação se amplia, a angústia aumenta, os cuidados requeridos se intensificam, merecendo mais atenção frente ao período de reflexões e dúvidas que se instala.

3.1.2 Cirurgia na infância

No início do século XIX, com um novo conceito de que as crianças deveriam ter um atendimento diferenciado, separado dos adultos, foi fundado em Paris, em 1802, “L’Hospital des Enfants Malades”, considerado o 1º Hospital Infantil, seguido depois por outros países, como Inglaterra em 1851 e, nos EUA e Canadá em 1855. Criou-se assim o esboço da

pediatria como especialidade. As crianças ali internadas tiveram suas afecções cirúrgicas (predominantemente ortopédicas) tratadas por um ou mais cirurgiões, que passaram a acumular experiência em ortopedia e cirurgia infantil, e seus resultados foram superiores aos obtidos por outros colegas, porém publicados bem mais tarde, entre 1901 e 1928. Em 1909, Fredet e Ramsstedt realizaram uma piloromiotomia para correção da estenose hipertrófica do piloro e, em 1911, Pouliquen utiliza o enema para tratar uma invaginação ileocólica (Fonkalsrud, 2001).

Pinus (2004) afirma que a “Moderna Cirurgia Pediátrica” iniciou-se a partir de 1920, com W. Ladd em Boston, D. Brown, em Londres e L’Ombredane, em Paris. Surgem então, numerosas publicações e fatos marcantes: em 1928, Lancelot, Barrington e Ward enunciaram a frase que se tornou célebre e tantas vezes repetida, “O adulto pode seguramente ser tratado como uma criança, mas na conversa pode levar a um desastre”¹. Em 1941, Ladd e Gross publicaram o livro “Abdominal Surgery of Infancy and Childhood”, a partir do qual expressões até então usadas para justificar as mortes dos recém-nascidos, como “era muito pequeno para viver” ou “foi um ato divino”, não tinham mais razão de ser. Em 1953, R. Gross publicou o livro “The Surgery of Infancy and Childhood”, que se constituiu em um clássico da cirurgia pediátrica.

De acordo com o autor acima citado, a partir daí seguiram-se numerosas outras publicações, em revistas médicas e tratados de Cirurgia Pediátrica, contendo os resultados das experiências acumuladas das afecções cirúrgicas pediátricas. O aprimoramento das técnicas e táticas empregadas e a integração de novos conceitos desenvolvidos em pesquisas originais por cirurgiões pediatras, e negligenciados até então pelo cirurgião de adultos, foram por eles utilizadas mais tarde, principalmente nas décadas de 70 e 80.

Os procedimentos cirúrgicos, embora existam com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo. Conforme Sebastiani (1995), o paciente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos psicológicos importantes, principalmente com relação ao medo. Tem medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado, medo de mostrar o medo, e muitos outros temores. Sobretudo, tem medo de morrer. Segundo Pinotti e Priori (1975), o paciente é afetado de várias maneiras, porém, embora sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente imaginário.

¹ “The adult may be safely treated as a child but the converse can lead to a disaster”.

Os mesmos autores mostram, partindo deste fato, o tipo de enfrentamento que os pacientes exercem sobre o seu medo faz muita diferença em relação ao seu bem estar. Alguns o têm firme, relativamente inquebrável e muito útil. Outros o têm tão frágil que precisam de reforço, em geral, com drogas ou acompanhamento psicológico. Ainda há aqueles que dispõem de métodos especiais para controlar a ansiedade, como é o caso daqueles que para disfarçá-la, desviam-na da parte do corpo cirurgicamente afetada, tornando-se preocupados com outras partes do corpo, criando até mesmo outros problemas em outras regiões orgânicas, saudáveis e menos importantes.

Em se tratando de reação de perda, tem-se claramente que não ocorre apenas em pacientes submetidos a cirurgias mutilatórias, como em cirurgias onde nada é retirado. Mesmo assim, os pacientes reagem desfavoravelmente. Perde-se a integridade do corpo. A pele é cortada e nunca mais é a mesma. Pode parecer estranha esta reação, mas realmente acontece. É o universo de símbolos, valores e vivências pessoais que vai influenciar a interpretação do paciente em relação à perda. Qualquer tipo de intervenção “sempre será seguida por reações pessoais de perda (...). O que se perde em qualquer cirurgia é a integridade do corpo” (Sebastiani, 1984, p. 48).

Assim, a expressão da ansiedade no período pré-operatório, quer exprimindo-se em nível mental, somático ou misto, estará sempre na dependência de variáveis ligadas à estrutura psíquica de cada indivíduo, elementos de natureza cultural, relações familiares, perspectiva de mutilação, e cada variável destas adquire um significado diferente para cada paciente, sendo ele, homem ou mulher, criança ou adulto (Souza *et al.*, 1988).

A hospitalização em si já é vista pela criança como ameaçadora e causadora de ansiedade, e desta forma, tem um impacto sobre o comportamento da mesma, levando à manifestação de reações adversas como o estresse, ansiedade e medo (Crepaldi, 1999; Costa Jr, 1999; Guimarães, 1999; Miyazaki, Amaral & Salomão, 1999; Salmon, 2006).

Tais reações podem ser atribuídas a fatores relacionados à ausência de atividades cotidianas e escolares; ao trauma da doença, ao ambiente desconhecido, à distância de seu ambiente familiar e de seus pares, à incerteza de como se comportar adequadamente; à perda de controle e de autonomia; à ausência de rotina e aos procedimentos médicos e cirúrgicos (Lipp, 2000).

A cirurgia e a anestesia são situações impostas pela vida, que exigem da criança e da família um enfrentamento. É possível que a antecipação destes eventos desencadeiem sentimentos e avaliação cognitiva que, influenciados pelas diferenças individuais, resultarão

em comportamentos peculiares de ajustes cuja finalidade é enfrentar o stress e a ansiedade provocados por este evento. (Peniche & Chaves, 2000).

Autores como Angerami-Camon (1995) e Trinca (2003) afirmam que atualmente já não se colocam dúvidas sobre o impacto que a situação de hospitalização pode provocar no ser humano, notadamente na criança. “O ingresso ao hospital para intervenção cirúrgica pode constituir uma experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes. O ambiente hospitalar, a separação dos pais, a dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e indução forçada de anestesia são fatores contribuintes” (Mondolfi & Salmen, 1993, p.55). Esses autores avaliam que as crianças, conforme a idade, reagem à separação dos pais, à hospitalização e à cirurgia, expressando diferentes conteúdos emocionais. Sugerem que se faça uma preparação das crianças para que possam conhecer os procedimentos médicos empregados. Recomendam o emprego de jogos, visitas à área de hospitalização e da cirurgia. As informações às crianças sobre o que irá acontecer devem ser dadas em linguagem simples.

Sebastiani (1984) elenca ser o período pré-operatório constituído por uma longa espera permeada de pré-exames, jejum e expectativa muito grande em relação ao que irá ocorrer durante e após a cirurgia. O pré-operatório costuma desencadear muita ansiedade, quer pelo sofrimento do próprio paciente, quando este já estiver acometido pela doença ou pelo contato direto com outras pessoas que se encontram no mesmo ambiente de espera, sem contar com a inatividade peculiar à situação, exames complementares, separação do paciente de sua família e ambiente, além de outras preocupações que eventualmente a pessoa apresenta.

Trinca (2003) aponta que o desgaste emocional provocado pela cirurgia no paciente, especialmente quando se trata de crianças, levou pesquisadores a procurar desenvolver formas de lidar com o problema. São freqüentes os apelos à interdisciplinaridade e a um esforço conjunto para suprir o desconhecimento que ainda hoje recobre o assunto.

O comportamento da criança submetida à cirurgia estará sempre associado às suas características emocionais diante dos fatos vividos até então, ou melhor, ao mecanismo de enfrentamento que utiliza nos casos de estar frente a um perigo eminente. Neste sentido, a equipe médica, ainda não está voltada ou preparada para dar suporte ou intervir, sendo que a sua avaliação sobre a condição da criança ainda está baseada no senso comum. A conduta da equipe, objetivando a diminuição da ansiedade da criança, está relacionada com uma avaliação comportamental e emocional adequada e esta, por sua vez, está ligada intimamente à compreensão da subjetividade humana (Peniche & Chaves, 2000).

Em se tratando de população pediátrica, Fukuchi et al. (2005) afirmam ser a adenoidectomia (AD) e a amigdalectomia (A) os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal nas crianças. A maioria delas terá sua primeira intervenção cirúrgica dentro desta área. Por ser um evento estranho para a criança, a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico pode aumentar, porém, como são cirurgias eletivas, ou seja, programadas, há um período de tempo para se realizar um preparo pré-cirúrgico.

Em se tratando de cirurgias eletivas, estas são consideradas simples, porém, ao se indicá-las deve-se preparar o paciente tanto no aspecto físico como no psicológico. Neste tipo de cirurgia, a internação tem duração de um a dois dias quando não ocorrem complicações. Na maioria dos casos, a criança interna e recebe alta no mesmo dia. Amitay et al. (2006) menciona que embora sejam cirurgias planejadas, a criança pode experimentar uma ameaça a sua integridade física e até mesmo ocorre o medo da morte durante a cirurgia. Os autores afirmam que a maioria dos estudos abordando os resultados de cirurgias eletivas têm o foco na questão da ansiedade prévia, e nem tanto, em sintomas depressivos pós-traumáticos. Segundo os autores a retirada da hérnia e da adenóide é freqüente em crianças e a ansiedade tem sido referida como a resposta emocional mais comum, tendo prevalência de 60% dos casos. Fukuchi *et al.* (2005) ressalta que com um programa pré-operatório adequado, estar-se-á diminuindo o nível de ansiedade, a resposta ao estresse cirúrgico e possíveis seqüelas pós-operatórias.

Em caso de cirurgia, todos os fatores elencados anteriormente podem abalar o quadro emocional da criança, a qual se vê exposta a uma situação com a qual não sabe como lidar, fato este que gera grande ansiedade e estresse no período que antecede a cirurgia.

3.2 Ansiedade, estresse e estados emocionais

A cirurgia é um fator desencadeante de crise. Quando surge o fator desencadeante, neste caso, a perspectiva cirúrgica, a mesma se vê lançada em direção a fatos que fogem a seu controle e sua compreensão. Para a criança a ansiedade não é previsível, pois ela se vê assaltada por elementos desconhecidos, estranhos e assustadores (Trinca, 2003).

A criança tem menor condição de compreender, a princípio, que um procedimento cirúrgico irá beneficiá-la. A informação que a mesma recebe pode vir com carga emocional

negativa, visto que sua pele será cortada e não será mais a mesma. Os estados emocionais eliciados por tal evento vêm a mobilizar a criança.

A neurociência, buscando formular uma teoria da emoção capaz de explicar a relação entre estados cognitivos e fisiológicos, relaciona o sentimento à sensação consciente de um estado corporal, a emoção. A especificação de tais termos justifica-se até mesmo porque circuitos neuronais diferentes estão relacionados a cada um deles (Darwich & Galvão, 2001).

Conforme os autores acima citados, sentimento consciente é mediado pelo córtex cerebral, em parte pelo córtex cingulado e pelos lobos frontais. Assim, estados emocionais são mediados por uma família de respostas periféricas, autonômicas, endócrinas e respostas motoras. Estas respostas envolvem estruturas subcorticais: a amígdala, o hipotálamo e o tronco cerebral. Para compreender uma emoção como o medo, portanto, precisa-se compreender a relação entre o cognitivo representado no córtex e os sinais fisiológicos associados que são orquestrados em estruturas subcorticais.

Em pesquisa realizada por I.C.M. Campos (2006), a autora mostra que o componente psicológico manifestado em patologias relacionadas ao sistema osteomuscular e aparelho circulatório, possuem relação com dimensões do inconsciente, como as emoções, a ansiedade, o medo, a angústia e a queda das defesas do organismo. Conforme Barreto (2005, apud I.C.M. Campos, 2006) as emoções exercem influência sobre o corpo, provocando doenças que afligem o ser humano. Por sua vez, Cairo (1999) afirma que qualquer distúrbio orgânico tem estreita ligação com estados emocionais ou comportamentais, conscientes ou inconscientes, recentes ou não.

No caso da presente pesquisa, hipotetiza-se que a situação pré-cirúrgica, por ser estranha e na maioria das vezes, desconhecida, e muitas vezes trazer dor e sofrimento, elicia a alteração dos estados emocionais das crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos, elevando assim, seus níveis de stress e ansiedade.

Harris (1996) faz uma distinção entre o controle externo da emoção, que inclui comportamentos, gestos, expressões faciais, e o controle da emoção em si. Em estudo que realizou com colegas (Harris, Olthof & Terwogt, 1981) investigou se as crianças captam a distinção entre a expressão externa da emoção e a mudança da emoção em si, e se reconhecem que existem estratégias que podem ser utilizadas para mudar estas emoções. Verificou-se que crianças mais velhas (a partir dos 6 anos) começam a explicar cognitivamente as estratégias, ou sugerem estratégias tipicamente cognitivas, relacionadas à mudança no pensamento para

que haja uma mudança da emoção. Mesmo quando se referem às mudanças de situação, esta é explicada como sendo eficaz para distrair.

Conforme Oliveira, Dias e Roazzi (2003) ao se deparar com a situação de hospitalização, a criança se assusta frente à instituição hospitalar, paredes lisas, pessoas enfermas deitadas em seus leitos e outras desconhecidas que circulam de um lado para o outro, impondo cumprimento de regras e bom comportamento, a manipulação do corpo de forma invasiva e dolorosa e a perda de autonomia. Este ambiente é em geral aterrorizante, pois não há nada nele que a criança possa identificar com suas experiências anteriores, e somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação a tornam ainda mais agravante. A equipe hospitalar, por sua vez, preocupa-se muito mais com a restauração do órgão debilitado, que com a saúde da criança, não levando em conta o seu desenvolvimento cognitivo e emocional para compreendê-la e auxiliá-la no enfrentamento da situação.

Chiattonne (1988) aponta para vários distúrbios conseqüentes da hospitalização, que muitas vezes estão associados à impossibilidade da criança em lidar adequadamente com os acontecimentos. Entre estes distúrbios, pode-se salientar culpa e depressão, angústia, personalidade instável, falta de iniciativa, diminuição da vocalização, atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional, agressividade e manifestações psicossomáticas. Muitos autores, dentre eles Chiattonne (1988), Mello Filho (1992) e T.C.P. Campos (1995) chamam a atenção para os aspectos psicológicos que podem influenciar na evolução do quadro clínico do paciente, agravando-o pelo aumento do nível de stress. Os autores em geral (Duff, 2003; Blount *et al.*, 2006; Salmon, 2006; Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008) referem-se ao termo *distress*, que segundo Duff (2003) é uma combinação de medo, ansiedade e dor, mas segundo a autora o medo deve ser distinguido da fobia, pois o medo é considerado uma resposta normal a um estímulo dado que envolve três tipos de resposta: fisiológica, sentimentos encobertos, pensamentos e reações comportamentais, enquanto que a fobia é uma resposta irracional a um estímulo que não oferece risco eminente, resultando num excesso dos três aspectos mencionados.

Hackbarth (2000) realizou um estudo com crianças em situação pré-cirúrgica, utilizando-se de desenhos, e mostrou que os sentimentos que as crianças experimentaram com mais frequência, foram, em geral, negativos. O sentimento de medo manifestou-se em quase todos os desenhos. Culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe também apareceram com bastante frequência. Normalmente as crianças perceberam a cirurgia como um evento

agressivo, e perceberam o contexto que antecede a cirurgia como permeado por tristeza, e por uma espera ansiosa, devido às dúvidas, exames e demais procedimentos preparatórios.

Ansiedade e estresse são freqüentes em casos de situação pré-cirúrgica, e a alteração dos mesmos é muito comum. Desta forma, segue-se uma explanação sobre ambos, tão presentes e causadores de sofrimento, de acordo com a perspectiva de alguns autores.

A ansiedade é definida como um conjunto de manifestações comportamentais que pode apresentar-se como estado ou traço de ansiedade. O primeiro é tido como condição emocional temporária que varia em intensidade e flutua com o tempo enquanto que o traço de ansiedade é uma característica da personalidade que permanece relativamente estável durante o tempo (Caumo, Broenstrub & Fialho, 2000).

Também no que se refere à ansiedade como estado ou traço, Cruz, Zangrossi e Graeff (1998), definem ansiedade-estado como aquela observada em determinado momento na vida do indivíduo. Geralmente associa-se com algum evento estressógeno, sendo elevada ou atenuada devido à apresentação ou à retirada, respectivamente, deste evento. Ansiedade-traço é uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade diante de situações ambientais. Influências genéticas, bem como experiências anteriores do indivíduo, determinam essa predisposição.

Ainda de acordo com os mesmos autores, medir ou avaliar a ansiedade não é tarefa fácil, pois os limites entre a ansiedade normal e patológica não são claramente identificados. Embora certo grau de ansiedade motive um melhor desempenho em diversas tarefas, uma distinção que assuma um caráter clínico importante, dá-se quando essa se apresenta com intensidade e/ou duração excessivas, ou ainda, quando irracional e dissociado de situações normalmente ansiogênicas.

A ansiedade é o sinal de perigo da mente, um sinal que se manifesta em presença de um problema. Como sinal, a ansiedade é análoga à dor, e tão importante quanto esta. O homem não pode viver normalmente sem sentir ansiedade. Este sentido da ansiedade, em geral captado apenas como uma sensação, manifesta-se, deixando-nos inquietos, preocupados, assustados ou de algum modo, ameaçados (Sebastiani, 1995, p.52).

A imaginação pode produzir qualquer tipo de preocupação relativa ao desconhecido, e por certo, aquilo que está por vir encontra-se na área do desconhecido. Deveria ser claro que a maioria das ansiedades que envolvem a vida do ser humano se baseia nas incertezas. Assim, os problemas que tomam maior parte de nosso tempo devem-se basicamente ao fato de que o

grande fator é o desconhecido e que a maioria das ansiedades se baseia numa incerteza (Cecil & Poole, 1983).

Diante disso, a cirurgia é uma desconhecida na vida da maioria das crianças, fato este que pode trazer certo nível de ansiedade àquelas que tenham que se submeter a uma cirurgia. Sendo assim, é aceitável que frente a tantas dúvidas, e poucas certezas, surjam muitas fantasias. Moix (1996) afirma que a imaginação das crianças serve para agravar o estado de ansiedade, levando-as a distorcer o que supõem ser a mesma. A ansiedade que sofre a criança durante a hospitalização pode acarretar conseqüências negativas. A maioria das crianças após receber alta apresenta problemas de comportamento, transtornos alimentares, de sono e de humor.

Ansiedade, no Dicionário Aurélio, segundo M.T.A. Silva (1997), é ânsia, e ânsia é aflição, angústia, perturbação de espírito, causada pela incerteza ou pelo receio. Há alguns elementos que o uso vulgar reconhece: o frio na barriga, o coração apertado, o nó na garganta, a mão suada e a paralisia geral.

Deste modo, conforme Sebastiani (1995), muitos pacientes tentam com algum êxito transferir a ansiedade da enfermidade para outro problema menos importante ou para outro, sobre o qual se possa fazer alguma coisa. A distorção, a negação e o deslocamento de sintomas físicos podem fazer alguém se sentir melhor.

A ansiedade é histórica de acordo com Sebastiani (1995). Todas as experiências passadas com doenças ou outros perigos, similares ou não, tendem a acumular-se no atual. É deste modo que cada pessoa gradualmente constrói sua maneira característica de reagir à enfermidade e à ansiedade que ela provoca. O fato de que a ansiedade tenha raízes históricas possibilita explicar um pânico inexplicável do paciente em resposta a uma enfermidade ou procedimento médico menor, o problema atual e sem importância assumiu o lugar de uma experiência terrível de uma época anterior, até então esquecida. Em virtude da ligação da ansiedade com o passado, é útil pensar que a reação atual do paciente está sendo influenciada por algo acontecido anteriormente.

De acordo com o mesmo autor, a ansiedade é profundamente rica em máscaras. Um de seus disfarces é uma simples troca de nomes, como por exemplo, “sinto-me nervoso, tenso, fraco, assustado, apreensivo, instável, deprimido, aborrecido, inquieto, preocupado, ou então, fico acordado de noite, não consigo comer, dormir, ou tomar uma decisão”. O paciente em geral, usa centenas de palavras no lugar de ansiedade, sendo que a mesma inclui todas.

A ansiedade também pode se esconder atrás de outras emoções, como a irritação, a agressividade, que atuam como reação a uma situação subjacente produtora de ansiedade. Pessoas frias, paralisadas e mudas também podem estar respondendo a situações ansiogênicas. Uma outra forma de analisarmos a ansiedade é associá-la a estímulos aversivos.

Skinner aborda a questão procurando o que é comum às várias definições psicológicas para esse verbal ansiedade, concluindo que a ansiedade é o nome usualmente dado à condição resultante da presença de um estímulo aversivo, com um intervalo de tempo suficiente para que se observem mudanças comportamentais: fortes respostas emocionais, elas próprias aversivas, respostas do sistema nervoso autônomo, comportamento de esquiva, interferência com o comportamento operante (M.T.A. Silva, 1997, p.92).

Skinner (1994) afirma que quase todos os estímulos aversivos fortes são precedidos por estímulos característicos que podem vir a gerar ansiedade. Contingências como essa, são dispostas no controle prático do comportamento muitas vezes em conexão com punição. Embora, exista a evitação, o padrão emocional da ansiedade parece não ser de grande utilidade. Interfere no comportamento normal do sujeito e pode mesmo desorganizar o comportamento de evitação, o qual poderia ser útil para se lidar com dadas situações.

“Desde que o condicionamento pode acontecer como resultado de um emparelhamento de estímulos, um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais” (Skinner, 1994. p.177).

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a sensação de ansiedade é uma vivência comum de qualquer ser humano. A sensação se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, freqüentemente acompanhado por cefaléia, palpitação, aperto no peito e desconforto abdominal. A ansiedade também é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de decisões para enfrentar a ameaça. Difere do medo, por este ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou de origem não-conflituosa. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Os três principais neurotransmissores associados à ansiedade com base em estudos de animais e respostas a tratamentos medicamentosos são: noradrenalina, serotonina e GABA.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, o DSM-IV, é vasta a classificação dos transtornos de ansiedade. A experiência de passar por uma cirurgia pode se encaixar no Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica

Geral, posto que o mesmo caracteriza-se por sintomas provenientes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica, que pode ser uma doença, uma condição respiratória, uma cirurgia, uma condição cardiovascular, etc.

Moro e Modolo (2004) afirmam que 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 são fontes de ansiedade nas crianças.

Em relação ao estresse, o termo em si, pode significar várias coisas para diferentes pessoas. Pode ser definido como tensão, pressão, cansaço, irritação, desgaste físico, entre outros. De acordo com Lipp e Malagris (1998), estresse é definido como “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (p.279). A resposta do estresse deve ser entendida como sendo um processo e não uma reação estanque e independente, pois no momento em que ela se inicia um longo processo bioquímico se instala.

Ainda segundo os autores acima citados, qualquer situação geradora de um estado emocional forte que ocasione uma quebra de homeostase interna e exija alguma adaptação pode ser chamada de estressor. Algumas situações e eventos são intrinsecamente estressantes, como o frio, a fome e a dor. Estes estressores, chamados de biogênicos, não dependem tanto de interpretação e atuam no desenvolvimento do estresse automaticamente. Outros, chamados de estressores psicossociais, adquirem sua capacidade de estressar uma pessoa devido a sua história de vida.

No caso de uma cirurgia, esta se enquadra num estressor psicossocial, visto que a interpretação que cada um dará a ela, sua necessidade e importância estão na dependência de fatores de vida da pessoa, tais como o conhecimento ou não, sobre o procedimento, bem como, procedimentos bem sucedidos ou não, realizados anteriormente.

Segundo Lipp e Lucarelli (2005) o stress infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias consequências no caso de ser excessivo. A reação da criança frente a determinados eventos, que exijam adaptação por parte dela, inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo.

Quando a criança é exposta a um evento estressante, seja ele bom ou ruim, ela entra em estado de alerta, ocorrendo assim, uma ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, por meio do hipotálamo. Ao mesmo tempo, ocorre a ativação das glândulas supra-renais que liberam adrenalina, preparando a criança para a reação de luta-e-fuga e provocando a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares (perda de apetite) e alteração no sono (pesadelos, insônia).

A.R. Silva (2000) afirma que apesar de ser um fenômeno de ativação fisiológica normal, provocado por situações que ameaçam o domínio pessoal, o estresse pode se transformar em um estado de superativação emocional crônica e problemática. Assim, quando o indivíduo não tem os recursos ou habilidades necessárias para enfrentar e controlar as situações consideradas ameaçadoras, tal como uma cirurgia, a qual nem sempre é encarada como um meio de benefício, e sim, como uma ameaça.

Conforme Moix (1996), em muitas ocasiões, uma mesma circunstância é vivida como estressante por algumas pessoas, mas não por outras. Isto acontece sobremaneira com as intervenções cirúrgicas. Submeter-se a uma cirurgia supõe um acontecimento estressante para a maioria das pessoas. Trata-se de uma situação em que o sentimento de indefesa é predominante e os pacientes não sabem muito bem como enfrentá-lo. Se os pacientes adultos já ficam desorientados, a sensação de desorientação nas crianças pode alcançar, em alguns casos, níveis traumáticos.

Em pesquisa realizada por Ribeiro, Tavano e Neme (2002), com crianças brasileiras entre 9 e 12 anos, hospitalizadas para cirurgia de enxerto ósseo, verificou-se que as crianças revelaram temores em relação à anestesia, ato cirúrgico e tinham medo de não poder andar mais, não poder mais jogar futebol, já que a cirurgia envolveria retirada de material ósseo da perna da criança. Assim sendo, ajudar a criança a compreender a causa da doença e hospitalização poderá ajudá-la no alívio da culpa e medo por ter sido desobediente ou pela idéia de que terá prejuízos na vida infantil. Deste modo, afirma-se a necessidade e importância de uma preparação psicológica para crianças em situação pré-cirúrgica.

3.3 Preparação psicológica da criança para a cirurgia

É indiscutível o valor da preparação de crianças para procedimentos médicos. Hoje há um consenso em várias áreas das ciências humanas, que têm contato com crianças em via de

serem submetidas a intervenções desta natureza, de que algum tipo de intervenção se faz necessária (Crepaldi & Hackbarth, 2002; Trinca, 2003; Salmon, 2006; Uman *et al.*, 2008).

Eckenhoff (1959) documentou há mais de 40 anos que traumas psicológicos infantis podem ser decorrentes da cirurgia e da anestesia. Crianças de seis meses a seis anos de idade são as mais suscetíveis a exibirem distúrbios comportamentais pós-hospitalização devido à capacidade limitada em lidar com pensamentos abstratos.

Já nas décadas de 1960 e 1970 estudavam-se os benefícios da preparação de crianças para cirurgia e demais procedimentos invasivos, como também a importância da participação dos pais na hospitalização como fatores importantes no combate ao estresse e conseqüências nocivas da internação, além de se traduzir em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento (Crepaldi & Hackbarth, 2002).

Frente a esta realidade, Moix (1996) afirma que são muitos os hospitais, principalmente dos Estados Unidos e Canadá que levam a sério programas de preparação para ajudar as crianças e seus pais a enfrentar a experiência cirúrgica, da melhor forma possível. Na Espanha também têm se realizado algumas experiências neste sentido. Todavia, ainda se está muito longe de uma completa incorporação de programas preparatórios.

Deste modo, o Psicólogo na Pediatria tem papel fundamental para que a internação, seja ela seguida de cirurgia ou não, seja sentida de maneira menos invasiva, visto que será trabalhado com o emocional da criança, que se sente exposta não só pela doença, como também pelo profissional, que a apalpa, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas. O psicólogo poderá estar utilizando recursos com o objetivo de aumentar as habilidades de enfrentamento das crianças, reduzindo-se assim suas percepções de dor e seus níveis de estresse.

Sabe-se que os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados pelo paciente com medo, medo este frente ao desconhecido, e que é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Ele teme a morte, a anestesia, o procedimento em si, a recuperação. Para tentar obter controle sobre a ansiedade e o medo, o paciente pré-cirúrgico lança mão de algumas estratégias, como: depositar confiança na equipe de saúde; crenças religiosas; a desqualificação dos sentimentos; controlar o pensamento; ter sempre a companhia de alguém conhecido. No entanto, existe uma particularidade concreta no que se refere às suas preocupações. A cirurgia realmente vai acontecer e não há garantias de ausência de riscos (Fighera & Viero, 2005).

Em estudo realizado por Castro, Silva e Ribeiro (2004) sobre os efeitos do preparo pré-operatório no comportamento das crianças antes e após a cirurgia relata que os medos fizeram com que as crianças respondessem adversamente aos eventos cirúrgicos e contribuíram para os problemas de comportamento após a hospitalização. Tais respostas incluem: pânico, agitação que requer restrição física, resistência ativa aos procedimentos, o esquivar-se fortemente dos cuidadores e/ou um longo período de recuperação após a cirurgia. Os medos decorrentes da ansiedade e fantasias reativadas pela cirurgia tendem a persistir por períodos prolongados após a operação, de onde provém a necessidade de ajuda e orientação à criança.

Segundo Yamada e Bevilacqua (2005) uma cirurgia traz, para a criança, situações com as quais ela não está acostumada. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo. Sendo assim, é profícuo que a criança seja devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a própria recuperação do paciente. A intervenção psicológica se dá de acordo com a faixa etária do paciente e a necessidade de cada caso.

Deste modo, é importante fazer uma avaliação do tipo de reação de cada criança antes da preparação. De acordo com Grilo e Pedro (2005) a Psicologia do Desenvolvimento tem fornecido grandes contribuições na preparação de crianças para os procedimentos médicos invasivos e para a própria hospitalização, a promoção do confronto adaptativo com reações emocionais que lhes estão subjacentes, e as repercussões desta experiência no processo de desenvolvimento das crianças.

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

O objetivo da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo os objetivos, o significado e propósito deles, além de corrigir o que não ficou claro. A informação deve ser simples, realística e verdadeira e pode ser dada de várias formas, segundo as condições de cada criança e família (Le Roy *et al.*, 2003). Porém é necessário avaliar se a antecipação das informações não aumenta ainda mais a ansiedade (Salmon, 2006). Estes casos necessitam atenção e procedimentos especiais.

São inúmeros os fatores a serem considerados quando se planeja um programa de preparação. Estudando a preparação de crianças para procedimentos cardíacos invasivos Le

Roy *et al.* (2003), recomenda que se deva fazer uma avaliação acurada da criança e de suas condições psicossociais e enumera alguns fatores importantes a serem avaliados junto à família tais como: o nível de desenvolvimento da criança e seu estilo de enfrentamento; a compreensão da criança e da família sobre sua condição médica e sobre o procedimento médico a ser realizado; experiência prévia de hospitalização e particularmente de situações adversas; sintomas emocionais, cognitivos e físicos; medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores lingüísticos, culturais e religiosos; o método mais apropriado para lhes transmitir as informações (verbal, visual, escrita e sensorial); outros estressores familiares como os financeiros, sociais, e outros eventuais problemas de saúde; além do modo segundo o qual os familiares tomam decisões (Le Roy *et al.*, 2003).

Segundo Borges (1999), técnicas cognitivas como distração, imaginação, paradas de pensamento, hipnose, auto-afirmação positiva, informação preparatória, ou técnicas comportamentais, como exercícios, reforçamento por contingência, relaxamento, biofeedback, modelação, dessensibilização sistemática, ensaio comportamental e terapia de arte e de jogo, são eficazes para este propósito.

Watson e Visram (2003) salientam que os programas de preparação pré-operatórios podem ser representados por informação narrada, escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, role play com bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças simulando o médico ou o paciente.

Moix (1996), por sua vez aponta como principais técnicas a serem adotadas: a transmissão de informações, a modelação, o jogo médico, visita ao hospital, distração, relaxamento e treinamento aos pais.

Conforme Bess d'Alcantara (2008) a preparação deve abranger o pré-operatório, o peri-operatório e o pós-operatório imediato e o pós-operatório. Deveria ser preparada por seus pais, no entanto, estes preferem que a preparação seja feita pela equipe de saúde. Devem seguir as necessidades da criança, a idade, suas experiências e o tratamento. Alerta que preparar com muita antecedência pode aumentar as fantasias, dificultando a elaboração dos fatos. Sendo o hospital um ambiente vulnerável a muitas variáveis, pode-se estar ciente, que mesmo preparada ela pode sair-se mal, e outra criança com nenhum preparo, pode sair-se bem. As reações pós-operatórias serão o dado mais importante para se determinar uma boa recuperação psicológica. Porém, nem sempre é possível ter uma avaliação do pós-operatório de todas as crianças.

Em um estudo realizado por Soares e Bomtempo (2004) para preparar crianças que seriam submetidas a inalação, optou-se pela utilização de estratégias que incluíram o reforçamento positivo, a modelagem, a modelação, o ensaio comportamental (simulação), a dessensibilização, o fornecimento de informação, o enfrentamento, o autocontrole, o relaxamento, a imaginação, a distração e as atividades lúdicas. Mesmo considerando as possíveis dificuldades e variáveis que controlam o comportamento da criança no hospital, constatou-se que o trabalho pôde contribuir para a superação das dificuldades encontradas no atendimento pediátrico, fornecendo um modelo de atendimento direcionado à preparação da criança para procedimentos médicos e para superação de dificuldades relacionadas a esse contexto.

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

Segundo Crepaldi *et al.* (2006) a preparação psicológica pré-cirúrgica da criança e dos pais é fundamental, pois lhes possibilita certo grau de controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa, pois em geral esta é sentida e percebida como um momento de vulnerabilidade e risco. Com base nas técnicas anteriormente pontuadas, os estudos descritos abaixo, foram realizados na tentativa de comprovar a efetividade de tais técnicas.

Melamed e Siegel (1975) pesquisaram dois grupos de crianças entre 4 e 12 anos, hospitalizadas entre 2 e 3 dias para cirurgias eletivas, tais como: hérnia, adenoidectomia e dificuldades no trato uro-genital; no primeiro grupo, as crianças foram preparadas com um filme que contava a história de um garoto hospitalizado para ser submetido à cirurgia, enquanto o grupo controle via um outro tipo de filme. Os autores verificaram que as crianças que viram o filme que as preparava para a cirurgia apresentaram menor ansiedade antes e após a cirurgia. Visintainer e Wolfer (1975) também mencionaram que a preparação foi o procedimento mais eficaz para a redução do estresse, quando comparado a outros procedimentos, tais como a simples presença da mãe. Vale ressaltar que a presença da mãe é necessária, mas esta por si só, sem uma preparação da criança e da própria mãe não contribui com a criança na situação pré-cirúrgica.

Skipper e Leonard (1968) apud Crepaldi e Hackbarth (2002) estudaram 80 crianças entre 3 e 9 anos a serem submetidas a amigdalectomia (A). As crianças cujas mães tiveram atenção especial e oportunidade de discutir seus temores no início da internação, mesmo que por alguns minutos, tiveram resultados mais positivos durante a cirurgia (menor pressão sanguínea) e no pós-operatório (temperaturas médias mais baixas, menos vômitos, aceitaram mais líquidos, voltaram mais rapidamente da anestesia e mostraram menos distúrbios emocionais depois do retorno ao lar).

Litman, Berger e Chhibber (1996) elencam a importância da ansiedade parental e seus efeitos sobre as crianças submetidas a procedimentos médicos, como assunto que tem sido alvo da dedicação da literatura pediátrica. Num estudo realizado pelos autores, com 600 pais de 417 crianças, com idades variando entre 2 meses e 16 anos, chegou-se a resultados apontando, que pais com filhos menores de um ano de idade apresentam alto grau de ansiedade. Por outro lado, observaram que pais de crianças que já haviam sido submetidas a algum procedimento cirúrgico anterior foram menos ansiosos. Este fato aponta para a implicação de que alguma informação anterior sobre procedimentos cirúrgicos tende a reduzir o nível de ansiedade tanto de pais como de crianças.

Ainda no que diz respeito às informações recebidas, Sabatés e Borba (2005) realizaram um estudo, no qual foram entrevistados 50 pais que estavam com seus filhos hospitalizados e 12 enfermeiras que trabalhavam nessas unidades de internação pediátrica. Os resultados evidenciaram que os pais não estavam totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho; as informações fornecidas aos pais pelas enfermeiras eram principalmente sobre regras e rotinas, direitos e deveres, motivos dos procedimentos e participação dos pais no cuidado com o filho hospitalizado; os pais solicitam das enfermeiras informações sobre o tempo de hospitalização, evolução da doença, medicação e tratamento do filho.

Kiyohara *et al.* (2004) também relatam a importância das informações, visto que realizaram um estudo com 149 pacientes, com o objetivo de comparar o grau de ansiedade no dia anterior à cirurgia entre pacientes que têm informação sobre seu diagnóstico, cirurgia e anestesia. Mediram a ansiedade dos mesmos, no dia anterior à cirurgia, e concluíram que o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade. As informações quanto mais específicas, melhor preparam a criança, reduzindo sua ansiedade frente a cirurgia (Edwinson, Arnbjornsson & Ekman, 1988).

Moix (1996) afirma que a transmissão de informação aos pacientes pediátricos é uma das principais técnicas preparatórias. Salienta que em caso de crianças, em muitas ocasiões e dependendo fundamentalmente da idade, o mais adequado é dar a informação aos pais, posto que sejam eles quem melhor podem transmiti-la. Conquanto, afirma que se faz necessário que os pais sejam orientados para saber quais aspectos informar a seus filhos, bem como, a maneira de fazê-lo. A falta de informação frente à enfermidade, tanto na criança como em seus pais, acarreta conseqüências tais como, medo, angústia e depressão em todas as suas expressões, fatores estes que afetam diretamente a recuperação do paciente, como salientam Lapacó, Herran e Navari (1996). Referem ainda que um bom prognóstico dependa em grande parte do compromisso que assumem os pais e a criança por meio da compreensão do diagnóstico, em relação o processo de saúde-doença. O diagnóstico de uma doença na infância requer não apenas a determinação da natureza da doença, mas também, o acesso às expectativas, crenças e explicações sobre seus sintomas e significados (Bibace & Walsh, 1980; Crepaldi, 1999).

Durante o período de internação, os pacientes passam, freqüentemente, por uma situação de grande fragilidade física e emocional, devido às repercussões da doença e à própria rotina de internação (Angerami-Camon *et al.*, 1996). Cada pessoa sentirá tudo isso de uma maneira particular e reagirá de acordo com sua própria percepção e interpretação da situação (Romano, 1999).

Alguns pacientes apresentam resistência para o trabalho psicológico nessas condições de hospitalização; o que se deve, muitas vezes, a uma dificuldade em verbalizar seus sentimentos, angústias e fantasias que lhes são conflitantes. Nesse sentido, Silva, Pinto, Lúcia, Gavião e Quayle (2002) enfatizaram que a utilização do Jogo de Areia poderia constituir-se numa técnica a favorecer a expressão e elaboração destes conteúdos por meio de imagens na caixa-de-areia, proporcionando-lhes um espaço também de expressão não-verbal, facilitando, assim, um contato entre seus aspectos conscientes e inconscientes. Em estudo realizado pelas autoras, obtiveram-se dados que confirmaram a eficácia da utilização deste instrumento, inclusive, em enfermaria cirúrgica, visto que inserir o Jogo de Areia num contexto de instituição hospitalar, especificamente de enfermaria cirúrgica, permite uma reflexão sobre possibilidades ampliadas e criativas de expressão e relação psicoterapêutica num ambiente onde não é apenas o corpo concreto que pede atenção.

Moix (1996) menciona a importância da modelação como técnica para a preparação de pacientes pediátricos. Nesta técnica, filhos e pais assistem a um vídeo em que se mostra como

devem agir corretamente diante de todas as etapas da hospitalização. Deste modo, aprendem por imitação como devem atuar nos momentos mais difíceis da hospitalização, tais como internação, dor, separação dos pais entre outros. Gorayeb e Rangé (1987) definem modelação como “uma técnica onde o princípio de aprendizagem vicariante (aprendizagem pela observação da experiência alheia) é utilizado como forma de instalação de um comportamento não reforçado explicitamente. O cliente é exposto a uma situação onde passivamente observa outra pessoa agir” (p.79).

Outra técnica elencada pelo autor diz respeito ao jogo médico, ou dessensibilização sistemática de acordo com os psicoterapeutas comportamentais. Segundo Turner (1999) a dessensibilização é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitação, onde uma resposta de ansiedade ante um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada, gerando uma resposta contrária à ansiedade. Nesta técnica, utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras e seringas, e bonecos anatômicos. Neste jogo, a criança manuseia o boneco a ser operado, e assim, ela vai sendo orientada sobre os procedimentos que serão realizados com ela, e desmistifica as idéias errôneas que porventura, ela possa ter.

Segundo Twardosz, Weddle, Borden e Stevens (1986) a utilização dos materiais do próprio hospital ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar, pois em estudo realizado com 6 crianças, verificaram que esta atividade é mais eficaz para a redução de ansiedade do que as informações transmitidas pelas enfermeiras. Em estudo realizado por Mahajan *et al.* (1998) investigaram-se os efeitos de um programa de preparação psicológica de crianças para a endoscopia. A preparação consistiu em demonstração de materiais que seriam usados, como agulhas e seringas, bem como o uso de uma boneca como modelo. As crianças com este tipo de preparação se mostraram menos ansiosas e mais cooperadoras.

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

A visita hospitalar também deve ser incluída nos programas de preparação pré-cirúrgica. Deste modo, a criança tem a possibilidade de conhecer os diversos setores do hospital, conhecendo a sua rotina e se familiarizando com o cotidiano hospitalar. Crepaldi *et al.* (2006) apontam que a visita ao centro cirúrgico também pode ser um recurso na preparação para a cirurgia, além da descrição e informação sobre onde e o que será realizado.

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

Orientação aos pais é uma técnica que tem papel primordial quando se trata de pacientes pediátricos, porém, não é capaz de solucionar todos os problemas, visto que os pais também têm suas limitações e merecem atenção. Muitas vezes a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais. Deste modo, é importante que os pais estejam conscientes de que a ansiedade dos filhos está em boa parte na dependência de seus comportamentos.

O trabalho com desenhos também é rico, visto que consistem numa linguagem universal e segundo Oaklander (1980) o desenho é um instrumento que permite a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança. Através do desenho, a criança pode expressar sentimentos tais como medo, angústias, além de atitudes e fantasias. É uma forma privilegiada de comunicação que vai além da expressão verbal.

Os programas de preparação para a cirurgia compõem-se de várias das técnicas contempladas anteriormente, com o intuito de provocar um efeito sobre a criança em situação pré-cirúrgica. Efeito, neste contexto, refere-se aos resultados obtidos, ou, ao produto decorrente de uma causa. Os programas mostram, em geral, que os efeitos ocorridos em pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia consistem em sofrer menos com ansiedade, apresentar menos condutas negativas, se comportar de forma mais colaboradora e apresentar menos transtornos psicológicos após receberem a alta. Os pais preparados também apresentam menos ansiedade.

Estes programas beneficiam tanto pais e filhos, como o profissional de saúde que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente, e assim, trabalhar num ambiente mais

relaxado, conseguindo mais facilmente a recuperação dos pacientes. Além do que, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo econômico.

Deste modo, os efeitos da hospitalização para a realização de uma cirurgia podem ser atenuados por procedimentos simples, que incluem estratégias de preparação das crianças antes de sua consecução, o que deve incluir a presença e preparação dos pais. Caso a cirurgia seja de emergência e não haja possibilidade de efetivar a preparação psicológica, é importante intervir de forma semelhante no pós-cirúrgico, retomando as informações sobre o procedimento e esclarecendo sobre o que foi realizado.

Vale ressaltar que cada preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, sua condição de saúde, experiência, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares, tendo em vista que cada criança é singular e pode fazer uso de suas estratégias de enfrentamento frente à situação que lhe é imposta.

Segundo Andraus, Minamisava e Munari (2004) as pessoas que detêm informação sobre situações ou práticas potencialmente aversivas ou ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos; porque, para além da simples presença dos pais durante a hospitalização, hoje se reconhece o papel que estes desempenham na forma como a criança lida com os problemas e tratamentos médicos.

3.4 Estratégias de enfrentamento (*coping*)

Teoricamente, eventos estressantes, de maior ou menor magnitude na vida de crianças e adolescentes, têm sido relacionados a problemas emocionais e de comportamento (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988). Há, no entanto, uma variação no que se refere à forma como as crianças lidam com eventos adversos e que se deve, em parte, a diferenças na disponibilidade de recursos e estratégias utilizadas. Entre estes recursos, encontram-se as crenças relacionadas ao controle, e que fazem parte do estilo atribucional do indivíduo.

A maioria dos trabalhos sobre processos de *coping* na criança tem usado a teoria de estresse de Folkman e Lazarus (1980) que os definem como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são

avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. No entanto, Compas (1987) aponta a necessidade de outras formulações para aplicar as noções de estresse e *coping* às ações de crianças, já que precisam ser consideradas a dependência da criança em relação ao adulto e as características básicas do seu desenvolvimento cognitivo e social.

De acordo com Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998, p.274), o “*coping*...[enfrentamento]...é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas”.

Segundo Folkman e Lazarus (1980) o *coping* é dividido em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção.

O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse. A função desta estratégia é de reduzir a sensação física desagradável que um estado de estresse proporciona. O *coping* relacionado ao problema consiste no esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-lo (França, 2002).

Na perspectiva de Folkman e Lazarus (1980), através da qual, o *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas que surgem em determinadas situações, tem-se que tal definição implica no fato de que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas.

Os mesmos autores apontam quatro conceitos que englobam o *coping*:

- a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o meio;
- b) sua função é administrar a situação estressora, ao invés de controlá-la ou dominá-la;
- c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- d) o processo de *coping* se constitui em uma mobilização de esforço através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Beresford (1994) afirma que a disponibilidade de recursos afeta a avaliação do evento ou situação estressante, e determina que estratégias de enfrentamento a pessoa vai usar.

Segundo o autor, as pessoas utilizam recursos pessoais e sócio-ecológicos para lidar com o evento estressor.

Os recursos pessoais de *coping* são constituídos por variáveis físicas e psicológicas que incluem a saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping* e inteligência, e outras características pessoais. Quanto aos recursos sócio-ecológicos, estes são encontrados no ambiente do indivíduo ou em seu contexto social, incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, recursos funcionais ou práticos e circunstâncias econômicas.

Segundo Antoniazzi *et al.* (1998), recentemente foi apresentada uma terceira estratégia de *coping* focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas de seu círculo social para a resolução da situação estressante.

Um estudo realizado por Dell'Aglio e Hutz (2002) considerando a escassez de investigações sobre *coping* em crianças no Brasil, teve por objetivo principal investigar as estratégias de *coping* utilizadas por crianças em situações estressantes e o estilo atribucional das crianças em relação aos eventos relatados. Foram, ainda, observados as variáveis sexo e o tipo de evento ocorrido, considerando-se o domínio em que ocorre o evento e o tipo de interação ocorrida entre os participantes (entre pares ou com adultos). Além disso, também foram investigadas as estratégias alternativas para lidar com o evento e as estratégias para lidar com as emoções desencadeadas pelo mesmo.

O estudo teve 55 participantes de ambos os sexos, com idade entre 8 e 10 anos. A distração foi a estratégia mais utilizada para lidar com a emoção desencadeada pelo evento relatado. Esta estratégia, no entanto, apresentou frequências muito baixas quando foram comparadas às estratégias utilizadas para lidar com o evento em si. Ou seja, ela praticamente só ocorre quando a criança está efetivamente se referindo às suas emoções.

Este resultado aponta para o fato de que a criança, embora já possa se dar conta das suas próprias emoções, ainda tem dificuldade para lidar com elas de uma forma mais direta, preferindo utilizar comportamentos ou pensamentos que adiam essa necessidade. Talvez isso ocorra porque as habilidades para *coping* focalizado no problema aparecem mais cedo na criança, enquanto que as habilidades de *coping* focalizado na emoção tendem a aparecer mais tarde e se desenvolvem na adolescência. Provavelmente, estas crianças já estejam conseguindo ter consciência de seus estados emocionais embora ainda não tenham desenvolvido a auto-regulação de suas emoções.

Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes encontra-se o brincar, recurso utilizado tanto pela criança como pelos profissionais do hospital para lidarem com as adversidades da hospitalização, segundo Motta e Enumo (2004). Conforme Soares e Zamberlan (2001) a criança mesmo hospitalizada deve ter preservado o seu direito ao brincar, porque o brincar é considerado um veículo para o desenvolvimento social, emocional e intelectual, e atua como uma das estratégias facilitadoras da adaptação da criança à condição de hospitalização, permitindo que a mesma expresse seus sentimentos, proporcionando melhora no repertório de enfrentamento desta condição.

No caso específico da presente pesquisa, toda a gama de situações enfrentadas pela criança em situação pré-cirúrgica implica em novas adaptações por parte da mesma. Este processo adaptativo gera uma grande quantidade de estresse e por consequência implica em estratégias de enfrentamento que podem repercutir de modo positivo ou negativo sobre a recuperação da criança e seu tratamento posterior. Uma vez que para a criança, na maioria das vezes, a cirurgia é considerada um evento estranho, há uma necessidade de que ela faça adaptações a esta situação e use as estratégias de enfrentamento (*coping*) que lhe são disponíveis, as quais podem influenciar significativamente neste processo.

Com base no que foi exposto, o presente estudo pretende verificar qual o efeito de dois programas de preparação psicológica pré-cirúrgica na ansiedade e no stress de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, que pretende identificar as crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica, bem como, avaliar se a preparação pré-cirúrgica pode aliviar o sofrimento da criança e verificar se tal preparação se constitui num instrumento eficaz para que as crianças possam encarar a cirurgia de forma menos aversiva.

Por se constituir de uma pesquisa que teve por objetivo fazer uma comparação inter grupos (para amostras pareadas) antes e depois de dois programas diferentes de intervenções, foi definida como uma pesquisa com delineamento experimental, na qual conforme Kerlinger (1980) manipulam-se uma ou mais variáveis independentes e os sujeitos são designados aleatoriamente a grupos experimentais.

Na pesquisa experimental, segundo Rudio (2002), o pesquisador realiza um experimento, dentro de condições anteriormente definidas, a fim de observar se produz certos efeitos e verificar a relação de causalidade que se estabelece entre variáveis. Para Lakatos e Marconi (1991), variável independente é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável, sendo o fator manipulado pelo investigador. E, variável dependente, consiste nos valores a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente.

A presente pesquisa apresentou uma variável independente (VI) com duas modalidades: programas de preparação pré-cirúrgica, divididos em um programa constando de apenas informações verbais à criança e um programa constando de materiais hospitalares para manuseio da criança. Apresentou como variáveis dependentes (VD): stress e ansiedade. Foram controladas variáveis tais como: presença dos pais ou responsável, idade, escolaridade, tipo de cirurgia, experiência prévia com cirurgia, nível sócio-econômico, e convênio pelo qual seria realizada a cirurgia (Unimed) ou SUS (Sistema Único de Saúde). Estas variáveis foram

controladas para garantir a homogeneidade dos grupos, pois foram as mesmas nos dois grupos, e o controle deu-se por consulta ao prontuário médico de cada paciente, o qual possuía informações sobre o mesmo, obtidas na triagem hospitalar.

Possíveis variáveis intervenientes² nesta pesquisa foram: tempo de espera entre a preparação e a cirurgia, (o qual variou de 12 a 17 horas, visto que o horário das cirurgias era o mesmo para todas as crianças, porém, as mesmas faziam a cirurgia uma de cada vez), conduta dos pais no pré-cirúrgico, o que pode aumentar ou não a ansiedade de seus filhos, e a volta da criança para o mesmo quarto onde se encontravam crianças que ainda passariam pelo procedimento cirúrgico.

Para que um experimento caracterize-se como tal, faz-se necessário uma comparação entre grupos, ou seja, a necessidade de pelo menos dois grupos experimentais. Nesta pesquisa, foram empregados dois grupos equiparados antes e depois de um programa de preparação psicológica pré-cirúrgica. Segundo Kerlinger (1980), nos experimentos antes e depois com dois grupos, verifica-se as condições do grupo controle e do grupo experimental antes do estímulo, então se aplica o estímulo no grupo experimental, e se verifica a diferença entre o grupo experimental (estimulado) e o de controle (sem estímulo). Nesta pesquisa não teve o grupo controle, devido a uma preocupação ética da Instituição, tendo em vista que, a pesquisa deu-se numa instituição infantil, e não haveria critérios para selecionar as crianças que deveriam ou não receber a preparação psicológica pré-cirúrgica.

Meltzoff (2001) aponta que uma das possibilidades das pesquisas experimentais é a pesquisa que designa dois tratamentos a dois grupos diferentes. Ambos os grupos realizam o pré e o pós-teste. Nestes estudos há a tendência de provar que um dos tratamentos é melhor que o outro.

O design experimental da presente pesquisa pode ser ilustrado da seguinte forma:

Tabela 1. Design experimental da pesquisa

GRUPOS	PRÉ-TESTE	TRATAMENTO	PÓS-TESTE
G1	O1	X1	O2
G2	O1	X2	O2

Sendo que:

² A variável interveniente é aquela que, numa seqüência causal, se coloca entre a variável independente e a dependente, tendo como função ampliar, diminuir ou anular a influência da variável independente sobre a dependente (Lakatos & Marconi, 1991).

G1: Grupo experimental que receberá informações verbais.

G2: Grupo experimental que constará de materiais hospitalares para manuseio da criança.

O1: Aplicação do teste de stress anteriormente à aplicação do programa.

O2: Aplicação do teste de stress posteriormente à aplicação do programa.

X₁: Programa de preparação pré-cirúrgica I.

X₂: Programa de preparação pré-cirúrgica II.

Na presente pesquisa, dois tipos diferentes de preparação pré-cirúrgica foram aplicados em dois grupos diferentes de crianças em situação pré-cirúrgica, sendo que ambos os grupos foram submetidos a pré e pós-teste com o intuito de avaliar a ansiedade e o stress antes e depois da preparação psicológica pré-cirúrgica, para verificar qual foi o efeito da mesma em crianças submetidas a cirurgias eletivas.

4.2 Participantes

Participaram desta pesquisa 30 crianças variando entre 6 e 12 anos, acompanhadas por suas mães, pai ou responsável, divididas em dois grupos, sendo 15 crianças em cada grupo.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Estar em situação de hospitalização devido a distúrbios orgânicos.
- Ter bom prognóstico.
- Não ter graves comprometimentos orgânicos.
- Não correr risco de vida.
- Estar acompanhada por pai, mãe ou responsável.

Buscou-se que os grupos fossem pareados por idade, sexo e tipo de cirurgia, e este procedimento foi adotado para garantir grupos homogêneos. Procurou-se também verificar o nível de escolaridade das crianças, a fim de que elas estivessem aptas para responder a Escala de Stress Infantil – ESI, no entanto, a pesquisadora se dispôs a ajudar aquelas crianças que, porventura, tiveram algum tipo de dificuldade para leitura. Cerca de metade das crianças receberam este tipo de ajuda.

No hospital desta pesquisa, estas cirurgias são consideradas simples, posto que a criança é internada no dia anterior à cirurgia, no período da noite, ou até mesmo no mesmo dia, no período que antecede a mesma. Após a realização da cirurgia, as crianças permanecem

no hospital até se recuperarem da anestesia, e retornam para casa no mesmo dia, caso não haja complicações. As cirurgias eletivas deste estudo foram: adenoidectomia, amigdalectomia, hérnia inguinal e umbilical, e postectomia.

A adenoidectomia (AD) consiste na retirada por meio do procedimento cirúrgico de uma excrescência linfática que se desenvolve no segmento nasal da faringe. A amigdalectomia (A) consiste numa cirurgia para extirpação das amígdalas, e a hérnia consiste numa profusão de estrutura orgânica envolta em tecido cutâneo e muscular instalada na cavidade corporal, a qual será retirada por meio do procedimento cirúrgico. A hérnia inguinal (HI) envolve a parede abdominal entre a artéria epigástrica profunda e a borda do músculo reto, ou envolve o anel inguinal interno passando no canal inguinal. A hérnia umbilical (HU) é aquela em que o intestino ou o omento (dobra do peritônio, localizada na frente do intestino delgado) faz saliência através da parede abdominal por baixo da pele, ao nível do umbigo. A postectomia (P) consiste na retirada de uma pele que envolve o pênis.

Em termos de conseqüências pós-operatórias, as cirurgias de hérnia tendem a ser um pouco mais delicadas e requerem mais tempo para recuperação, principalmente a hérnia umbilical.

Segue abaixo as tabelas (de 1 a 8) com os dados de identificação e caracterização das crianças participantes desta pesquisa.

Tabela 2. Número de crianças for faixa etária divididas nos Grupos G1 e G2

Idades	G1	G2	Total
6-8	7	7	14
9-10	5	5	10
11-12	3	3	6
Total	15	15	30

De acordo com esta tabela constata-se que os grupos estão igualmente divididos, segundo a faixa etária. Há o mesmo número de crianças para cada faixa etária em cada grupo de preparação psicológica pré-cirúrgica (G1 e G2).

Observa-se maior freqüência de crianças entre 6 e 10 anos, faixa etária esta em que é mais comum a realização de cirurgias eletivas elucidadas neste estudo.

Tabela 3. Número de crianças por gênero divididas nos Grupos G1 e G2

Sexo	G1	G2	Total
Feminino	8	9	14
Masculino	7	6	16
Total	15	15	30

A tabela 3 mostra que os grupos estão divididos de forma parecida, num total de 14 meninas e 16 meninos. Observa-se que o G1 constou de 6 meninas e 9 meninos e o G2 constou de 8 meninas e 7 meninos.

Tabela 4. Frequência de tipos de cirurgia divididos nos Grupos G1 e G2

Tipo de cirurgia	G1	G2	Total
Hérnia Inguinal	3	1	4
Hérnia Umbilical	2	1	3
Postectomia	1	1	2
Amigdalectomia (A)	-	2	2
Adenoidectomia	3	4	7
(AD)			
A+ AD	6	6	12
Total	15	15	30

De acordo com a Tabela 4, pode-se observar que a maioria das cirurgias realizadas consiste na junção de dois procedimentos cirúrgicos, a amigdalectomia e a adenoidectomia (A+AD), e esta junção ocorre em igual número nos dois grupos, G1 e G2.

Percebe-se que a adenoidectomia também é bastante realizada, numa frequência de 3 e 4 nos grupos G1 e G2 respectivamente. As demais cirurgias ocorrem em menor número, mas com frequências similares entre os grupos.

Tabela 5. Frequência de renda aproximada dividida nos Grupos G1 e G2

Renda aproximada	G1	G2	Total
Abaixo de 500,00	1	1	2
De 501,00 a 1.000,00	10	8	18
De 1.001,00 a 1.500,00	3	4	7
De 1.501,00 a 2.000,00	-	2	2
Acima de 2.001,00	1	-	1
Total	15	15	30

A tabela acima mostra que a maioria das crianças participantes, pertence a famílias que possuem rendas variando entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00, similarmente divididas entre os grupos G1 e G2.

Conforme observado na tabela, nota-se que rendas abaixo de R\$ 500,00 e acima de R\$2.000,00 foram pouco frequentes, até mesmo porque todas as crianças foram internadas e realizaram a cirurgia pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Rendas variando entre R\$1.001,00 e R\$2.000,00 também ocorreram com pouca frequência.

Tabela 6. Frequência do nível de escolaridade das crianças, divididas nos Grupos G1 e G2

Escolaridade	G1	G2	Total
1° a 2° Ano	5	8	13
3° a 4° Ano	8	5	13
5° a 6° Ano	2	2	4
Total	15	15	30

Pode-se observar por meio da tabela 6, que a maioria das crianças estava cursando o 1° ou o 2° Ano do Ensino Fundamental, critério este considerado importante, visto que para preencher a ESI, as crianças deveriam ter condições para leitura.

Com menor frequência, pode-se notar a existência de crianças frequentando as turmas entre 3º e 6º Ano do Ensino Fundamental, visto que é na faixa etária das crianças destas turmas, que se dá o maior número de cirurgias contempladas neste estudo.

Tabela 7. Número de acompanhantes das crianças divididos nos Grupos G1 e G2

Acompanhante	G1	G2	Total
Mãe	11	13	24
Pai	3	1	4
Padrasto	-	1	1
Tia	1	-	1
Total	15	15	30

Nota-se que a maioria das crianças estava acompanhada de suas mães, tanto no G1 como no G2. Poucos foram os casos de crianças acompanhadas por seus pais, padrasto ou com outro grau de parentesco.

4.3 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada num hospital infantil da região do Vale do Itajaí, região esta da qual os participantes eram provenientes. O hospital tem por atividade a prestação de serviços gerais, clínicos e cirúrgicos, em prol da saúde do público infantil que necessita de atendimento médico-hospitalar, residente na região ou demais localidades, atendendo a quem esteja precisando de seus serviços.

O hospital é destinado em sua maioria, a clientela usuária do SUS. Admite crianças com quadros clínicos diversos desde que não apresentem casos mais graves, os quais então são encaminhados para os hospitais próximos da região. Permite a presença de um acompanhante que pernoite em cadeiras plásticas. Consta de 64 leitos, 1 centro cirúrgico, 1 UTI, 42 médicos e estagiários de Psicologia, Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Farmácia.

4.4 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados:

- Desenho livre;
- Escala de stress infantil (ESI);
- Entrevista semi-estruturada;
- Desenhos-Histórias;
- Kit de preparação pré-cirúrgica, constando de materiais hospitalares, tais como, estetoscópio, máscara cirúrgica, pijama hospitalar do médico e da criança, frasco de soro com equipo, propé, algodão, esparadrapo, luva, seringa e um boneco cirúrgico, chamado Bebê Dodói, o qual acompanha materiais hospitalares infantis, tais como, estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama, tesoura, bisturi, termômetro e pá.

4.4.1 Desenho livre

O desenho é um instrumento que possibilita a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança, permitindo à mesma, representar o mundo no qual vive e o contexto em que se encontra num dado momento, ou ainda, algo que deseja investigar. Pode expressar também sentimentos tais como medos e angústias, além de atitudes e fantasias (Oaklander, 1980; Stevens, 1988; Trinca, 2003). Assim, o desenho livre é uma forma privilegiada de comunicação da criança, tendo em vista que, melhor do que a fala, os desenhos podem expressar sutilezas do intelecto e afetividade, que estão além do poder ou liberdade de expressão verbal (Di Leo, 1985).

Para tanto, o desenho livre é uma técnica em que se disponibiliza para a criança, folhas de papel-ofício branco, lápis de cor, canetas coloridas, giz de cera, lápis e borracha para que a mesma fique bastante a vontade e mais colaborativa com a pesquisa. Não é fornecido à criança nenhuma instrução específica, a fim de que ela possa se expressar livremente.

4.4.2 Escala de Stress Infantil (ESI)

Na literatura internacional encontram-se algumas sugestões de diversos pesquisadores sobre como avaliar o stress. As diferentes possibilidades de avaliação do stress estão relacionadas a diferentes definições e abordagens. As definições e sugestões apresentadas estão ligadas às três principais abordagens, que visam diagnosticar o papel do stress no desenvolvimento de doenças: abordagem ambiental, psicológica e biológica (Lipp & Lucarelli, 2005).

Conforme Lipp e Lucarelli (2005) ao fazerem referência ao instrumento que deu origem a ESI – Escala de Stress Infantil, pontuam que o stress infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias conseqüências, no caso de ser excessivo. A reação da criança frente a eventos excitantes, irritantes, felizes, amedrontadores, ou seja, que exijam adaptação por parte dela, inclui mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo.

A ESI surgiu do interesse em validar o Inventário de Sintomas de Stress Infantil anteriormente elaborado por Marilda Lipp e Belkiss Romano em 1987, tendo por objetivo a sua aplicabilidade nas diferentes áreas de atuação do psicólogo e por estar sendo, amplamente utilizada em pesquisas nesta área. As diversas alterações sofridas pelo inventário original, a partir dos resultados apresentados por Lucarelli (1997), sugeriram que sua versão final fosse considerada um novo instrumento, denominado Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005).

Devido à carência de instrumentos que auxiliem no diagnóstico do stress infantil e ao aumento de interesse dos pesquisadores em estudar o stress em crianças, surgiu o interesse na elaboração desta escala.

A escala contém 35 itens que buscam representar situações com potencialidades reconhecidas para evocar a manifestação das reações físicas e psicológicas do stress infantil, bem como, as reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas. São 9 itens para avaliar as reações físicas, 9 itens para as reações psicológicas, 9 itens para as reações psicológicas com componente depressivo e 8 itens para as reações psicofisiológicas. As respostas aos itens são dadas por meio de uma escala Likert de cinco (5) pontos.

Juntamente com a folha de resposta, segue uma folha de apuração, na qual se preenche o valor obtido para cada tipo de reação. A apuração das respostas é feita por meio da contagem de pontos atribuídos a cada item. Cada quarto de círculo equivale a um ponto. As respostas das crianças são transcritas num círculo dividido em quatro partes, e para cada item lido, a criança deve deixar o círculo em branco, caso sua resposta seja “nunca”, deve pintar uma parte, caso sua resposta seja “um pouco”, deve pintar duas partes, caso sua resposta seja “às vezes”, deve pintar três partes, caso sua resposta seja “quase sempre”, e deve pintar todas as partes, caso sua resposta seja “sempre”.

Para aumentar a motivação é importante que as crianças escolham a cor do lápis que querem trabalhar. A escala foi projetada para ser aplicada individualmente ou em grupo, e não tem limite de tempo. Para a aplicação em crianças não alfabetizadas ou com dificuldade na

leitura, o aplicador deve fazer a leitura das instruções e de cada item, aguardando que a criança responda. As aplicações devem ser feitas em salas bem arejadas e iluminadas, sem ruídos externos e devem ser evitadas as interrupções durante a aplicação.

A escala pode ser aplicada, tanto de forma individual como coletiva, com o objetivo de verificar o stress do paciente infantil em diversas situações. Nesta pesquisa em específico, a escala foi aplicada em crianças em situação pré-cirúrgica, em dois momentos: num primeiro momento referente ao período que antecedeu a cirurgia, logo após a entrada da criança no hospital, e num segundo momento, logo após a criança ter passado por um programa de preparação psicológica pré-cirúrgica, como forma de comparar o stress antes e depois da aplicação de dois programas distintos de preparação pré-cirúrgica.

A escala não se encontra em anexo, por ser de uso exclusivo do psicólogo, e por isso, não pode ser divulgado.

4.4.3 Entrevista com a mãe

A entrevista conforme Ghiglione e Matalon (1993) “é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e um leigo” (p. 71). Nesse sentido, a entrevista de estudo não se dispõe a trazer conseqüências para o comportamento dos indivíduos e nem tampouco os entrevistados esperam quaisquer benefícios pessoais por intermédio da mesma.

Quanto à escolha de um modelo semi-estruturado, optou-se por se tratar de questões abertas e que possibilitassem o livre discurso dentro dos temas sugeridos. Além disso, Flick (2004) afirma que o uso de tal técnica pressupõe que o entrevistado possua conhecimentos sobre o tema. A entrevista transforma-se então em um diálogo entre o entrevistado e o entrevistador, sendo que a postura explicitada pelo entrevistado pode ser desenvolvida conforme o entrevistador considerar pertinente.

Nesta pesquisa, a entrevista foi utilizada com as mães das crianças em três momentos. Num primeiro momento, em situação pré-cirúrgica, no dia anterior à cirurgia, dia este em que foi realizada a preparação pré-cirúrgica, e antes desta. Num segundo momento, após a preparação pré-cirúrgica, porém, no dia em ocorreu a cirurgia. A terceira entrevista foi realizada com as mães, depois da realização da cirurgia.

A primeira entrevista constou de uma questão com dados de identificação de cada participante, bem como, informações sobre a criança, e foi constituída de questões dirigidas à

mãe, com o objetivo de obter as informações dadas pelas mães aos seus filhos sobre a cirurgia, no que diz respeito a: (Apêndice 1)

1. Motivo pelo qual a criança teve que ir ao hospital.
2. O que iria acontecer com a criança no hospital.
3. Como seria a cirurgia.

A segunda entrevista foi constituída de questões com o objetivo de saber sobre as reações da criança após a preparação pré-cirúrgica, e nos momentos antes da cirurgia. Vale ressaltar que as mães não receberam instrução para observar as reações das crianças, deixando-as livres para que respondesse às questões espontaneamente (Apêndice 2).

A terceira entrevista foi constituída por questões com o objetivo de obter informações sobre as reações da criança após a cirurgia, como ela havia acordado e o que disse para sua mãe, bem como, sanar eventuais dúvidas que pudessem ter ocorrido. Neste momento não foi realizado nenhum procedimento específico com a criança. (Apêndice 3).

No entanto, ressalta-se que não necessariamente foi seguida uma ordem rígida na formulação das questões. As entrevistas foram breves, com poucas questões, a fim de ter uma compreensão dos comportamentos da criança em relação à cirurgia do ponto de vista de suas mães. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

4.4.4 Desenhos-Histórias

O procedimento de desenhos-histórias é um recurso técnico para a abordagem da vida mental que conquistou, ao longo de 30 anos de existência, um lugar de destaque como instrumento de trabalho do psicólogo clínico (Trinca, 2003), tendo em vista que o desenho e as histórias são uma linguagem universal apreciados pelas crianças e que independem da idade, gênero, classe social ou nível cognitivo. Assim, optou-se em utilizá-los como instrumento para a coleta de dados desta pesquisa.

Os desenhos também podem ser um meio de investigação das dificuldades que a criança tem em comunicar-se verbalmente e pode-se compará-lo, no que se refere a ser um meio de expressão, a massas de modelar, marionetes e brinquedos. Segundo Françoso (2001) o desenho é um importante veículo de projeção do momento que a criança está passando, o

que possibilita ao sujeito a expressão de aspectos para ele desconhecidos, ou por não querer, ou, por ainda não poder revelar.

A utilização do desenho como instrumento de coleta de dados na pesquisa em psicologia pressupõe que se considere forma, traços, escolha e uso das cores como elementos que possam contemplar a análise de conteúdo veiculado (Fávero & Salim, 1995). Acrescentar-se-ia a estes aspectos o conteúdo verbalizado sobre o desenho, através de histórias contadas sobre o desenho ou comentários feitos pela criança enquanto envolvida com a atividade de desenhar.

Nesta técnica, as crianças ouviram uma história intitulada “O elefantinho no hospital”, e após ouvi-la com atenção, receberam a instrução de fazer um desenho expressando a situação do elefantinho. Esta história foi inventada por Crepaldi e Hackbarth (2002), tendo em vista a experiência das pesquisadoras. Esta história foi contada no momento que antecedeu a preparação psicológica pré-cirúrgica (Apêndice 4).

Num segundo momento, depois de feita a preparação pré-cirúrgica, uma segunda história foi contada, intitulada “O elefantinho no hospital no pós-cirúrgico”, sendo esta uma adaptação da primeira. Após ouvir com atenção, as crianças receberam a instrução para fazer um desenho expressando, mais uma vez, a situação do elefantinho (Apêndice 5).

Após a confecção do desenho, deu-se um momento no qual a pesquisadora solicitava que as crianças relatassem o que haviam desenhado, e teve como objetivo a obtenção de relatos verbais, os quais foram gravados, e possibilitaram analisar os conteúdos expressados através do desenho. Foi também um momento em que as crianças, puderam de certa forma, falar e refletir sobre sua própria criação e seus sentimentos em relação a fantasias relacionadas ao contexto hospitalar, bem como ao processo pelo qual estavam passando naquele momento que antecedia a cirurgia.

4.4.5 Kit de preparação pré-cirúrgica

Este kit de preparação pré-cirúrgica consta de materiais hospitalares, tais como, estetoscópio, máscara cirúrgica, pijama hospitalar do médico e da criança, frasco de soro com equipo, propé, algodão, esparadrapo, luva e seringa. O kit consta também de um boneco cirúrgico, chamado Bebê Dodói, o qual acompanha materiais hospitalares infantis, tais como, estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama, tesoura, bisturi, termômetro e pá.

Tal kit foi elaborado pela pesquisadora, a fim de que pudesse efetivar a realização de um dos programas de preparação pré-cirúrgica que foi utilizado nesta pesquisa. O programa consiste em trabalhar com as crianças as informações sobre a cirurgia, através de materiais hospitalares, chamados de sucata hospitalar (Crepaldi *et al.*, 2006), os quais foram manuseados e utilizados pelas crianças, de forma individual, para torná-las mais próximas da realidade a que foram submetidas. O uso do Bebê Dodói permite às crianças manuseá-lo, de forma que elas pudessem fazer com o boneco, aquilo que seria feito com elas próprias.

O outro programa utilizado nesta pesquisa consiste em apenas fornecer às crianças, de forma individual, informações verbais sem uso de materiais, sobre o procedimento a que seriam submetidas, sem nenhum material auxiliar.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Após a autorização do hospital, a pesquisadora teve acesso livre ao mesmo, bem como, ao mapa cirúrgico da instituição em questão, ou seja, à programação das cirurgias, em forma de tabela, na qual constavam nome e idade do paciente, tipo de cirurgia e convênio pelo qual seria realizada. Assim, as cirurgias com data e horário marcados indicaram à pesquisadora os períodos e horários em que deveria estar no hospital.

Antes da coleta de dados, o responsável pela instituição oficializou uma autorização, para a realização da pesquisa no local, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6).

A coleta de dados foi realizada em três etapas, uma antes da preparação pré-cirúrgica, outra após a aplicação do programa de preparação, e ainda outra, após a realização da cirurgia. A explanação do procedimento, com suas respectivas atividades, segue abaixo.

4.5.1 Primeira etapa – antes da preparação pré-cirúrgica

a) Rapport: Trata-se de uma interação prévia com a criança e com sua mãe para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pesquisadora. Conforme Ocampo (1979) rapport é o contato inicial que se faz com a criança por ocasião do atendimento clínico, que pode ser utilizado em outras situações como a de pesquisa com crianças. Neste momento, no quarto do hospital na maioria das vezes, as crianças fizeram seu primeiro contato com a pesquisadora e foram convidadas a participar da pesquisa, visto que foi explicado o estudo

tanto para a criança como para o acompanhante. Mediante a demonstração de interesse de ambos em participar, foi pedido ao responsável para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7). O rapport foi realizado por meio do desenho livre, no dia que antecedeu a cirurgia. A criança recebeu folhas de papel-ofício branco, canetas, lápis de cor, giz de cera, canetas coloridas, lápis e borracha para tal atividade. Neste momento não foi fornecida nenhuma informação específica para a criança, visto que o intuito desta atividade foi que a criança pudesse se expressar livremente, e ficasse mais a vontade, de forma a se tornar mais colaborativa com a pesquisa.

b) Entrevista com a mãe: Neste momento, enquanto as crianças puderam continuar desenhando como forma de se distrair, as mães responderam a primeira entrevista, para que pudessem contar à pesquisadora sobre as informações dadas a seus filhos.

c) Depois de feito o rapport e a entrevista com a mãe, as crianças preencheram a Escala de Stress Infantil, com lápis coloridos, como forma de motivá-las para esta atividade. A aplicação se deu de forma individual, e na maioria das vezes na sala de recreação do hospital, ou no próprio leito do quarto, considerando-se as condições básicas para a aplicação da escala, como, estar em local iluminado, arejado, e desprovido de ruídos externos. Em algumas aplicações tornou-se difícil evitar interrupções, de forma que a pesquisadora não prejudicasse ou atrasasse a atuação das enfermeiras.

d) Desenhos-histórias: Após o preenchimento da ESI, a pesquisadora informou à criança que a mesma faria outras atividades no momento que se seguiria. Deste modo, a criança receberia a seguinte instrução: “*Eu vou contar pra você uma história que se chama **O Elefantinho no Hospital**. Preste bastante atenção na história porque depois vou pedir para que desenhe a história do elefantinho, mas, antes, preste muita atenção para gravar a história*”. Dada esta instrução, a história foi contada, e a pesquisadora solicitou à criança que desenhasse a história do elefantinho. Assim que a criança terminava o desenho, a pesquisadora perguntava sobre o que a criança havia desenhado, e acrescentava, quando necessário, perguntas simples para esclarecer os comentários da criança.

e) Preparação psicológica pré-cirúrgica: Neste momento, as crianças foram divididas em dois grupos aleatoriamente.

1º grupo: 15 crianças, as quais receberam informações verbais, individualmente, sobre o tipo de cirurgia que realizariam, após ter passado por todas as etapas citadas anteriormente. As informações consistiram em contar para a criança todas as etapas pelas quais ela passaria em sua intervenção cirúrgica, incluindo anestesia (cheirinho), tubo de respiração, corte da

amígdala ou da hérnia, ou ainda, raspagem da adenóide, curativo e retorno ao quarto. Este procedimento ocorreu em no máximo 30 minutos (Protocolo de preparação pré-cirúrgica I no Apêndice 8).

2º grupo: 15 crianças, as quais foram submetidas a um programa de preparação pré-cirúrgica, individualmente, elaborado pela pesquisadora. Através de materiais hospitalares, a criança poderia manusear e utilizá-los, para torná-la mais próxima da realidade a que seria submetida. Deste modo, as informações foram dadas à criança na medida em que ela ia brincando com o boneco. Este programa também foi aplicado após todas as etapas citadas anteriormente, e também teve duração de no máximo 30 minutos (Protocolo de preparação pré-cirúrgica II no Apêndice 9).

Todas as atividades citadas foram realizadas no dia anterior à cirurgia.

4.5.2 Segunda etapa – após a preparação pré-cirúrgica

No dia da cirurgia, no período que antecedia a mesma, deu-se a segunda etapa da coleta de dados, a qual segue abaixo.

a) Entrevista com a mãe: Neste momento, as mães responderam à segunda entrevista, ou no quarto, ou na sala de recreação.

b) As crianças preencheram novamente a ESI, com lápis coloridos, como forma de motivá-las para esta atividade. A aplicação se deu de forma individual, e na maioria das vezes na sala de recreação, considerando-se as condições básicas para a aplicação da escala, como, estar em local arejado, iluminado e desprovido de ruídos externos. Como a segunda aplicação ocorreu pela manhã, foi mais difícil a ocorrência de interrupções, visto que as crianças já haviam tomado banho e estavam apenas esperando a hora da cirurgia.

c) Desenhos-histórias: Novamente a criança recebeu uma instrução: *“Eu vou contar pra você novamente uma história que se chama **O Elefantinho no Hospital no pós-cirúrgico**. A história é um pouco diferente da primeira que você já ouviu. Preste bastante atenção na história porque depois vou pedir de novo para que você desenhe a segunda história do elefantinho, mas, antes, preste muita atenção para gravar a história”*. Dada esta instrução, a história foi contada, e a pesquisadora solicitou à criança que desenhasse a história do elefantinho. Assim que a criança terminasse o desenho, a pesquisadora perguntava sobre o

que a criança havia desenhado, e acrescentava, quando necessário, perguntas simples para esclarecer os comentários da criança.

4.5.3 Terceira etapa – após a cirurgia

Após a realização da cirurgia, deu-se a terceira etapa da coleta de dados, na qual foi realizada a terceira entrevista com a mãe, com o intuito de obter informações sobre as reações da criança após a cirurgia.

4.6 Procedimento de análise de dados

A partir dos dados coletados, realizaram-se dois tipos de análise, uma de cunho quantitativo, que utilizou a estatística descritiva não-paramétrica, e outra de cunho qualitativo dos desenhos e relatos obtidos, com o objetivo de propor uma explicação do conjunto de dados reunidos a partir de uma contextualização da realidade percebida.

Realizou-se análises intra-grupos, comparando-se os resultados do G1 e G2 com eles mesmos no pré e pós-testes. Além disso, realizou-se uma análise entre grupos, ou seja, do G1 com o G2 no pré e pós-teste, ou seja, antes a preparação e depois da mesma.

4.6.1 Análise de conteúdo verbal dos relatos da criança e das mães

As entrevistas com as crianças e as mães foram gravadas e analisadas segundo técnicas de análise de conteúdo de Bardin (1977), que se divide didaticamente em três fases: a pré-análise, a análise e o tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise pressupõe o contato inicial com o material e a escolha deste, realizando leituras exaustivas do mesmo. Este processo chama-se de “leitura flutuante” e consiste em “estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto” (Gabarra, 2005, p.32). Na fase de análise, os temas foram agrupados e posteriormente houve o tratamento dos dados e sua interpretação.

Assim, organizaram-se categorias e sub-categorias para cada item analisado, tanto para as falas das crianças como para as falas das mães.

4.6.2 Análise dos desenhos das crianças

4.6.2.1 Cálculo de acordo.

A fim de testar a fidedignidade do sistema de categorias elaborado após a análise dos dados obtidos com o relato verbal das crianças sobre os desenhos, foi realizado um cálculo de acordo entre juízes. Selecionou-se aleatoriamente uma amostra de 40 frases que incluiu pelo menos uma frase que representasse cada categoria. Estas frases foram encaminhadas a dois juízes experientes no tema para codificação. Após a avaliação e sugestões de reformulação do sistema de categorias pelos juízes, as 40 frases foram encaminhadas novamente para os mesmos juízes, a fim de garantir um melhor resultado para o sistema de categorias. Utilizou-se o cálculo de acordo obtido através da fórmula.

$$\frac{\Sigma A}{\Sigma A + \Sigma D} \times 100$$

A = Acordo

D = Desacordo

Este cálculo foi tomado emprestado do método observacional (Danna & Matos, 1996). Como resultado do cálculo obteve-se o equivalente a 82,5% de acordos. Este resultado indica que há confiabilidade das categorias elaboradas (Apêndice 10).

Embora a análise dos juízes seja imprescindível para a confiabilidade do sistema de categorias, é importante considerar que o juiz não tem o conhecimento do contexto do qual as frases foram retiradas, o que, por sua vez, é fundamental para a inclusão das mesmas nesta ou naquela categoria. Este fato pode explicar um índice de acordo menos próximo de 100%.

A análise dos desenhos se baseou na análise realizada no trabalho de Gabarra (2005), embora primeiramente foi realizada uma análise dos desenhos como propõe Fávero e Salim (1995). Nesta atividade, foram consideradas as seguintes características: existência ou não de cor, cor escolhida, presença ou ausência de detalhes presentes no desenho, tipos de traçado, tamanho em relação aos demais desenhos da mesma criança e em relação à própria folha, uso de régua e borracha, falas da criança durante a construção do desenho e posteriormente.

Em seguida, esses itens: tamanho, cor, qualidade do traçado, detalhes presentes no desenho e verbalizações – foram separados em cada faixa etária e em cada grupo de

preparação psicológica pré-cirúrgica, como forma de averiguar possíveis diferenças. O desenho solicitado, para cada criança, foi analisado e posteriormente foi comparado segundo os itens citados.

Assim, na análise do desenho considerou-se:

1. Tamanho;
2. Cor;
3. Qualidade da linha/traçado;
4. Detalhes presentes no desenho;
5. Verbalizações durante o desenho;

Desta forma, analisou-se o produto e o processo de construção do desenho. Isto é, foi considerado o processo de execução do desenho, a interação da criança com a pesquisadora, as falas que porventura, acompanharam ou desencadearam este movimento (S.M.C. Silva, 2002).

Conforme Oaklander (1980) deve-se incentivar as crianças a interpretar seus desenhos, e a interpretação dos mesmos deve ser levada em consideração, quando da análise dos mesmos, sendo um modelo que servirá de base para a análise dos dados.

No item dos detalhes presentes no desenho, Fávero e Salim (1995) propõem na sua categorização, presença e ausência de elementos constitutivos. Buscou-se seguir o modelo destas autoras, porém, elas trabalharam com desenhos solicitados de flor, pessoa e animal em situações distintas. Como na presente pesquisa houve uma história contada que resultou num desenho, houve uma variedade de desenhos, de acordo com a imaginação e a realidade da criança. Assim, optou-se por considerar a temática que foi escolhida pela criança, como por exemplo, figura humana e casa, animal e floresta, hospital e médico e analisar os detalhes presentes e ausentes nesta temática.

4.6.3 Análise da Escala de Stress Infantil

A experiência clínica mostra que, em áreas muito novas como a do estudo do stress infantil, o profissional necessita de medida de cunho quantitativo para poder ter maior confiança na análise dos dados e do quadro sintomatológico detectado.

Para tanto, Lipp e Lucarelli (2005) desenvolveram, com base no atendimento a dezenas de crianças, alguns critérios quantitativos para a avaliação do ESI, a serem utilizados

no diagnóstico do stress infantil. Segundo estes critérios, os dados obtidos através da escala foram avaliados.

Considerou-se que a criança avaliada tinha sinais significativos de stress quando apareciam círculos completamente cheios (pintados) em sete ou mais itens da escala total; a nota igual ou maior 22 pontos foi obtida no fator de **reações físicas**, ou seja, nos itens 2, 6, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 34, ou no fator de **reações psicológicas**, ou seja, nos itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 26 e 30.

Outro indicativo de stress dar-se-ia quando a nota igual ou maior que 21 pontos fosse obtida em qualquer dos fatores a seguir: **reações psicológicas com componente depressivo**, ou seja, nos itens 13, 14, 20, 22, 25, 28, 29, 32 e 35, e **reações psicofisiológicas**, ou seja, nos itens 1, 3, 9, 16, 18, 23, 27 e 33. Quando o valor total obtido foi maior do que 86 pontos também foi considerado um indicativo expressivo de stress.

Foi aplicada a estatística descritiva com o auxílio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15, como forma de caracterizar os participantes.

4.6.3.1 Caracterização dos participantes estudados no pré-teste e no pós-teste.

Através da estatística descritiva, fez-se uma caracterização geral dos participantes (sexo, idade, escolaridade, e tipo de cirurgia). Verificou-se a frequência das variáveis nominais e ordinais, e o desvio padrão, média e mediana das variáveis intervalares.

Esta primeira análise foi feita como forma de avaliar a homogeneidade dos grupos de preparação entre eles. Observam-se após a colocação dos dados no SPSS os seguintes itens: tipo de preparação realizada pelas crianças, a do grupo de informações ou a do grupo dos brinquedos; a idade das crianças, que variou entre 6 e 12 anos; a faixa de idade na qual estas crianças foram incluídas, seja dos 6 aos 8 anos, dos 9 aos 10 anos e dos 11 aos 12 anos; a escolaridade das crianças, que variou do 1º ao 6º ano; e o tipo de cirurgia realizada pelas crianças: adenoidectomia, amigdalectomia, hérnia inguinal, hérnia umbilical, postectomia e a junção da amigdalectomia e da adenoidectomia.

A análise quantitativa dos resultados objetivou fazer uma verificação da sensibilidade e do poder discriminativo dos itens, feito para verificar os diferentes graus de dispersão dos resultados. A apresentação dos dados foi feita através da média e desvio padrão, tendo em

vista a comparabilidade direta dos itens entre si. Houve uma distribuição geral das categorias, ocorrendo deste modo, homogeneidade das respostas, embora tenham ocorrido algumas dispersões.

Após o término desta avaliação, os dados foram analisados à luz de uma comparação inter grupos (para amostras pareadas) pré e pós-teste. Foram utilizados testes não paramétricos porque eles não fazem exigências quanto à distribuição dos dados. A estatística não-paramétrica foi utilizada para comparar dois os grupos de intervenção. A prova U de Mann-Whitney foi utilizada para determinar as diferenças entre as médias obtidas com a ESI, entre os grupos G1 e G2, tanto nos pré-testes como nos pós-testes. Por sua vez para a comparação e verificação de diferenças significativas em cada grupo entre os pré-testes e os pós-testes, utilizou-se o Teste Wilcoxon. Os resultados foram tratados quantitativamente entre os grupos, com medidas repetidas (pré-teste e pós-teste) e, em cada grupo entre o pré-teste e o pós-teste. Assim, dois conjuntos de dados foram pareados, oriundos, por exemplo, de um procedimento tipo antes-e-depois, como é o caso desta pesquisa, na qual, uma avaliação foi feita antes e depois da aplicação do programa de preparação pré-cirúrgica. Importante mencionar que o tamanho da amostra deste estudo pode prejudicar o cálculo de testes estatísticos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com a sua importância para responder aos objetivos da pesquisa. Deste modo, num primeiro momento, serão apresentados os resultados das análises estatísticas referentes à Escala de Estresse Infantil (ESI).

Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos com a primeira entrevista que foi realizada com as mães ou acompanhantes.

Num terceiro momento, serão apresentados os resultados obtidos com os desenhos confeccionados pelas crianças antes e depois da preparação, tanto no que diz respeito aos desenhos, como em relação ao relato verbal sobre os mesmos.

Em quarto lugar serão apresentados os resultados referentes às entrevistas das mães, realizadas após a preparação, dividindo-as conforme a preparação recebida por seus filhos.

Num quinto e último momento, serão apresentados os dados referentes à terceira entrevista realizada com as mães, após a realização da cirurgia, também dividindo-as conforme a preparação que tiveram seus filhos, com o objetivo de avaliar se houve diferença no pós-cirúrgico de acordo com a preparação que receberam.

5.1 Análise estatística da Escala de Stress Infantil

5.1.1. Reações apresentadas pelas crianças

Procurou-se avaliar todos os itens incluídos em cada tipo de reações avaliadas pelo ESI, como forma de observar a ocorrência ou não de disparidade nas respostas de um item para outro. A análise dos dados desta escala mostrou apenas um caso de dispersão, tanto no pré-teste como no pós-teste. Como isto ocorreu com apenas uma criança, teve-se o cuidado de identificá-la, com o intuito de averiguar na sua história, algum motivo que pudesse ter causado esta dispersão em relação às outras crianças. Constatou-se que se tratava de uma

menina de 6 anos, submetida a adenoidectomia, e que segundo relatos da mãe, teve um histórico familiar peculiar, o que pode resultar na dispersão ocorrida.

Avaliaram-se os participantes, tanto pré como pós-teste, de modo que pudessem ser verificadas diferenças no stress após a preparação psicológica pré-cirúrgica, como se observa na tabela 8.

Tabela 8. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes de acordo com o tipo de reações pré e pós-teste na amostra total

ESI	N	\bar{X}		DP		Mínimo		Máximo	
		Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pró- teste
RF	30	8,90	4,20	6,025	4,559	0	0	31	20
RP	30	11,60	8,57	6,468	5,513	3	0	23	22
RPCD	30	6,13	4,47	5,818	4,826	0	0	28	1
RPS	30	11,83	8,73	6,035	5,783	1	0	24	25
Estresse	30	38,47	25,97	16,015	13,405	9	5	88	70
Total									

ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

A tabela 8 mostra a distribuição da amostra total de acordo com os tipos de reações pertinentes à ESI – Escala de Stress Infantil, bem como, traz o resultado do estresse da amostra total. Constata-se uma diferença na média do estresse entre o pré e o pós-teste.

5.1.2. Descrição dos resultados de acordo com o grupo de preparação

Procurou-se, após a análise geral dos participantes, avaliá-los de acordo com o grupo de preparação do qual fizeram parte, tanto pré como pós-teste, de modo que pudessem ser verificadas diferenças no stress após a preparação psicológica pré-cirúrgica, como se observa nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes do G1 de acordo com os tipos de reações depois da preparação

ESI	N	\bar{X}		DP		Mínimo		Máximo	
		Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste
RF	15	7,00	3,33	2,952	3,063	2	0	14	10
RP	15	11,67	8,47	6,597	4,274	4	1	23	14
RPCD	15	6,60	3,73	7,278	4,788	0	0	28	18
RPS	15	10,67	8,93	5,551	6,386	4	2	24	25
Estresse	15	35,93	24,47	14,395	11,587	15	5	66	46
Total									

ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

Na tabela 9 nota-se uma diferença na média do estresse entre pré e pós-teste, no desvio padrão, mínimo e máximo obtidos no G1, de acordo com os tipos de reações avaliadas pela escala ESI, tanto no pré-teste como no pós-teste. Nota-se uma diferença na média do estresse entre antes da preparação e depois de sua realização para este grupo..

Tabela 10. Descrição das médias, desvios-padrões, mínimos e máximos obtidos com os participantes do G2 de acordo com os tipos de reações depois da preparação

ESI	N	\bar{X}		DP		Mínimo		Máximo	
		Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste	Pré- teste	Pós- teste
RF	15	10,80	5,07	7,664	5,663	0	0	31	20
RP	15	11,53	8,67	6,567	6,683	3	0	23	22
RPCD	15	5,67	5,20	4,082	4,916	0	0	14	16
RPS	15	13,00	8,53	6,459	5,330	1	0	24	20
Estresse	15	41,00	27,47	17,615	15,268	9	9	88	70
Total									

ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

Na tabela 10 nota-se uma diferença na média do estresse no pré e no pós-teste. Antes da preparação a média do estresse no G2 era de 41,00, reduzindo para uma média de 27,47 depois da preparação.

5.1.3. Comparação do G1 e do G2 entre o pré-teste e o pós-teste

Nesta etapa, os resultados obtidos através das avaliações realizadas antes e após os programas de intervenção são organizados e demonstrados através de tabelas, seguindo-se relatos elucidativos dos mesmos.

A seguir seguem-se as tabelas, nas quais se avalia uma variável independente e dois grupos (antes e depois).

Tabela 11. Comparação do G1 e G2 entre o pré-teste e o pós-teste

		RF	RP	RPCD	RPS	Estresse Total
G1	Z	-2,90	-2,07	-2,95	-1,22	-3,09
	P	,004	,038	,003	,220	,002
G2	Z	-3,02	-2,08	-,571	-3,30	-3,11
	P	,003	,038	,568	,001	,002

$p < 0,05$ (Teste Wilcoxon) ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

Como observado na tabela 11, houve diferenças significativas do pré para o pós-teste no G1, nos tipos das reações físicas, psicológicas e psicológicas com componente depressivo. Assim, no geral, verifica-se que a preparação recebida pelo G1 promove diferenças significativas na redução do estresse das crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

Quanto ao G2, houve diferenças significativas do pré para o pós-teste no G2, nos tipos das reações físicas, psicológicas e psicofisiológicas. Deste modo, no geral, verifica-se que a preparação recebida pelo G2 também promove diferenças estatisticamente significativas na redução do estresse das crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

A tabela 12 mostra sucintamente os dados que foram expostos acima sobre as diferenças existentes entre o pré-teste e o pós-teste em cada grupo, usando os valores das médias.

Tabela 12. Comparação dos grupos G1 e G2 entre o pré-teste e o pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	P
G1	35,93+/-14,395	24,47+/-11,587	,002
G2	41,00+/-17,615	27,47+/-15,268	,002

p < 0,05 (Teste Wilcoxon)

5.1.4. Comparação entre os grupos

A seguir segue-se a tabela, na qual se avalia uma variável independente e dois grupos independentes (G1 e G2).

Tabela 13. Comparação entre os grupos no pré-teste e no pós-teste

		RF	RP	RPCD	RPS	Estresse Total
G1	Mann-Whitney U	75,50	108,50	108,00	82,50	87,50
	Wilcoxon W	195,50	228,50	228,00	202,50	207,50
	Z	-1,54	-1,66	-1,88	-1,25	-1,04
	P	,123	,868	,851	,212	,299
G2	Mann-Whitney U	214,50	105,50	86,50	109,50	106,00
	Wilcoxon W	195,50	225,50	206,50	229,00	226,00
	Z	-,451	-,291	-1,10	-,146	-,270
	P	-123	,771	,271	,884	,787

p < 0,05 (Teste Mann-Whitney U) ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

A tabela 13 mostra que não houve diferença significativa entre os grupos no pré-teste. Portanto, foi possível comparar os escores da ESI pré e pós-teste, pois os grupos se mostraram homogêneos para as variáveis escolhidas.

Quanto ao pós-teste, também não houve diferença significativa entre os grupos no pós-teste. Deste modo, constatou-se que quando se verificam o pré-teste e o pós-teste entre os grupos de participantes, não há diferença significativa nos resultados.

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

A fim de uma visualização geral do exposto acima, procurou-se fazer uma tabela que se propôs a analisar os dois diferentes grupos de preparação nas diferenças obtidas no pré-teste e no pós-teste, para cada tipo de reação (Teste Wilcoxon), bem como comparar, os dois grupos entre si, também para cada tipo de reação (Prova U de Mann-Whitney).

Tabela 14. Comparação entre os grupos tanto no pré-teste como no pós-teste

ESI	G1	G2	U
	Z		
RF	0,04	0,03	0,451
RP	0,38	0,38	0,771
RPD	0,03	0,568	0,271
RPS	0,220	0,01	0,884
Total	0,02	0,02	0,806

$p < 0,05$ e muito significativa para $p < 0,01$ ESI: Escala de Stress Infantil. RF: Reações Físicas. RP: Reações Psicológicas. RPD: Reações Psicológicas com componente depressivo. RPS: Reações Psicofisiológicas.

De acordo com a tabela 14, podem-se comparar os resultados entre os grupos para cada tipo de reações. A tabela mostra que ambos os tipos de preparação realizados no G1 e no G2 apresentam resultados significativos na redução do estresse em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Nota-se que há diferença entre o pré-teste e o pós-teste, independente do grupo de preparação a que as crianças foram submetidas. Então, ambos os procedimentos são eficazes, ou seja, diminuem o stress.

Pode-se observar que nos dois grupos (G1 e G2), houve diferença significativa em três dos quatro tipos de reações. No G1 o tipo de reações que não obteve diferença significativa foi o grupo das reações psicofisiológicas. Por outro lado, pode-se notar que no G2 o tipo reações que não obteve diferença significativa foi o grupo das reações psicológicas com componente depressivo.

Embora tenham ocorrido estas diferenças nos tipos de reações, constatou-se que no que diz respeito ao Estresse geral, é correto dizer que houve diferenças significativas na redução do estresse do pré-teste para o pós-teste em decorrência da realização de preparação psicológica pré-cirúrgica.

Do mesmo modo, pode-se perceber que não há diferença significativa entre os grupos, no que se refere à redução do estresse do pré-teste para o pós-teste. Isto permite dizer que um grupo não se mostrou mais eficiente que o outro, ou seja, ambas as formas de preparação são eficazes na redução do stress da criança.

5.2 Análise dos relatos das mães na primeira entrevista

Esta entrevista teve suas respostas baseadas em alguns eixos norteadores, a serem citados e descritos abaixo, juntamente com os elementos provenientes destes eixos.

5.2.1. Experiência com cirurgia

Este eixo temático refere-se a experiências prévias das crianças relatadas pelas mães, no que diz respeito a internações e cirurgias anteriores, e obtiveram-se tais resultados:

Constatou-se que mais da metade dos participantes, mais especificamente, 26 crianças passavam por sua primeira cirurgia, sendo que 14 delas também nunca haviam sido internadas e as demais já haviam passado por algum tipo de experiência com hospitalização. Menos da metade das crianças já haviam sido internadas por outros motivos tais como: pneumonia, febre, infecções intestinais, gripe, ou acidentes, embora esta fosse a sua primeira cirurgia. Dentre estas crianças, uma delas havia internado anteriormente para fazer a mesma cirurgia, mas como teve febre, a cirurgia foi cancelada e para tanto, a criança estava em sua segunda internação, mas em sua primeira cirurgia. Apenas duas crianças já haviam passado por várias internações, sem conseguirem relatar um número exato para as mesmas. Pôde-se verificar também que três crianças faziam sua segunda cirurgia, sendo que duas delas estavam sendo internadas também pela segunda vez, e uma delas já havia passado por várias internações. Apenas uma criança estava em sua terceira cirurgia e internação.

Deste modo, verificou-se que a maioria das crianças que participaram desta pesquisa estava em sua primeira cirurgia, o que indica que não passaram por nenhuma experiência de preparação pré-cirúrgica.

5.2.2. Reações dos pais

Este eixo temático refere-se ao impacto que a necessidade da cirurgia causou nos pais das crianças:

- **Expectativa da cirurgia:** menção à história da doença, com relatos dos sintomas dos filhos, sendo a cirurgia a “única saída” para o problema. Muitas vezes, o tempo de espera para a cirurgia é excessivo, o que gera grande expectativa em toda família, conforme relato da mãe que diz: *“A gente ta só esperando a hora da cirurgia, porque este menino ta com este problema já tem dois anos... imagina a dor que ele deve sentir”*. Dois terços dos pais entrevistados relataram expectativa em relação à cirurgia.

- **Estresse:** mais da metade dos pais entrevistados mencionaram o estresse. Alguns relatos focaram experiências anteriores mal-sucedidas, o que faz com que os familiares fiquem, segundo as mães, assustados, nervosos, encarando a experiência como bastante difícil. Para algumas mães, a descoberta do problema e conseqüente cirurgia, mesmo sem experiência prévia negativa, causaram impacto aversivo, relatando ter sido um choque. *“Pra gente foi um choque né, afinal ele é o nosso bebê, chorei muito quando soube, acho que até me deu uma depressão...”*

- **Preocupação:** sugere um medo frente ao desconhecido, ou a alguma complicação, o que gera ansiedade. Mais da metade dos pais demonstraram preocupação. *“Fico preocupada, assim, que dê alguma coisa errada, sei lá... to mais ansiosa que ele... quando eu vi o problema me apavorei...”*

- **Tranqüilidade:** sentimento de confiança em relação a cirurgia, seja por ter se informado que a cirurgia é simples, seja por confiar no médico ou em Deus, e acreditar que é uma necessidade para o bem do filho. Menos de um terço dos pais relataram tranqüilidade. *“Eu sei que vai ser melhor pra ela... depois é coisa simples... não tem motivo pra me preocupar...”*

Verificou-se que mais da metade dos pais demonstraram **preocupação** e **estresse** como primeira reação após saberem da necessidade de cirurgia. Esta preocupação se devia em grande parte ao medo de ocorrer alguma complicação durante a cirurgia. *“Ah sei lá, a gente*

fica preocupada, porque cirurgia é sempre cirurgia né”? Seja por ter visto o problema e ter tomado consciência da gravidade do mesmo, pelo fato de ser a segunda vez que a criança seria submetida à mesma cirurgia, ou por crenças, tais como, crer que o filho estava passando por tal situação pelo fato de ter freqüentado uma benzedeira, a qual havia cobrado por seus serviços.

As mães que relataram o **estresse**, o fizeram relatando a experiência como sendo *“muito difícil”*. Duas mães relataram que os filhos tiveram experiências anteriores mal sucedidas com cirurgia, o que as deixava neste momento, muito ansiosas, sendo que uma delas relatou estar mais ansiosa que o próprio filho. Uma mãe relatou ter depressão, fato este que a deixava mais vulnerável para que ficasse *“assustada com a situação”*.

Observou-se que a maioria dos participantes (19) relatou problemas em relação à **espera para a cirurgia**. Mencionaram que entre a descoberta da necessidade da cirurgia e a realização da mesma, passou-se um tempo considerável, ocasionando dores e dificuldade para respirar no caso de cirurgias de adenóide, o que aumentou a "angústia" tanto dos familiares como da criança. A história da descoberta da doença e conseqüente cirurgia foram relatadas por 11 entrevistadas, as quais viam a cirurgia como a *“única saída”* após tentativa de vários outros tratamentos. *“A gente descobriu este problema tem dois anos já, aí a gente tentou com medicação, mas foi piorando só...até que o médico disse que ia ter que operar, mas foi difícil conseguir vaga....já era pra ele ter operado há um ano já...”*

Pôde-se constatar que 9 mães se consideraram **tranqüilas**. Uma justificou sua calma por ser filha de médico, e estar acostumada com estes assuntos, em contrapartida, outra mãe falou que experiências anteriores com hospitalização a tranqüilizaram. Verificou-se que 3 destas mães mantiveram-se calmas por terem se informado anteriormente sobre a cirurgia, considerando-a simples e como uma *“necessidade para o bem”*. Dentre as mães, 4 mostraram-se confiantes, além de estarem calmas, sendo que uma atribuiu esta confiança ao médico e as outras atribuíram a confiança a Deus. *“Eu confio muito em Deus, e foi o que disse pra ela... ter fé em Deus que ele sabe o que faz...”*

No entanto, destacou-se que predominou nos pais e mães, a preocupação e o estresse, por motivos os mais diversos, sendo que foram poucas mães que se consideraram calmas em relação a cirurgia.

5.2.3. Reações dos filhos

Este eixo temático refere-se ao impacto que a necessidade da cirurgia causou nas crianças, conforme a percepção das mães:

- **Medo:** insegurança frente ao desconhecido, relatada por mais da metade das crianças. Os objetos tais como agulha, soro e experiências com dor, sangue, corte e separação da mãe são relatadas pelas crianças com demonstração de muito medo. *“Ela ficou com muito medo, perguntando se ia morrer e falando que queria que eu fosse junto na hora da cirurgia... é que ela nunca operou né? Fica difícil de entender...”*

- **Ansiedade:** sintomas que os filhos apresentaram antes de internar, devido ao fato da hospitalização, seja por experiências prévias ou por não saberem nada. Metade das mães relatou a ansiedade de seus filhos. *“Dois dias antes de internar ela vem falando que ta com dor de barriga.. puro nervoso dela, ta mais quieta... disse que quer ir de uma vez...”*

- **Tranqüilidade:** menos de um terço das mães informaram que seus filhos estavam calmos e despreocupados. O motivo da tranqüilidade diz respeito ao ganho que terão com a cirurgia. *“Ela sabe que vai ficar com a voz bonita, por isso ta bem tranqüila... sabe que vai ser rápido e já vai pra casa...”*

- **Felicidade:** menos de um terço das mães mencionaram a felicidade dos filhos, por diversos motivos, seja por faltar aula, por conhecer o centro cirúrgico ou por saber que vai melhorar. *“Ele ta feliz, porque agora ele diz que vai virar ‘hominho’ de verdade”.*

- **Aceitação:** menção às crianças que não questionaram a cirurgia, concordando em fazê-la sem nenhuma manifestação. Poucas mães deram esta resposta. *“Meu filho é inteligente, ele sabe que tem que fazer e pronto”.*

- **Dúvida:** manifestação por parte de menos da metade das crianças, conforme as mães, de curiosidades a respeito do ato cirúrgico, sendo que algumas destas crianças relataram que não queriam fazer a cirurgia. *“Ela ta achando tudo muito legal aqui, mas quando falo que é uma*

cirurgia e explico, ela fica perguntando por onde é feita a cirurgia... e quando eu falo ela diz que não quer fazer...”

Dentre as entrevistadas, 15 relataram que seus filhos demonstraram **ansiedade** ao saber da cirurgia. Dentre os motivos para tal ansiedade, estão: o conhecimento de experiências anteriores mal-sucedidas com cirurgia, seja experiência própria, ou de algum conhecido. Outro motivo é o fato de não saber nada sobre o procedimento ou não gostar do médico. Segundo as mães, em decorrência da situação, as crianças apresentavam-se nervosas, “*mais quieto*”, “*meio estranho*”, ocorrendo até mesmo dor de barriga e enjôos devido à cirurgia. “*Ele disse que não foi com a cara do médico, porque ele não explicou muito sabe... foi bem seco com ele... nem parece que é médico de criança...*”

Constatou-se que 16 crianças demonstraram **medo**, como reação à cirurgia. Verificou-se que 5 crianças tiveram medo de separar-se da mãe durante a cirurgia, mais do que propriamente o medo do ato cirúrgico. Outros medos que ocorreram em menor proporção referem-se à agulha, soro, corte, dor, sangue, medo de morrer e medo do que vai acontecer. “*O maior medo dele é que eu não posso entrar com ele... mas eu expliquei que não posso, senão eu até ia...*”.

Observou-se que 6 crianças encontravam-se **tranqüilas** frente à cirurgia. Duas crianças devido ao fato de terem tido experiências prévias e, conforme as mães, já terem “*acostumado com a idéia*”. Outros relatos remetem-se ao fato de acreditarem que ficariam mais bonitas após a cirurgia, no caso de cirurgia de hérnia, ou por saberem que a voz voltaria ao normal no caso de cirurgias de amigdalectomia.

A **felicidade** foi mencionada como sentimento predominante frente à realização da cirurgia, por 7 crianças, por tais motivos: “*vai virar hominho*” (em caso de cirurgia de postectomia), “*não gosta do umbigo dela*” (em caso de cirurgia de hérnia), por saber que melhoraria logo, por ter a oportunidade de conhecer o centro cirúrgico, por faltar aula e até mesmo devido à chantagem que os pais fizeram para convencerem a criança a fazer a cirurgia, prometendo-lhe algo em troca. “*Pra ele aceitar vir pro hospital... tive que prometer que vou dar um videogame pra ele, se não não vinha... da outra vez que a cirurgia foi marcada... não teve Cristo que o trouxesse pro hospital...*”

Algumas crianças **aceitaram** a cirurgia, sendo tal fato justificado pelas mães, por conversas tidas anteriormente, e crenças de que “*tudo daria certo*”. Vale ressaltar que 5 crianças relataram não aceitação à cirurgia, alegando que não queriam fazê-la.

Frente ao ato cirúrgico, algumas crianças questionaram a cirurgia, demonstrando **dúvidas**, e dentre as mais frequentes está a pergunta sobre onde ficaria a mãe no momento da cirurgia. Outras dúvidas referiram-se: ao local do corte, à administração de remédios antes da cirurgia, e à existência ou não de dor. *“Por que a minha mãe não pode ir junto? Onde ela vai ficar?”*.

Notou-se que algumas crianças, conforme o relato das mães, ficaram tranquilas e felizes frente a cirurgia, aceitando-a bem, no entanto, pôde-se averiguar que mais da metade das crianças ficaram ansiosas, com medo, e apresentaram várias dúvidas relacionadas à situação.

5.2.4. Informações

Este eixo temático diz respeito a tudo o que as mães falaram para seus filhos sobre como seria a cirurgia, de acordo com os conhecimentos delas, ou seja, na maioria dos casos, baseados em como elas acreditavam que seria. Dentro deste eixo, pode-se observar que 12 mães não forneceram informações a seus filhos e 18 o fizeram.

- **Não forneceu informações:** refere-se às mães que relataram durante a entrevista o não fornecimento de informação, seja para evitar o estresse do filho, ou por acreditar que seria melhor o filho ficar sabendo apenas no dia da cirurgia, através da equipe da enfermagem ou do médico. 12 mães consideraram melhor não fornecer informações a seus filhos. *“Ah, eu não dei nenhum detalhe não, senão ela vai fazer um escândalo neste hospital”*.

- **Preparação:** informações que as mães deram aos filhos, que além de transmitir informações, foram preparando-os para a cirurgia. 18 das 30 mães entrevistadas de alguma forma forneceram aos filhos informações preparatórias. *“Eu falei pra ele que tem um cheirinho e tem um remedinho que faz com que ele não sinta nada, falei que eles colocam um cano na boca e depois ele vai dormir melhor... acho que ele entendeu...”*

- **Tranqüilizar:** informações que as mães deram aos filhos com o intuito de tranqüilizá-los, além de informá-los em relação ao procedimento cirúrgico, independente de qual fosse. *“Falei né... que não precisa ter medo, que eu vou estar aqui esperando, que é melhor ele fazer pra não piorar, que ele vai acordar no quarto já... e que vai dar tudo certo”*.

- **Preparação pela equipe:** relatos que se referem às crianças que já tinha informações prévias sobre a cirurgia, sejam elas, obtidas pelo médico nas consultas anteriores à cirurgia, ou por meio de parentes que trabalham na área da saúde ou que já passaram por esta experiência. *“A tia dele é enfermeira, e explicou tudo pra ele... aí fica bom, porque ela sabe o que está dizendo... ela nos trouxe algumas clarezas, de alguns pontos obscuros que tínhamos”*. 11 mães relataram que os filhos tiveram este tipo de preparação, além da sua própria preparação informal.

- **Necessidade de explicar:** refere-se às mães que consideraram imprescindível a explicação sobre a cirurgia tanto para elas como para seus filhos. 5 mães relataram e enfatizaram a necessidade de explicação para a cirurgia, e demonstraram o quão consideraram importante que seus filhos tivessem informações prévias sobre o procedimento a que seriam submetidos. *“Ah... ele tá todo apavorado, o tio dele assustou, disse que iam pegar uma furadeira pra botar na boca dele... tadinho... tá bem nervoso... tem que explicar mesmo...”*

No que diz respeito às informações dadas pelas mães a seus filhos, constatou-se que muitas mães, à medida que transmitiram as informações, já os prepararam. Esta **preparação** incluiu na maioria dos casos, informações sobre o remédio para dormir. Outras informações elucidadas diziam respeito ao pijama do hospital, anestesia (cheirinho), corte, e ao cano na boca. Estas informações eram transmitidas às crianças por meio de uma conversa informal, na qual seus pais explicavam sobre o hospital, onde teria muitas outras crianças para fazer a cirurgia, que esta seria simples, e seria muito melhor fazê-la. Em casos de cirurgia de postectomia, as mães mostraram o problema, informando que acabaria o mau cheiro. Em casos de hérnia, foi explicado que teria corte. Em casos de amigdalectomia, foi explicado que seriam retirados *“negócios da garganta”*. Em casos de cirurgia de adenoidectomia, foi explicado que respirariam melhor, evitariam inflamação, *“vai comer melhor e parar de roncar né?”*.

Verificou-se que 11 mães, além de informar, preparando seus filhos, os **tranqüilizaram**, com afirmações positivas. Em sua maioria, as frases mais usadas foram: *“Melhor fazer pra não piorar”*. Outras frases utilizadas, em menor proporção foram: *“Vai dar tudo certo”*, *“Não precisa ter medo”*, *“Não vai ver nada”*, *“Vou estar te esperando”*, *“Não vai doer”*, e *“Vou estar aqui do lado de fora”*. Constata-se um interesse das mães em tranqüilizar

seus filhos, por meio de palavras utilizadas no senso comum, mas que segundo elas surtem resultados para seus filhos.

Por outro lado, 12 crianças **não receberam informações** de nenhuma ordem. Estas mães consideraram seus filhos incapazes de compreender o problema e a cirurgia, optando por não falar nada, como forma de evitar qualquer estresse, e por acreditarem que saber no dia da cirurgia, quando a criança já estivesse internada, seria a melhor escolha. *“Ah eu só falei hoje de manhã que ele vinha pro hospital e da cirurgia mesmo só vai saber agora que tu vai falar, senão era só amanhã na hora”*.

Pôde-se constatar que alguns médicos preocuparam-se em informar seus pacientes sobre o ato cirúrgico nas consultas preliminares. Duas crianças tiveram informação anterior por meio de parentes que trabalhavam na área da saúde, além de receber a **preparação pela equipe**.

A **necessidade de explicar** a cirurgia ficou evidente durante a entrevista com 5 mães, as quais relataram que seus filhos precisavam ter informações sobre a cirurgia a que seriam submetidos. Elas informaram também que tentaram explicar algo a seus filhos, mas que nem mesmo elas possuíam informações corretas a respeito. Deste modo, afirmaram também a necessidade de explicação para si próprias, de modo que não informassem seus filhos baseadas, em *“achismos”*. *“Eu até queria ter passado informações pra ele... mas nem eu sei... faço o quê?”*.

Pôde-se perceber que a maioria das mães tentou, de alguma forma, preparar, informar e tranquilizar seus filhos, no entanto, muitas vezes esta explicação não é suficiente para esclarecer à criança o que iria acontecer. Isto porque nem todas as crianças tiveram preparação médica, e porque nem sempre as mães têm informações precisas para transmitir a seus filhos. Deste modo, algumas delas elucidaram a importância e necessidade de explicação, tanto para as crianças como para os respectivos pais e/ou acompanhantes.

5.3 Análise do relato verbal relacionado aos desenhos das crianças

5.3.1 Análise dos relatos verbais

Elaborou-se, num primeiro momento, um único sistema de categorias para os dois grupos, tanto para os desenhos do pré-teste, como para os desenhos do pós-teste.

Num segundo momento, os relatos foram divididos de acordo com a preparação que foi recebida pelas crianças, bem como, de acordo com as diferenças encontradas no pré e pós-teste. Esta divisão foi realizada a fim de comparar o stress, a ansiedade e os sentimentos das crianças que receberam preparação psicológica.

Segue abaixo o sistema de categorias construído a partir do relato verbal das crianças, com suas respectivas definições.

Medo: Categoria que inclui respostas às situações consideradas como ameaçadoras. Pode traduzir-se em idéias e pensamentos ocultos, tomados por uma sensação de terror que a criança pode desenhar ou verbalizar. Pode traduzir receios de uma situação real (medo do sofrimento advindo de procedimentos realizados no contexto hospitalar, medo de agulha, de soro), envolver alguma experiência vivida (medo de perder a possibilidade de subir em árvores, de não poder mais segurar peso), ou ainda, outras sensações vagas de medo, como aqueles advindos de fantasias (medo de ficar num quarto escuro).

A categoria **medo** ocorreu em dois terços dos participantes no período antecedente à preparação, havendo uma diminuição de sua ocorrência, para aproximadamente um terço das crianças no período posterior. Antes da preparação este medo foi relatado pelas crianças, em relação à agulha, à injeção, ao soro, ao corte, medo de correr risco de vida, medo de ir para o centro cirúrgico e de não sair mais do hospital. O medo mais relatado pelas crianças traduz-se na separação da mãe, a qual não acompanha a criança no ato da cirurgia.

“Eu tenho medo assim, de correr risco de vida... e que dê alguma coisa errada, e eu não acordar mais”.

O medo diminui após a preparação, independente de qual preparação foi realizada, mas ainda ocorre, mesmo que em menor proporção. No pós-teste, as crianças referem-se principalmente ao medo da dor, o qual é real, e novamente, ao medo da ausência da mãe.

“O elefante ficou com mais medo depois que foi pro Centro Cirúrgico, porque ele não conhece ninguém lá... e não sabe como é lá... e a mãe dele não vai poder ir junto... pra ficar com ele né...”

Fuga: Diz respeito a comportamentos que as crianças emitem para livrar-se da situação que provoca ansiedade ou do próprio hospital. Para isso, agem de várias maneiras,

como por exemplo: escondendo-se, fugindo do hospital, praticando auto-agressão, como “afogar-se no mar” ou agressão ao outro, “xingando as enfermeiras”. Essa agressividade é entendida como uma maneira que a criança encontra para expressar seu descontentamento seja, em relação ao ambiente inóspito no qual se encontra ou para defender-se dos sentimentos de insegurança e medo que a colocam em situação de risco constante.

A categoria **fuga** apareceu em quase metade dos participantes antes da preparação, aumentando sua ocorrência no depois, para pouco mais da metade dos participantes. Percebeu-se que o aumento da categoria fuga, ocorreu no G1, visto que no G2, a ocorrência diminuiu do pré para o pós-teste. Logo, no geral sua ocorrência aumentou, mas isto se deve ao aumento ocorrido no G1.

Tanto no pré como no pós-teste esta fuga foi expressa com relatos que demonstram vontade de ir para casa, como forma de fugir do hospital, e não fazer a cirurgia.

“O elefante não vai pro hospital, ele vai fugir e ninguém mais vai achar ele... ele não vai fazer”.

No que diz respeito à categoria fuga, não há diferenças consideráveis nos relatos das crianças, entre os momentos antecedentes e posteriores à preparação.

Felicidade: Considera-se os comportamentos em que as crianças demonstram ter percepções favoráveis em relação ao ato cirúrgico, seja por interesse em conhecer o hospital e o centro cirúrgico, seja pelas conseqüências do ato cirúrgico, o qual propiciará melhora em relação ao problema, e possíveis conseqüências, tais como poder tomar sorvete, ou até mesmo, ganhar um presente em troca da aceitação em fazer a cirurgia (barganha).

A categoria **felicidade** apareceu em pouco menos da metade das crianças nos momentos que antecederam a preparação, e teve um aumento na sua ocorrência depois da preparação. Percebeu-se que o aumento se deu nos dois grupos, tanto no G1 como no G2, e constatou-se pouca diferença de um para outro. Sendo assim, as duas formas de preparação proporcionaram um aumento de sua ocorrência.

Percebeu-se que a felicidade aparece nas crianças antes da preparação pelos seguintes motivos: por poder conhecer o hospital e o centro cirúrgico, por resolver um “*problema*”, por voltar a falar normal (nos casos de adenoidectomia), e pela vontade de “*melhorar logo*”.

“Eu to muito feliz, porque a minha vó disse que agora sim eu vou virar ‘hominho’...”.

Por outro lado, após a realização da preparação, os relatos fizeram menção em sua maioria à felicidade por poder voltar pra casa e voltar a brincar com os amigos, salientando que estes relatos ocorrem após a criança afirmar que a cirurgia teve êxito. Outros relatos fizeram menção à felicidade por ganharem uma recompensa após a realização da cirurgia, e por terem gostado da atividade de preparação psicológica pré-cirúrgica.

“Hoje ele ta feliz, porque ele já operou, não tem mais problema de hérnia, e sabe que é melhor pra ele. Agora ele já vai pra casa, vai poder comer e jogar futebol...”

Culpa: Pode-se considerar como culpa o sentimento que as crianças apresentam quando julgam terem se comportado de forma inadequada. A doença é vista como castigo, punição. Compreende conteúdos que denotam que as crianças apresentaram comportamentos anteriores à internação que desagradaram de certa forma, a seus pais, tais como, comer pouco ou desobedecer à mãe.

A categoria **culpa** apareceu em apenas 5 crianças no período que antecedeu a preparação, ocorrendo uma pequena diminuição de sua ocorrência para apenas 3 crianças após o feitiço da preparação.

Antes da preparação a culpa refere-se a comer demais e a faltar com a obediência à mãe, fato este que levaria à necessidade da cirurgia.

“Ele se danou... porque a mãe dele falou pra ele não ir longe... ele foi... quebrou a perna e agora tem que operar... bem feito...”

No período posterior à preparação, as crianças referiram culpa por não obedecer às orientações médicas, e para tanto, estavam sofrendo as conseqüências decorrentes desta desobediência.

“Ele não fez o que o médico disse, foi burro... agora tem que operar... agora vai aprender”.

Dúvida: Inclui respostas que denotam curiosidade expressa através de questionamentos, frente ao desconhecido. Sendo assim, elas demonstram incertezas frente ao problema, ao procedimento, a frequência da ocorrência de cirurgias iguais as suas e as reações pós-cirúrgicas.

A categoria **dúvida** ocorreu em metade das crianças no período antecedente à cirurgia, havendo uma diminuição de sua ocorrência para apenas 5 crianças. Antes da preparação, estas dúvidas são referidas pelas crianças como sendo em relação a: saber se vai dormir, saber se os pais estão preocupados, saber como é feita a cirurgia e saber sobre a frequência com que a cirurgia a que seria submetida era realizada.

“A única coisa que eu queria saber é como é feita esta cirurgia de hérnia... e se tem muitas crianças que operam disso...”

Do mesmo modo, após a preparação, as crianças ainda possuem dúvidas, e estas se referem a: quando vai poder comer, se vai sentir dor, o tempo de duração da cirurgia e sobre quem assistiria a cirurgia.

“Eu gostaria de saber quem vai estar lá na sala de cirurgia pra ver... você vai estar lá?”

Ansiedade: Diz respeito a comportamentos que as crianças emitem frente a uma ameaça desconhecida, que inclui sensação interna, vaga ou conflituosa. Caracteriza-se por um sentimento difuso e desagradável de apreensão, frequentemente acompanhado por dor de cabeça, tremores, palpitação, choro, nó na garganta e aperto no peito. Normalmente este sentimento foi expresso pelas crianças com o uso de palavras, tais como, preocupado, nervoso, tenso e angustiado.

A categoria **ansiedade** ocorreu em mais da metade das crianças, e ocorreu uma diminuição de sua ocorrência para menos de um terço delas.

Antes da preparação as crianças relataram esta ansiedade, utilizando palavras tais como: preocupação, confusão, nervosismo. Além disto, as crianças relataram sensações provenientes desta ansiedade, como enjôo e palpitações.

“O elefantinho ta pensando agora, nervoso... preocupado, e confuso com a cirurgia que ele vai fazer”.

Após a preparação, embora tenha ocorrido uma diminuição da ansiedade, os relatos das crianças permanecem os mesmos, acrescidos de palavras tais como: *“tremedeira”, “falta de sono”* e *“desmaios”*.

“Quando eu cheguei aqui me deu uma tremedeira, uma dor na minha cabeça... acho que é nervoso mesmo... pensei que ia desmaiar”.

Tristeza: Essa categoria agrupa respostas que denotam um descontentamento da criança por imaginar que não poderá desempenhar suas atividades de rotina, como brincar, fazer os deveres da escola e ter dado preocupação aos familiares.

A categoria **tristeza** ocorreu em mais da metade das crianças e diminuiu consideravelmente para apenas 2 crianças. Antes da preparação esta tristeza foi relatada por faltar na escola, por sofrer algum tipo de retaliação, e por acreditar que está doente.

“Ele ta muito triste, porque vai ter que ir pro hospital... sei lá... é sinal de doença né, pode ser que não volte a mesma coisa”.

Após a preparação, apenas duas crianças se consideraram tristes. Uma o fez por não poder ir à escola por alguns dias, e a outra não declarou o motivo de sua tristeza, apenas afirmando que o estava.

“Eu não to gostando muito porque faltei na aula hoje e amanhã vou faltar de novo. Eu gosto de ir pra aula e fico triste quando tenho que faltar, depois atrasa as matéria porque não consigo copiar tudo”.

Negação: Categoria que se caracteriza por comportamentos de não admitir a realidade da cirurgia, seja por medo ou outro motivo. As crianças vivenciam uma realidade que não aceitam, como se a mesma não existisse, relatando comportamentos tais como dormir, ou, não compreender a necessidade de cirurgia.

A categoria **negação** ocorreu em um terço das crianças, e não ocorreu após a preparação da cirurgia, podendo-se afirmar que independente da preparação que foi realizada, a negação diminuiu, após a mesma. Esta negação é relatada como forma de não aceitar nem o medo e nem a necessidade da cirurgia.

“Ele nem vai operar... o médico vai dizer que ele não precisa mais...”

Confiança: Agrupa respostas que denotam otimismo em relação ao procedimento cirúrgico, pelo fato de confiar nas pessoas que terão ou tiveram participação no processo de internação, seja a mãe, o médico, a equipe, algum parente ou Deus.

A categoria **confiança** foi destacada por 4 crianças antes da preparação. Porém, após estarem preparadas, nenhuma criança fez menção à confiança. As crianças que o fizeram antes, direcionaram esta confiança a Deus e ao médico responsável pela cirurgia.

“Ele gostava um monte do médico, que fazia um monte de coisa legal com ele... ele até contou um segredo pro médico, que eu não vou te contar porque era segredo, e nem eu sei, porque era segredo só dos dois... e o médico era bom de verdade, ia fazer tudo certinho nele...”

Conhecimento sobre a cirurgia: Agrupa respostas que expressam a existência de informações sobre o procedimento antes da ocorrência do mesmo, bem como, a demonstração por parte das crianças de interesse em obter conhecimentos sobre os procedimentos a que seriam submetidas, em virtude de chegarem ao hospital sem conhecimento prévio sobre o procedimento. Assim, a categoria engloba respostas referentes à vontade de saber, bem como a expressão de crianças que não querem saber.

Esta categoria permite identificar quais informações estas crianças possuem quando são hospitalizadas, o que elas pretendem saber sobre sua cirurgia, se é que elas pretendem saber algo sobre a mesma. Observou-se que mais da metade das crianças têm vontade de ter informações sobre a cirurgia a que seriam submetidas. Estas crianças demonstraram-se bastante interessadas, e para tanto, já tinham algumas informações prévias, as quais conseguiram por meio de parentes, do médico, da equipe de enfermagem ou com algum conhecido que já havia passado por esta experiência anteriormente. Apenas 5 crianças relataram que não queriam saber, e 8 crianças referiram que não obtiveram nenhuma informação, e que não tiveram nenhum conhecimento prévio sobre o procedimento a que seriam submetidas.

“Eu não quero saber nada, e quando minha mãe tenta falar eu tapo meus ouvidos e faço de conta que não é comigo...”

Vale ressaltar que esta categoria ocorreu apenas nos desenhos confeccionados no momento anterior à preparação psicológica.

Explicação da cirurgia: Agrupa respostas referentes às percepções das crianças sobre a cirurgia antes da ocorrência da mesma, e após receberem as explicações, bem como, as

formas de sentir e agir das crianças em relação às mesmas. Inclui comentários com os colegas de quarto e seus pais, fazendo referência ao que aprenderam.

Esta categoria ficou evidente apenas após a preparação para a cirurgia, visto que engloba relatos das crianças referentes à mesma. Pouco menos da metade das crianças fizeram alusão à preparação. Dentre as que fizeram, uma criança relatou ser melhor não ter recebido as informações, as demais relataram que ficaram mais calmas após a preparação, mencionaram ter gostado bastante e compartilharam as informações recebidas com a mãe e com os colegas do quarto, assim que voltaram para o mesmo.

“Eu to achando tão legal isto que tu ta fazendo comigo... pelo menos agora eu sei que a cirurgia é feita pela boca e não vai doer...”

Reações Positivas: Diz respeito às percepções favoráveis que as crianças têm, após a preparação, tanto no que se refere ao hospital, à internação, como, ao procedimento cirúrgico em si e suas conseqüências, tais como dor, recuperação e presença da rede de apoio.

Após receberem as informações, mais da metade das crianças tiveram boas reações em relação ao que ficaram sabendo, seja em relação à cirurgia em si, à recuperação, a dor, ao curativo, à anestesia e à rede de apoio. Estas crianças estavam mais tranqüilas em relação ao procedimento e a tudo que a ele estava relacionado.

“Agora só resta ele se recuperar pra voltar pra casa, mas é rápido, já está bom e logo vai passar a dor e já vai poder estar brincando...”

A seguir, segue o sistema de categorias dividido nos dois grupos de preparação, comparando-se o antes e o depois da mesma. Procurou-se quantificar o número de vezes que cada categoria aparecia em cada grupo, com o intuito de perceber as diferenças entre os dois grupos.

Grupo 1				Grupo 2			
Pré-Teste		Pós-Teste		Pré-Teste		Pós-Teste	
<i>Categoria</i>	<i>F/R*</i>	<i>Categoria</i>	<i>F/R*</i>	<i>Categoria</i>	<i>F/R*</i>	<i>Categoria</i>	<i>F/R</i>
Medo	11	Medo	07	Medo	09	Medo	03
Fuga	06	Fuga	10	Fuga	08	Fuga	06
Felicidade	04	Felicidade	07	Felicidade	07	Felicidade	08
Culpa	01	Culpa	01	Culpa	04	Culpa	02
Dúvida	06	Dúvida	05	Dúvida	08	Dúvida	05
Ansiedade	08	Ansiedade	06	Ansiedade	09	Ansiedade	02
Tristeza	08	Tristeza	01	Tristeza	08	Tristeza	01
Negação	06	-	-	Negação	04	-	-
Confiança	02	-	-	Confiança	02	-	-
Conhecimento sobre a cirurgia		-	-	Conhecimento sobre a cirurgia		-	-
Vontade de saber	10			Vontade de saber	07		
Não quer saber	02			Não quer saber	03		
Não sabe	03			Não sabe	05		
-		Explicação da cirurgia	06	-		Explicação da cirurgia	06
-		Reações Positivas	06	-		Reações Positivas	09

Figura 1. Comparação de dois grupos distintos de preparação, no pré e no pós-teste.

* Freqüência de respostas.

De acordo com o quadro acima, pode-se observar a presença das categorias descritas anteriormente, divididas conforme o momento em que aparecem, bem como, com a respectiva freqüência de ocorrência com a qual aparecem.

Pôde-se constatar que 10 categorias apareceram no momento anterior à preparação e são elas: medo, fuga, felicidade, culpa, dúvida, ansiedade, tristeza, negação, confiança e conhecimento sobre a cirurgia, categoria esta que englobou relatos expressando a vontade de querer ou não saber sobre sua cirurgia, bem como, as crianças que relataram não saber nada.

Verificou-se que no momento posterior à preparação, as categorias negação e confiança não apareceram. No entanto, surgiram duas novas categorias: explicação da cirurgia, referindo-se à opinião das crianças sobre a preparação e reações positivas, incluindo apenas as reações favoráveis à preparação.

Percebeu-se que no G1 diminuiu nos momentos anteriores e posteriores à preparação, a ocorrência de respostas que se referem a: medo, dúvida, ansiedade e tristeza. As categorias que apresentaram maior diferença do pré para o pós-teste foram: a categoria tristeza, e a categoria medo. As demais reduções na ocorrência de categorias se deram de forma menos considerável, como é o caso da ansiedade e da dúvida.

Observou-se que a categoria culpa ocorreu apenas uma vez, não apresentando diferença no pré e pós-teste, visto que esta ocorrência se deu na mesma criança. As categorias de fuga e de felicidade aumentaram a frequência do pré para o pós-teste. Deve-se ressaltar que as categorias de negação e de confiança extinguíram-se no pós-teste no G1, ficando evidente sua presença apenas no pré-teste.

No que se refere à categoria explicação da cirurgia, verificou-se que houve 6 ocorrências de crianças que fizeram alusão à preparação que receberam, e nesta mesma frequência de ocorrência encontrou-se a categoria de reações positivas, na qual as crianças se mostraram informadas positivamente para a execução da cirurgia.

A categoria conhecimento sobre a cirurgia evidenciou que 10 das 15 crianças deste grupo, demonstraram vontade de saber sobre sua cirurgia, 2 crianças relataram que não queriam receber nenhum tipo de informação sobre o procedimento, e 3 crianças informaram que não sabiam nada. Esta categoria ocorreu apenas antes da preparação psicológica pré-cirúrgica.

Constatou-se que no G2 diminuiu nos momentos anteriores e posteriores à preparação, a ocorrência de respostas que se referem a: medo, fuga, culpa, dúvida, ansiedade e tristeza. As categorias que apresentaram maior diferença do pré para o pós-teste foram: a categoria tristeza, a categoria medo, e a categoria ansiedade. As demais reduções na ocorrência de categorias se deram de forma menos considerável, como é o caso da fuga, da culpa, e da dúvida.

Notou-se que a categoria da felicidade aumentou a frequência do pré para o pós-teste. Deve-se ressaltar que as categorias de negação e de confiança extinguíram-se no pós-teste do G2, ficando evidente sua presença apenas no pré-teste.

No que se refere à categoria explicação da cirurgia, verificou-se que houve 6 ocorrências de crianças que fizeram alusão à preparação que receberam, e com ocorrência de 9 vezes encontrou-se a categoria de reações positivas, na qual as crianças se mostraram informadas positivamente para a execução da cirurgia.

A categoria conhecimento sobre a cirurgia evidenciou que 7 das 15 crianças deste grupo, demonstraram vontade de saber sobre sua cirurgia, 3 crianças relataram que não queriam receber nenhum tipo de informação sobre o procedimento, e 5 crianças informaram que não sabiam nada. Esta categoria ocorreu apenas antes da preparação psicológica pré-cirúrgica.

No que se refere à comparação dos dois grupos, pode-se observar que o G2 apresentou diminuição mais expressiva na ocorrência das categorias: medo, fuga, culpa e ansiedade, após a realização da preparação. As categorias tristeza, explicação da cirurgia e dúvida não apresentaram mudança, mantendo os mesmos valores.

Quanto às categorias felicidade e reações positivas, percebeu-se que em relação à primeira, houve um pequeno aumento na ocorrência, mas isto se deu nos dois grupos, não apenas no G2, sendo que no G1 a diferença entre o pré e o pós-teste foi um pouco maior do que no G2. No que diz respeito à segunda categoria, ou seja, reações positivas, o G2 obteve maior frequência que o G1, embora a diferença também não se deu de forma expressiva em relação ao G1.

Após a análise dos dados do relato verbal dos desenhos, percebeu-se uma ligeira superioridade do G2 em relação ao G1, no que diz respeito a sua eficácia, no período após a preparação. Para tanto, estes resultados não podem ser considerados conclusivos, visto que a amostra é pequena para maiores conclusões. Por outro lado, os dois grupos analisados partiram de um período antes da preparação bastante homogêneo, fato este que proporcionou avaliar o depois, tendo um mesmo ponto de partida, proporcionando um melhor resultado na avaliação da diferença que há entre o pré e o pós-teste, segundo dois programas de preparação psicológica pré-cirúrgica distintos. Caso o pré-teste dos dois grupos apresentasse diferenças, os resultados do pós-teste ficariam comprometidos, não podendo haver uma comparação entre os grupos.

5.4 Análise dos desenhos das crianças

A análise do desenho nesta pesquisa foi utilizada para complementar as outras análises, e contextualizar a realidade das crianças frente à situação pré-cirúrgica.

Buscou-se analisar os desenhos livres com o intuito de perceber a capacidade das crianças para desenhar, forma do traçado e harmonia do desenho, levando-se em consideração a idade das mesmas, para que não ocorressem discrepâncias no processo de análise, visto que as crianças tinham idades variando entre 6 e 12 anos.

Avaliados os desenhos livres, procederam-se as análises dos outros desenhos, o primeiro, realizado no dia anterior à cirurgia antes da preparação psicológica pré-cirúrgica, e o segundo, no dia da cirurgia, momentos antes da mesma, após a realização da preparação.

5.4.1 Comparação entre os dois grupos

Como forma de visualização e comparação entre pré e pós-teste, o quadro abaixo pretende elucidar as diferenças ocorridas entre os grupos G1 e G2.

Qualidade	G1	G2
Melhora da qualidade	11	12
Piora da qualidade	02	03
Mesma qualidade	02	-
Total	15	15
Conteúdo	G1	G2
Cirurgia e felicidade	-	04
Hospital e volta para casa (liberdade)	09	09
Chegada no hospital e quarto	-	02
Dor e volta para o quarto	06	-
Total	15	15

Figura 2. Comparação dos desenhos entre os grupos e entre os momentos antes e depois, conforme os aspectos mais prementes e a harmonia dos desenhos.

Pode-se notar, após uma análise geral dos desenhos que ambos os momentos (pré e pós-teste), de modo geral, retrataram a condição de doença e hospitalização, até mesmo

porque a situação da cirurgia é real e faz parte da realidade momentânea das crianças. Os relatos verbais sobre o desenho enriqueceram-no, à medida que explicavam e complementavam o mesmo, pois nem sempre, o desenho correspondia àquilo que as crianças verbalizavam.

No primeiro desenho foram mais freqüentes aspectos que representavam idéias sobre a doença, a dor, o hospital, a internação, o choque, o susto, a agulha e outros pormenores concernentes à hospitalização. Por meio do traçado, da harmonia, das cores, preenchimentos destes desenhos, e verbalizações sobre eles, constatou-se que denotaram ansiedade (Apêndice 11).

No que diz respeito à harmonia, o primeiro desenho, em geral, foi o mais comprometido, visto que foi neste momento que se falou sobre a cirurgia com a criança pela primeira vez. Observaram-se características de sombreamento, que denotam ansiedade, localização no centro inferior da folha, que denota insegurança, desenhos pequenos e com poucas cores, com ausência de partes da figura. Também ocorreram situações em que o elefante estava sozinho, o que denota abandono, com traçado regredido e poucos detalhes em relação ao desenho livre e ao segundo desenho, o que pode denotar medo (Di Leo, 1985).

No segundo desenho observaram-se desenhos da casa, da volta para a casa ou floresta, e um “elefante saudável”. Ocorreram verbalizações sobre o ambiente natural da criança, microssistema do qual ela faz parte no seu cotidiano, sua casa, família e amigos. A harmonia assemelhou-se ao desenho livre. Por outro lado, no segundo desenho observaram-se características de preenchimento, o que pode denotar diminuição da ansiedade, desenhos maiores e com melhor distribuição na folha, o que denota segurança, desenhos mais coloridos, com bom traçado e existência de detalhes, desenhos no qual o elefante aparece com a mãe, o que indica que as crianças não se sentiam mais desamparadas (Apêndice 12).

Como este estudo visa comparar dois grupos, os desenhos também foram avaliados em ambos os grupos de forma independente, com este fim.

5.4.2 Análise dos desenhos do Grupo 1

Constatou-se que no G1, 9 crianças fizeram no primeiro desenho, o hospital e demonstraram insegurança e tristeza frente à situação de hospitalização. No segundo desenho, fizeram a casa e o retorno do elefante para a floresta, e os relatos verbais destas crianças expressavam sentimentos de liberdade, não relatado no primeiro desenho. Em 6 crianças

observou-se que no primeiro desenho expressaram a dor e no segundo desenho desenharam o elefante no quarto. Alguns exemplos dos desenhos do G1 encontram-se nos Apêndices 13, 14 e 15.

No G1 ocorreu o caso de uma criança que, ao realizar o segundo desenho, já havia tomado o Dormonid (remédio administrado para que as crianças durmam durante o ato cirúrgico) e, portanto, não conseguiu concluir o desenho da forma como gostaria. No pós-cirúrgico a criança pediu para concluir o desenho, como esta medida poderia intervir nos resultados, pediu-se que ela relatasse como o faria. A criança relatou o que mais queria colocar no desenho (flores perto da sua casa, no momento em que estava voltando para casa), e seus acréscimos confirmam o que fora encontrado nos outros desenhos.

Em termos de qualidade de desenho: traçado, harmonia, cor e preenchimentos pôde-se notar que 11 crianças fizeram o segundo desenho mais harmônico do que o primeiro. Em duas crianças verificou-se uma piora na qualidade no segundo desenho e em duas crianças observou-se que a qualidade permaneceu a mesma tanto no primeiro como no segundo desenho.

5.4.3 Análise dos desenhos do Grupo 2

No G2, 9 crianças fizeram no primeiro desenho, o hospital e demonstraram bastante insegurança e tristeza frente a situação de hospitalização. No segundo desenho, fizeram a casa e o retorno do elefante para a floresta, e os relatos verbais destas crianças expressavam sentimentos de liberdade não relatados no primeiro desenho. Destas 9 crianças, 4 mencionaram a felicidade no segundo desenho, por já estarem recuperadas e voltando para casa. Constatou-se que duas crianças dividiram seus desenhos em dois momentos, a chegada no hospital e o elefante no quarto após a realização da cirurgia. Os relatos verbais contavam a história de todo o processo cirúrgico, desde a descoberta do problema, internação, cirurgia e recuperação no quarto, à medida que desenhavam. O desenho de uma destas crianças expressou fuga antes mesmo da realização da cirurgia, ou seja, a entrada do elefante no hospital e a sua saída do mesmo sem ter feito o procedimento.

Em termos de qualidade de desenho: traçado, harmonia, cor e preenchimentos pôde-se notar que 12 crianças fizeram o segundo desenho mais harmônico do que o primeiro. Em três crianças verificou-se uma piora na qualidade no segundo desenho e não foi observado que a

qualidade tivesse permanecido a mesma entre os dois desenhos, como ocorreu no G1. Alguns exemplos dos desenhos do G2 encontram-se nos Apêndices 16, 17 e 18.

Pode-se constatar que tanto os desenhos do pré como os desenhos do pós-teste, retrataram a situação em que a criança se encontrava naquele exato momento. Deste modo, está na dependência do contexto no qual ela está inserida, seja sua família, a situação de hospitalização, e eventuais informações que ela tenha recebido sobre o procedimento antes do mesmo, o que consiste num recurso interessante para que as crianças possam lidar melhor com tal situação. Em uma criança, observou-se em seus desenhos que ela estava preparada e havia sido tranqüilizada por sua mãe antes mesmo de sua chegada no hospital, conforme relatos da mãe e da própria criança (Apêndice 19).

Quanto à qualidade não houve diferença entre os grupos. Porém, no que se refere ao conteúdo, o G1 apresentou desenhos que trataram da dor, o que não aconteceu no G2, cujos desenhos expressaram felicidade.

5.5 Análise dos relatos das mães na segunda entrevista

A segunda entrevista foi realizada no dia posterior à preparação, dia em que foi realizada a cirurgia. Seu objetivo foi investigar as reações das crianças após a preparação, as eventuais dúvidas que tiveram e como foram os momentos anteriores à cirurgia.

As respostas foram divididas em dois grupos, de acordo com o tipo de preparação realizada, para que se pudesse comparar os grupos.

A figura 3 apresenta a organização do sistema de categorias para ambos os grupos.

Categorias	Sub-categorias	G1	G2
Reações à preparação	Reações positivas	12	13
	Reações negativas	-	01
	Não fez menção	03	01
Momentos Antes	Ansiedade	11	06
	Preocupação	03	02
	Tranquilo	04	09
	Fuga	03	01
	Felicidade	01	03
	Fé	01	01
	Medo	-	02
Dúvidas	Família	02	-
	Fome e sede	01	03
	Se vai dar certo	01	-
	Dor	01	-
	Não teve dúvidas	10	12
Sono	Custou a dormir	02	02
	Chorou para dormir	02	-
	Dormiu bem	02	05
	Não mencionou	09	08

Figura 3. Comparação dos relatos das mães após a preparação, momentos antes da cirurgia de dois grupos distintos de preparação.

Vale ressaltar que algumas respostas aparecem poucas vezes, mas foram consideradas devido à riqueza das respostas das mães, as quais responderam com convicção e veemência. As respostas não foram mutuamente exclusivas, visto que as mães podem ter dado mais de uma resposta para cada tema.

Pode-se constatar que independente do tipo de preparação realizado, esta provocou reações positivas nas crianças, e poucas foram suas dúvidas após a preparação.

Em relação aos momentos que antecederam a cirurgia, constatou-se que a ansiedade foi o sentimento relatado com mais frequência pelas mães, ocorrendo pouco mais no G1 do que no G2. Preocupação e fuga também ocorreram no G1, mais do que no G2, embora com

pouca frequência. Notou-se que o sentimento de tranquilidade foi relatado pelas mães com maior frequência no G2, embora também tenha sido relatado no G1. Felicidade, fuga e preocupação ocorreram em igual proporção nos dois grupos, e o medo foi a categoria que ocorreu apenas no G2.

No que diz respeito ao sono, percebeu-se que a maioria das crianças dormiu bem ou não relatou nada sobre o assunto, independente do tipo de preparação que receberam. No G2 nenhuma criança chorou para dormir, sendo que foram poucos os relatos de crianças que custaram a dormir. No G1, em igual proporção as crianças apresentaram dificuldade para dormir, como choraram para fazê-lo.

5.5.1. Reações à preparação

Este eixo diz respeito às percepções que as crianças tiveram, após a preparação, tanto no que se refere ao hospital, à internação, como, ao procedimento cirúrgico em si e suas conseqüências, tais como dor, recuperação e presença da rede de apoio.

- **Reações positivas:** refere-se às percepções favoráveis, que as crianças tiveram sobre as informações recebidas durante a preparação, incluindo relatos em que afirmam terem gostado muito da atividade, terem ficado mais calmas após a preparação, terem explicado para suas mães o que ficaram sabendo e até mesmo, terem explicado para os colegas de quarto. Muitas crianças pediram para realizar a atividade novamente.

“Ah... ela adorou a atividade, chegou aqui no quarto contando tudo, aí quis dar uma aulinha para os colegas, explicando pra eles... voltou que era só sorriso... gostou mesmo... foi ótimo!!!”

Constatou-se que das 30 crianças que participaram da preparação, 25 apresentaram reações positivas em relação à mesma, segundo relato das mães. Destas 25, 12 pertenciam ao G1, e 13 pertenciam ao G2, fato este que não demonstra expressiva diferença entre os grupos.

- **Reações negativas:** refere-se às percepções negativas que as crianças tiveram sobre as informações recebidas durante a preparação.

“Ele disse que preferia não ter ficado sabendo, disse que ficou com mais medo agora...”

Apenas uma mãe mencionou que seu filho não gostou da preparação. Ressalta-se que esta criança pertencia ao G2, e em contrapartida, no G1 não teve nenhum relato de reações negativas.

- **Não fez menção:** diz respeito às mães que não relataram em nenhum momento possíveis comentários que seus filhos tenham feito, alegando que eles não comentaram nada sobre a preparação.

“Ele não falou nada não... chegou no quarto e deitou na cama pra ver TV... e eu também não perguntei...”

Constatou-se que 5 crianças não fizeram comentários sobre a preparação com suas mães. Destas 5, 2 pertenciam ao G1 e 1 pertencia ao G2.

5.5.2. Momentos antes da cirurgia

Este eixo refere-se aos comportamentos emitidos pelas crianças no momento que antecedeu a cirurgia, conforme a percepção e o relato das mães.

- **Ansiedade:** caracteriza-se por um sentimento difuso e desagradável de apreensão, freqüentemente acompanhado por dor de cabeça, tremores, palpitação, choro, nó na garganta e aperto no peito. Normalmente este sentimento é expresso pelas mães das crianças com o uso de palavras, tais como, preocupado, agitado e nervoso. A ansiedade manifestou-se também através do desejo de que a cirurgia ocorresse o mais rápido, para que a criança pudesse ir para casa.

“Ele tá bem agitado agora... quando acordou só falou que queria fazer logo de uma vez, pra voltar pra casa logo...”

Observou-se que nos momentos que antecederam a cirurgia, conforme as mães, 17 crianças foram descritas como ansiosas. Dentre estas, 11 crianças pertenciam ao G1 e 6 crianças pertenciam ao G2. As crianças do G1, assim descritas, foram denominadas pelas mães, em sua maioria, como agitadas e nervosas, e ainda, algumas crianças, foram chamadas de ansiosas por fazerem menção a ir embora do hospital. No G2, as mães ressaltaram que esta ansiedade estava em grande parte voltada para a vontade das crianças de voltar para casa.

- **Preocupação:** diz respeito a comportamentos que as crianças emitem frente a uma situação desconhecida, enfatizando o receio de que algo dê errado.

“Ah ele ta bem preocupado... é um misto de tudo né... ficou cabreiro com a camisola que tem que vestir, ta dizendo que não vai agüentar de fome, tudo é novo né...”

Percebeu-se que 5 crianças foram descritas por suas mães como preocupadas. Destas, 3 crianças pertenciam ao G1, demonstrando preocupação em relação ao pijama cirúrgico e ao jejum. As outras 2 crianças pertenciam ao G2, e fizeram-no devido ao fato de “ficar pelado”.

- **Tranquilo:** refere-se a comportamentos emitidos pelas crianças, as quais não demonstraram nenhuma reação negativa à cirurgia, apresentando por outro lado, bastante confiança e segurança em relação ao procedimento cirúrgico a que seriam submetidas. Demonstraram otimismo por acreditarem que a cirurgia teria êxito e por ser o procedimento o mais adequado a ser feito.

“Ah... ele ta bem tranquilo hoje... depois que você falou com ele... parece que ele realmente acreditou que vai dar tudo certo, ele sabe que tem que fazer né...”

Pode-se constatar que 13 crianças foram descritas pelas mães como tranquilas, sendo 4 pertencentes ao G1 e 9 pertencentes ao G2. Esta tranquilidade deve-se em sua maioria ao fato de, após a preparação, as crianças terem entendido o procedimento a serem submetidas, e perceberem que seria o melhor a ser feito.

- **Fuga:** diz respeito a comportamentos que as crianças emitem para livrar-se da situação que provoca ansiedade ou do próprio hospital. Para isso, agem de várias maneiras, como forma de

expressar seu descontentamento em relação ao ambiente inóspito no qual se encontra ou para defender-se dos sentimentos de insegurança e medo que a colocam em situação de risco constante.

“Ele ta mais ‘quietão’ hoje... não quer conversar, ta deitado o tempo todo... sei lá... ta estranho... só pode ser da cirurgia que ele ta agindo assim...”

Notou-se que dentre as crianças participantes, 4 apresentaram comportamento de fuga. No G1, 3 crianças o fizeram, e 1 criança do G2. Nos dois grupos, a forma encontrada para demonstrar a fuga, foi o isolamento e permanecer mais ‘quieto’.

- **Felicidade:** consideram-se os comportamentos em que as crianças demonstram ter percepções favoráveis em relação à preparação para o ato cirúrgico, seja por interesse em conhecer o centro cirúrgico, seja pelas conseqüências do ato cirúrgico, o qual propiciará melhora em relação ao problema.

“Ele ta muito feliz... sempre quis conhecer um centro cirúrgico, e depois que você conversou com ele, que ele sabe tudo que tem lá e o que vão fazer, ele ta que é pura felicidade!!”

Constatou-se que 4 crianças foram consideradas, como felizes, e todas as respostas referem-se a esta felicidade como proveniente da preparação que tiveram, independente do grupo a que pertenciam. No G1, uma criança foi descrita pela mãe como feliz, e no G2, 3 mães descreveram seus filhos desta forma.

- **Fé:** comportamentos que as crianças emitem, baseados na crença em Deus, fazendo-as acreditar que através da religião e da crença, a cirurgia será bem sucedida.

“Ele saber que vai dar tudo certo, porque é só ter fé em Deus né... e eu ensinei ele desde pequeno que tudo tem que botar nas mãos do Senhor...”

A fé aparece em pequena proporção apenas no G1, sendo que no G2 não houve relatos relacionados à fé.

- **Medo:** pode traduzir receios de uma situação real (medo do sofrimento advindo de procedimentos realizados no contexto hospitalar, medo de agulha, de soro) ou envolver alguma experiência vivida.

“Olha, ele acordou bem... ta calmo... mas acho que ta com medo sim, quando for para o centro cirúrgico é que vamos ver... porque vai ser a segunda vez que ele veio fazer a mesma cirurgia... a outra não deu certo... e ele é bastante medroso”.

O medo apareceu em apenas duas crianças do G2, relacionado ao ato cirúrgico em si. No G1 o medo não apareceu neste momento, conforme relato das mães.

5.5.3. Dúvidas

Este eixo inclui respostas que denotam curiosidade expressa através de questionamentos, frente ao desconhecido. Sendo assim, as crianças fazem perguntas para suas mães, demonstrando incertezas frente ao problema, ao procedimento, a frequência da ocorrência de cirurgias iguais as suas e as reações pós-cirúrgicas.

- **Família:** questionamentos das crianças demonstrando preocupação em relação aos familiares e seus sentimentos.

“Hoje quando ele acordou ele perguntou para mim, se eu tava nervosa, e já falou em seguida: ‘Você ta nervosa mãe, porque eu não to nenhum pouco?’. Foi engraçado, porque parece que é ele que quer me consolar...”

A dúvida voltada aos familiares ocorreu em pequena proporção apenas no G1.

- **Fome e sede:** questionamentos que demonstram a curiosidade das crianças em relação ao tempo que precisam ficar sem comer após a cirurgia, ou até mesmo tomar água.

“Ela perguntou pra mim se vai poder comer se tiver fome. Quer saber quanto tempo vou ter que esperar, ela é toda esfomeada....”

Esta dúvida foi constante, tanto no G1 como no G2, ocorrendo em igual proporção.

- **Se vai dar certo:** questionamentos que expressam insegurança das crianças frente ao procedimento, questionando se ele terá êxito.

“Hoje quando acordou ele perguntou pra mim: ‘Vai dar tudo certo né mãe? Eu não preciso chorar né?’ Ele precisa que eu fique falando isso o tempo todo pra ele, se bem que depois que tu falou com ele, ele já ficou mais sossegado...”

Esta dúvida aconteceu apenas no G1, sendo que os integrantes do G2 não apresentaram tal dúvida.

- **Dor:** questionamentos que as crianças fazem para saber se vão ou não sentir dor.

“Ela pergunta o tempo todo se vai sentir dor... de resto ta tranqüila...”

A dúvida em relação à dor ocorreu apenas no G1, sendo que as crianças do G2 não tiveram esta dúvida.

- **Não teve dúvidas:** ausência de questionamentos das crianças, seja por realmente não existirem, ou por não terem sentido necessidade de fazê-los.

“Ele não teve dúvida nenhuma... com a tua explicação nem teria o que ter dúvida mesmo... ele ta super bem informado e super seguro em relação a tudo...”

Percebeu-se que a maioria das crianças, de ambos os grupos, não apresentaram dúvidas. No G1, das 15 crianças, 10 não tiveram dúvidas e no G2, 12 crianças não fizeram perguntas de nenhuma ordem para suas mães.

5.5.4. Sono

Este eixo refere-se a descrever como as crianças passaram a noite anterior à cirurgia, após a preparação, com o intuito de avaliar se a cirurgia pode ou não ter alterado o sono das crianças.

“Passou bem a noite, custou um pouco pra dormir só, porque normalmente ela dorme bem. Acho que foi por causa da cama mesmo. Ela falou ‘Mãe eu to acostumada com a minha cama’, que a cama dela vira pro lado e dá pra parede aí ela se encosta né. Mas depois ferrou no sono”.

Constatou-se que a cirurgia e a situação de hospitalização podem alterar a qualidade do sono das crianças. Isto pode ocorrer devido ao ambiente e cama diferentes, como também, à situação pré-cirúrgica. Observou-se de acordo com o relato das mães, que dentre as 15 crianças do G1, 2 custaram a dormir, 2 choraram para dormir, 2 dormiram bem, e 9 não fizeram menção ao sono. Por outro lado, no G2, 2 crianças custaram a dormir, nenhuma criança chorou para dormir, 8 crianças dormiram bem e 5 não mencionaram.

5.6 Análise dos relatos das mães na terceira entrevista

A terceira entrevista foi realizada no dia posterior à preparação, após a realização da cirurgia, para se obter informações sobre as reações das crianças após a cirurgia, eventuais dúvidas que tiveram ao voltarem para o quarto e como as crianças acordaram após o ato cirúrgico. Nesta entrevista, as mães também tiveram oportunidade para fazerem comentários a respeito do processo de hospitalização de seus filhos.

As respostas obtidas com esta entrevista foram divididas em dois grupos, de acordo com o tipo de preparação realizada, para que pudesse ser feita uma comparação entre eles, e é desta forma que os resultados serão apresentados.

A figura 4 apresenta a organização do sistema de categorias para ambos os grupos.

Categorias	Sub-categorias	G1	G2
Reações à cirurgia	Vômito	08	02
	Choro	05	05
	Dor	06	04
	Sonolência	03	03
	Não teve reação	01	05
Dúvidas	Vômito	01	-
	Comida	02	01
	Curativo	01	01
	Cirurgia	01	01
	Ausência da mãe	-	01
	Não teve dúvidas	10	11

Figura 4. Comparação dos relatos das mães após a cirurgia, de dois grupos distintos de preparação.

5.6.1 Reações após a cirurgia

Diz respeito às reações que as crianças apresentaram no quarto, após acordarem da cirurgia, conforme a percepção e posterior relato de suas mães.

As reações mais frequentes citadas pelas mães foram: choro, vômito, dor e sonolência. O choro, a dor e a sonolência ocorreram em igual proporção tanto no G1 como no G2. O vômito ocorreu com mais frequência no G1. No G1, uma mãe relatou que seu filho não teve nenhum tipo de reação. Por outro lado, no G2, cinco mães declararam o mesmo relato.

“Ah... ele chegou chorando bastante, aí vomitou um pouco, mas logo dormiu...”

“Ta com muita dor ele, mas o médico disse que já ta medicado, mas ele se queixa bastante”.

5.6.2 Como o filho acordou

Remete-se aos relatos das mães para descrever a forma como seus filhos acordaram, seus sentimentos, comportamentos e verbalizações. Far-se-á uma descrição separada para cada grupo neste item, devido à grande quantidade de respostas obtidas.

No G1, as mães, na grande maioria, descreveram seus filhos quando acordaram com as seguintes palavras: apavorado, triste, agitado, tonto e apenas 3 mães relataram que seus filhos

acordaram tranquilos. Dentre os relatos das 12 mães restantes, pôde-se notar que duas crianças foram chorando para o centro cirúrgico, e uma delas não queria ir, por ter visto um colega de quarto voltar da cirurgia chorando. Outra mãe relatou que seu filho considerou a experiência da cirurgia “*horível*”, alegando que nunca mais voltaria ao hospital. Cinco mães relataram que seus filhos comentaram que não se lembravam de nada, sendo que dentre estes, 3 se mostraram abatidos, não querendo comentar nada e os outros 2 dormiram logo que chegaram ao quarto. “*Não, ele não queria falar nada... ta do jeito que ele ta aí... eu que fiquei mais nervosa... ixi... me deu um calorão... um branco... na hora que foi e na hora que veio por causa deste sangue... estas coisas né... até pensei que achei que minha pressão ia aumentar muito né... mas até que tava normal...*”.

Apenas uma criança se negou a seguir as recomendações médicas, não querendo comer aquilo que a equipe lhe ofereceu. As enfermeiras comentaram que este comportamento de não adesão à dieta após a cirurgia é muito freqüente, e que as crianças que haviam sido preparadas, com exceção de uma, apresentaram boa adesão à dieta e ao tratamento proposto. Por outro lado, 6 crianças chegaram ao quarto, informando que estavam com sede ou com fome. “*Ele acordou bem, só falou que não lembrava de nada... ele disse que só lembra que desceu... e pronto... Aí ele pediu água... aí eu dei um pouco de água e depois ele comeu... e agora ele ta melhor...*”

Uma criança estava acompanhada por seu pai, e este não estava no quarto no momento em que a mesma chegou do centro cirúrgico, e para tanto, não pôde relatar como seu filho acordou. Houve um caso em que a criança voltou para o quarto apresentando delírios segundo a mãe: “*Ele ficava contando a história do elefante, contando elefantes, sei lá eu... o que ele tava falando direito...*” Apenas uma criança passou por uma complicação cirúrgica, apresentando reação alérgica a algum produto utilizado na cirurgia, e além disso, a criança apresentou reação alérgica ao medicamento administrado frente à primeira reação.

Ainda neste grupo, uma mãe relatou que seu filho acordou feliz, visto que durante a cirurgia, para aproveitar o efeito da anestesia, ele pediu para o médico colocar-lhe um brinco na orelha. “*Ele ta todo feliz, fica só colocando a mão na orelha pra sentir o brinco... só meu filho mesmo...*”

No G2, metade das mães relatou que seus filhos voltaram tranquilos. Houve 4 relatos de crianças agitadas, e um relato de criança com tontura. Não houve relatos de crianças tristes ou apavoradas como ocorreu no G1. 5 mães relataram que seus filhos comentaram que não se lembraram de nada, e estes mesmos dormiram assim que chegaram ao quarto. Nenhuma

criança se negou a seguir as recomendações médicas, ou apresentou choro antes de ir para o centro cirúrgico. Quatro crianças chegaram ao quarto, informando que estavam com sede ou fome, e uma criança se mostrou abatida.

Neste grupo, uma mãe relatou que sua filha percebeu diferença em sua voz logo que chegou ao quarto, *“Ela já disse pra mim que parece que ta falando mais solto”*. Uma criança também apresentou delírios, *“Ela disse que tava vendo bichinhos que voavam, e eu me matei de rir, porque eu sabia que não podia né”*.

Outra mãe disse que sua filha ao voltar para o quarto, comentou *“Foi tudo como a moça falou mãe, nem senti medo porque eu já sabia”*. Uma mãe comentou que ao voltar para o quarto seu filho estava bravo, e ela sentiu necessidade de apoio familiar, para conseguir acalmá-lo. *“Ele gritava tanto que queria morrer, que me odiava, esperneava tanto, que eu tive que ligar pra minha mãe vir me ajudar, porque eu sozinha não ia dar conta dele”*.

No G2 ocorreram com frequência, menções positivas à preparação, menções estas que não foram citadas no G1. Constatou-se que 8 mães relataram a atividade de preparação realizada pela pesquisadora, sendo que 2 delas comentaram que seus filhos reagiram bem a cirurgia, pois estavam preparadas para as reações que porventura pudessem ocorrer. *“Quando ela vomitou, ela já falou na hora que ela sabia que isso podia acontecer... que tu tinha falado né... era ela que me acalmava”*. Dentre estas 8 mães, 3 relataram que a *“atividade foi maravilhosa”*. Dois pais agradeceram muito a realização da atividade, atribuindo ao hospital como um todo, o sucesso da cirurgia, *“Eu só tenho que agradecer a você, a este hospital incrível que nos tratou tão bem, aos médicos, à equipe, a esta atividade que você fez com ele... ele adorou tanto, e duvido ter outro hospital que faça isso com as crianças, toda criança deveria ter isto”*.

Ainda neste grupo, ocorreram 3 relatos de mães, as quais comentaram que elas estavam mais preocupadas que seus filhos, e reforçaram a necessidade de preparação para os pais também, sendo que uma delas lembrou que o médico elogiou sua filha: *“Ele disse nunca ter visto uma criança tão tranqüila pra fazer a cirurgia... este tipo de atividade tinha que ser feito com os pais isso sim...”*

5.6.3 Dúvidas

Inclui respostas que denotam curiosidade expressa através de questionamentos, após a realização da cirurgia. Sendo assim, as crianças fazem perguntas para suas mães, demonstrando incertezas frente ao problema, ao procedimento e as reações pós-cirúrgicas.

Tanto no G1 como no G2, foi pouca a ocorrência de dúvidas, visto que 23 crianças não apresentaram dúvida de nenhuma ordem.

As dúvidas que ocorreram foram:

- **Vômito:** apenas uma criança do G1 apresentou tal dúvida, e ao chegar no quarto indagou sua mãe:

“Será que eu vou vomitar mãe? Eu não to sentindo nada”.

- **Comida:** 3 crianças apresentaram esta dúvida, sendo duas no G2 e uma no G1.

“A única dúvida que ele teve foi pra saber quando ele ia poder comer”.

- **Curativo:** apenas duas crianças tiveram dúvidas em relação ao curativo, uma de cada grupo de preparação.

“Ah... ele queria ver as amígdalas como ficaram... queria que eu mostrasse e me perguntava... me fez pegar uma lanterna com uma luzinha pra ver o curativo, porque queria ver, mas não conseguiu ver nada tadinho”.

- **Cirurgia:** apenas duas crianças tiveram dúvidas em relação ao procedimento realizado, uma de cada grupo de preparação.

“Ela me perguntou há pouco se raspavam mesmo a adenóide dele... acho que ele tava duvidando que tinham feito alguma coisa, porque ta sem dor, ainda bem...”

Com relação à forma como os filhos acordaram após a cirurgia, bem como, os comentários finais que as mães fizeram em relação ao processo cirúrgico de seus filhos como

um todo, optou-se por realizar uma análise de frequência de ocorrência de palavras. Tais palavras e/ou expressões foram consideradas recorrentes e pareciam traduzir o que elas perceberam e sentiram sobre o processo de hospitalização de seus filhos. Optou-se por tal método, considerando-se a imensa gama de combinações possíveis, dificultando a construção de subcategorias. Ressalta-se que as palavras foram apresentadas neste trabalho tal qual utilizadas pelas mães. Segue o esquema como forma de visualização do conteúdo descrito acima.

	G1	G2
Como acordou depois da cirurgia	F/R**	F/R**
Agitado	06	04
Apavorado	03	-
Delírios	01	01
Feliz	01	-
Triste	02	-
Tranquilo	03	07
Não viu chegar	01	-
Sede	02	01
Fome	06	02
Abatido	02	01
Não aceita recomendação	01	-
Não lembra	01	-
Comentários		
Preparada para reação	-	03
Informação	01	05
Atividade maravilhosa	-	04
Agradecimento	-	03
Lembrou da preparação	01	03
Necessidade de apoio	-	01
Preparação para pais	01	03
Comentário do médico	01	01

Figura 5. Comparação dos relatos das mães após a cirurgia, de dois grupos distintos de preparação.

** Frequência de respostas.

Pôde-se notar que no G2, houve considerável diferença entre os comentários das mães após a cirurgia, tanto no que diz respeito à forma como seus filhos acordaram, como em relação ao procedimento de preparação realizado com os mesmos. Constatou-se que no G1, a maioria das mães se absteve de fazer comentários em relação à preparação, fato este que não ocorreu no G2, grupo este no qual as mães se sentiram motivadas para expor suas opiniões, fazer agradecimentos e comentários.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos desta pesquisa, um deles refere-se a comparar dois programas de preparação no tocante a sua efetividade no estresse e na ansiedade das crianças, de acordo com a avaliação de vários instrumentos, bem como avaliar, os efeitos que esta preparação pode causar. Para responder aos objetivos, formularam-se hipóteses, e destas, foi confirmada a hipótese de que os efeitos produzidos pela preparação são positivos, e promovem estratégias de enfrentamento nas crianças. Por outro lado, não houve supremacia de um programa sobre o outro como se esperava, e deste modo, esta hipótese foi refutada.

Neste estudo não ocorreram diferenças significativas entre os grupos, o que pode ter ocorrido devido ao fato de a amostra ser pequena para se chegar a resultados conclusivos, bem como, ao fato de que a escala aplicada não se refere à situação de hospitalização em específico.

No entanto, em relação ao conjunto de resultados obtidos com os demais instrumentos, os desenhos, as falas das crianças, e as entrevistas com as mães pode-se perceber uma ligeira superioridade do G2 em relação ao G1, no que diz respeito a sua eficácia, no período após a preparação, principalmente no que se refere à ansiedade e ao medo, que diminuíram significativamente após a preparação.

Este fato corrobora estudo realizado por Mahajan *et al.* (1998) no qual investigaram os efeitos de um programa de preparação psicológica, que consistiu em demonstração de materiais que seriam usados, como agulhas e seringas, bem como o uso de uma boneca como modelo. As crianças com este tipo de preparação se mostraram menos ansiosas e mais cooperadoras. Estudo de Twardosz *et al.* (1986), do mesmo modo, enfatiza que a utilização dos materiais do próprio hospital ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar e verificaram que esta atividade é mais eficaz para a redução de ansiedade do que as informações transmitidas pelas enfermeiras.

Em relação ao medo é redundante afirmar que ele tem um motivo real para acontecer, pois a cirurgia é um evento estranho e implica em determinados riscos. Fighera e Viero (2005) relatam a existência de uma particularidade concreta no que se refere às suas preocupações. A cirurgia realmente vai acontecer e não há garantias de ausência de riscos (Fighera & Viero, 2005).

Então, considera-se aceitável que mesmo após a preparação a criança ainda sinta medo, mas que este seja enfrentado devido às condições que a preparação lhe propiciou. Em relação à ansiedade, pode-se observar o mesmo, ela pode acontecer mesmo após a preparação, porém, observou-se que no G2, esta ansiedade se dava mais pela vontade de voltar para casa e melhorar, segundo relato das mães na segunda entrevista, do que, pela condição médica em si.

Em relação aos desenhos, embora o contexto deles seja parecido entre os grupos, pode-se notar que as crianças do G2 relataram a presença de felicidade, o que não ocorreu no G1. Isto pode ser considerado positivo, visto que as crianças conseguiram enfrentar a situação e vê-la de uma forma positiva e para uma melhora de saúde, bem como, também pode levar à dedução de que a preparação do G2 atingiu melhores resultados.

Na segunda entrevista com as mães, ao se fazer um comparativo entre G1 e G2, percebe-se que as crianças do G2, apresentaram-se mais tranquilas após a preparação, e apresentaram menos ansiedade. Assim, pode-se hipotetizar novamente que o G2 teve melhores resultados, mesmo que estes resultados não possam ser generalizados. Segundo as mães, em ambos os grupos as crianças apresentaram reações positivas, apresentando-se mais calmas, ocorrendo uma leve superioridade do G2 em relação ao G1, em alguns aspectos relatados tais como, menos ansiedade, mais felicidade, menos dúvidas e menos dificuldades para dormir.

Em relação ao pós-cirúrgico, conforme entrevista com as mães pode-se observar semelhanças entre os dois grupos, como as conseqüências dos efeitos da anestesia. Vale ressaltar que tais efeitos da anestesia são imprevisíveis e fogem do controle da preparação psicológica pré-cirúrgica. No entanto, pôde-se notar que no G2, houve considerável diferença entre os comentários das mães após a cirurgia, tanto no que diz respeito à forma como seus filhos acordaram, como em relação ao procedimento de preparação realizado com os mesmos. No G1, a maioria das mães se absteve de fazer comentários em relação à preparação.

No que diz respeito às reações quando a criança acordou, nota-se que nenhuma reação fugiu ao esperado, apenas uma criança teve uma reação alérgica, mas este fato foi em decorrência de um procedimento médico, e por isso, não tinha nenhuma relação com a

preparação em si. Outro caso foi de uma criança que não queria ir para o centro cirúrgico, por ter visto o colega do quarto voltar da cirurgia chorando, o que pode prejudicar os resultados da preparação, visto que as crianças voltam para o mesmo quarto em que crianças estão esperando para ir para o centro cirúrgico, e isto torna-se uma variável interveniente considerável.

Importante questão relacionada ao pós-cirúrgico refere-se ao fato de que as crianças enfrentaram as reações da cirurgia, pois se lembraram dos momentos vividos na preparação, onde haviam sido informadas sobre tal, o que as deixou mais tranquilas. Este enfrentamento foi observado na forma como as crianças verbalizavam sobre suas reações de maneira tranquila, e explicavam que sabiam o que poderia ocorrer após a cirurgia, pois participaram da preparação para a mesma. Em relação às reações pós-anestésicas, o papel da preparação é informar para que as crianças não se surpreendam, visto que não há como se evitar estas reações e impedir que aconteçam.

Assim, Peniche e Chaves (2000) pontuam que a cirurgia e a anestesia são situações impostas pela vida, que exigem da criança um enfrentamento. É possível que a antecipação destes eventos desencadeiem sentimentos que, influenciados pelas diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajustes cuja finalidade é enfrentar o stress e a ansiedade provocados por este evento.

6.1 Preparação psicológica pré-cirúrgica

Pode-se observar que tanto na ESI, como na execução dos desenhos, houve uma redução de modo geral, no estresse, nos conteúdos negativos que compuseram os desenhos, tais como sentimento de inferioridade, abandono e insegurança. Isto também foi confirmado pelos relatos das mães.

Watson e Visram (2003) salientam que os programas de preparação pré-operatórios podem ser representados por informação narrada, escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, *role play* com bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças simulando o médico ou o paciente, programas estes corroborados por Moix (1996), que, por sua vez, aponta como principais técnicas a serem adotadas: a transmissão de informações, a modelação, o jogo médico, visita ao hospital, distração, relaxamento e treinamento aos pais.

Segundo Borges (1999), técnicas cognitivas como distração, imaginação, paradas de pensamento, hipnose, auto-afirmação positiva, informação preparatória, ou técnicas comportamentais, como exercícios, reforçamento por contingência, relaxamento, biofeedback, modelação, dessensibilização sistemática, ensaio comportamental e terapia de arte e de jogo, são eficazes para este propósito.

Pôde-se notar que ambas as técnicas utilizadas neste estudo são citadas por Borges (1999), Watson e Visram (2003), os quais apresentam estudos que comprovam a efetividade das técnicas, sendo que tal efetividade também foi verificada no presente estudo, em ambos os programas preparatórios, os quais fundamentalmente basearam-se na informação, seja ela narrada, ou vivenciada.

Como foi observado na presente pesquisa, pode-se comprovar que a falta de informação realmente provoca medo, angústia, depressão, além de estresse e ansiedade, visto que antes de receberem a preparação, as crianças expressaram através dos desenhos, da ESI e das entrevistas, indicativos consideráveis em relação ao que fora citado anteriormente, e depois da preparação houve redução destes indicativos. A questão da falta de informação neste estudo se deu em duas vertentes, tanto das crianças que não receberam informações, já que pouco menos da metade das crianças não tiveram informação de nenhuma forma, como dos pais que também não receberam, e assim sendo, não puderam colaborar com seus filhos.

Moix (1996) afirma que a transmissão de informação aos pacientes pediátricos é uma das principais técnicas preparatórias. Salienta que em caso de crianças, em muitas ocasiões e dependendo fundamentalmente da idade, o mais adequado é dar a informação aos pais, posto que sejam eles quem melhor podem transmiti-la. Conquanto, afirma que se faz necessário que os pais sejam orientados para saber quais aspectos informar a seus filhos, bem como, a maneira de fazê-lo. A falta de informação frente à enfermidade, tanto na criança como em seus pais, acarreta conseqüências tais como, medo, angústia e depressão em todas as suas expressões, fatores observados neste estudo e que afetam diretamente a recuperação do paciente, como salientam Lapacó *et al.* (1996). Referem ainda que um bom prognóstico dependa em grande parte do compromisso que assumem os pais e a criança por meio da compreensão do diagnóstico, em relação o processo de saúde-doença. O diagnóstico de uma doença na infância requer não apenas a determinação da natureza da doença, mas também, o acesso às expectativas, crenças e explicações sobre seus sintomas e significados (Bibace & Walsh, 1980; Crepaldi, 1999).

A importância de informações é reforçada por Kiyohara *et al.* (2004) os quais relatam que realizaram um estudo com 149 pacientes, com o objetivo de comparar o grau de ansiedade no dia anterior à cirurgia entre pacientes que têm informação sobre seu diagnóstico, cirurgia e anestesia. Mediram a ansiedade dos mesmos, no dia anterior à cirurgia, e concluíram que o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade. As informações quanto mais específicas, melhor preparam a criança, reduzindo sua ansiedade frente a cirurgia (Edwinson *et al.*, 1988).

Em relação aos tipos de reações referentes ao estresse, avaliado por meio da ESI, pode-se formular algumas hipóteses. No G1, apenas o grupo de reações psicofisiológicas não obteve redução no nível de estresse, e isto pode ocorrer devido ao fato de ser constituído por questões que englobam “dificuldade para prestar atenção”, “gaguejar quando se está nervoso”, e “coração bater depressa”, ou seja, questões mais abrangentes que não dizem respeito à situação que estão vivenciando.

A outra técnica de preparação, a qual utiliza o manuseio do boneco juntamente com materiais hospitalares também é corroborada pela literatura, visto que Twardosz *et al.* (1986) e Mahajan *et al.* (1998) afirmam que a utilização dos materiais do próprio hospital ajuda a criança a viver aquela situação como a mais parecida possível com o momento pelo qual irá passar. Em estudo realizado com 6 crianças, os autores verificaram que esta atividade é mais eficaz para a redução de ansiedade do que as informações transmitidas pelas enfermeiras.

No G2, apenas o tipo de reações psicológicas com componente depressivo não obteve redução no nível do estresse, e isto pode ocorrer devido ao fato de ser constituído por questões que englobam “falta de vontade para se arrumar”, “brigar com a família”, “andar esquecido”, ou seja, também se refere a questões mais abrangentes que independem da situação pré-cirúrgica.

Considerando o grupo de participantes, pode-se afirmar que os dois procedimentos foram efetivos no sentido de reduzir o estresse e a ocorrência de determinados comportamentos concorrentes (principalmente choramingar, comportar-se de modo nervoso e protestar) e de elevar a ocorrência de comportamentos de adesão (principalmente falar e auxiliar na execução do procedimento médico). De igual modo, à medida que entraram em contato com maior número de informações sobre a condição da doença, tratamento e hospitalização, o estresse dos participantes diminuiu do pré-teste para o pós-teste.

Tais resultados são coerentes com as observações de Twardosz *et al.* (1986); Mahajan *et al.* (1998); Azevedo *et al.* (2008), segundo os quais uma intervenção psicológica pré-

cirúrgica constitui uma oportunidade para que o paciente adquira conhecimento sobre os procedimentos médicos e cirúrgicos, em geral, aumentando a probabilidade de emissão de comportamentos adaptativos e diminuindo a probabilidade de emissão de comportamentos não-adaptativos.

Deste modo, conforme Le Roy *et al.* (2003), são inúmeros os fatores a serem considerados quando se planeja um programa de preparação, para diminuição do estresse, e assim sendo, recomendam que se deva fazer uma avaliação acurada da criança e de suas condições psicossociais e enumera alguns fatores importantes a serem avaliados junto à família tais como: nível de desenvolvimento da criança e seu enfrentamento; a compreensão da criança sobre sua condição médica e sobre o procedimento médico a ser realizado; experiência prévia de hospitalização; sintomas emocionais, cognitivos e físicos; medos em geral e de procedimentos específicos; composição familiar, incluindo fatores lingüísticos, culturais e religiosos. Estes fatores anteriores ao momento pelo qual a criança está passando, pode interferir de algum modo, nas respostas comportamentais e nos resultados da ESI.

Ainda segundo Soares e Bomtempo (2004) estes fatores, na medida do possível, devem estar sob controle e se relacionam com a história de experiências do indivíduo com doença, valores, rede de apoio, experiência com o ambiente hospitalar, expectativas com relação aos resultados da cirurgia e nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento.

No entanto, é importante ressaltar que nem sempre a preparação é vista de forma positiva pela criança e deste modo, é necessário avaliar se a antecipação das informações não aumenta ainda mais a ansiedade (Salmon, 2006). Estes casos necessitam atenção e procedimentos especiais. No caso deste estudo, verificou-se que uma criança relatou preferir não ter ficado sabendo sobre sua cirurgia, o que leva a pensar que a criança deve ser questionada antes se ela quer ou não receber informações sobre seu procedimento cirúrgico.

Segundo Salmon (2006), qualquer que seja o tipo da preparação psicológica para procedimentos médicos deve incluir dois aspectos fundamentais: a informação sobre os detalhes da experiência a ser vivida e o ensino de estratégias efetivas de enfrentamento. O objetivo da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo os objetivos, o significado e propósito deles, além de corrigir o que não ficou claro. A informação deve ser simples, realística e verdadeira e pode ser dada de várias formas, segundo as condições de cada criança e família (Le Roy *et al.*, 2003).

Porém, no geral, pode-se perceber que as crianças não só gostaram, como apresentaram reações positivas frente à preparação, menos dúvidas e reações pós-cirúrgicas,

bem como, apresentaram enfrentamento frente ao procedimento. Segundo Andraus *et al.* (2004) as pessoas que detêm informação sobre situações ou práticas potencialmente aversivas ou ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos; porque, para além da simples presença dos pais durante a hospitalização, hoje se reconhece o papel que estes desempenham na forma como a criança lida com os problemas e tratamentos médicos.

Vale ressaltar que cada preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, tendo em vista que cada criança é singular e pode fazer uso de suas estratégias de enfrentamento frente à situação que lhe é imposta. Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes encontra-se o brincar, recurso utilizado tanto pela criança como pelos profissionais do hospital para lidarem com as adversidades da hospitalização, segundo Motta e Enumo (2004). Conforme Soares e Zamberlan (2001) a criança mesmo hospitalizada deve ter preservado o seu direito ao brincar, porque o brincar é considerado um veículo para o desenvolvimento social, emocional e intelectual, e atua como uma das estratégias facilitadoras da adaptação da criança à condição de hospitalização, permitindo que a mesma expresse seus sentimentos, proporcionando melhora no repertório de enfrentamento desta condição. Assim sendo, notou-se que neste estudo, o uso de desenhos e a preparação utilizada no G2, preservaram o lúdico, fator este que permite à criança na situação hospitalar, realizar atividades que lhe são corriqueiras no seu cotidiano, tornando o ambiente hospitalar mais familiar.

Uma cirurgia traz, para a criança, situações com as quais ela não está acostumada. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo de todo esse desconhecido. Sendo assim, é de fundamental importância que a criança seja devidamente preparada a fim de que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a própria recuperação do paciente (Yamada & Bevilacqua, 2005). De igual forma, a preparação pode propiciar maior enfrentamento por parte das crianças, que ao conhecerem seu processo de doença e conseqüente cirurgia, ficam cientes de sua necessidade e da importância de sua colaboração para um processo mais efetivo de recuperação. Este processo é proveniente das estratégias de enfrentamento que lhe são disponíveis e das quais ela vai fazer uso, para se adaptar à situação, de modo a influenciar significativamente neste processo.

No entanto, a situação de hospitalização não necessariamente precisa ser vista como algo negativo, visto que Kazac *et al.* (1995) afirmam que a instituição hospitalar também pode

ser um contexto de promoção de saúde para a criança e sua família. Porém, faz-se necessário que sejam reconhecidas as influências da família, da sociedade, e do sistema médico no processo de adoecimento da criança.

Neste estudo, de acordo com as entrevistas notou-se que a mãe exerce grande influência no comportamento de seu filho frente a situação, pois ao ficar ansiosa, passa esta ansiedade para o filho. Deste modo, a preparação ameniza a ansiedade, visto que torna o paciente conhecedor de sua situação, fato este que o tranqüiliza, torna-o mais tranqüilo e colaborativo, além de tornar este novo contexto, seu microssistema imediato, mais acolhedor.

Os resultados demonstraram que as crianças, independente da idade ou do gênero, se beneficiaram de ambos os programas, fazendo uso de enfrentamento para diminuir sensivelmente a ocorrência de ansiedade. O índice de frequência de ocorrência dos comportamentos de adesão a tratamento de todos os sujeitos foi maior após terem sido submetidos aos programas de preparação.

Quando uma criança adoecer, geralmente se sente fragilizada e temerosa, necessitando de cuidados especiais, proteção, carinho e confiança. Para Novaes e Portugal (2004) o ato de adoecer é entendido como um processo social, visto que a criança apresenta mudanças físicas e emocionais, e é aceita como doente, tanto na família como no grupo de colegas. Quando os pais estão presentes e atendem as necessidades da criança, estes sintomas podem ser amenizados, mesmo que a equipe de saúde não estabeleça com ela uma interação satisfatória, como mostram os resultados de Skipper e Leonard (1968) citados por Crepaldi e Hackbarth (2002), e Crepaldi (1999). Quando, porém, os pais estão ausentes ou por algum motivo não podem atender a criança, é imprescindível que a equipe de saúde possa fazê-lo, sob pena de aparecerem reações de não aceitação de sua condição e revolta.

No novo microssistema, o hospital, novas interações se estabelecem, entre a criança, equipe médica e funcionários do hospital, os quais podem influenciar positiva ou negativamente seu desenvolvimento e recuperação. O papel exercido pela criança neste ambiente também muda, influenciando e sendo influenciado por estas novas interações num ambiente não antes experimentado. Em tal ambiente ela precisará encontrar recursos de enfrentamento, os quais estarão mais acessíveis se houver uma preparação elaborada, que estimule o enfrentamento, e não prejudique o seu desenvolvimento.

Em estudo realizado por Visintainer e Wolfer (1975), os mesmos também mencionaram que a preparação foi o procedimento mais eficaz para a redução do estresse, quando comparado a outros procedimentos, tais como a simples presença da mãe. Vale

ressaltar que a presença da mãe é necessária, mas esta por si só, sem uma preparação da criança e da própria mãe não contribui com a criança na situação pré-cirúrgica.

Sabatés e Borba (2005) realizaram um estudo, no qual foram entrevistados 50 pais que estavam com seus filhos hospitalizados em unidades de internação pediátrica. Os resultados evidenciaram que os pais não estavam totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho. Crepaldi *et al.* (2006) aponta que a parceria entre equipe e pais tem-se mostrado muito eficaz nos cuidados à criança, além de beneficiar os pais, enquanto categoria de pessoas que atende a criança e enquanto segmento que necessita de atenção. Muitas vezes a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais. Deste modo, é importante que os pais estejam conscientes de que a ansiedade dos filhos está em boa parte na dependência de seus comportamentos. Deste modo, instruções e atenção mínimas que os pais recebem resultam como fundamentais para ajudar a criança a enfrentar a situação.

6.2 Paciente Cirúrgico Pediátrico

Por meio dos resultados da escala, pode-se notar que a situação da cirurgia parece tornar-se um motivo para que o estresse aumente. A confecção dos desenhos como forma de contextualizar os resultados da escala e as posteriores falas, trouxeram resultados importantes no que tange aos seus conteúdos, os quais explicitam, independente da faixa etária, o medo do desconhecido, ansiedade percebida através do traçado e sentimento de inferioridade relacionado à separação da mãe.

A pesquisa tornou isso evidente pois pôde-se constatar que as crianças, conforme a idade, reagem à separação dos pais, à hospitalização e à cirurgia, expressando diferentes conteúdos emocionais, o que confirma resultados de Mondolfi e Salmen (1993). Tais autores sugerem que se faça uma preparação das crianças para que possam conhecer os procedimentos médicos empregados. Recomendam emprego de jogos, visitas à área de hospitalização e da cirurgia e informações em linguagem simples.

Conforme Trinca (2003) atualmente já não se colocam dúvidas sobre o impacto que a situação de hospitalização pode provocar no ser humano, notadamente na criança. Angerami-Camon (1995) expôs com muita propriedade a situação geral relacionada à hospitalização e suas decorrências emocionais sobre o paciente e a família. As reações da criança à doença, à hospitalização e à cirurgia constituem um tema delicado e merecedor de atenção.

O ingresso ao hospital para intervenção cirúrgica pode constituir uma experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes. O ambiente hospitalar, a separação dos pais, a dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e indução de anestesia são fatores contribuintes (Mondolfi & Salmen, 1993).

Conforme Lipp (2000) tais reações podem ser atribuídas a fatores relacionados à ausência de atividades cotidianas e escolares; ao trauma da doença, ao ambiente desconhecido, à distância de seu ambiente familiar e de seus pares, à incerteza de como se comportar adequadamente; à perda de controle e de autonomia; à ausência de rotina e aos procedimentos médicos e cirúrgicos.

Conforme as mães, quando ocorreu a descoberta da necessidade da cirurgia, esta se deu permeada por muita ansiedade, pelos mais diversos motivos, seja pela longa espera para conseguir fazer a cirurgia, seja por saber de experiências anteriores mal sucedidas. Sebastiani (1984) afirma ser o período pré-operatório constituído por uma longa espera permeada de pré-exames, jejum e expectativa muito grande em relação ao que irá ocorrer durante e após a cirurgia. O pré-operatório costuma desencadear muita ansiedade, quer pelo sofrimento do próprio paciente, quando este já estiver acometido pela doença ou pelo contato direto com outras pessoas que se encontram no mesmo ambiente de espera, sem contar com a inatividade peculiar à situação, exames complementares, separação do paciente de sua família e ambiente, além de outras preocupações que eventualmente a pessoa apresenta.

Neste estudo, as mães também elucidaram que seus filhos demonstraram medo, ansiedade e dúvidas frente a necessidade da cirurgia. Do mesmo modo, as mães também demonstraram estresse, preocupação e medo, de acordo com suas falas. Segundo Zamo (1997) quando a criança fica doente, o estresse envolve a todos da família, a qual passa por um período de medo, insegurança e sensação de que perderá o controle sobre os cuidados e a educação da criança doente. A hospitalização em si já é vista pela criança como ameaçadora e causadora de ansiedade, e desta forma, tem um impacto sobre o comportamento da mesma, levando à manifestação de reações adversas como o estresse, ansiedade e medo (Costa Jr, 1999; Guimarães, 1999; Miyazaki *et al.*, 1999).

Além disso, a cirurgia é desconhecida na vida da maioria das crianças, fato este que pode trazer certo nível de ansiedade àquelas que tenham que se submeter a uma cirurgia, como ficou evidente neste estudo, no qual 26 crianças nunca haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos. Sendo assim, é aceitável que frente a tantas dúvidas, ocorram muitas fantasias a este respeito. Moix (1996) afirma que a imaginação das crianças serve para

agravar o estado de ansiedade, levando-as a distorcer o que supõem ser a mesma. Por outro lado, Sebastiani (1995) elucida que o paciente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos psicológicos importantes, principalmente com relação ao medo. Tem medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado e medo de mostrar o medo. Sobretudo, tem medo de morrer. Segundo Pinotti e Priori (1975) embora, sempre a realidade seja enriquecida pela imaginação, o medo da cirurgia nunca é totalmente imaginário.

Foram poucos os casos de crianças felizes, e estas assim estavam por pensar nas conseqüências da cirurgia, ou por algum presente que iriam ganhar em troca. Os casos de crianças tranqüilas, também em menor número, ocorreram em virtude de terem sido crianças bem informadas, e com algum tipo de experiência anterior, mas estes foram poucos casos, pois na maioria, a situação de hospitalização para cirurgia é vista de forma negativa pelas crianças e suas mães. Este resultado também foi encontrado na pesquisa de Hackbarth (2000) a qual realizou um estudo com crianças em situação pré-cirúrgica, utilizando-se de desenhos, e teve resultados mostrando que os sentimentos que as crianças experimentaram com mais freqüência, foram, em geral, negativos. O sentimento de medo manifestou-se em quase todos os desenhos. Culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe também apareceram com bastante freqüência. As crianças perceberam a cirurgia como um evento agressivo, e perceberam o contexto que antecede a cirurgia como permeado por tristeza, e por uma espera ansiosa, devido às dúvidas, exames e demais procedimentos preparatórios, o que corrobora com o presente estudo.

Os procedimentos cirúrgicos, embora existam com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo. Tal constatação ocorreu neste trabalho, que também mostrou que o momento de hospitalização por si só, gera grande ansiedade, tanto nas crianças como em seus pais.

Como este estudo inclui, além da percepção da hospitalização sob a ótica da criança, a percepção das mães e/ou acompanhante sobre a mesma, pode-se notar que há um consenso entre a percepção deles e a literatura, Crepaldi *et al.* (2006) sobre a situação de adoecimento e hospitalização, referida como momento de crise para as famílias, devido a sua desintegração temporária. Podem surgir ou agravar-se problemas conjugais e adoecimento orgânico e/ou psicológico de outros membros da família.

Assim, ocorre uma transição do microssistema família para o exossistema hospital, que existirá no mesossistema (Novaes & Portugal, 2004). Desta forma, se antes de adoecer o

hospital e a rede de saúde pertenciam ao exo ou mesossistema, este pode passar a ser seu microssistema. E toda configuração do microssistema anterior sofre alterações a partir desta nova realidade de adoecimento e tratamento da criança.

Tais mudanças ocorridas devido ao período de hospitalização foram trazidas na primeira entrevista, na qual as mães ou o responsável pela criança naquele momento mencionaram o quanto a situação que lhes fora imposta, no caso, este novo sistema, exigiu adaptações tanto delas, como de todos os microssistemas a que pertenciam: filhos, trabalho, marido e outros.

Beier (1997) afirma que a hospitalização de uma criança normalmente traz consigo um de seus pais, que deixa sua rotina diária, priorizando o filho doente. Deste modo, além dos sentimentos de insegurança, medo da morte e desconfiança, surgem problemas familiares: são os outros filhos que ficam sob o cuidado de terceiros, quando não ficam sós; é a empresa empregadora que não aceita o atestado do filho como justificativa para as faltas; é a falta de recursos financeiros para alimentação ou transporte, e o hospital impondo regras e rotinas que divergem do cotidiano familiar, empregando termos e procedimentos desconhecidos.

Por outro lado, vale ressaltar que o hospital não pode ser visto como um ambiente frio apenas. Há hospitais que hoje se preocupam em promover o conforto e desenvolvimento da criança, e nem sempre são vistos de forma negativa por elas. Crianças de lares desfavorecidos, por exemplo, muitas vezes, gostam do hospital, pois este oferece alternativas ao ambiente em que vivem: paredes coloridas, a comida de melhor qualidade, sala de brinquedos, a TV a cabo que, por vezes, tornam o ambiente hospitalar mais agradável do que sua própria casa. É correto afirmar que as percepções de crianças de classe média diferenciaram-se das percepções de crianças menos favorecidas. Apesar do hospital estudado, ser considerado de referência na região, sua estrutura ainda necessita de muitos recursos, e mesmo assim, houve algumas crianças que gostaram do hospital, alegando considerá-lo melhor que sua residência. Independentemente da avaliação que as crianças venham a fazer, os hospitais podem ser promotores do desenvolvimento quando buscam aliviar o sofrimento das crianças de forma digna, favorecendo vínculos reparadores, que possam tornar a hospitalização menos hostil.

Este estudo não se limitou a estudar a hospitalização infantil como um todo, especificando tal experiência na cirurgia infantil, experiência esta que requer cuidados mais intensivos e específicos.

As implicações práticas dos resultados deste estudo salientam a importância da preparação da criança para as diferentes etapas de um procedimento cirúrgico, que vão desde a decisão de se fazer a cirurgia até os resultados após sua realização.

A criança que pode acompanhar o que se passa com ela, considerando-se as especificidades de cada faixa etária, evidentemente tranquiliza-se e torna-se mais colaboradora com os procedimentos pós-cirúrgicos e necessidade da cirurgia, mesmo que lhe deixe marcas, como foi verificado no estudo de Skipper e Leonard (1968, citados por Crepaldi e Hackbarth (2002). Conhecedora das novas interações deste novo contexto no qual está inserida, a criança experimenta maior sentido de controle cognitivo e mantém a perturbação emocional em níveis mais baixos, o que facilita sua volta para o microssistema família novamente.

7 CONCLUSÕES

A preparação, independente da forma como é feita, é eficaz no estresse e na ansiedade de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Desde que seja aplicada por profissional conhecedor da área, provoca efeitos positivos, tais como, melhor adesão a tratamento pós-cirúrgico e estratégias de enfrentamento. Contudo, é correto afirmar que é válido e necessário fazer uma preparação pré-cirúrgica, pois a mesma é profícua para a hospitalização, cirurgia, e há indícios de que seja para a recuperação também.

Não se verifica diferenças significativas entre as crianças dos dois grupos, e assim, refuta-se a hipótese de que existiriam diferenças, quanto à ansiedade e estresse das crianças, de acordo com o procedimento a que seriam submetidas.

Neste estudo, de acordo com a preparação, os demais dados coletados, entrevistas e desenhos ajudam a concluir este fato. Quando comparados ambos os grupos, não há diferença quantitativa, mas segundo os resultados qualitativos, há diferença que indica que o G2 pode ser considerado mais eficaz nos desenhos e entrevistas.

A hospitalização infantil é experienciada pelas crianças com bastante medo, ansiedade e tristeza frente a esta realidade tão diferente e fora de seu contexto habitual. A criança passa por mudanças radicais em sua rotina, pela dor e sofrimento, implicados nos procedimentos médicos, medicação e descontinuidade em suas experiências sociais.

A família também passa por mudanças, e conseqüentes adaptações, a uma situação para a qual, na maioria das vezes, não estão preparadas, e, por conseguinte, não estão aptas a preparar seus filhos.

Quando a hospitalização requer uma cirurgia, a situação se complica visto que, a criança não volta mais a mesma para casa, pois a cirurgia pode deixar cicatriz ou outras implicações, que não ocorrem, quando a criança é hospitalizada por outros motivos.

As informações fornecidas às famílias são insuficientes, o que acaba gerando incertezas, preocupações, e constatações, na maioria das vezes, constituídas de poucas certezas. Desta forma, pais não preparados e sem informações, não estão disponíveis para

transmitir as informações adequadas e necessárias para seus filhos, de modo que fiquem tranquilos e conhecedores do procedimento cirúrgico a que serão submetidos. Por vezes, a intenção de fazê-lo existe, mas nem sempre é consolidada, pois, ou os pais sabem pouco ou quase nada sobre o que deve ser informado, ou, baseiam suas informações em suas próprias representações, fator este, que, porventura, pode confundir as crianças, ou até mesmo, assustá-las mais do que o necessário para o procedimento em questão.

Deste modo, fica evidente a necessidade de uma preparação psicológica eficiente, detalhada e em linguagem simples, de acordo com o grau de compreensão e as particularidades de cada criança. Todavia, a preparação de forma individual torna-se mais personalizada e efetiva.

No entanto, é conspícuo afirmar que a amostra deste estudo é relativamente pequena, para se chegar a resultados conclusivos. Assim, o uso de análise estatística para avaliação da ESI, não pode permitir generalizações, sendo os resultados desta pesquisa, pertinentes e condizentes com a amostra em questão, e desta forma, não foram encontradas diferenças significativas na pontuação da escala.

Em relação aos outros instrumentos, pôde-se notar que crianças e suas respectivas mães do G2, apresentaram-se mais tranquilas frente à situação, comportando-se de forma mais colaborativa, mas como lembrado anteriormente, não é suficiente para se fazer generalizações.

Em suma, é importante afirmar que a preparação psicológica pré-cirúrgica é necessária e eficaz, independente de qual metodologia é usada, visto que por mais simples que seja, sempre produz efeitos positivos e promove estratégias de enfrentamento frente à situação imposta.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os procedimentos preparatórios sejam seguidamente citados na literatura, poucos são os estudos que trazem resultados de sua eficácia. Estes carecem ainda, de descrição precisa dos programas de preparação, quer sejam estratégias que preparem para procedimentos médicos em geral ou cirurgias. Esta tendência pode-se observar tanto em estudos nacionais, mais raros na área, como nos estudos internacionais (Uman *et al.*, 2008) que realizaram um meta análise recente sobre o tema, e concluíram que a maioria dos estudos encontrados são o que chamam de “narrativos, revisões não sistemáticas de intervenções psicológicas” e enfatizam a necessidade de se testar a eficácia dos programas de intervenção. No entanto, esta pesquisa procurou testar a eficácia do procedimento de preparação com a reaplicação da ESI, bem como, questionar as mães sobre seus filhos após a cirurgia.

Um fator importante a ser discutido é o fato de não existir nenhuma escala que avalie o stress infantil na situação de hospitalização, sendo utilizada então, uma escala que avalia o stress geral. Deste modo, alguns itens que constam na escala, não possuem nenhuma relação com a situação estudada, fator este que pode interferir nos resultados gerais da escala.

Importante mencionar que este estudo não teve grupo controle, devido a alegação da Instituição de que seria anti-ético selecionar quais crianças participariam da preparação, deixando outras crianças sem tal atendimento. É importante ressaltar que esta Instituição não possuía um Programa de Preparação para procedimentos invasivos ou cirúrgicos antes da realização desta pesquisa e que as crianças que não participaram da pesquisa também não foram preparadas. Portanto, considera-se equívoca tal alegação.

Outro fator importante a ser considerado é o tamanho da amostra deste estudo, o que pode se constituir numa limitação, ou seja, quando da generalização dos resultados.

Espera-se, porém, que esta pesquisa acrescente resultados relevantes para a produção científica da área, no sentido não só de diminuir a insuficiência metodológica relacionada ao fornecimento de informações precisas acerca dos efeitos da intervenção psicológica sobre o

repertório comportamental do indivíduo hospitalizado. Do mesmo modo, também de subsidiar intervenções nesse contexto, auxiliando profissionais que atuam no campo da psicologia da saúde a descrever e analisar comportamentos de crianças expostas a procedimentos médicos, de modo a intervir na redução do estresse que acomete crianças que passam por situações de cirurgia.

No presente estudo, a presença de acompanhantes parece não ter garantido o alívio do estresse das crianças e, embora esta variável não tenha sido investigada em específico, sabe-se que os pais também não receberam qualquer tipo de instrução especial, visto que alguns deles mencionaram tal questão. Estudos mais acurados têm que ser feitos nessa direção, para avaliar a necessidade dos acompanhantes, e poder prepará-los para a cirurgia de seus filhos.

Considera-se aceitável que mesmo após a preparação a criança ainda sinta medo, mas que este seja enfrentado devido às condições que a preparação lhe propiciou, para tanto, são necessários novos estudos que aprofundem mais esta questão.

O profissional da saúde deve ser aquele elemento voltado aos aspectos afetivos, é aquele que deve ouvir o outro lado das queixas do paciente e seus posicionamentos sem estar voltado apenas ao tratamento clínico médico. As crianças pesquisadas não tinham acesso a acompanhamento pré-cirúrgico, mas este é de grande valia e se faz necessário, à medida que poderá criar metodologias de trabalho que visem proteger o desenvolvimento da criança, evitando seqüelas emocionais futuras, ainda que a permanência da criança no hospital seja curta e a cirurgia simples. Conforme Crepaldi e Hackbarth (2002) o trabalho de preparação poderá promover estratégias de intervenção tanto para a criança, como para a família e equipe, orientando sobre a necessidade de amparar e acolher a criança, a fim de que se minimizem os sentimentos negativos e a criança se sinta protegida, acionando mecanismos de proteção para seu desenvolvimento.

Os programas mostram, em geral, que os efeitos ocorridos em pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia consistem em sofrer menos com ansiedade, apresentar menos condutas negativas, se comportar de forma mais colaboradora e apresentar menos transtornos psicológicos após receberem a alta. Os pais preparados também apresentam menos ansiedade. Todos falam dos benefícios trazidos, porém pouco se diz sobre sua eficácia ao longo do tempo. Outro aspecto pouco mencionado nos estudos é a avaliação do período pós-operatório. Deste modo, a descrição dos resultados obtidos no pós-cirúrgico, deu-se de forma mais resumida, visto que as reações pós-cirúrgicas são imprevisíveis, devido aos efeitos

da anestesia e fogem do controle da preparação. Porém, crianças e pais preparados têm condições de entender a ocorrência de tais reações, pela informação recebida previamente.

Vale ressaltar que a preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, a idade, gênero, escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e sua condição de saúde, se teve ou não experiência anterior de cirurgias, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares e estilo de enfrentamento de problemas. Estes programas beneficiam tanto pais e filhos, como o profissional de saúde que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente, e assim, trabalhar num ambiente mais relaxado, conseguindo mais facilmente a recuperação dos pacientes. Além do que, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo.

Deste modo, os efeitos da hospitalização para a realização de uma cirurgia podem ser atenuados por procedimentos simples. Caso a cirurgia seja de emergência e não haja possibilidade de efetivar a preparação psicológica, é importante intervir de forma semelhante no pós-cirúrgico, retomando as informações sobre o procedimento e esclarecendo sobre o que foi realizado. Esta medida é pouco mencionada nos estudos, mas é fundamental para evitar memórias traumáticas sobre o evento.

Faltam ainda, trabalhos que tratem da saúde da criança/adolescente brasileiro a fim de dar base a essas intervenções. Conforme Castro (2007) a grande maioria da literatura científica nessa área vem de estudos realizados em países desenvolvidos, e sabe-se que nem sempre os resultados encontrados se encaixam ao contexto brasileiro. Além disso, esses estudos utilizam diferentes critérios e medidas para investigar os aspectos psicossociais da saúde da criança, geralmente utilizando fontes de informação de terceiros (pais, professores, etc.), já que pouca informação é obtida através da criança. São necessários estudos empíricos rigorosos que considerem as particularidades da criança doente, sua fase evolutiva, suas condições emocionais, familiares e sociais. Torna-se importante estudar e analisar as implicações dos diversos tipos de problemas de saúde e hábitos de saúde para a criança e adolescente, trabalho que ainda está inacabado.

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

É inegável que o trabalho em hospitais é cercado por limitações, que porventura, possam vir a dificultar a realização e a viabilidade de intervenções, visto que o ambiente está sujeito a constantes mudanças, que nem sempre estão sob controle dos profissionais, os quais têm que lidar com imprevistos e situações nem sempre programadas.

No hospital em questão, várias foram as variáveis que puderam intervir nos resultados da preparação, visto que as crianças ficavam no mesmo quarto, e quando uma criança voltava do centro cirúrgico, era vista pelas crianças que ainda iriam para a cirurgia.

Outra limitação para se pesquisar a eficácia dos programas de preparação para cirurgia é a publicação de estudos que apontam muitas técnicas cuja eficácia é pouco demonstrada. Porém, é importante salientar que pesquisar os programas de preparação para cirurgia é um empreendimento difícil, pois o pós-teste deve ocorrer depois da preparação e depois da cirurgia, e neste último momento a sedação altera o comportamento pós-cirúrgico imediato, como se constatou no presente estudo. Este fato limita a possibilidade de reavaliação da criança, e por esta razão, optou-se por obter uma avaliação das mães sobre o período pós-cirúrgico.

A maioria dos autores citados e que abordam procedimentos médicos em geral, trabalham com o que chamam de *self-report*, ou seja, é o auto-relato da criança através de desenhos, de entrevistas e atividades lúdicas após a preparação, o que é mais difícil obter em casos cirúrgicos. Neste estudo, não houve tempo hábil para se esperar mais tempo para executar uma avaliação pós-operatória com a criança, cuja alta foi imediata. Outros fatores ainda podem ser considerados como impeditivos de boas avaliações dos procedimentos e mesmo a realização deles, tais como, a internação curta, condições da criança, e dificuldade de encontrar o paciente e sua família depois da alta. Isto sugere a importância de estudos que investiguem as memórias das crianças no pós-alta, a fim de que a avaliação pós-cirúrgica, possa ser feita de acordo com as representações das próprias crianças.

Ao mesmo tempo em que é importante uma atividade clínica efetiva e eficaz em psicologia pediátrica, são necessárias mais pesquisas que tratem da saúde da criança/adolescente brasileiro a fim de dar base a essas intervenções.

Frente às situações relacionadas à saúde da criança e do adolescente, é fundamental uma abordagem multiprofissional que envolva também os aspectos psicológicos da criança/adolescente e suas famílias. É necessário que os profissionais da saúde estejam sensibilizados para os aspectos que transcendem o tratamento médico, pois os resultados do

tratamento e as intervenções podem ficar comprometidos se não se considerarem esses aspectos.

Após a realização desta pesquisa, deixa-se a sugestão para o hospital em que foi realizada a pesquisa, de incluir no atendimento a preparação psicológica pré-cirúrgica, visto que por meio desta, ficou evidente, o quanto as crianças se beneficiaram dos programas, tornaram-se mais participativas em seu processo de hospitalização, conforme relato das mães, e das enfermeiras.

Assim, a implementação de serviços de atendimento no hospital deve considerar um planejamento ambiental da instituição para que possam ser efetuadas orientações em relação ao desenvolvimento psicológico da criança. Há necessidade de compreensão da relação entre o paciente e o ambiente em que são dispensados os cuidados com o tratamento, a fim de que se possa conhecer a realidade pesquisada. Deste modo, conhecendo-se as interações que ocorrem neste sistema, é possível elaborar uma intervenção acurada, que propicie de forma profícua, estratégias de enfrentamento por parte da criança e de sua família na situação de hospitalização e cirurgia, para as quais normalmente não estão preparados.

9 REFERÊNCIAS

Altamirano, E.H.D. & Jereissati, L. A. (2002). Fisioterapia Respiratória e o processo de hospitalização criança-mãe. Psicologia: Teoria e Prática, 4 (2), 57-65.

Amitay, G.B., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M. & Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents? Journal of Paediatrics an Child Health. 42, 618-624.

Andraus, L.M.S., Minamisava, R.F. & Munari, D.B. (2004). Comunicação com a criança no pré-operatório. Pediatria Moderna, 40 (6), 242-246.

Andreani, G. (2006). Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Angerami-Camon, V.A. (1995). Psicologia Hospitalar: teoria e prática. 2 ed. São Paulo: Editora Pioneira.

Angerami-Camon, V.A., Nicoletti, E.A. & Chiattonne, H.B.C. (1996). O Doente, a Psicologia e o hospital. 3 ed. São Paulo: Pioneira.

Antoniuzzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia (Natal), 3 (2), 273-294.

Barbetta, P.A. (2001). Estatística aplicada às ciências sociais. 4 ed. Florianópolis: Editora da UFSC.

Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo. Trad. L. A. Reto e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70.

Batista, D. (trad.). (1995). – DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beier, S. (1997). Desenvolvimento da atenção integral à criança com fibrose cística. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disable child. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 171-209.

Bess d'Alcantara, E. (2008). Criança hospitalizada: O impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, 3 (6), 38-55.

Bezerra, L.F.R. & Fraga, M.N.O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. Revista Brasileira de Enfermagem, 49 (4), 611-624.

Bibace, R. & Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. Pediatrics, 66, 912-917.

Blount, R. L., Lindsey, T. P., Cohen, L., Cheng, P. S. (2006). Pediatric Procedural Pain. Behavior Modification, 30(24), 23-49.

Borges, L.M. (1999). Manejo da dor pediátrica. In: Carvalho, M.M.M.J. (org.). Dor: um sentido multidisciplinar. (265-297). São Paulo: Summus.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. Developmental Psychology, 22 (6), 723-742.

Bronfenbrenner, U. & Ceci, S.J. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. Psychological Review, 101 (4), 568-586.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: Damon, W. (org.). Handbook of child psychology, (V.1, p. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.

Bronfenbrenner, U. & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21st Century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. Social Development, 9 (1), Oxford.

Burbach, D.J. & Peterson, L. (1986). Children's concepts of physical illness: a review and critique of the cognitive developmental literature. Health Psychology, 5 (3), 307-325.

Cairo, C. (1999). Linguagem do corpo: aprenda a ouvi-lo para uma vida saudável. São Paulo: Mercuryo.

Campos, I.C.M. (2006). Diagnóstico de Transtornos Mentais e Comportamentais e Relação com Trabalho de Servidores Públicos Estaduais. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Campos, T.C.P. (1995). Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU.

Castro, A.S., Silva, C.V. & Ribeiro, C.A. (2004). Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 (5), 797-805.

Caumo, W., Broenstrub, J.C. & Fialho, L. (2000). Risk factors for post-operative anxiety in children. Acta Anaesthesiol Scand, 44, 782-789.

Cecil, A. & Poole, F.R.C. (1983). Ansiedade – um obstáculo entre o homem e a felicidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Renes Ltda.

Ceccim, R.B. (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à saúde. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Chiattonne, H.B.C. (1988). A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon, V.A. (org.). Psicologia Hospitalar: teoria e prática. (95-102). São Paulo: Editora Pioneira.

Chiattonne, H.B.C. (1998). A criança e a morte. In: Angerami-Camom, V.A. (org.) E a psicologia entrou no hospital. (69-146). 2 ed. São Paulo: Pioneira.

Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. Psychological Bulletin, 101 (3), 393-403.

Compas, B.E., Malcarne, V.L. & Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (3), 405-411.

Costa Jr, A. L. (1999). Psicooncologia e Manejo de Procedimentos Invasivos em Oncologia Pediátrica: uma revisão de literatura. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12 (1), 107-118.

Costa Jr., A.L., Coutinho, S.M.G. & Ferreira, R.S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. Paidéia, 16 (33), 111-118.

Crepaldi, M.A. (1998). Famílias de crianças acometidas por doenças crônicas: representações sociais da doença. Paidéia: Cadernos de psicologia e educação, 8 (14/15), 151-167.

Crepaldi, M.A. (1999). Hospitalização na Infância: Representações Sociais da Família sobre Doenças e a Hospitalização de seus Filhos. Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária.

Crepaldi, M.A. & Hackbarth, I.D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. Temas em Psicologia da SBP, 10 (2), 99-112.

Crepaldi, M.A., Rabuske, M.M. & Gabarra, L.M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M.A., Linhares, B.M., Perosa, G.B. (org.). Temas em Psicologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cruz, A.P.M., Zangrossi Jr., H. & Graeff, F. (1998). Psicobiologia da Ansiedade. In: RANGÉ, B. (org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. (p.301-312). 2 ed. Campinas: Editorial Psy II.

Danna, M., F. & Matos, M. A. (1996). Ensinando observação: uma introdução. São Paulo: Edicon.

Darwish, R.A. & Galvão, O.F. (2001). Integração de razão e emoção: acerca da importância do condicionamento respondente para a noção de operante. In: Guilhardi, H.J. (org.). Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade. (82-85). 1 ed. v.8. Santo André-S.P.: ESETec Editores Associados.

Dell'Aglio, D.D. & Hutz, C.S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. Estudos de Psicologia (Natal), 7 (1), 5-13.

Di Leo, J.H. (1985). A interpretação do desenho infantil. Trad. Marlene Neves Strey. Porto Alegre: Artes Médicas.

Duff, A. J. A. (2003). Incorporating psychological approaches into routine paediatric venepuncture. Archives Disease Children, 88, 931-937.

Eckenhoff, J.E. (1959). Relationship of anesthetic to postoperative personality changes in children. AJDC, 86, 587-591.

Edwinson, M., Arnbjornsson, E. & Ekman, R. (1988). Psychology preparation program for children undergoing acute appendectomy. Pediatrics, 82, 30-36.

Fávero, M.H. & Salim, C.M.R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização do desenho na coleta de dados. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 11, 181-191.

Fighera, J. & Viero, E.V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar, 8 (2), 51-63.

Flick, U. (2004). Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping middle-aged community sample. Journal of health and social behavior, 1 (3), 219-239.

Fonkalsrud, E.W. (2001). Pediatric surgery advances into university hospital. Journal of Pediatric Surgery, 36 (6), 409-415.

França, G.R. (2002). O processo de interação entre mãe e filho com câncer em situação de tratamento hospitalar. Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

Françoso, L.P.C. (2001). Assistência psicológica à criança com câncer – os grupos de apoio. In: Valle, E.M.R. (org.) Psico-oncologia pediátrica. (77-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fukuchi, I., Morato, M.M.M., Rodrigues, R.E.C., Moretti, G., Júnior, M.F.S., Rapoport, P.B. & Fukuchi, M. (2005). Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós operatório. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 71 (4), 521-525.

Gabarra, L. M. (2005). Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). O inquérito: Teoria e prática. Oeiras: Celta.

Gorayeb, R. & Rangé, B. (1987). Metodologia Clínica: Técnicas Comportamentais. In: Lettner, H.W. & Rangé, B. Manual de Psicoterapia Comportamental. (73-84). São Paulo: Manole.

Gratz, R.R. & Piliavin, J.A. (1984). What makes kids sick: children's beliefs about the causative factors of illness. Children Health Care, 12 (4), 156-162.

Grilo, A.M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões de saúde. Psicologia, Saúde e Doenças, 9 (1), 69-89.

Guimarães, S.S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy, R.R. (org.). Comportamento e Saúde: explorando alternativas. (22-45). Santo André, SP: ARBytes.

Hackbarth, I.D. (2000). Fantasias de crianças frente à cirurgia. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

Harris, P. L. (1996). Criança e emoção: O desenvolvimento da compreensão psicológica. São Paulo: Martins Fontes.

Harris, P., Olthof, T. & Terwogt, M.M. (1981). Children's knowledge of emotion. Journal of Child Psychiatry and Psychology, 22, 247-261.

Imori, M.C. & Rocha, S.M.M. (1997). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica de literatura. Acta Paulista de Enfermagem, 10 (3), 37-43.

Kain, Z.N., Mayes, L.C. & Wang, S.M. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? Anesthesiology, 89, 1147-1156.

Kaplan, H., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). Compêndio de Psiquiatria. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kazak, A.E., Segal-Andrews, A.M. & Johnson, K. (1995). Pediatric Psychology Research and Practice: A Family/Systems Approach. In: Roberts, M.C. (Ed.). Handbook of Pediatric Psychology. (84-104). 2 ed. London: The Guilford Press.

Kerlinger, F.N. (1980). Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: EPU: EDUSP.

Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliveira, L.M., Yamamoto, M.U., Inagaki, M.M., Ogawa, N.Y., Gonzales, P.E.S.M., Mandelbaum, R., Okubo, S.T., Watanuki, T. & Vieira, J.E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 59 (2), 51-56.

Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991). Metodologia Científica. 2 ed. São Paulo: Atlas.

Lapacó, M., Herran, M. & Navari, C. (1996). El manejo de la información en el paciente pediátrico. Arch. Arg. Pediatr., 94, 111-113.

Lei 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. (16 de julho de 1990).

Leitão, M.S. (1993). O Psicólogo e o Hospital. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto.

Le Roy, S., Elixson, E. M., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S., Uzark, K. (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. Circulation: Journal of the American Heart Association, 108, 2550-2564.

Lipp, M. E.N. (2000). Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. Campinas: Papyrus.

Lipp, M.E.N. & Lucarelli, M.D.M. (2005). Escala de Stress Infantil: ESI: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. & Malagris, L.N. (1998). Manejo de Estresse. RANGÉ, B. (org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. (279-292). 2 ed. Campinas: Editorial Psy II.

Litman, R.S., Berger, A.A. & Chhibber, A. (1996). An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. Paediatric Anaesthesia. 6, 443-447.

Lucarelli, M.D.M. (1997). Inventário de Sintomas de Stress Infantil – ISS-I: Um estudo de validação. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC, Campinas, S.P.

Luna, S.V. (2002). Planejamento de Pesquisa: Uma introdução. São Paulo: EDUC.

Mahajan, R.W., Wyllie, R., Steffen, R., Kay, M., Kitaoka, G., Dettorre, J., Sarigol, S. & McCue, K. (1998). The effects of a psychological preparation program on anxiety in children and adolescents undergoing gastrointestinal endoscopy. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 27 (2), 161-165.

Melamed, B. & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 511-521.

Mello Filho, J. (1992). Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas.

Meltzoff, J. (2001). Critical thinking about research psychology and related fields. Washington, DC: American Psychological Association.

Miyazaki, M.C.O., Amaral, V.L.A.R. & Salomão, J.B. (1999). Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In: Kerbauy, R.R. (org.) Comportamento e Saúde: explorando alternativas. (99-118). Santo André, SP: ARBytes.

Moix, J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. Archivos de pediatría, 47 (4), 211-217.

Mondolfi, A. & Salmen, T. (1993). Evaluación preoperatoria del paciente pediátrico. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 56 (1), 52-56.

Moro, E.T & Modolo, N.S.P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. Rev. Bras. de Anestesiologia, 54 (5), 728-738.

Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicologia em Estudo, 9 (1), 19-28.

Novaes, L.H.V.S & Portugal, G. (2004). Ecologia do desenvolvimento da criança hospitalizada. Revista Paulista de Pediatría, 22 (4), 221-229.

Oaklander, V. (1980). Descobrimo crianças: Abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus.

Ocampo, M.L.S. (1979). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes.

Oliveira, B.R.G. (1999). Criança Hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 7 (5), 95-102.

Oliveira, S.S.G., Dias, M.G.B.B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (1), 1-13.

Ortiz, M.R.L. (1997). A Psicologia Hospitalar na atenção à criança e à família. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Peniche, A.C.G. & Chaves, E.C. (2000). Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 8 (1), 45-50.

Perrin, E.C., Sayer, A.G. & Willett, J.B. (1991). Sticks and stones may break my bones...reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. Pediatrics, 67 (6), 841-849.

Pinotti, H.W. & Priori, J. (1975). Reações Psicológicas do Paciente na Cirurgia do Aparelho Digestivo. In: Pinotti, H.W. Atualização Cirúrgica. (187-195). São Paulo: Livraria Manole.

Pinus, J. (2004). Cirurgia Pediátrica: perspectivas futuras – Declaração da Cirurgia Pediátrica. Disponível em: <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num1/EMC%20=%20Cirurgia%20Pediátrica....pdf>. Acesso em: 06/07/06.

Ribeiro, R.M., Tavano, L.D. & Neme, C.M.B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós- operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. Estudos de Psicologia, 19, 67-75.

Romano, B.W. (1994). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In: Romano, B.W. (org.). A Prática da Psicologia nos Hospitais. (55-66). São Paulo: Pioneira.

Romano, B. W. (1999). Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rudio, F.V. (2002). Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes.

Sabatés, A.L. & Borba, R.I.H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Rev. Lat-Americana de Enfermagem, 13 (6), 963-973.

Sadala, M.L.A. & Antônio, A.L.O. (1995). Interagindo com a Criança Hospitalizada: Utilizando Técnicas e Medidas Terapêuticas. Revista Latino - Americana de Enfermagem, 3 (2), 93-106.

Salmon, K. (2006) Preparing Young Children for Medical Procedures: taking account of memory. Journal of Pediatric Psychology, 31(8) pp. 859–861

Sebastiani, R.W. (1984). Atendimento Psicológico à Ortopedia. In: Camon, V.A.A. Psicologia Hospitalar. A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar. Série Psicoterapias Alternativas. São Paulo: Traço.

Sebastiani, R.W. (1995). Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Camon, V.A.A. Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática. (29-71). 2 ed. São Paulo: Editora Pioneira.

Skinner, B.F. (1994). Ciência e Comportamento Humano. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes.

Sikilero, A.S. (1997). Recreação: uma proposta terapêutica. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida. (59-65). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Silva, A. R. (2000). A Ansiedade do Paciente Ortopédico hospitalizado em situação pré-cirúrgica. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

Silva, M.T.A. (1997). Modelos Animais de Ansiedade. In: Zamignani, D.R. (org.). Sobre Comportamento e Cognição. A aplicação da análise do comportamento e da Cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. (91-96). São Paulo: ARBytes LTDA.

Silva, N.L.P. & Dessen, M.A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: Dessen, M.A., Costa Jr, A.L. A ciência do desenvolvimento humano. Tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed.

Silva, S.C., Pinto, K.O., Lúcia, M.C.S., Gavião, A.C.D. & Quayle, J. (2002). A inserção do jogo de areia em contexto psicoterapêutico hospitalar e em enfermaria cirúrgica: um estudo exploratório. Psicologia Hospitalar (São Paulo), 2 (2), 0-0.

Silva, S.M.C. (2002). A constituição social do desenho da criança. Campinas – S.P.: Mercado de Letras.

Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. Estudos de Psicologia (Campinas). 21(1), 53-64.

Soares, M.R.Z. & Zamberlan, M.A.T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Estudos de Psicologia (Campinas-S.P.), 18 (2), 64-69.

Souza, M.C., Paiva, L.E., Teixeira, M.G., Souza Jr, A.H.S., Habr-Gama, A. & Pinotti, H.W. (1988). Semiologia Psicológica do Período Pré-Operatório. Revista Brasileira de Cirurgia (São Paulo), 78 (3), 167-170.

Stevens, J.O. (1988). Tornar-se presente: Experimento de crescimento em gestlat-terapia. São Paulo: Summus.

Trinca, A.M.T. (2003). A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica. São Paulo: Vetor.

Turner, R. M. (1999). Dessensibilização Sistemática. In: Caballo, V.E. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. (167-195). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Twardosz, S., Weddle, K., Borden, L. & Stevens, E. (1986). A comparison of three methods of preparing children for surgery. Behavior Therapy, 17, 14-25.

Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane Review. Journal of pediatric psychology, Advance Access published on April 2, 1-13.

Valle, E.R.M. (1990). Fragmentos do discurso da família da criança com câncer: no hospital, em casa e na escola. Pediatria Moderna, 25 (1), 5-21.

Visintainer, M.A. & Wolfer, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parent's stress responses and adjustment. Pediatrics, 56, 187-202.

Watson, A.T. & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. Paediatric Anaesthesia, 13, 188-204.

Yamada, M.O. & Bevilacqua, M.C. (2005). O trabalho do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Estudos de Psicologia (Campinas), 22 (3), 255-262.

Zamo, C.G.S. (1997). O cuidado: terapia de Enfermagem na Pediatria. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (org.). Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

10 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista com a mãe antes da preparação pré-cirúrgica

1. Dados de identificação:

Nome:

Nome do filho(a):

Data de nascimento do filho(a):

Procedência:

Escolaridade do filho(a):

Diagnóstico:

Tipo de cirurgia:

Renda aproximada:

2. É a primeira vez que seu filho é internado para fazer uma cirurgia?

3. Como você recebeu o diagnóstico?

4. O que você disse para o seu filho sobre o motivo pelo qual teria que vir para o hospital?

5. Qual foi a reação dele?

6. O que você disse para o seu filho sobre o que vai acontecer no hospital?

7. O que você disse para o seu filho sobre como será a cirurgia?

APÊNDICE 2

Roteiro de entrevista com a mãe depois da preparação pré-cirúrgica

1. Dados de identificação:

Nome:

Nome do filho(a):

2. Quais foram as reações de seu filho em relação à preparação realizada para a cirurgia?
3. Como ele acordou no dia de hoje, sabendo que faria uma cirurgia?
4. Como foram os momentos antes da cirurgia para o seu filho?
5. Ele perguntou alguma coisa antes da cirurgia?

APÊNDICE 3

Roteiro de entrevista com a mãe após a cirurgia

1. Dados de identificação:

Nome:

Nome do filho(a):

2. Como seu filho acordou depois da cirurgia?

3. Quais foram as reações de seu filho depois da cirurgia?

4. Ele perguntou alguma coisa depois da cirurgia?

5. Ele teve alguma dúvida?

6. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre a cirurgia de seu filho?

APÊNDICE 4

História do Elefantinho

“Era uma vez um elefantinho que vivia feliz na sua floresta. Ele gostava muito de brincar com seus amiguinhos. Um dia, ele começou a queixar-se de algumas dores. Sua mãe o levou ao médico e, para surpresa do elefantinho, o médico disse que para ficar bom e não sentir mais aquelas dores, precisaria fazer uma cirurgia.

Sendo assim, sua mãe o levou até um hospital e o internou. Neste local havia muitos outros elefantinhos, uns que já haviam passado por uma cirurgia, outros ainda por fazer. Uns com o mesmo problema que o dele e outros com problemas diferentes”.

Instrução: Desenhe o elefantinho. O que ele sentiu?

APÊNDICE 5

História do Elefantinho no Pós-cirúrgico

“Era uma vez um elefantinho que vivia feliz na sua floresta. Ele gostava muito de brincar com seus amiguinhos. Um dia, ele começou a queixar-se de algumas dores. Sua mãe o levou ao médico e, para surpresa do elefantinho, o médico disse que para ficar bom e não sentir mais aquelas dores, precisaria fazer uma cirurgia.

Sendo assim, sua mãe o levou até um hospital e o internou. Neste local havia muitos outros elefantinhos, uns que já haviam passado por uma cirurgia, outros ainda por fazer. Uns com o mesmo problema que o dele e outros com problemas diferentes.

Assim, o elefantinho foi fazer a cirurgia e depois voltou para o seu quarto junto da mãe”.

Instrução: Desenhe o elefantinho. O que ele sentiu?

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

O hospital..... situado à rua.....nº..... na cidade de....., Santa Catarina, está ciente de que será realizada nesta instituição, a pesquisa intitulada “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**”, a fim de verificar qual o efeito de dois programas diferentes de preparação psicológica pré-cirúrgica no stress e na ansiedade de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas. Os dados coletados poderão ser utilizados tanto para fins acadêmicos, como para publicação em eventos científicos por professores idôneos no ensino de seus alunos do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os dados referentes às pessoas envolvidas na pesquisa serão mantidos em sigilo.

Sendo assim, autorizo a pesquisadora aqui denominada Camilla Volpato Broering, mestranda em Psicologia, a responsabilidade pelo desenvolvimento da pesquisa com as crianças hospitalizadas desta instituição.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (47) 3368-5503 ou (48) 3331-8560.

Assinaturas:

Camilla Volpato Broering
Pesquisador principal - Mestranda

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável - Orientador

Eu, responsável legal por esta instituição, declaro através deste documento, o meu consentimento para a realização da pesquisa “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**”, a ser realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos.

.....,de.....de 2006.

..... RG:.....
Assinatura do responsável

APÊNDICE 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Camilla Volpato Broering, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), assim como, (nome da criança) a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob orientação da Professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa que se intitula “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**”, e tem por objetivo verificar qual o efeito de dois programas de preparação psicológica pré-cirúrgica na ansiedade e no stress de crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas.

A participação de vocês acontecerá através do consentimento da minha presença na hospitalização, consulta ao prontuário hospitalar e em entrevistá-lo (a) e a criança durante a hospitalização, bem como autorizar a participação da criança em um programa de preparação pré-cirúrgica. Este consistirá na realização de desenhos, entrevista sobre os mesmos, fornecer informações e aplicação de um Escala de Stress Infantil – ESI. A coleta de dados dar-se-á em três momentos distintos.

O seu nome, ou qualquer dado que possa lhes identificar não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária, e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa, ou da criança, em participar não trará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento e tratamento da criança. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento. Esta pesquisa não apresentará riscos para os sujeitos e terá como benefício, a melhor compreensão dos sujeitos sobre seu processo de hospitalização e cirurgia, reduzindo assim, sua ansiedade frente ao desconhecido. Bem como, salientará a importância do psicólogo na situação de hospitalização, e em específico, na situação pré-cirúrgica infantil.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo e a criança também, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefones (47) 3368-5503 ou (48) 3331-8560.

Assinaturas:

Camilla Volpato Broering
Pesquisador principal - Mestranda

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisador responsável - Orientador

Eu, responsável legal de, abaixo assinado, declaro através deste documento, o meu consentimento e de..... em participarmos da pesquisa “**Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**”, a qual será realizada neste Hospital Infantil.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

.....,de.....de 2007.

..... RG:.....

Assinatura do responsável

APÊNDICE 8

Protocolo de preparação pré-cirúrgica I

Neste tipo de preparação psicológica pré-cirúrgica, não será utilizado nenhum tipo de material hospitalar auxiliar, e sim, realizar-se-á uma conversa informal sobre a cirurgia entre a pesquisadora e a criança a ser submetida àquela.

Depois de feito o rapport e a atividade de desenhos-histórias com a criança, a pesquisadora informará à mesma todos os passos pelos quais ela irá passar, desde o momento em que ela sair do quarto de internação, passando pela ida para a sala de cirurgia e tudo que ocorrerá nesta, até o momento em que voltará para o quarto junto de sua mãe. Usar-se-á de linguagem clara e objetiva para melhor compreensão da criança. As informações que serão concedidas à criança terão o objetivo de torná-la conhecedora de tudo que será feito com seu corpo, e deste modo, auxiliá-la no manejo e compreensão de sua cirurgia. Num primeiro momento a pesquisadora questionará a criança sobre o que ela sabe sobre sua cirurgia, como pensa que será e quais são as suas dúvidas sobre a mesma. Feito isso, a pesquisadora informá-la-á sobre o que realmente acontecerá, procurando torná-la conhecedora de cada procedimento. As informações a serem concedidas à criança foram obtidas no próprio hospital em que será realizada a pesquisa, a fim de manter a veracidade das mesmas.

A criança será informada de que o Centro Cirúrgico (CC) do hospital localiza-se no andar térreo do hospital, e que para a realização da cirurgia ela terá que descer pelo elevador do hospital, deitada em uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia. Ao chegar ao CC, a criança permanecerá numa ante-sala para tomar a anestesia, a qual será administrada através do “cheirinho” (termo utilizado com as crianças), o qual consiste numa medicação colocada numa espécie de lenço branco, meio este pelo qual a criança dorme.

Mesmo não vendo o que lhe irá acontecer, a criança receberá as informações sobre o que os médicos farão com ela, após a anestesia. Neste caso, a criança será colocada no soro, e será entubada, pois é através do tubo que ela receberá mais oxigênio e anestesia. No entanto, a informação a ser repassada à criança é a de que ela receberá um “caninho” em sua boca para ajudá-la a respirar.

Cada criança receberá informações específicas sobre o seu tipo de cirurgia, além dos procedimentos corriqueiros e comuns a todos os procedimentos cirúrgicos.

Em casos de cirurgia de adenóide (AD) e de amígdala (A), coloca-se um ferro na boca da criança, em forma de V, para mantê-la aberta durante o tempo da cirurgia, a qual terá duração em média de uma hora a uma hora e meia. Ainda nestes tipos de cirurgia será colocado sobre a cabeça da criança um tecido, para que os médicos possam visualizar melhor a região a ser operada.

Em caso de adenoidectomia, é feita uma raspagem com uma pá cirúrgica, informação esta que será passada para a criança, como se fosse uma “bolinha” a ser raspada dentro de sua boca. Feito isso, costura-se o local e far-se-á um curativo.

Em caso de amigdalectomia, a amígdala é cortada, ou seja, a bolinha será cortada, e realizado isso, será costurado e feito um curativo.

Em casos de hérnia, seja ela, inguinal (HI) ou umbilical (HU), a hérnia é cortada, costura-se e faz-se o curativo.

Terminada a cirurgia, seja ela qual for dentro das três cirurgias escolhidas para a presente pesquisa, a criança será transferida para a sala de RPA (recuperação pós-anestésica). A criança receberá esta informação de que será transferida, quando a cirurgia terminar, para outra sala, com vários desenhos nas paredes e enfermeiras que estarão lhe examinando. No tempo em que ela permanecerá nesta sala, será preenchido uma tabela com os sinais vitais da criança, todas as reações que ela terá, e o tempo em que estas reações ocorrerão. Depois que a tabela for preenchida, normalmente a criança acordará e retornará ao quarto.

Uma vez com os sinais recobrados, ela retornará ao quarto, onde encontrará sua mãe ou responsável, a qual permanecerá com ela até sua total recuperação, momento este em que a criança receberá alta e voltará para casa.

A criança receberá a informação de que ao voltar para o quarto, pode ser que ela apresente algumas reações desagradáveis, tais como enjôo, vontade de chorar, reações estas, normais e resultantes do medicamento que receberam durante a cirurgia. Também lhe será informado que voltará para casa no mesmo dia da cirurgia, caso não ocorra nenhuma complicação.

APÊNDICE 9

Protocolo de preparação pré-cirúrgica II

Neste tipo de preparação psicológica, utilizar-se-á de um kit de preparação pré-cirúrgica, o qual constará de: máscara cirúrgica utilizada pelo médico e máscara cirúrgica utilizada pela criança, frasco do soro com equipo, algodão, esparadrapo, estetoscópio do médico, seringa, luva, roupas usadas pelos médicos e pelas crianças, touca, propé e canudo. Estes materiais constituem-se de sucata hospitalar, que permitem que a criança encene a situação, tornando-se ativa e adquirindo maior controle sobre o desconhecido que esses eventos representam. Também será utilizado um boneco cirúrgico, chamado Bebê Dodói, o qual acompanha materiais hospitalares infantis tais como: estetoscópio, luva, máscara, propé, pijama hospitalar, tesoura, termômetro, bisturi e pá.

Depois de feito o rapport e a atividade de desenhos-histórias com a criança, a pesquisadora informará à mesma todos os passos pelos quais ela irá passar, desde o momento em que ela sair do quarto de internação, passando pela ida para a sala de cirurgia e tudo que ocorrerá nesta, até o momento em que voltará para o quarto junto de sua mãe. Usar-se-á de linguagem clara e objetiva para melhor compreensão da criança. As informações que serão concedidas à criança serão acompanhadas por materiais e instrumentos, que permitem que a criança possa fazer com o boneco, exatamente aquilo que será feito com ela. Esta atividade terá o objetivo de torná-la conhecedora de tudo que será feito com seu corpo, ao mesmo tempo, em que ela mesma irá fazendo com o boneco, e deste modo, auxiliá-la na compreensão do que vai acontecer-lhe.

Num primeiro momento a pesquisadora questionará a criança sobre o que ela sabe sobre sua cirurgia, como pensa que será e quais são as suas dúvidas sobre a mesma. A pesquisadora dará à criança total liberdade neste momento para que ela use os materiais do kit de preparação, pedindo a ela que represente no boneco, como ela acha que será feito com ela. Feito isso, a pesquisadora informará-lhe sobre o que realmente acontecerá, procurando torná-la conhecedora sobre cada procedimento. As informações a serem concedidas à criança foram obtidas no próprio hospital em que será realizada a pesquisa, a fim de manter a veracidade das mesmas.

A criança será informada de que o Centro Cirúrgico (CC) localiza-se no andar térreo do hospital, e que para a realização da cirurgia ela terá que descer pelo elevador, deitada em

uma maca, vestindo um pijama hospitalar específico para a cirurgia. Para tanto, a criança será informada sobre a necessidade e importância do jejum no período que antecede a cirurgia. Neste momento, a criança terá acesso ao pijama hospitalar, e terá a oportunidade de vesti-lo no boneco, juntamente com a touca e o propé. Será mostrado para a criança um pijama igual ao que ela irá usar, bem como, será mostrado o pijama do médico, para que ela se identifique e perceba que suas vestimentas são iguais às do médico que irá lhe operar, assim, como as vestimentas do boneco serão iguais às suas.

Ao chegar ao CC, a criança permanecerá numa ante-sala para tomar a anestesia, a qual será administrada através do “cheirinho” (termo utilizado com as crianças), que consiste numa medicação colocada numa espécie de lenço branco, meio este pelo qual a criança dorme. A criança colocará neste instante a máscara no rosto do boneco, como se estivesse administrando a anestesia, a fim de que visualize de que forma ela própria irá receber a anestesia. A criança também receberá a instrução de colocar as luvas, para manusear o boneco, visto que o médico que irá operá-la também usará.

Mesmo não vendo o que lhe irá acontecer, a criança receberá as informações sobre o que os médicos farão com ela, após a anestesia. Neste caso, a criança será colocada no soro, e será entubada, pois é através do tubo que ela receberá mais oxigênio e anestesia. No entanto, a informação a ser repassada à criança é a de que ela receberá um “caninho” em sua boca para ajudá-la a respirar. A criança tendo acesso ao frasco de soro com equipo e à seringa, poderá manuseá-los no boneco, bem como poderá colocar um canudo na boca do boneco, representando o caninho para ajudá-la a respirar.

Cada criança receberá informações específicas sobre o seu tipo de cirurgia, além dos procedimentos corriqueiros e comuns a todos os procedimentos cirúrgicos.

Em casos de cirurgia de adenóide (AD) e de amígdala (A), coloca-se um ferro na boca da criança, em forma de V, para mantê-la aberta durante o tempo da cirurgia, a qual terá duração em média de uma hora a uma hora e meia. Ainda nestes tipos de cirurgia será colocado sobre a cabeça da criança um tecido, para que os médicos possam visualizar melhor a região a ser operada. Neste caso, a criança poderá colocar um tecido qualquer sobre a cabeça do boneco, abrindo sua boca, a fim de que possa visualizar apenas a parte do rosto em questão.

Em caso de adenoidectomia, é feita uma raspagem com uma pá cirúrgica, informação esta que será passada para a criança, como se fosse uma “bolinha” a ser raspada dentro de sua boca. Feito isso, costura-se o local e far-se-á um curativo. A própria criança com os

instrumentos próprios do boneco poderá pegar a pá e fazer uma raspagem na boca do boneco, e terminado isso, poderá colocar algodão e esparadrapo para fazer o curativo.

Em caso de amigdalectomia, a amígdala é cortada, ou seja, a bolinha será cortada, e realizado isso, será costurado e feito um curativo. A criança poderá pegar a tesoura do boneco, cortar a bolinha, colocar esparadrapo e algodão para fazer o curativo.

Em casos de hérnia, seja ela, inguinal (HI) ou umbilical (HU), a hérnia é cortada, costura-se e faz-se o curativo. O mesmo procedimento será utilizado pela criança em relação ao boneco, fazendo uso neste caso do bisturi, como também da tesoura, algodão e esparadrapo. Neste caso, a criança será informada que lhe será feito um pequeno corte.

Terminada a cirurgia, seja ela qual for dentro das três cirurgias escolhidas para a presente pesquisa, a criança será transferida para a sala de RPA (recuperação pós-anestésica). A criança receberá esta informação de que será transferida, quando a cirurgia terminar, para outra sala, com vários desenhos nas paredes e enfermeiras que estarão lhe examinando. No tempo em que ela permanecerá nesta sala, será preenchido uma tabela com os sinais vitais da criança, todas as reações que ela terá, e o tempo em que estas reações ocorrerão. Depois que a tabela for preenchida, normalmente a criança acordará e retornará ao quarto. A criança poderá usar o termômetro para medir a temperatura do boneco, bem como o estetoscópio do boneco, para auscultar os batimentos cardíacos, e assim, tomar conhecimento de como será feito com ela, quando a equipe médica estiver avaliando seus sinais vitais.

Estando a criança com os sinais recobrados, ela retornará ao quarto, onde encontrará sua mãe ou responsável, o qual permanecerá com ela até sua total recuperação, momento este em que a criança receberá alta e voltará para casa.

A criança receberá a informação de que ao voltar para o quarto, pode ser que ela apresente algumas reações desagradáveis, tais como enjôo, vontade de chorar, reações estas, normais e resultantes do medicamento que receberam durante a cirurgia. Também lhe será informado que voltará para casa no mesmo dia da cirurgia, caso não ocorra nenhuma complicação.

Vale ressaltar que o kit de preparação pré-cirúrgica será confeccionado pela pesquisadora, utilizando-se também dos materiais do hospital onde será realizada a pesquisa, bem como, de materiais e instrumentos de responsabilidade da pesquisadora. Durante a aplicação do programa de preparação, a criança poderá tirar dúvidas, bem como manusear o boneco após receber as informações, a fim de que ela realmente esteja certa daquilo pelo qual irá passar.

APÊNDICE 10

Protocolo de registro para cálculo de acordo

Frases	Categoria	Juiz 1	Juiz 2
“Eu tenho medo assim, sabe....de que dê alguma coisa errada, e eu não acordar mais”.			
“ O elefante não vai pro hospital, ele vai fugir e ninguém vai achar ele nunca mais”.			
“Eu quero muito saber como vai ser a minha cirurgia, porque eu vou estar dormindo e não vou ver nada.....que saco...”			
“O elefantinho ta pensando agora, preocupado, nervoso, confuso.....com a cirurgia que ele vai fazer....”			
“Ele mentiu demais....agora vai ter que operar pra tirar as orelhas, não é o nariz.....como na história.....”			
“Ele ta muito triste, porque vai ter que ir pro hospital.....sei lá....é sinal de doença né, pode ser que não volte a mesma coisa”.			
“Ele nem tava com medo, nem era nada sério, era só operar, dormir uma noite e deu.....”			
“O coração dele tava batendo muito forte.....aí ele desmaiou....tava com dor de barriga.....”			
“Ele gostava um monte do médico, que fazia um monte de coisa legal com ele....ele			

até contou um segredo pro médico, que eu não vou te contar porque era segredo, e nem eu sei, porque era segredo só dos dois....”			
“ Ele se danou....porque a mãe dele falou pra ele não ir longe.....ele foi, quebrou a perna e agora tem que operar....bem feito...”			
“Essa tal de anestesia é o remedinho que faz não sentir dor?”			
“O médico é bem legal....preocupado comigo, pediu assim: ‘O que está acontecendo com você meu filho?’ Dá pra ver, dá pra confiar nele.”			
“Eu to muito contente porque a minha vó disse que agora sim eu vou ser ‘hominho’ de verdade.....”			
“Ele vai internar, mas o médico vai dizer que não precisa mais operar, aí ele vai voltar pra casa.....sem cirurgia”.			
“O elefante chegou no hospital sem saber nada da cirurgia, os enfermeiros que contaram pra ele”.			
“Eu to achando tão legal isso que tu ta fazendo comigo, agora pelo menos eu sei que a cirurgia é pela boca e não vai doer....”			
“Eu falo que não to com medo, mas lá no fundinho vou assumir pra você que to com medo sim....”			
“A única coisa que eu queria saber é: Como se faz esta cirurgia de hérnia e se tem			

muitas crianças que operam disso?....”			
“Eu tenho medo, por exemplo, de correr risco de vida”.			
“Hoje nem consegui dormir direito, pensando na cirurgia”.			
“ Eu tenho medo da agulha, a última vez que eu tirei sangue eu fiz um escândalo”.			
“O elefante ta se tremendo todo de nervoso.....assim como eu...”			
“Ele internou, mas nem vai fazer a cirurgia, o médico já vai liberar, ele não tem mais o problema, sumiu...sei lá.....”			
“Vai ser melhor fazer a cirurgia mesmo, pra ficar bom ...”			
“Hoje ele ta feliz, porque não vai mais ter o problema de hérnia, e sabe que é melhor pra ele. Não vai doer nada e vai ser bem fácil pra ele”.			
“Ele vai aprontar, vai comer besteira pra não poder fazer a cirurgia”.			
“Agora sim eu vou poder carregar o meu sobrinho no colo, porque com este problema eu não posso carregar peso.....”			
“Será que não vou sentir dor depois da cirurgia?”			
“Ele não fez o que o médico disse....agora tem que operar.....foi burro....agora vai aprender”.			
“Eu não to gostando muito porque faltei na aula hoje e amanhã de novo. Eu gosto de ir pra aula e fico triste quando tenho que faltar, depois atrasa as matérias”.			

<p>“Eu fico preocupada, porque não posso comer, aí me dá fome, e daí fico enjoada e vou ficando ruim, assim, nem sei explicar o que acontece comigo”.</p>			
<p>“Ainda bem que tu falasse aqueles negócio, senão eu não ia saber como ia ser....aí eu e meu colega trocamos bastante idéia ontem antes de dormir.....”</p>			
<p>“Eu gostaria de saber quem vai estar lá na sala de cirurgia pra ver a minha cirurgia. Você vai estar lá?”</p>			
<p>“O elefantinho ta muito triste porque vão cortar as orelhas dele na cirurgia, e ele nunca mais vai ter orelhas”.</p>			
<p>“Se ele não tivesse comido tanta porcaria, não precisaria fazer a cirurgia, agora tem que agüentar....quem mandou.....”</p>			
<p>“Agora só resta ele se recuperar pra voltar pra casa, mas é rápido, já está bom e logo vai passar a dor e já vai poder estar brincando”.</p>			
<p>“Quando eu cheguei aqui me deu uma dor de cabeça, acho que é de nervoso mesmo”.</p>			
<p>“Eu to mais calma depois que você me explicou como ia ser, porque antes eu não sabia como ia ser”.</p>			
<p>“Eu tenho medo da injeção.....do soro até não tenho, mas da injeção...sei lá...vai que quebra a agulha dentro de mim....”</p>			
<p>“Às vezes acho que se eu tivesse me comportado melhor e obedecido mais a minha mãe, hoje eu não precisaria estar no</p>			

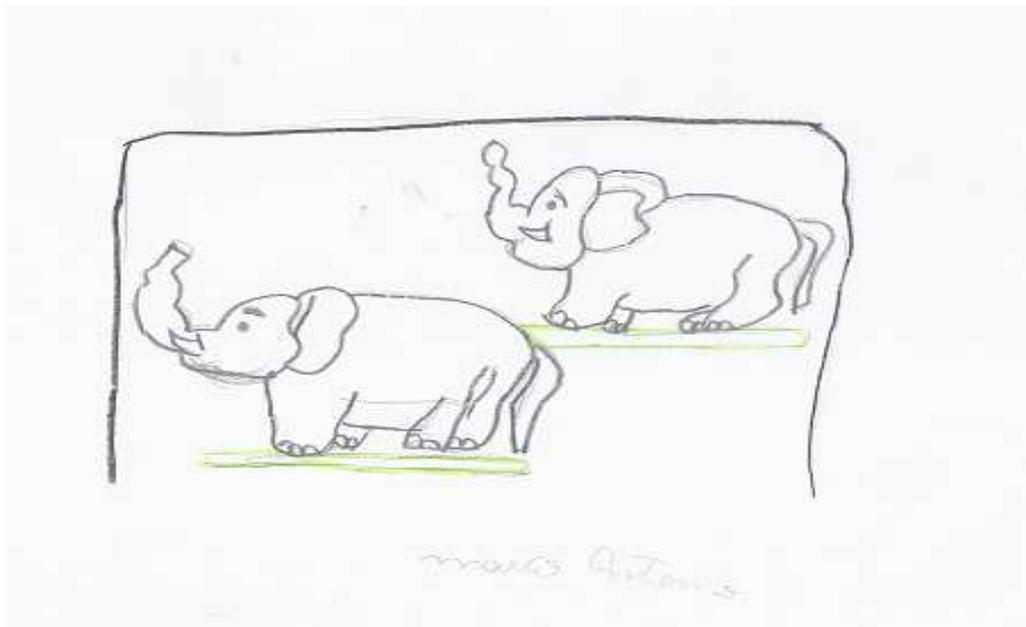
hospital.....”			
----------------	--	--	--

APÊNDICE 11

Pré-teste



Pós-teste

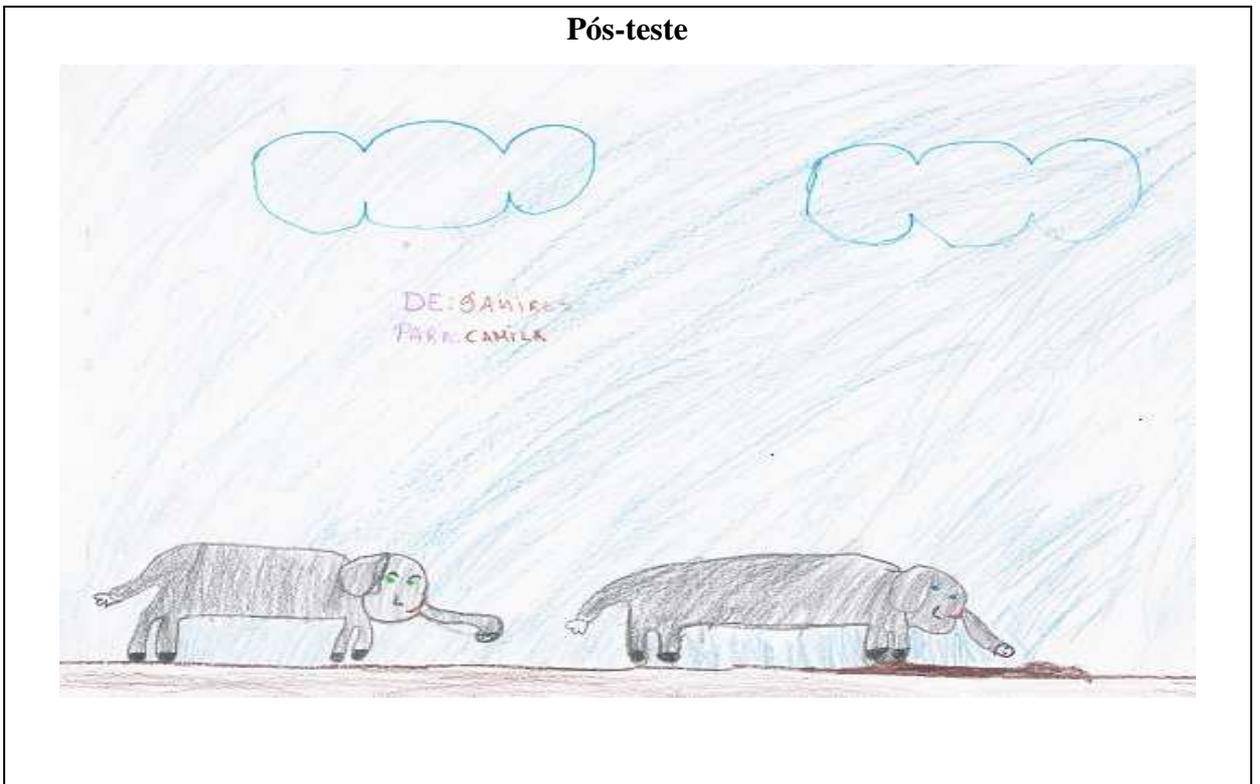


APÊNDICE 12

Pré-teste

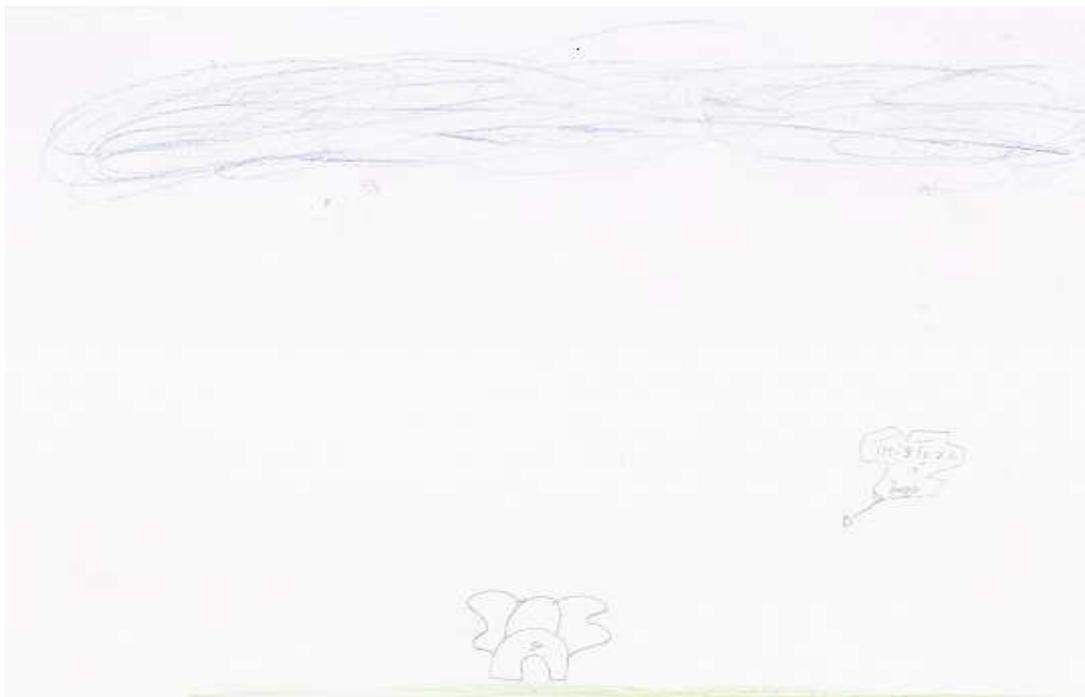


Pós-teste



APÊNDICE 13

Pré-teste

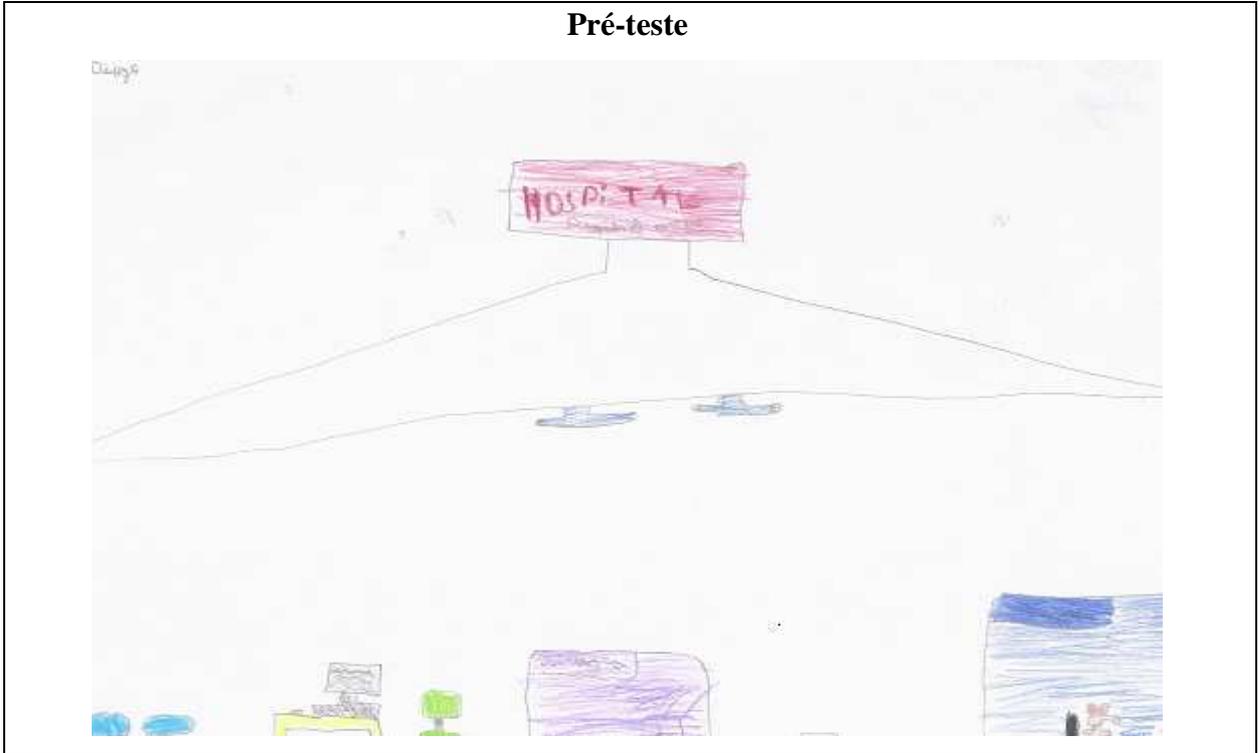


Pós-teste

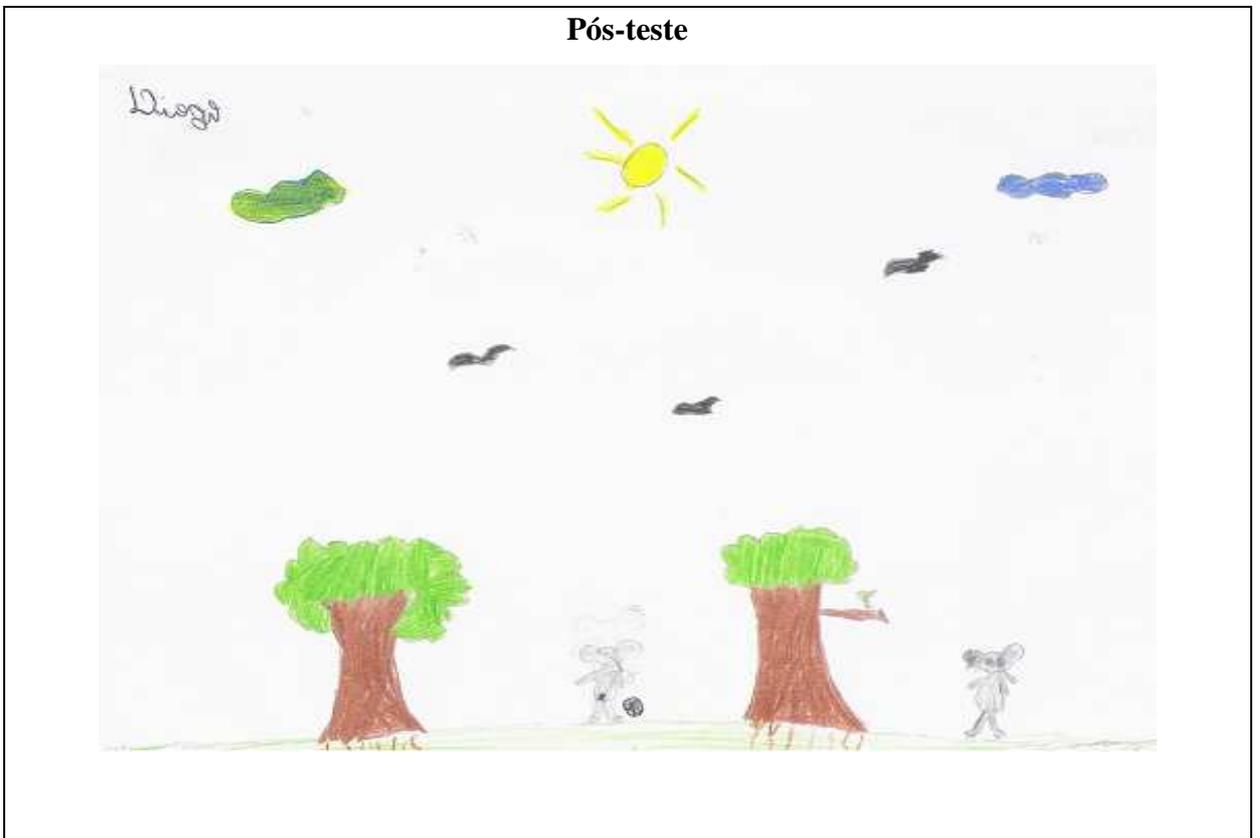


APÊNDICE 14

Pré-teste



Pós-teste



APÊNDICE 15

Pré-teste



Pós-teste



APÊNDICE 16

Pré-teste



Pós-teste

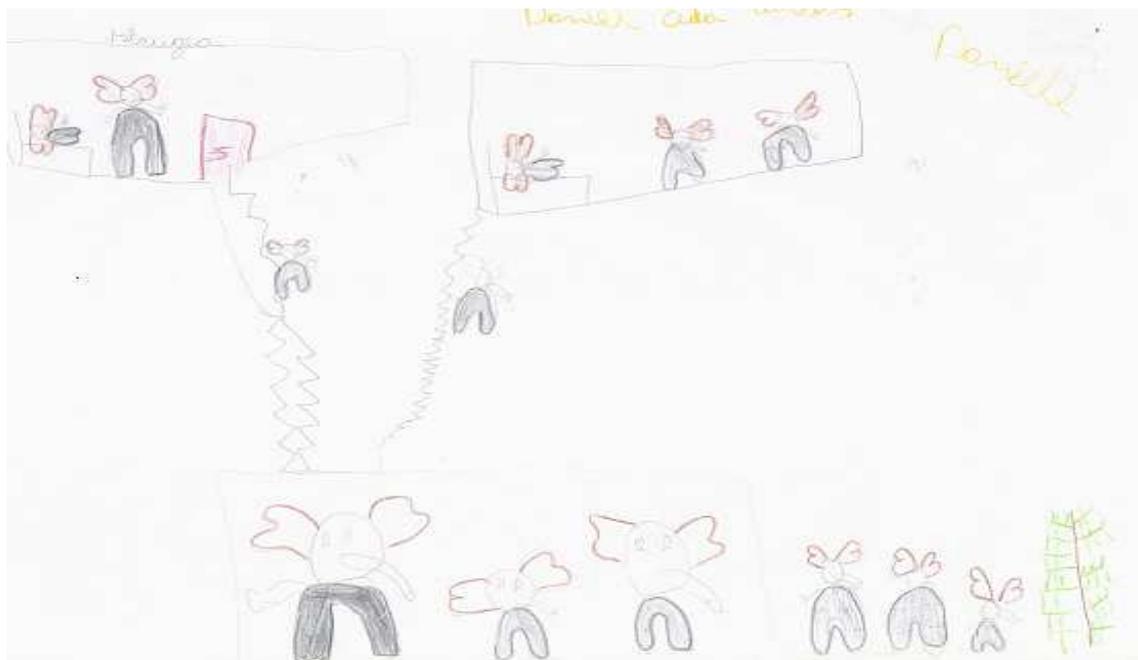


APÊNDICE 17

Pré-teste

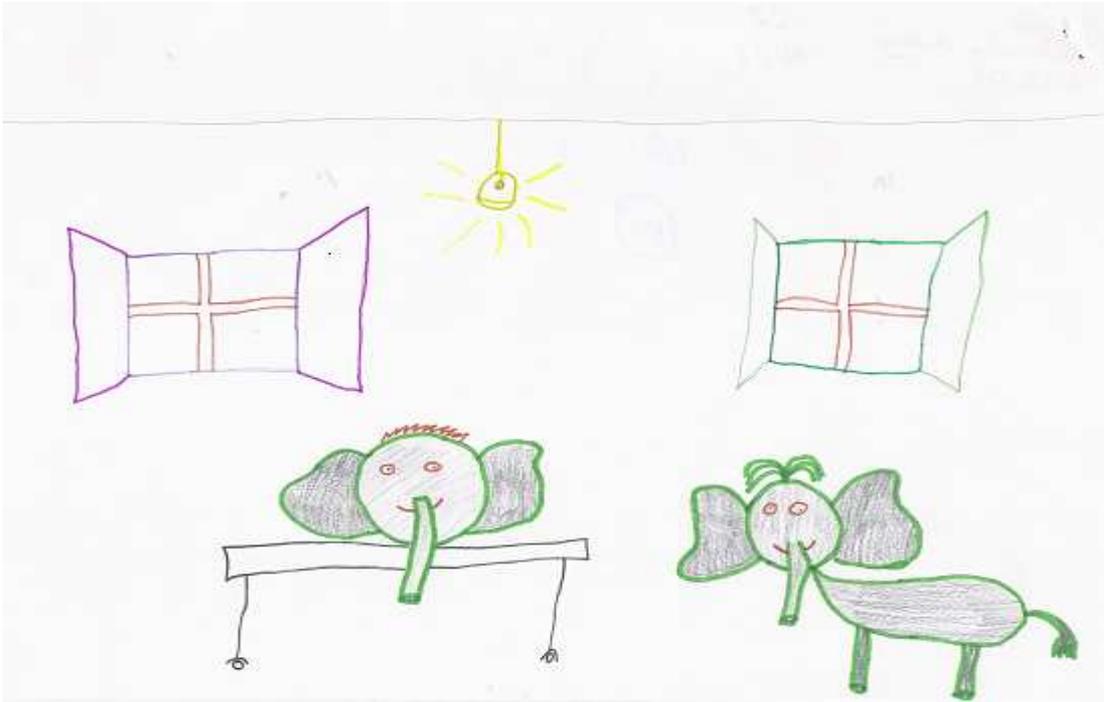


Pós-teste



APÊNDICE 18

Pré-teste

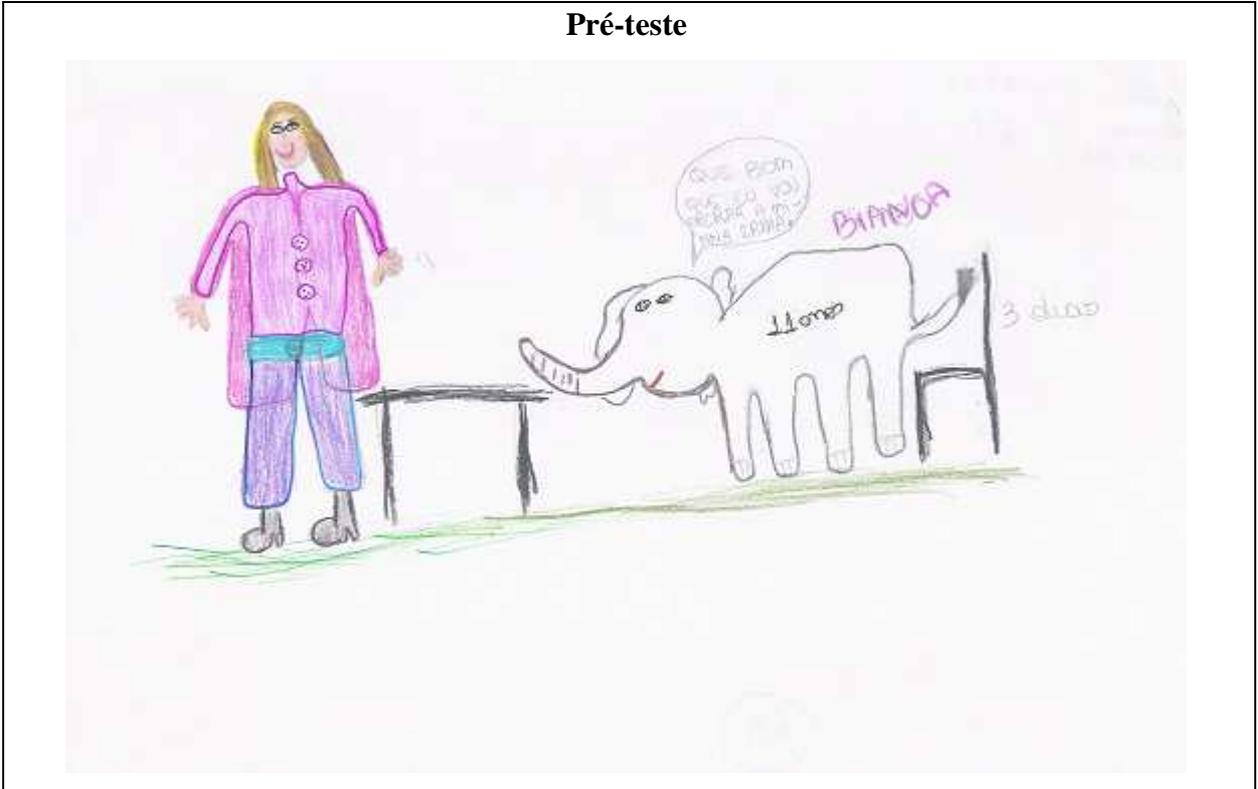


Pós-teste



APÊNDICE 19

Pré-teste



Pós-teste

