



e s c o l a **superior de**  
**enfermagem**  
**de coimbra**

---

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA:  
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

MARIA MARIANA MONTEIRO DA SILVA SERRA

Coimbra, fevereiro de 2017





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA:  
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

MARIA MARIANA MONTEIRO DA SILVA SERRA

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel da Cunha Batalha, Professor Coordenador  
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, fevereiro de 2017



*“Enquanto houver alguém que acredite em uma ideia, a ideia viverá.”*

(José Ortega y Gasset)



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar às crianças que, de livre vontade, participaram neste estudo permitindo a sua concretização e que permitem tantas das minhas realizações profissionais. Às suas famílias, pela disponibilidade e cooperação demonstrada. Sem eles este trabalho não seria possível.

Ao meu orientador, Professor Luís Manuel da Cunha Batalha, pela sua disponibilidade, por me acompanhar neste percurso, pela ajuda e motivação que sempre me transmitiu, pela partilha do seu conhecimento, pois sem ele não teria sido possível ultrapassar as dificuldades com que me deparei ao longo deste projeto.

À equipa multiprofissional do Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra - Hospital Carmona da Mota pela cooperação e disponibilidade, pois só em colaboração com todos foi possível chegar ao fim desta caminhada. Particularmente à equipa de enfermagem, um exemplo de união e suporte, pessoal e profissional.

À minha família, em especial a vocês meus pais, Rosa e Silvino e a ti, Pedro, pelo apoio, disponibilidade, paciência e tranquilidade que sempre me proporcionaram, para que trabalhasse em pleno neste projeto, sem nunca julgarem a minha falta de tempo e de bom humor, tolerando o cansaço e a frustração que várias vezes se atravessaram no meu caminho.

À minha amiga e colega Ana Sofia Lourenço, pela contribuição direta na minha evolução profissional e académica, pela disponibilidade e pelo apoio constante demonstrado nas longas horas de trabalho conjunto que acabou por resultar numa importante motivação mútua.

Aos meus amigos, que desde sempre me acompanham, pela sua constante presença, pelos reforços positivos, pelo apoio incansável e motivação que me transmitiram diariamente.

A todos, o meu mais sincero obrigado!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**BO** – Bloco Operatório

**CHUC, EPE** – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

**CMAS-R** – Children´s Manifest Anxiety Scale - Revised

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**ECG** - Eletrocardiograma

**ESEnfC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**FSSC-R** - Fear Survey Schedule for Children – Revised

**GC** – Grupo de Controlo

**GE** – Grupo Experimental

**HPC** – Hospital Pediátrico de Coimbra

**IPA** - International Play Association

**O.E.** – Ordem dos Enfermeiros

**PNLD** – Plano Nacional de Luta contra a Dor

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences



## RESUMO

Procedimentos médicos e cirúrgicos impostos pela necessidade de cirurgia são uma das maiores causas de ansiedade, medo e dor durante a hospitalização, podendo originar na criança alterações de comportamento, cujas consequências se podem manter a curto ou a longo prazo. O objetivo deste trabalho foi avaliar a efetividade de um programa de preparação da criança para a hospitalização e cirurgia, através de uma consulta de enfermagem.

Foi delineado um estudo randomizado, controlado, com avaliação cega, envolvendo 32 crianças, entre os 5 e os 18 anos, internadas para cirurgia programada. A efetividade do programa foi medida avaliando a ansiedade, medo e dor vivenciados ao longo da hospitalização (período pré e pós-operatório). A intervenção realizada consistiu numa consulta de enfermagem onde se deu informação e oportunidade de manipulação de material hospitalar. Esta atividade decorreu 5 a 10 dias antes da cirurgia e por um período médio de 45 minutos.

O programa apenas se revelou eficaz no controlo da dor ( $p < 0,05$ ), demonstrando que as crianças submetidas ao programa apresentavam níveis de dor inferior e dor mais controlada no pós-operatório. Quanto ao controlo de ansiedade e medo, apesar dos estudos demonstrarem que este tipo de preparação permite à criança sentir menos ansiedade e medo perante a hospitalização e cirurgia, o nosso estudo não obteve esta conclusão.

Apesar das limitações do estudo, o programa de preparação da criança para a hospitalização e cirurgia parece apenas ser útil no controlo da dor, no pós-operatório. Todavia, os autores reconhecem a importância da implementação deste programa, já que a ansiedade e medo do desconhecido são sempre piores que a ansiedade e medo de algo esperado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança; Hospitalização; Enfermagem; Ansiedade; Dor



## **ABSTRACT**

Medical and surgical procedures are among the major causes of anxiety, fear and pain during children's hospitalization. Furthermore, these may lead to significant behavioural changes with short or long term consequences. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of a child preparation program for hospitalization and surgery, through a nursing consultation.

A randomized, controlled and blinded trial was performed in a sample of 32 children aged between 5 and 18 years who were hospitalized for elective surgery. The effectiveness of the program was measured by evaluating the anxiety, fear and pain experienced during hospitalization (pre and postoperative period). The intervention consisted on the implementation of a nursing consultation where information and opportunities to play and manipulate hospital material were given. This activity occurred 5 to 10 days before surgery and for an average of 45 minutes.

The program was only effective in pain control ( $p < 0.05$ ), showing that the children submitted to the program had less and more controlled pain in the postoperative period. Regarding anxiety and fear control, although studies show that this type of preparation allows the child to feel less anxiety and fear about hospitalization and surgery, our study did not reach this conclusion.

Despite the limitations of the study, the child's preparation program for hospitalization and surgery seems only to be useful in postoperative pain management. However, the authors recommend its use since anxiety and fear of the unknown are always worse than the anxiety and fear of something expected.

**KEYWORDS:** Child; Hospitalization; Nursing; Anxiety; Pain



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Características demográficas da amostra segundo os grupos ..... 55

Tabela 2: Avaliação de Ansiedade, Medo e Dor, por grupos e momentos de colheita..... 57



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Desenho da investigação.....	53
-----------------------------------------	----



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
<b>1. A CRIANÇA PERANTE A NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA</b> .....	<b>25</b>
1.1. A PRESENÇA DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO .....	26
1.2. A HOSPITALIZAÇÃO NAS DIFERENTES FASES DE DESENVOLVIMENTO ..	27
1.3. A VIVÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO .....	28
1.4. COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA .....	31
1.5. ANSIEDADE E MEDO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA .....	33
1.6. DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA.....	37
<b>2. IMPORTÂNCIA DA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A CIRURGIA</b> .....	<b>39</b>
II. ESTUDO EMPIRICO .....	47
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
3.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVO.....	49
3.2. POPULAÇÃO /AMOSTRA.....	49
3.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	50
3.4. PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO .....	51
3.5. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	53
3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	54
3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	54
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>55</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>58</b>

**CONCLUSÕES ..... 65**

**REFERÊNCIAS ..... 67**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Instrumentos de colheita de dados**

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da ESEnfC – UICISA:E**

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Formulário de caracterização da população**

**APÊNDICE II – Protocolo de atuação**

**APÊNDICE III – Autorização do Diretor Clínico do Serviço**

**APÊNDICE IV – Consentimento informado**

## **INTRODUÇÃO**

A necessidade de cirurgia e hospitalização são eventos ameaçadores para a criança, originando uma série de alterações de comportamento no período pós-operatório, com probabilidade de extensão desta consequência por tempo indeterminado. Aliviar a ansiedade, o medo e a dor relacionados com a cirurgia impõe-se no dia-a-dia da prestação de cuidados. Quando a intervenção de enfermagem integra esta ação, a hospitalização pode tornar-se uma experiência mais positiva (ou menos desagradável) quer para a criança, quer para a família.

Atualmente, cada vez mais as famílias dependem dos cuidados de saúde, as cirurgias são mais frequentes, quer pela segurança que apresentam quer pela frequência e possibilidade de tratamento das doenças agudas. A cirurgia pode ser uma primeira decisão terapêutica, optando a família por se sujeitar a esta experiência, o mais rapidamente possível, para que as suas crianças recuperem a vida saudável com a máxima qualidade. A verdade é que todos estes fatores, na maior parte dos casos, independentes da decisão da criança, a colocam numa condição de fragilidade, medo do desconhecido e perda da segurança a que está habituada. O simples facto de estar num lugar desconhecido, potencialmente ameaçador, em que é obrigada a cumprir horários de procedimentos, com alteração das suas rotinas e em que pode ficar separada das figuras de referência por algum período, leva a criança a sentir-se despojada, desconfiada ou descredibilizada, quer em relação aos profissionais de saúde, quer em relação aos pais que a levaram para o hospital.

No sentido de garantir que as crianças não vivenciem a hospitalização e cirurgia como uma situação negativa e dolorosa surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre como preparar a criança para a hospitalização e cirurgia e avaliar a efetividade dessa preparação na redução da ansiedade, medo e dor.

Estudos realizados têm demonstrado que o brincar terapêutico e as intervenções de controlo da ansiedade e medo, têm aumentado nos últimos anos, o que espelha a preocupação das equipas clínicas acerca da temática.

Por outro lado, estudos desta natureza apresentam algumas limitações: os programas de preparação para a cirurgia realizam-se, normalmente, uma semana antes da cirurgia, o que pode não ser aplicável a todos os casos clínicos; as intervenções escolhidas dependem da idade da criança mas nem sempre é possível ter crianças da mesma idade, tendendo os profissionais a generalizar as intervenções; o programa requer um tempo e locais específicos para que sejam desenvolvidas as atividades direcionadas para o tema, sendo necessários recursos humanos e materiais para a sua aplicação. No entanto, a nossa experiência e a literatura relacionada com esta temática apontam para o facto de que crianças preparadas e informadas sobre a hospitalização, geralmente, recuperam de forma mais rápida, apresentando menos efeitos negativos, sendo por isso uma prática aconselhada.

Acredita-se que, após uma explicação adequada sobre o procedimento cirúrgico e o contexto hospitalar, pais e crianças estarão informados para enfrentar cada passo do processo e que pais preparados manifestam maior confiança, menor ansiedade e assim o transmitem aos seus filhos, contribuindo para uma adaptação positiva de todo o núcleo familiar. Ainda assim, embora existam alguns estudos científicos que parecem demonstrar o benefício de um contacto da criança com o hospital previamente à cirurgia, a forma exata como este deve ser realizado, com vista à obtenção de resultados de sucesso, não é óbvia, pois os dados existentes não são uniformes em relação à variável tempo prévio de contacto com o hospital e metodologias utilizadas em função da idade.

Este trabalho pretendeu responder à pergunta “Qual a efetividade, na redução da ansiedade, medo, e dor, de um programa de preparação da criança, entre os 5 e os 18 anos, para a hospitalização e cirurgia num serviço de ortopedia pediátrica?”. O programa que se propôs desenvolver visou preparar a criança nos diferentes grupos etários, entre os 5 e os 18 anos, de forma a minimizar o impacto negativo da hospitalização, mais especificamente a ansiedade, o medo e dor.

Com vista à melhoria da prática clínica e obtenção de ganhos em saúde, a preparação para a hospitalização e cirurgia da criança foi a questão central do estudo. A efetividade de um programa de intervenção de enfermagem na preparação da criança foi medida através da avaliação da ansiedade, medo e dor vivenciados ao longo da hospitalização, pela criança (período pré e pós-operatório), num grupo experimental e de controlo. Tratou-se de um estudo randomizado e controlado, com avaliação cega, cuja intervenção consistiu na realização de uma consulta de enfermagem de preparação para a hospitalização e cirurgia. Esta preparação visou transmitir informação, à criança

e família, sobre os passos e procedimentos que se realizam durante o internamento, sendo o fornecimento desta informação estruturado segundo um protocolo previamente estabelecido.

O trabalho apresenta-se organizado em 2 capítulos principais. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico descrevendo a análise e interpretação de estudos sobre a temática. O segundo refere-se ao estudo empírico, descrevendo a metodologia: tipo de estudo, objetivo e questão de investigação, participantes no estudo, instrumentos de recolha de dados utilizados, protocolo de atuação, procedimento de colheita de dados, considerações éticas e análise estatística. Este capítulo inclui ainda os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.



## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## **1. A CRIANÇA PERANTE A NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA**

A intervenção cirúrgica representa sempre uma circunstância crítica para quem a vivencia, altamente geradora de ansiedade, medo e possível exacerbação da sensação de dor, pode originar alterações emocionais importantes. Sempre que uma criança não é preparada para um procedimento cirúrgico, poderá desenvolver sintomas traumáticos, associados à cirurgia e hospitalização, como fobias, pesadelos, insónias, enurese noturna e diurna, distúrbios de linguagem, temor de pessoas vestidas de branco, agressividade, incapacidade em interagir com outras crianças, de brincar, entre outras, que se estendam ao longo do crescimento. Estes sintomas podem ser provenientes de uma ansiedade, que parecia ter sido bem resolvida na altura da cirurgia/hospitalização e surgir novamente em crises futuras, como durante a adolescência (Huerta, 1996). Espera-se que tais alterações sejam de duração limitada, ainda assim, são de difícil resolução pela pessoa, isoladamente. A criança, devido à sua dependência psicossocial e desenvolvimento imaturo, está ainda mais exposta a estas alterações, bem como às consequências que delas advêm. No entanto, na idade escolar começam a desenvolver um sentimento de independência, capacidade de seguir regras e absorver informação, pelo que lhes deve ser facultado um conjunto de recursos necessários para que consiga encarar os eventos ameaçadores. (Schmitz, Piccoli, & Vieira, 2003). A equipa de enfermagem é responsável por estas ações que poderão reduzir a ansiedade, medo e dor da criança perante a cirurgia e durante o internamento.

Torna-se claro que a hospitalização, em caso de cirurgia, implica obrigatoriamente a alteração das rotinas, por pouco tempo que seja, o que acentua o sofrimento e ansiedade da criança (Marçal, 2006), assim, é essencial que lhes sejam proporcionados recursos que a ajudem a compreender o propósito da experiência hospitalar. Quando a criança compreende a verdadeira finalidade dos procedimentos, tolera melhor a sua execução, o desconforto e a dor por eles causados. (Vaezzadeh et al., 2011)

## 1.1. A PRESENÇA DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

A criança vive integrada no seio familiar e a família não pode ser dissociada da criança. Quando o acontecimento cirúrgico surge, afeta todo este sistema e a criança, como ser vulnerável, necessita de um acompanhamento constante por parte do seu núcleo de referência. A presença dos pais é essencial quando a criança tem que enfrentar a separação de casa, procedimentos ou tratamentos dolorosos e o papel destes é apoiá-la de forma a tornar estas experiências o menos traumáticas possível e aprender com elas (Jorge, 2004).

O cuidar em pediatria baseia-se numa relação de parceria e cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, capacitar o núcleo familiar, promovendo o seu potencial de desenvolvimento e adaptação, utilizando intervenções que se direcionem à criança, sempre integrada na família que lhe pertence (Bellman, Lingam, & Aukett, 2003). Atualmente, vários hospitais pediátricos proporcionam visitas guiadas aos pais e crianças que vão ser hospitalizadas, informando-os de todos os passos da hospitalização. Sendo a família a principal fonte de segurança e apoio da criança, deve ser adequadamente preparada para ser capaz de desenrolar o seu papel protetor, perante situações ameaçadoras, além de que uma família preparada estará também mais habilitada a participar de forma adequada nos cuidados pós-operatórios, e de continuar a cuidar após a alta.

Nesta integração do núcleo familiar é importante considerar e explicar o impacto negativo que mentir, ou não informar a criança, sobre a cirurgia e o seu propósito real acarretam. Se os pais optarem pela ocultação de informação, a criança pode vivenciar a cirurgia/hospitalização como um ataque, abuso ou violência, o que pode levá-la a perder a confiança nos adultos que a rodeiam, nomeadamente família significativa, presenças essenciais para um desenvolvimento emocional saudável. Pelo contrário, o acompanhamento por parte da família e a exposição adequada da realidade, desde o início do processo, possibilita a minimização de traumas psicológicos e emocionais que podem influenciar negativamente o desenvolvimento da criança (Portela & Gaveto, 2011). As ações da enfermagem pediátrica visam, acima de tudo, uma integração do cuidado na estrutura familiar, por forma a evitar ou minimizar alterações negativas no desenvolvimento da criança e o acompanhamento de familiares informados junto das crianças revela, no pós-operatório, uma maior compreensão e aceitação da cirurgia e dos procedimentos inerentes. (Moro & Módolo, 2004). Assim, é legítimo afirmar que uma preparação prévia e integração da família no contexto de hospitalização sugere

comportamentos caracterizados por diminuição da ansiedade, redução do medo e expressão de bem-estar. (Moro & Módolo, 2004)

## 1.2. A HOSPITALIZAÇÃO NAS DIFERENTES FASES DE DESENVOLVIMENTO

Na abordagem à criança hospitalizada existe outra questão fundamental, que é identificar a fase de desenvolvimento em que esta se encontra. Dependendo do seu estadio de desenvolvimento (normalmente associado à idade), a criança reage de formas diferentes à ansiedade, medo e dor, retém a informação em quantidade e qualidade diferentes e reage à alteração das suas rotinas com comportamentos distintos.

É definida como criança, pela Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 1990) pessoa com menos de dezoito anos, no entanto, ao longo do seu desenvolvimento, esta vai apresentando características específicas de cada estadio, que exigem, por parte de quem com elas interage, um conhecimento das etapas de desenvolvimento e uma adaptação à sua personalidade, indispensáveis para uma relação terapêutica. A ação dos enfermeiros junto da criança, aquando da hospitalização, requer um empenho e dedicação especiais quanto ao cuidar, onde a vertente humana e social e a técnica e profissional se conjugam na díade humanizar e personalizar os cuidados, com o fim de envolver a criança/família no processo de tratamento e cura. (Casey, 1988)

A criança, em idade escolar, apresenta um sentimento de independência promovido pelo hábito de seguir regras, é capaz de reter a informação que lhe é dada, compreendendo a necessidade do passo seguinte (Opperman, 2001). Assim, a equipa ao interagir com a criança pode seleccionar estratégias que facilitem esta transmissão de informação, de forma a cuidar da criança quando a sua integridade é ameaçada, permitindo-lhe uma adaptação segura ao internamento.

O adolescente vive transformações profundas, físicas, emocionais e relacionais, quer consigo próprio, com a família, grupo de pares e sociedade em geral. É um período de dificuldades e conflitos relacionados com todas as transformações, mas também um período rico em ideias, experiências, sonhos e projetos (Lautrey, 2007; Swanson, Edwards, & Spencer, 2010). Estas transformações influenciam diretamente a postura e a capacidade de decisão do adolescente e, perante a ameaça ao seu bem-estar, este pode apresentar comportamentos conflituosos, de negação ou ansiedade extrema. É

uma fase de desenvolvimento e estruturação da personalidade e de descoberta constante para se afirmar enquanto pessoa integrada na sociedade. Esta descoberta e construção permanentes acontecem enquanto testam limites, o que exige mais atenção e preocupação por parte de quem os rodeia. Os pais podem muitas vezes não reconhecer os comportamentos do adolescente, ou ficarem surpresos pela explosão de maturidade. No contacto com o adolescente, a equipa de enfermagem deve ter a capacidade para o encarar como um adulto ainda dependente de uma estrutura familiar e social estável, considerando a sua maturidade. As estratégias de ação devem visar a sua opinião e capacidade de decisão, evitando o confronto e a obrigação. Os pais continuam a representar uma fonte de segurança, proteção e afeto, mas nesta fase o adolescente precisa de afirmar a sua autonomia. Os pais podem também apresentar esta necessidade de proteção da sua “criança”, pelo que o equilíbrio durante negociação de cuidados deve ser uma preocupação da equipa de enfermagem (Swanson, Edwards, & Spencer, 2010). A presença e colaboração dos pais é, desta forma, muito importante mas deve ser gerida de acordo com a aceitação do adolescente.

### 1.3. A VIVÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO

Atualmente, a realidade hospitalar apresenta serviços especializados de pediatria, novas formas de tratamento, maior preocupação com a anestesia e analgesia, com o mínimo de períodos de isolamento e de internamento das crianças, pois as políticas de saúde mais atualizadas organizam-se tendo como objetivo diminuir o número e tempo de internamentos hospitalares, pelas vantagens económicas e benefícios psicológicos e sociais que esta opção apresenta (Barros, como referido por Henriques, 2011). Há a preocupação constante em criar um ambiente adequado às rotinas das crianças, sejam elas familiares, escolares ou sociais, de forma a tornar a experiência da hospitalização o menos negativa possível.

Ainda assim, segundo Doca e Junior (2007), é comum que existam repercussões adversas da hospitalização durante e após o internamento, como as já referidas regressões de comportamento, alterações de humor e de comportamento social, expressão de medos, transtornos de sono, transtornos alimentares e agressividade e é possível que perdurem para toda a vida, dependendo do trauma sofrido. A criança tem perceção da gravidade da situação, percebe as reações dos pais e dos técnicos e tem dificuldade em compreender a necessidade dos procedimentos e limitações físicas. Neste sentido, é fundamental evitar ou minimizar os efeitos prejudiciais da

hospitalização, tornando-a um processo estruturado, preparado e acompanhado, visando controlar estas mesmas repercussões.

Para Barros (2003), as equipas de saúde devem estar alertadas, durante a hospitalização, para acontecimentos que originem possíveis perturbações comportamentais e aumento da ansiedade, na criança e nos pais. A ansiedade tem sido estudada em termos de alterações de comportamento como birras, choro, comportamentos de dependência, retrocesso de hábitos, alterações nos comportamentos alimentares, nos hábitos de sono e no controlo dos esfíncteres, perturbação como medos, fobias e depressão, perturbações escolares e da aprendizagem. Tanto a ansiedade como o medo podem causar alterações consequentes do processo de hospitalização, podendo levar ao prolongamento do internamento e/ou criando obstáculos a um tratamento bem-sucedido e aquando do regresso a casa, a criança pode necessitar de mais atenção devido ao possível retrocesso na sua autonomia, por estar mais sensível ou apresentar uma exacerbação de comportamentos desadequados (Barros & Santos, 2006).

Atendendo a que a criança pode beneficiar com as relações positivas e de suporte com a equipa de saúde, e com uma relação mais próxima com a família, a hospitalização pode ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, pretendendo obter um controlo sobre os malefícios da ansiedade e medo, se bem estruturada e apoiada (Portela & Graveto, 2011). Os conhecimentos e competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos negativos da hospitalização. Integrar o brincar terapêutico no cuidado à criança deve ser considerado, já que favorece a adaptação ao ambiente hospitalar, às rotinas do serviço, aos procedimentos técnicos e aos diferentes profissionais. Este assume-se como o instrumento da relação terapêutica enfermeiro-criança, pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando a comunicação e estabelecimento de uma relação de confiança (Walker como referido por Henriques, 2011).

Já desde o século XX que o brincar assume especial importância, sendo reconhecido na Declaração da International Play Association [IPA] (1961) e pela Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1990). Como referido pela IPA (1961):

As crianças são a base que assenta o futuro do mundo. Ao longo da história e em todas as culturas, as crianças sempre brincaram. Brincar, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de

todas as crianças. Brincar é um ato instintivo, voluntário e espontâneo. É uma atividade natural e exploratória. Brincar é comunicação e expressão, associando pensamento e ação; dá prazer e sentido de realização. Brincar abarca todos os aspectos da vida. Brincar ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Brincar é um meio de aprender a viver e não um mero passatempo.

Deste modo, o brincar assume-se como uma necessidade humana básica, uma experiência rica e complexa, essencial ao desenvolvimento, além de permitir que a criança expresse os seus sentimentos, medos e receios relativos à sua vivência. Através do brincar terapêutico, atividade estruturada e organizada em que a criança pode manipular e explorar o material com o qual se depara durante o internamento, (Algren, 2006; Oliveira, Dias & Roazzi, 2003), ela desenvolve mecanismos de adaptação que a ajudam a enfrentar reações adversas, facilitando a expressão de sentimentos (Motta & Enumo, 2004). Neste sentido, ao brincar a criança pode aprender o que é capaz de fazer face à ansiedade, medo e dor, estando num local estranho e longe de casa, de ser independente e de pedir ajuda a diferentes adultos, consolidando a ideia de que médicos, enfermeiros e outros técnicos a podem ajudar a curar-se e/ou a diminuir o seu sofrimento. A hospitalização pode, desta forma, promover um momento de aprendizagem para a criança, *in loco*, de um conjunto de estratégias de confronto da ansiedade, medo e dor (Barros, 2003) e simultaneamente aumentar a perceção de si como um ser competente e eficaz. Assim, "(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo." (Barros, 2003, p. 75).

É ainda pertinente sublinhar que se devem incluir os familiares da criança no brincar, uma vez que estes assumem um papel importante como mediadores da confiança entre a criança e os enfermeiros, visto que se a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar (Algren, como referido por Henriques, 2011).

A preparação da criança e da sua família para a hospitalização e cirurgia é uma intervenção autónoma de enfermagem, ainda que inserida num contexto multiprofissional, em que o enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação de um conjunto de atividades organizadas, que têm como objetivo minimizar o medo e ansiedade da criança/família, bem como tornar o internamento o menos doloroso e traumático possível (Ordem dos Enfermeiros [OE],2011).

#### 1.4. COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A hospitalização, necessária perante o processo cirúrgico, gera ansiedade na criança e na família, quer pela necessidade que têm de enfrentar uma situação nova e de risco, quer por experimentarem desde cedo a consulta médica e hospitalizações repetidas e, eventualmente, prolongadas. As reações da criança à hospitalização dependem de fatores como idade, personalidade, sexo, lugar que ocupa na família, experiência anterior de hospitalização e da natureza mais ou menos agressiva dos cuidados que lhe são impostos (Soares, Costenaro & Socal, 2001). A preocupação existente, cada vez mais marcada, em realizar cirurgias de ambulatório, com o objetivo de tornar este evento o menos desconfortável e o mais breve possível, resultando num ganho económico e em vantagens para a criança e família, exige uma nova adaptação dos profissionais à evolução dos cuidados, uma vez que passando um menor período de tempo com a criança e família (internamentos mais curtos, por vezes apenas por um dia), a equipa multidisciplinar e a de enfermagem, particularmente, têm que ser capazes de desenvolver estratégias de comunicação eficazes na relação positiva com a criança e sua família.

A hospitalização, que raramente pode ser evitada, exige uma atenção adicional às consequências emocionais, como já referido, uma vez que são de extrema importância para a colaboração pós-operatória, bem como para o bem-estar no processo de recuperação da criança (Bess d'Alcântara, 2008). Uma avaliação inicial, centrada nas necessidades da criança é fundamental, tal como ter uma perceção da sua envolvência e relação familiar. Colocar a família como pilar de assistência à criança e também como objeto de assistência da equipa de enfermagem, possibilita criar uma envolvência de cuidados que capacite a família como cuidadora e promova uma recuperação mais rápida e um regresso seguro ao domicílio (Sabatés & Borba, 2005). O desempenho eficaz do processo assistencial inicia-se no momento da preparação da hospitalização, e, durante todo o internamento, a comunicação é um instrumento básico e importante para o enfermeiro. O desenvolvimento da habilidade de comunicar passa pelo reconhecimento dos seus próprios sentimentos e pela tentativa de identificar aqueles das pessoas com as quais a comunicação se faz necessária. A habilidade de comunicação permite uma melhor relação entre a equipa, a criança e a sua família e pressupõe a capacidade de se comunicar, não apenas com crianças de todas as idades, mas também com os adultos para si significativos (Hockenberry & Wilson, 2011).

A comunicação eficaz com a criança exige habilidade, percepção e prática. Deering e Cody (2002) descrevem como a equipa de enfermagem pode usar várias abordagens de forma a melhorar a sua interação com a criança e que servem, também, para ensinar os pais a melhorar a comunicação na família:

➤ Crianças em idade escolar (entre 6 a 12 anos) têm uma grande capacidade no que diz respeito ao uso da lógica e da compreensão de eventos. Podem compreender a gravidade da situação que estão a vivenciar e entender o impacto do acontecimento, sobre elas e a sua família. Ao comunicar com a criança, é importante saber como ela interpreta a situação antes de a experienciar. É recomendado que os profissionais dirijam as perguntas mais às crianças do que aos seus pais.

➤ Com adolescentes de 12 a 18 anos, o estabelecimento do contacto é vital para a comunicação eficaz e desenvolvimento de uma relação de confiança. Ouvir mais do que falar é princípio básico para o profissional, que deve optar por uma abordagem franca, adequada à linguagem própria da idade. A habilidade de ouvir, a calma e a postura não reativa podem ajudar na comunicação.

Em qualquer idade a criança responde melhor a uma voz tranquila, calma e segura. Caso tenha um brinquedo significativo (boneca, carrinho), é importante incluir esses objetos na conversa (Deering & Cody, 2002).

No estabelecimento de uma relação terapêutica com crianças de todas as idades, os componentes não-verbais do processo de comunicação são os que transmitem as mensagens mais significativas. Elas prestam muita atenção às pessoas que as rodeiam e dão significado a todos gestos e movimentos. Ser honesto e verdadeiro e incluir a criança no seu processo de tratamento desde o início, é um comportamento vital para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança. (Silva, 2001). A idade da criança pode indicar a forma como esta vai enfrentar a situação adversa, a presença de fantasias e a possibilidade de (des)conhecimento do risco cirúrgico.

O tipo de cirurgia pode afetar a autoimagem, dificultar a adaptação ao ambiente familiar e escolar, suscitar medo de recorrência da doença, de morte e de sequelas. As experiências anteriores podem trazer recordações, impressões, sentimentos bons e/ou maus, possivelmente exteriorizados com perguntas comparativas, atitudes e comportamentos por vezes agressivos, estranhos e/ou "sem sentido". Assim, a criação de um espaço promotor da relação empática e comunicação adequada, sobre o processo a enfrentar, são essenciais para uma adaptação mais positiva, que irá permitir

à criança e família ultrapassar a situação, utilizando a aprendizagem para posteriores experiências.

É importante preparar a criança para a cirurgia, pois as reações emocionais das crianças não preparadas estão, como referido, associadas a alterações comportamentais, em especial naquelas que experimentam procedimentos médicos invasivos. As crianças que detêm informação sobre situações ou práticas adversas, causadoras de ansiedade e medo, experimentam um maior sentido de controlo cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos (Rodrigues & Rodrigues, 2009). Também, para além da simples presença dos pais durante a hospitalização, hoje reconhece-se o papel que pais presentes e informados desempenham na forma como a criança lida com os problemas e tratamentos médicos (Carvalho, Andrade & Campo, 2002).

Assim, na preparação da criança, a equipa deve fazer uma apresentação prévia do que é a hospitalização, quais os seus contornos e limitações, quais as características do meio envolvente e quais as limitações e alterações que esta trará às suas rotinas. A equipa deve apresentar-se à criança e aos pais, assegurando-lhes que nada será ocultado e que serão sempre informados sobre todos os procedimentos, bem como da evolução da criança. Responder claramente às perguntas da família, distinguir a situação atual das anteriores, descrever os passos da técnica cirúrgica, como e quando a criança virá para a enfermaria e colocar-se à disposição para prestar esclarecimentos, transmite confiança e apoio. Se esta experiência se realizar com a antecedência ideal, a criança estará, possivelmente, emocionalmente mais preparada para enfrentar a hospitalização e a cirurgia.

#### 1.5. ANSIEDADE E MEDO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

A hospitalização, por si só, já é vista pela criança como um evento ameaçador e causa de ansiedade e medo, tendo impacto sobre o seu comportamento, levando à manifestação de reações adversas, pelo que a necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos, como é a cirurgia, pode agravar estas reações.

A ansiedade e o medo surgem como respostas da criança perante o meio envolvente desconhecido, potencialmente ameaçador e o julgamento que cada uma faz sobre a hospitalização vai ditar se a sua adaptação ao evento ameaçador se faz de forma construtiva, sendo ou não capaz de controlar as emoções geradas pelo mesmo.

Um dos tipos de intervenção mais estudados como possivelmente eficiente na redução da ansiedade e medo e promoção da adaptação da criança é a administração de sedativos (Cuzzocrea, F. et al., 2013). Porém, não parece ser a melhor opção em termos de benefícios a longo prazo, pois este tipo de intervenção apenas tem benefícios imediatos, não ajudando a criança a desenvolver estratégias específicas de adaptação a situações semelhantes, de hospitalização, no futuro (Cuzzocrea, F. et al., 2013). Por outro lado, programas de preparação para a cirurgia, que envolvam atividades como jogos, narrativas, vídeos, manipulação de instrumentos e medicamentos e aprendizagem de estratégias de *coping*, proporcionam às crianças e família, a informação apropriada sobre o procedimento cirúrgico e o contexto envolvente, o que as torna conhecedoras e ativas no seu estado de saúde. (Cuzzocrea, F. et al., 2013).

Segundo um estudo realizado por Wennstrom, Hallerg e Bergh (2008), sobre a importância do diálogo pré-operatório, em que estudaram um grupo de 20 crianças entre os 6 e os 9 anos de idade, concluíram que o uso do diálogo na prática clínica minimizava a angústia e preparava a criança para o eventual *stress* causado pelos cuidados hospitalares, incluindo a cirurgia, observando que estas colaboravam mais com os profissionais de saúde. Teixeira e Figueiredo (2009) realizaram um estudo com 30 crianças entre os 6 e os 12 anos, criando 2 grupos de 15 crianças, em que um dos grupos, além de seguir os procedimentos vigentes na instituição, foi submetido a uma intervenção de enfermagem pré-operatória. No final do estudo concluíram que o grupo de crianças que participou no programa de preparação pré-operatória (que incluía acolhimento da criança, entrega de brochura e explicação da mesma, apresentação dos profissionais de saúde com roupa de bloco operatório, manipulação do material e explicação dos procedimentos com recurso a um boneco) entendiam melhor a informação fornecida e a necessidade dos procedimentos, bem como as restrições inerentes à cirurgia. A ansiedade e o medo apresentavam menor evidência, estando a criança mais tranquila na altura de entrar no bloco operatório e ainda demonstravam maior segurança, confiança, apoio e conforto relativamente à equipa de saúde. Fincher, Shaw e Ramelet (2012) realizaram também um programa de preparação pré-operatória semelhante, em que consideraram 72 crianças entre os 3 e os 12 anos de idade, não submetidos a cirurgia no último ano e residentes na área metropolitana. O estudo consistia em submeter as crianças do grupo experimental a uma visita ao hospital, num intervalo de tempo entre 1 a 10 dias antes da cirurgia, em que recebiam informação pré-operatória através de fotografias dos espaços e da equipa, em que lhes era demonstrado o equipamento e material hospitalar, que podiam manipular, e explicados

os procedimentos previstos, entre outras informações pertinentes. Registaram uma diminuição de ansiedade e medo à entrada para a intervenção cirúrgica e uma relação de ajuda, durante o pós-operatório, mais desenvolvida.

Considerando todas estas intervenções como um contributo para a diminuição da ansiedade e medo relativos à cirurgia, o jogo terapêutico foi aquela descrita como a intervenção de preparação para a cirurgia mais favorável, apresentando níveis de ansiedade significativamente mais reduzidos. Este consiste na manipulação do material pelas crianças, onde simulam a realização de procedimentos pelos quais vão passar posteriormente (avaliação de sinais vitais, colheita de sangue, manipulação de cateteres, monitores, máscaras, etc) (Vaezzadeh et al., 2011). O estudo realizado por Vaezzadeh et al. (2011), que incluiu 122 crianças entre os 7 e os 12 anos de idade, admitidas para cirurgia eletiva nos últimos 15 meses, em que consideraram um grupo experimental e um grupo de controlo, submeteu o grupo experimental não só às rotinas pré-operatórias habituais, como também ao jogo terapêutico, um dia antes da cirurgia. As crianças submetidas ao jogo terapêutico demonstraram níveis de ansiedade significativamente mais baixos, afirmando-se assim o jogo terapêutico como intervenção eficaz na diminuição da ansiedade da criança, na sua preparação para a cirurgia e na melhoria do seu controlo pessoal.

Todos os estudos encontrados incluíam crianças em fase escolar, sendo a estratégia de intervenção um programa pré-operatório, cujo objetivo visava reduzir a ansiedade na criança e conseqüentemente nos seus pais. Observa-se, de forma consistente, que perante programas de preparação pré-operatória, a ansiedade, o medo e o sofrimento têm uma evidência menor e a relação de ajuda está mais desenvolvida, apresentando-se a criança mais calma à entrada para o bloco operatório. Estes estudos sublinham ainda que eventos ameaçadores conduzem a transtornos de comportamento (ansiedade, medos, retrocessos...) e menor colaboração das crianças no tratamento pré, peri e pós-operatório.

Já em 1960 se estudavam os benefícios da preparação de crianças para cirurgia, bem como para outros procedimentos invasivos, e a importância da participação dos pais na hospitalização, como fatores relevantes no controlo da ansiedade e conseqüências traumáticas da hospitalização, além de ser uma medida fundamental para proteger a criança de danos potencialmente permanentes no seu desenvolvimento (Crepaldi & Hackbarth, 2002). Também Crepaldi, Rabuske, e Gabarra, (2006) demonstram a importância da preparação para a cirurgia, da criança e dos pais, já que esta intervenção

lhes confere um certo grau de controlo sobre o desconhecido. Sabe-se bem que os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados de uma forma dramática e assustadora, sendo o medo do desconhecido a principal causa de insegurança e ansiedade no pré-operatório, e que para tentar obter controlo sobre a ansiedade e o medo, a pessoa tenta recorrer a algumas estratégias, como depositar confiança na equipa de saúde, crenças religiosas, desqualificação dos sentimentos, controlar o pensamento, ter sempre a companhia de alguém. A criança nem sempre consegue gerir todas estas emoções e medos, por isso necessita de ter o apoio da família significativa, nomeadamente os pais, que lhes conferem a estabilidade e a proteção de que necessita perante eventos stressantes.

Por ser um acontecimento estranho e assustador para a criança, a ansiedade perante o procedimento cirúrgico aumenta, porém, e em cirurgias programadas, há um período de tempo que permite a realização deste programa de preparação para a cirurgia. Uma simples visita prévia ao hospital, conhecer o bloco operatório e as equipas com quem vão contactar, são o suficiente para promover a familiaridade da criança com o meio envolvente e fazer com que se sinta num ambiente conhecido e seguro, melhorando a sua noção de autocontrolo. A demonstração de procedimentos médicos e uso de materiais hospitalares em bonecos, como aplicação de elétrodos de Electrocardiograma (ECG), oxímetro de pulso, braçadeiras de avaliação de tensão arterial, máscara de anestesia, aplicação de cateteres e sistemas de soros, entre outros, ajudam a preparar a criança para esta realidade, tornando-se menos sensível ao *stress* gerado pela situação, potenciando o seu auto-controlo (Li, Lopez, & Lee, 2007). Tal como refere Li (2007), vários estudos confirmam que a falta de controlo e conhecimento sobre procedimentos médicos e cirúrgicos impostos nestas situações, são uma das maiores causas de ansiedade em crianças submetidas a cirurgia. Os mesmos autores concluíram que, se as crianças acreditarem ter um controlo adequado sobre a situação que estão a vivenciar, vão sentir-se menos ameaçadas e, portanto, manifestar menos ansiedade.

Assim, realça-se a importância da equipa de saúde desenvolver estratégias que minimizem o impacto do evento cirúrgico, de forma a reduzir o trauma da hospitalização na criança, pois uma adequada e fundamentada avaliação da situação ameaçadora e um processo de adaptação eficaz são passos necessários que, quando bem desenvolvidos, preparam a criança para futuros eventos semelhantes (Barros, 2003).

## 1.6. DOR NA CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA.

No que respeita à dor, a relação entre elevados níveis de dor pós-operatória e ansiedade tem sido descrita em alguns estudos. Tal como referem Moro & Módolo (2004, p.730), citando estudos anteriores, "(...) elevados níveis de ansiedade pré-operatória estão associados a maior intensidade de dor pós-operatória". É sugerido na literatura que a preparação pré-operatória, da criança e família, é um procedimento eficaz na redução do medo e ansiedade relacionado com o processo de hospitalização e, tal como referido no Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2008), confirma-se a sua utilidade e benefícios no controlo dos efeitos traumáticos durante a hospitalização, controlo da dor e diminuição das perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta.

A dor apresenta-se como um sentimento desagradável que pode surgir com intensidade variável, como resultado de doença ou distúrbio emocional (Lemos, 2007), tida como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dores reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos." (AAP & ACP referido por Batalha, 2010, p.1), sendo um dos aspetos pós-cirúrgicos que merece maior atenção por parte das equipas de saúde. Segundo Batalha (2010), é uma experiência individual e subjetiva, compreendendo uma componente sensorial, determinada neurofisiologicamente, e uma componente emocional, relacionada com as experiências anteriores, características pessoais, culturais e espirituais. Não existe uma forma única para definir a dor, uma vez que esta experiência diz respeito a um conjunto de fenómenos que variam de pessoa para pessoa e dependem do contexto em que está inserida.

O Plano Nacional de Luta contra a Dor (PNLD) estabelece que o controlo da dor deve considerar-se uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de qualidade, sendo um fator decisivo para a humanização dos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001).

A capacidade que as crianças têm de distorcer a realidade num contexto ameaçador, como é a hospitalização, pode potenciar reações físicas e emocionais que agravam a perceção de dor e, desta forma, interferem no tempo e eficácia em que a recuperação decorre. A equipa de enfermagem deve utilizar estratégias bem organizadas, que permitam prevenir e controlar a dor da criança, sujeita a procedimentos como a cirurgia, uma vez que o controlo da dor é um direito da pessoa e um dever dos profissionais de saúde, estando esta determinada pela DGS como 5º sinal vital, e sendo norma de boa

prática que a sua intensidade seja sistematicamente diagnosticada, registada e valorizada (DGS, 2003).

A avaliação e interpretação da dor em contexto pediátrico torna-se mais exigente e um desafio para as equipas de saúde, uma vez que pode, erradamente, ser confundida com expressões emocionais de mimo, medo ou ansiedade. A experiência dolorosa faz parte da vivência de cada criança e é um importante fator de controlo e mecanismo de proteção perante situações traumáticas/ameaçadoras e quando não aliviada tem um conjunto de consequências indesejáveis, quer físicas quer psicológicas (Twycross, 2008). Na criança, a dor aguda está, maioritariamente, relacionada com acidentes ou procedimentos e mais associada ao medo e ansiedade do que à consequência física (Barros, 2003). A avaliação da dor em pediatria integra qualquer planeamento de cuidados por parte da equipa de saúde e, também, na preparação pré-operatória da criança, esta deve ser tida em conta, não só pela sua ligação direta ao medo e ansiedade, como pelas consequências físicas (tempo de recuperação, limitações) e emocionais (alteração e regressão de comportamentos) que pode apresentar, se não for devidamente considerada.

O estudo referido de Fincher, Shaw e Ramelet (2012), incluiu a avaliação de dor da criança através de escala e estes concluíram que a dor máxima sentida e o nível de ansiedade eram significativamente menores nas crianças submetidas ao programa pré-operatório. Assim, no planeamento da preparação pré-operatória, a dor deve ser integrada como sensação desagradável, que pode ser controlada pela equipa de saúde e pelos recursos ao seu dispor. A criança, bem como a família, devem conhecer a sua existência, as sensações por ela potenciadas, as suas causas, bem como as várias intervenções de avaliação e controlo, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas. A presença de pais informados durante a hospitalização, nomeadamente em situações de doença aguda, minimiza o medo e tranquiliza a criança, durante procedimentos dolorosos, sendo a sua participação o apoio emocional de que a criança precisa. (Jorge, 2004). Também a criança, sabendo o que esperar, o que sentir e como controlar as sensações previstas, de acordo com a sua capacidade momentânea para receber informação, tem maior facilidade em confiar na equipa que a cuida e trabalhar em conjunto com esta para uma recuperação eficaz.

## **2. IMPORTÂNCIA DA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A CIRURGIA**























pergunta de resposta aberta, referente a “outros medos”, onde as crianças podem referir medos existentes, não presentes na escala numerada. (Anexo I)

4. A escala numérica (DGS, 2003) foi utilizada para avaliar a dor e consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. A criança faz a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde a “Sem Dor” e 10 a “Dor Máxima”. Pontuação mais elevada corresponde a maior intensidade de dor. (Anexo I)

### 3.4. PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

A admissão da criança para a hospitalização e cirurgia caracteriza-se pelo acolhimento no dia do internamento, entrega e explicação de brochura ilustrativa com informação da organização, estrutura e rotinas do serviço e visita guiada na enfermaria. Durante a admissão hospitalar foram tidos em conta os princípios gerais de atuação, como o fornecimento de informação, utilizando frases curtas, diretas e verdadeiras, em linguagem objetiva sobre os procedimentos a realizar, antes e após a cirurgia, possibilitando-lhes a visualização e manuseamento de materiais e a expressão de dúvidas. Os pais estiveram sempre presentes e participaram na adaptação da criança à hospitalização, podendo também expor dúvidas à equipa. Estes princípios contribuem para uma familiarização da criança com o ambiente hospitalar, promovendo a integração nas rotinas e procedimentos prévios à cirurgia, de forma a entenderem o que vão sentir e como devem reagir em cada momento do internamento. O tempo despendido em cada admissão hospitalar foi ajustado às necessidades da criança e família, pelo que o período de tempo definido para as atividades e intervenções não foi sempre o mesmo.

O GC seguiu as rotinas habituais do serviço (anteriormente descritas), o GE foi, para além destas, submetido a um programa de preparação para a hospitalização e cirurgia, estruturado segundo um protocolo (Apêndice II). Esta preparação decorreu 5 a 10 dias antes da cirurgia, numa sala com ambiente recreativo, no serviço de ortopedia, e teve uma duração média de 45 minutos. Foi realizada pelo investigador, enfermeira do serviço de ortopedia, com a colaboração da equipa de enfermagem, médicos anestesistas, cirurgiões e educadoras de infância e consistiu num conjunto de atividades desenvolvidas de forma estruturada. Os pais acompanharam sempre a preparação da criança, sendo-lhes dada a oportunidade de expor dúvidas, medos e preocupações.

Num primeiro contacto foi realizado um diálogo de aproximadamente 10 minutos, em que se informou a criança sobre:

- Os papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
- O tipo e forma de transporte para e do bloco operatório (como vão, acompanhados por quem...);
- Presença dos pais/pessoas significativas;
- Possibilidade de terem consigo um objeto/brinquedo significativo;
- Os locais onde vão permanecer, adormecer e acordar;
- Características e organização do internamento com visita à enfermaria e entrada do bloco operatório.

De seguida, foi realizado o jogo terapêutico durante 15 minutos e consistiu em:

- Manusear material/equipamento (catéteres, seringas, creme anestésico, material de oxigenoterapia, sondas nasogástricas e vesicais, pensos, compressas, gesso, drenos, fardamento, entre outros).
- Avaliação de sinais vitais
- Mostra de fotos sobre a parte do corpo implicada na cirurgia e qual o aspeto esperado quando acordar: aparelho gessados, feridas cirúrgicas, presença de drenos, ligaduras, pensos oclusivos, etc.

Existiu um complemento de informação e exposição de dúvidas, durante um período de 10 minutos, em que foi reforçado que:

- A criança tem poder de decisão e de escolhas;
- Podem ocorrer sensações indesejadas no pós-operatório como sonolência, náusea, confusão, dor, desorientação, entre outras;
- Existem intervenções para minimizar o desconforto, controlar a ansiedade, o medo e a dor (técnica correta de respiração, posicionamento, imaginação guiada, musicoterapia, massagem terapêutica, entre outras);
- É importante uma avaliação contínua de dor para um melhor controlo e bem-estar.

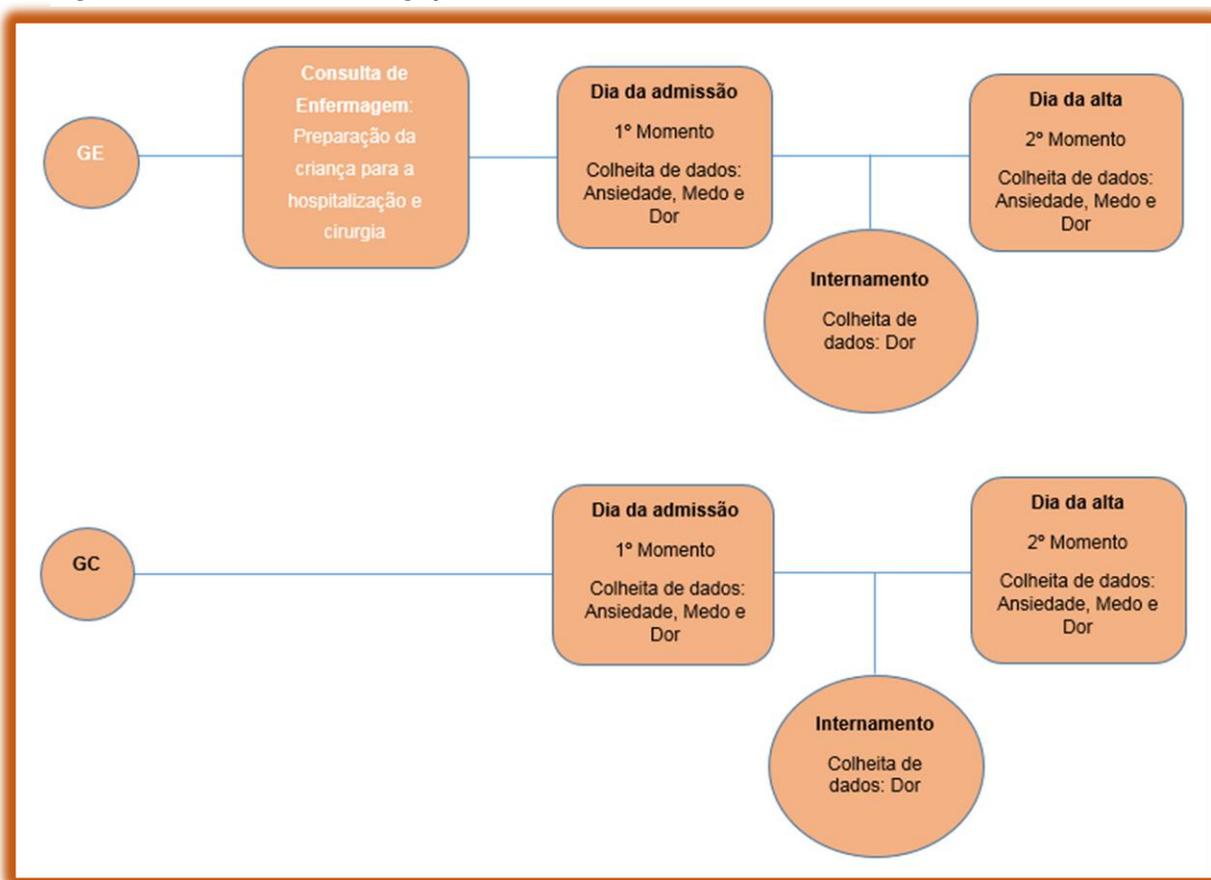
Para além do acima apresentado, e apenas em crianças entre os 6 e os 12 anos, proporcionou-se a visualização de vídeo de carácter demonstrativo, de cerca de 6 minutos, acerca da preparação para a cirurgia, (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=5-PtIORxPPY>), adequado a estas idades.

Esta intervenção decorreu antes de qualquer colheita de dados, nos 5 a 10 dias antes do internamento, mediante disponibilidade dos pais.

### 3.5. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados sobre a ansiedade, medo e dor da criança decorreu em dois momentos. O 1º momento foi no dia de admissão no serviço e o 2º momento foi no dia da alta. A avaliação da dor foi também realizada durante o internamento, recolhendo-se informação diária sobre dor, entre as 10h e as 12h, em cada um dos 3 dias do pós-operatório. Para efeitos de tratamento estatístico a avaliação da dor no 2º momento consistiu numa média da dor diária registada. (Figura 1)

Figura 1 - Desenho da investigação



Participaram na colheita de dados os enfermeiros a exercer funções no serviço onde decorreu o estudo. Estes foram familiarizados com os instrumentos de colheita de dados, esclarecidos sobre como deveriam ser aplicados e informados sobre o protocolo

de recolha de dados. Os instrumentos foram aplicados de forma consecutiva, às crianças admitidas no serviço, no dia de admissão e no dia da alta, que cumpriam os critérios de inclusão no estudo.

Os enfermeiros desconheciam se estas crianças pertenciam ao GE ou GC. O investigador principal foi quem recolheu todos os instrumentos no final, e único a ter conhecimento da distribuição das crianças por grupos.

### 3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pelo Diretor Clínico do serviço (Anexo II; Apêndice III). A participação no estudo foi precedida pelo registo de consentimento livre e esclarecido dos responsáveis legais da criança e da mesma (Apêndice IV).

### 3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), IBM Corp. Released 2013, (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp). A normalidade das distribuições foi analisada pelo teste Shapiro-Wilk e análise do histograma, tendo-se verificado que nenhuma distribuição assumiu a normalidade.

O resumo de dados relativos à idade e dias de internamento prévios à cirurgia, foi feito pela mediana, limites mínimos e máximo. O sexo foi descrito pela frequência absoluta e relativa. Para resumir as variáveis ansiedade, medo e dor foram utilizadas a média, desvio padrão, mediana, limite mínimo e máximo.

Para analisar as diferenças entre o GE e GC, foi utilizado o teste exato de Fisher para a variável sexo e o teste de Mann-Whitney U para as variáveis idade, ansiedade, medo e dor. Em todos os testes foram consideradas diferenças estatisticamente significativas sempre que  $p \leq 0,05$ .

Importa clarificar que os valores referentes aos “totais” das variáveis ansiedade, medo e dor resultam das médias do 1º e 2º momento de avaliação. Sobre a avaliação de dor, foi considerado, para determinação dos níveis de dor, que o 1º momento se refere ao dia de admissão no hospital e o 2º momento diz respeito à média dos valores de dor registados em cada um dos 3 dias de internamento, incluindo o dia da alta.

#### 4. RESULTADOS

A mediana de idades no GE foi de 11 (5-18) anos e a no GC de 14,5 (6-18) anos. O sexo feminino foi o mais representativo em ambos os grupos, 10 (62,5%). (tabela 1)

Relativamente ao número de dias prévios à cirurgia, verificou-se que no GE a mediana foi de 2 dias, variando entre 0 e os 3 dias. No GC a mediana foi de 0,5 dias, variando entre 0 e 3 dias.

Tabela 1: Características demográficas da amostra segundo os grupos

	GE	GC	<i>p</i>
<b>Idade, mediana (min-máx)</b>	11 (5-18)	14,5 (6-18)	NS
<b>Sexo feminino, n° (%)</b>	10 (62,5)	10 (62,5)	NS

NS – Não significativo

#### Ansiedade

No que diz respeito à avaliação de ansiedade sentida pelas crianças, em ambos os grupos, no 1º e 2º momento, a diferença não foi significativa. No entanto, o GE apresentou valores de ansiedade ligeiramente superiores ao GC, quer no dia do internamento (15,4 *versus* 14,9) quer no dia da alta (14,3 *versus* 14), o que resulta em valores totais superiores no GE (14,8), em relação ao GC (14,5),.

Pode-se ainda observar que, em ambos os grupos, os valores de ansiedade diminuíram do 1º momento de avaliação para o 2º momento de avaliação, ou seja, do dia do internamento para o dia da alta existiu uma diminuição de 1,1 valores de ansiedade no GE *versus* 0,9 no GC. O GE apresentou valores totais de ansiedade superiores ao GC, mas uma diferença maior entre valores relativos ao 1º e 2º momento.

## **Medo**

Também o medo foi superior no 1º momento e inferior no 2º momento, para ambos os grupos. No entanto o GE apresentou valores de medo superiores ao GC, quer no 1º momento (66,7 *versus* 56) quer no 2º momento (61,4 *versus* 51,7). Os valores totais de medo foram superiores para o GE (64 *versus* 53,7). Mas também, em relação ao medo, se observa que os valores diminuíram do 1º para o 2º momento, sendo que existiu uma diferença, entre o 1º e 2º momento, de 5,3 em GE *versus* 4,3 em GC. A diferença entre os valores de medo, entre os dois momentos, foi maior no GE.

Relativamente a outros medos manifestados pelas crianças, apenas uma criança do GE respondeu ter “medo de tubarões” [sic]. No GC responderam que tinham outros medos 7 crianças (3 crianças referiram ter “medo de perder alguém próximo” [sic], 2 crianças admitiram ter “medo de operações” [sic], 1 criança “medo que alguma coisa de mal aconteça” [sic] e 1 criança referiu “medo de colheitas e pensos” [sic]).

## **Dor**

O GE apresentou, no 1º momento, valores de dor 2,3, diminuindo no 2º momento para 1,6. O GC apresentou valores no 1º momento, 3,6 e no 2º momento, 4,6.

A dor foi sempre superior no GC do que no GE, sendo no 1º momento 3,6 *versus* 2,3, e no segundo momento 1,6 para 4,6. Esta diferença, no 2º momento, é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Em relação aos valores totais verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o GE e GC (1.9 *versus* 4.1:  $p < 0,05$ ).

Tabela 2: Avaliação de Ansiedade, Medo e Dor, por grupos e momentos de colheita

		GE	GC	<i>p</i>
<b><u>Ansiedade</u></b>  média; sd; med. (min- máx)	1º Momento	15,4; ±6,9; 14 (7-34)	14,9 ±5,3; 15 (5-25)	NS
	2º Momento	14,3; ±4,6; 14 (7-25)	14; ±5,8; 13,5 (5-25)	NS
	Totais	14,8; ±5,1; 14,75 (7-25,5)	14,5; ±5,5; 14 (5-25)	NS
<b><u>Medo</u></b>  média; sd; med. (min- máx)	1º Momento	66,7; ±28,9; 69 (10- 111)	56; ±27,4; 50 (10- 102)	NS
	2º Momento	61,4; ±29,8; 62 (10- 110)	51,7; ±29; 43,5 (10- 104)	NS
	Totais	64; ±26,5; 68,5 (10- 110,5)	53,7; ±28,1; 45,8 (10-103)	NS
<b><u>Dor</u></b>  média; sd; med. (min- máx)	1º Momento	2,3; ±2,7; 2 (0-10)	3,6; ±3,6; 3 (0-10)	NS
	2º Momento	1,6; ±2,4; 0,5 (0- 9,5)	4,6; ±2,6; 4,3 (0-8,5)	<i>t</i> (30) = 3,132, <i>p</i> < 0,05
	Totais	1,9; ±2,4; 1,3 (0,3- 9,8)	4,1; ±2,9; 3,4 (0-9,3)	<i>t</i> (30) = 2,416, <i>p</i> < 0,05

NS – Não significativo

## 5. DISCUSSÃO

Pretendeu-se, com este estudo, dar resposta à pergunta “Qual a efetividade, na redução da ansiedade, medo, e dor, de um programa de preparação da criança, entre os 5 e os 18 anos, para a hospitalização e cirurgia, num serviço de ortopedia pediátrica?”, sobre a qual se obteve uma resposta positiva no controlo da dor. Relativamente à diminuição da ansiedade e medo, o nosso estudo não permitiu retirar conclusões que confirmem a efetividade do programa.

Apesar dos poucos estudos existentes, estudos como os de LI et al. (2007), Crepaldi e Hackbarth, (2002), Cruzocrea, et al. (2013), demonstram que a preparação da criança para a hospitalização e cirurgia lhe confere um conhecimento e grau de controlo sobre a realidade da hospitalização, que lhe permite sentir menos ansiedade e medo durante o internamento. O nosso estudo não confirma estes resultados, pelo contrário, as crianças que foram submetidas ao programa de preparação para a hospitalização e cirurgia apresentaram, no 1º momento (dia da admissão), níveis de ansiedade e medo superiores ao das crianças que estão a entrar no hospital pela primeira vez. Admite-se que a informação dada no programa de preparação poderá ser muita ou muito complexa, ao ponto de interferir com a capacidade de gestão da nova realidade, por parte das crianças do GE. Assim, a antecipação da informação, quando em demasia e/ou muito complexa para o desenvolvimento cognitivo da criança, estará a aumentar a ansiedade já existente perante a hospitalização (Salmon, 2006). Presume-se que as crianças que participaram no programa, sabem o que esperar e os passos que vão seguir, já que ao longo do programa de preparação existiu uma permanente validação da informação fornecida, além de ter sido reservado um tempo para exposição de dúvidas, enquanto as crianças que não foram submetidas ao programa de preparação para a hospitalização e cirurgia chegam, muitas vezes, ao hospital sem nunca terem contactado com esta realidade, algumas sem estarem informadas pelos pais sobre o que vão fazer ou informadas apenas de que irão para um local “onde estão outras crianças e onde podem brincar” [sic], o que pode justificar que, desconhecendo a gravidade do que vão vivenciar, apresentem menos ansiedade e medo relativos à hospitalização.

Acresce que, relativamente ao medo, as crianças submetidas ao programa não referiram medos adicionais (para além dos contemplados pelo inventário de medos), relacionados com o estado de saúde ou necessidade de hospitalização, já as crianças que não conheceram o programa de preparação para a hospitalização e cirurgia referiram medos importantes e relacionados com o trauma da hospitalização como é o caso de “alguma coisa correr mal” [sic] ou “perder alguém da família” [sic], relacionados com a própria cirurgia, “medo da operação” [sic] e relacionados com os procedimentos intrínsecos ao pré e pós-operatório, “medo de colheitas e pensos” [sic], o que pode sugerir que, embora os resultados não tenham demonstrado GC como o grupo mais afetado pela ansiedade e medo pré-operatórios, este grupo apresentou medos reais, relacionados com a hospitalização, que não foram referidos por GE e que podem demonstrar um maior impacto negativo, presente pela necessidade de hospitalização.

No entanto, e ao contrário do esperado, não foi possível confirmar que crianças submetidas a um programa de preparação para a hospitalização e cirurgia apresentam menor ansiedade e medo após a cirurgia, tal como demonstrado em estudos abordados no enquadramento teórico. Todavia, estes programas de preparação para a hospitalização e cirurgia podem originar impactos negativos, quer devido às inúmeras variáveis do contexto hospitalar, quer devido às características psíquicas e emocionais, específicas de cada criança e, embora a preparação para a hospitalização e cirurgia permita a expressão de emoções e um conhecimento prévio sobre uma rotina cirúrgica, não se deve esperar que a criança não manifeste ansiedade e medo no momento da hospitalização. De valorizar é o facto de que a ansiedade e o medo existem sempre que uma situação estranha se apresenta, no entanto, o medo do desconhecido é sempre mais traumático do que o medo de algo esperado.

É ainda possível inferir que em ambos os grupos existiu ansiedade e medo, mas existiu também uma diminuição dos seus valores do início para o final do internamento, isto pode dever-se à dissipação dos medos e ansiedade que a criança vai experienciando ao longo do internamento (Barros, 2003).

No que diz respeito à avaliação de dor, a preparação da criança para a hospitalização e cirurgia demonstrou ser um procedimento eficaz no controlo dos efeitos traumáticos, resultantes da hospitalização. Uma criança que não está preparada para um evento ameaçador e desconhece o que vai enfrentar, apresenta uma maior vulnerabilidade à dor (Batalha, 2010). Crianças que apresentem menos índices de ansiedade, medo e dor

têm uma maior probabilidade de recuperações mais rápidas, menos dias de internamento e melhor qualidade de vida (Barros, 2003; Batalha, 2010).

Durante o estudo, foi claro o benefício do programa de preparação da criança, no que diz respeito ao controlo de dor. Quando comparados os grupos, concluiu-se que as crianças submetidas ao programa apresentaram valores de dor significativamente mais baixos no 1º e 2º momento e ainda, crianças não submetidas ao programa, apresentaram um aumento do nível de dor ao longo do internamento, demonstrando, no final, dor superior. As crianças que não foram submetidas ao programa apresentaram uma dor média total correspondente a um valor de dor moderada, ou seja, um nível de dor que já exige não só aplicação de intervenções não farmacológicas mas também o recurso a intervenções farmacológicas (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005; Tamez & Silva, 2006). É importante considerar que uma criança com grau de dor mais intenso, apresenta necessidade de maior tempo de internamento e, portanto, maiores gastos hospitalares, quer em termos de recursos humanos na assistência a crianças mais instáveis, quer em termos de recursos físicos e económicos (gastos de materiais e medicamentos específicos).

Relativamente ao fator dias de internamento anteriores à cirurgia, o GE apresentou um número de dias de internamento prévios à cirurgia superior ao GC. Esta variável não foi controlada e não se pode inferir nenhuma conclusão acerca da sua interferência na redução de dor. Todavia, seria importante estudar esta variável em futuros estudos, criando GC e GE idênticos quanto a esta variável.

A evolução científica e tecnológica tem permitido às equipas de saúde focar-se não só nos melhores resultados clínicos, mas também na promoção da melhoria da qualidade de vida para as crianças e suas famílias, quer durante a hospitalização quer na reintegração na sua vida normal. Embora nem todos os resultados sejam tão positivos quanto o que era esperado, existem pontos importantes que devem ser considerados, outros que devem ser, de alguma forma, melhorados. Também uma avaliação do estado ou característica da criança relativamente à ansiedade, medo e dor, que apresentam em relação ao evento hospitalização, pode eventualmente ser afetada pela opinião ou substituição de resposta por parte dos pais, sempre presentes, facto este difícil de controlar. Ainda assim, o programa de preparação para a hospitalização e cirurgia consiste num conjunto de ações e experiências dinâmicas, que podem e devem ser ajustadas e remodeladas para que, no final, esta seja uma atividade de enfermagem e

multidisciplinar, com o objetivo maior de beneficiar as crianças e suas famílias, bem como tornar os cuidados de saúde mais eficientes.

### **Limitações**

Os resultados obtidos neste estudo foram condicionados por limitações importantes, como o tamanho da amostra, a disponibilidade das famílias e o fator tempo.

A disponibilidade das famílias foi um obstáculo ao estudo, pois o tempo dispensado para participar neste programa foi sempre o mínimo indispensável, acabando por limitar o comportamento, quer das crianças, quer dos próprios pais, não os deixando à vontade para aproveitar toda a experiência que lhes estava a ser proporcionada. No sentido de minimizar a limitação “disponibilidade” das famílias, outra hipótese de estudo seria organizar as atividades do programa de preparação para a hospitalização e cirurgia de acordo com as necessidades de outras deslocações da família ao hospital, nomeadamente em tempos que coincidam com as consultas da especialidade cirúrgica e consultas de anestesia, sob risco da abordagem ser demasiado exaustiva para a criança, mas com o benefício de se conseguir abranger um maior número de crianças do que atualmente se verifica, tendo em conta que estas atividades tendem a decorrer, maioritariamente, em horário laboral.

O fator tempo teve ainda outro impacto no estudo, acabando por condicionar a própria investigação, já que a falta de tempo descrita pelos pais provocou uma alteração ao original desenho do estudo: num primeiro desenho a avaliação das componentes ansiedade, medo e dor seria realizada no GE, antes e depois da participação no programa de preparação para a cirurgia, enquanto o GC assistiria a outra atividade, isenta de informação hospitalar e a avaliação existiria nos mesmos *timings*, no entanto, essencialmente os pais do GC não mostraram disponibilidade para se deslocarem ao hospital, ao mesmo tempo que o GE, assim os *timings* da avaliação não coincidiam. Optou-se por observar o comportamento das crianças de ambos os grupos em alturas que teriam que estar obrigatoriamente no hospital: no dia do internamento e no dia da alta. No entanto, agora parece claro que uma avaliação antes e depois da intervenção “programa de preparação para a hospitalização e cirurgia” obteria resultados mais ricos do que a avaliação realizada nos momentos após intervenção, mesmo que os *timings* do GC não coincidissem exatamente com os do GE (que inevitavelmente apresentaria também as suas limitações ao estudo), ou poderia ter-se optado pela hipótese de enviar questionários para o domicílio (correndo o risco de não obter um número significativo de

respostas). Estas opções invalidariam outra limitação ou dificuldade, apresentada pelos pais, já que estes referiram que uma avaliação extensa das componentes deste estudo, em alturas importantes como o momento do internamento e o momento da alta, situações em que as preocupações inerentes e a necessidade de assimilar toda a informação já ocupam quase toda a atenção das crianças, pode não ser a estratégia mais adequada.

Todas estas considerações devem ser analisadas, dando continuidade à investigação relacionada com este tema, tendo sempre em consideração as limitações e os ganhos que cada ação representa.

### **Implicações**

De acordo com os resultados, esta intervenção não revelou claros ganhos relativamente à ansiedade e medo, embora na dor se tenham obtido resultados mais positivos. Neste sentido é importante avaliar melhor a efetividade do programa, no que diz respeito aos recursos humanos e materiais exigidos, bem como o tempo despendido pelas famílias para a sua realização, relativamente aos ganhos obtidos. Também o impacto que a preparação para a hospitalização e cirurgia tem para a criança, no que diz respeito à altura em que é realizada, deve ser considerado. Por ser realizado imediatamente antes do evento cirúrgico, sempre cerca de uma semana antes, o programa pode ser inevitavelmente afetado pela ansiedade e medo desenvolvidos pela criança e família, ao descobrir que alguma coisa não está bem e que têm necessidade de ser submetidos à hospitalização. A sua realização em alturas isentas de doença/patologia clínica, como em visitas organizadas em cooperação com as escolas, pode apresentar melhores resultados, no que diz respeito à ansiedade e medo da criança, uma vez que esta irá relacionar o internamento, quando necessário, com a experiência positiva que obtivera na visita prévia, que a levou a conhecer um hospital menos ameaçador, também local de brincadeira e onde existem pessoas que cuidam das crianças, em quem podem confiar. É possível que, nestas circunstâncias, o impacto da hospitalização seja menor e menos traumático, pois já existiu uma experiência positiva prévia, relacionada com o hospital. O programa de preparação para a hospitalização e cirurgia podia, desta forma, apresentar-se mais eficiente. Em futuros estudos seria ainda relevante estudar a variável “criança com hospitalizações anteriores: sim ou não”, no impacto da hospitalização, relativamente à ansiedade, medo e dor.

O facto de os pais não estarem presentes nestas visitas poderia ser tanto uma desvantagem como uma vantagem, uma vez que, ao não participarem no programa, a sua integração no ambiente hospitalar só existiria no dia do internamento, com todas as necessidades de atenção e esclarecimento inerentes, mas o facto de as crianças estarem entre os pares, a vivenciar uma experiência diferente, pode também trazer benefícios, uma vez que interpretam o acontecimento de uma forma mais independente e não estão sujeitas à ansiedade transmitida pelos pais, como acontece num programa de preparação próximo da data da cirurgia.

De qualquer forma, tal como refere Barros (2003), não é possível confirmar a efetividade destas atividades, uma vez que não existem ainda estudos que o comprovem. Ainda, de acordo com a mesma, faz sentido que esta preparação não prepare apenas a criança para a hospitalização, mas sim para um conjunto de procedimentos médicos comuns, aos quais será sujeita ao longo da vida e, segundo esta linha de pensamento, as próprias escolas, ou mesmo centros de saúde, são possíveis locais de demonstração e contacto com procedimentos e materiais, em contexto natural e com menos custos.

As limitações e implicações encontradas neste estudo, remetem-nos para a necessidade de novos trabalhos que clarifiquem esta problemática, nunca esquecendo que a administração de programas de preparação para a hospitalização e cirurgia nem sempre é positiva, pois embora estes apresentem benefícios, na sua maioria, correm o risco de potenciar o efeito de sensibilização, levando a um aumento de ansiedade perante o acontecimento (Barros, 2003).

Ainda assim, quanto ao programa de preparação em si, no final do estudo pôde-se concluir, pelas opiniões obtidas, que todas as famílias que participaram no programa referiram que este foi bastante importante para os seus filhos, tendo estas descrito a satisfação das crianças quanto à participação na atividade desenvolvida e ainda referiram que os seus filhos demonstraram menor preocupação relativa à hospitalização do que a que esperavam, nos dias prévios e no próprio dia do internamento. Este facto é, desde já, uma razão para que este tema não seja posto de parte.

Como sugestão de desenvolvimento deste estudo fica a possibilidade de realização de um estudo qualitativo e um estudo quantitativo, na mesma amostra, de forma a comparar os resultados.



## CONCLUSÕES

Em relação ao objetivo deste trabalho, de avaliar a efetividade de um programa de preparação da criança para a hospitalização e cirurgia, na redução da ansiedade, medo e dor, não se conseguiu obter uma resposta clara. Foram observadas algumas vantagens na realização desta preparação, nomeadamente os resultados positivos no que diz respeito ao controlo da dor e o feedback positivo das crianças e famílias acerca do programa, mas estas não foram tão óbvias como as encontradas nos estudos analisados e foram ainda encontradas diversas limitações, que podem condicionar a sua realização.

No entanto, como principais resultados, foi observado que as crianças que participaram na preparação para a hospitalização e cirurgia, apresentaram níveis de dor mais baixos desde o início do internamento e dor mais controlada, apresentando, também, no dia da alta, níveis baixos de dor, enquanto as crianças que não foram preparadas apresentaram, desde do dia do internamento, níveis de dor mais elevados durante o internamento e ainda maiores no dia da alta, o que pode também ser justificado por espelharem na sua perceção de dor, o pânico ou o trauma vivenciado. As crianças que não foram preparadas para a cirurgia e hospitalização apresentaram, ainda, medos adicionais, relacionados com a hospitalização, como sendo “medo de alguma coisa correr mal” [sic], “medo de perder alguém da família” [sic], “medo da operação” [sic], “medo de colheitas e pensos” [sic]. As crianças que participaram no programa de preparação não referiram medos adicionais. Estas apresentaram ainda maior número de dias de internamento prévios à cirurgia, o que pode ter contribuído para uma adaptação mais estável, ainda que existisse ansiedade e medo relativamente à hospitalização.

Como principais dificuldades surge o pequeno tamanho da amostra, o que limita a validade dos resultados obtidos, a disponibilidade das famílias para a participação no programa, a necessidade de revisão do desenho de investigação, tendo em conta as dificuldades de participação das famílias, os *timings* de avaliação dos fatores incluídos na investigação e a própria altura definida para a realização da preparação para a hospitalização e cirurgia.

No entanto, a investigação representa cada vez mais um papel promotor da evolução dos cuidados de saúde, visando aumentar a qualidade dos mesmos. Mantendo a necessidade de investigar, o profissional de saúde desafia constantemente o saber, no sentido de querer sempre mais. Este desafio transforma a profissão numa atividade dinâmica, em constante construção, beneficiando sempre o doente e família. Considerando as evidências dos estudos analisados e os resultados e limitações deste estudo, a implementação de um programa de preparação da criança para a cirurgia deve continuar a ser objeto de estudo, sendo objetivo final que este programa apresente o melhor resultado possível. Existem ainda algumas indefinições na sua aplicabilidade, embora represente benefícios e tenha sido descrito pelos pais como algo positivo para os seus filhos, acima de tudo. Assim, torna-se importante esclarecer a melhor forma de abordar esta problemática, chegando a uma intervenção que seja capaz de dar resposta ao objetivo principal: avaliar a efetividade de um programa de preparação da criança para a hospitalização e cirurgia, na redução da ansiedade, medo e dor.

Ao longo do trabalho, foi sendo clara a importância e a responsabilidade da investigação em contexto profissional. Refletir sobre a prática e expor uma temática que nos desperta atenção e nos faz querer descobrir mais, torna o dia-a-dia do profissional uma luta contra as limitações, contra o tempo e contra as dificuldades encontradas no caminho. O desafio começa por fundamentar e demonstrar a relevância do estudo, bem como a sua utilidade. A análise e revisão da literatura existente nem sempre é facilitada, pois em temas como o deste estudo não existem muitos estudos comparativos, nem há bastante bibliografia esclarecedora. Esta foi a primeira barreira, perceber que em Portugal existem um ou dois estudos semelhantes, com características diferentes e que seria necessário e importante estudar e comparar estudos internacionais. A segunda barreira diz respeito à metodologia de estudo, desenhar o estudo e encontrar a melhor forma de o colocar em prática, tendo em conta as limitações dos intervenientes, possibilitou, não só conhecer as dificuldades na prática dos cuidados, mas também a organização das famílias, a importância que dão aos cuidados de saúde e a confiança que depositam no hospital. Este trabalho conseguiu dar uma perspetiva real da prática e da posição do enfermeiro neste âmbito do cuidar.

## REFERÊNCIAS

- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 637-705). São Paulo: Elsevier.
- Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N., & Simpson, C. A. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: Opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a13.htm>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L., & Santos, M.C. (2006). Significações sobre parentalidade e bons cuidados: como pensam os pais? In Simões, M.C.T. (Eds), *Psicologia do Desenvolvimento – temas de investigação* (pp.95-115). Coimbra: Almedina.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil: Dos 0 aos 5 anos*. Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica-Técnicos Especialistas Associados. Lisboa, Portugal.
- 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.
- Broering, C. V. & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação cirúrgica em crianças. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Carvalho A, Andrade C, & Campo I. (2008). Cirurgia a brincar. *Revista Cidade Solidária*, 2002(8), 90-97.

- Carvalho, M.D.R. (2012). *Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Casey, A. A. (1988). Partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8-9.
- Crepaldi, M. A., & Hackbarth, I. D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, B. M. Linhares, G. B. Perosa, (Org.). *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cuzzocrea F., Gugliandolo M. C., Larcan R., Romeo C., Turiaco N., & Dominici T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anesthesia*, 23, 139–143.
- Deering, C.G. & Cuddy, D.I. (2002). Communicating with children and adolescents. *American Journal of Nursing*, 102(3), 34.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). A avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2; CMAS-R; FSSC-R E CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In: A.P. Soares, S. Araújo & S. Caíres (Eds). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (6), 553-564.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional da Luta contra a dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Nº 09/DGCG. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Circular Normativa nº 014/2010. Lisboa, Portugal: Autor
- Doca F., & Junior A. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Dunst, C.J., Raab, M., Trivette, C., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. MacWilliam (Ed.). *Working with families of children with special needs* (pp. 60-81). New York. NY: The Guilford Press.

- Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 946–955. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=259208f3-78ac-4199-9b22-2e2577201acb%40sessionmgr114&hid=127&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011477856>
- Fonseca, A. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescents: “o que eu penso e o que eu sinto”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(1), 141-145.
- Gaspardo, C.M., Linhares, M.B. & Martinez, F.E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: Revisão sistemática da literatura. *Jornal de pediatria*, 81(6), 435-442.
- Henriques, T.R.S. (2011). *Brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança*. Hospital dos Pequenininhos (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Hockenberry, M.J. & Wilson D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª Ed). São Paulo: Mosby Elsevier.
- Huerta, E. P. N. (1996). Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: Intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(2), 340-53.
- International Play Association. [www.ipaworld.org](http://www.ipaworld.org). 04-01-2017 12:00.
- Jorge, A. M. (2004). *A Família e a Hospitalização da Criança – Repensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lautrey, J. (2007). *Psychologie du développement et de l'éducation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 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.
- Lemos, A. I. (2007). *Dor crônica: diagnóstico, investigação, tratamento*. São Paulo: Atheneu.

- Li, H. C., Lopez, V. & Lee, T. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school - age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 320-332.
- Li, H. (2007). Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1919-1926.
- Marçal T. (2006). *A criança e o espaço nos serviços de Saúde. Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital*. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança.
- Moix, J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. *Archivos de pediatría*, 47, 211-217.
- Mondolfi, A., & Salmen, T. (1993). Evaluación preoperatoria del paciente pediátrico. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 56(1), 52-56.
- Moro, T. & Módolo, N.S.P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 54(5), 728-738.
- Motta, A., Enumo, S. (2004). Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28.
- Oliveira, S., Dias, M.; 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.
- Opperman, C. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador da Boa Prática*. Série 1(1). Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer da OE sobre mobilização de escalas, instrumentos e equipamentos ou outros meios e métodos como recurso na avaliação diagnóstica em enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. 2011. *Diminuir o medo da cirurgia*. *Guia Orientador da Boa Prática*, Serie 1, 3(2), Lisboa: Autor.
- Portela, C., & Graveto, J. (2011). Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. *Nursing*, 23(271), 10-14.

- Rodrigues, J. R. G. V., & Rodrigues, P. G. (2009). O elo mais forte: A promoção da resiliência na primeira hospitalização da criança. *Nursing*, 21(241), 38-44.
- Sabatés, A. L., & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 963-973.
- Salmon, K. (2006) Preparing young children for medical procedures: Taking account of memory. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 859 -861.
- Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(2), 14-23. Recuperado de: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/785>.
- Silva, M.J.P. (2001). *Comunicação tem remédio*. São Paulo: Gente.
- Soares, L.D., Costenaro, R.G.S., & Socal E.S. (2001). O processo de humanização no atendimento prestado nas unidades de internações pediátricas. In: Costenaro RGS, (Eds.), *Cuidando em enfermagem: pesquisa e reflexões*. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano.
- Swanson, D.P., Edwards, M.C., & Spencer, M.B. (2010). *Adolescence development during a global era*. USA: Academic Press.
- Tamez, R.N. & Silva, M.J.P. (2006). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (3ªed) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Teixeira, E. M. D. B. R., & Figueiredo, M. C. B. A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (9).
- Twycross, A. Dowden, S. J. Bruce, E. (2009). *Managing pain in children: a clinical guide*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- UNICEF. (1990). *Convenção sobre os direitos da criança*. Portugal: UNICEF
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadeghi, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 461-466. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ab0fe9d2-5ee5-401f-9daf-45d77035aed4%40sessionmgr4002&hid=4212>
- Wennstrom, B., Hallberg, L., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 96-106.

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, 255-262.

## ANEXOS

### ANEXO I – Instrumentos de colheita de dados

#### RCMAS

(Reynolds & Richmond, 1978)

#### Instruções

Segue-se uma lista de frases a descrever como às vezes as pessoas se sentem. Faz um círculo à volta do **SIM** ou do **NÃO** que se segue a cada frase conforme concordares ou não com o que nela se afirma.

1	Tenho dificuldade em decidir-me.....	Sim	Não
2	Fico nervoso(a) quando as coisas não me correm bem.....	Sim	Não
3	Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais facilmente do que eu.....	Sim	Não
4	Gosto de todas as pessoas que conheço.....	Sim	Não
5	Tenho frequentemente dificuldades em respirar.....	Sim	Não
6	Ando muitas vezes preocupado(a).....	Sim	Não
7	Tenho medo de muitas coisas.....	Sim	Não
8	Sou sempre amável.....	Sim	Não
9	Fico facilmente magoado(a) ou furioso(a).....	Sim	Não
10	Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer.....	Sim	Não
11	Sinto que os outros não gostam da maneira como eu faço as coisas.....	Sim	Não
12	Tenho sempre boas maneiras.....	Sim	Não
13	Tenho dificuldade em adormecer à noite.....	Sim	Não
14	Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim.....	Sim	Não
15	Sinto-me só mesmo quando há pessoas comigo.....	Sim	Não
16	Comporto-me sempre bem.....	Sim	Não
17	Sinto-me enjoado(a) muitas vezes.....	Sim	Não
18	Fico facilmente magoado(a).....	Sim	Não
19	Sinto as minhas mãos suadas.....	Sim	Não
20	Sou sempre bem educado(a) para com os outros.....	Sim	Não
21	Canso-me muito.....	Sim	Não
22	Preocupo-me com o que vai acontecer.....	Sim	Não
23	As outras pessoas são mais felizes do que eu.....	Sim	Não
24	Digo sempre a verdade.....	Sim	Não
25	Tenho maus sonhos.....	Sim	Não
26	Fico facilmente magoado(a) quando ando chateado(a).....	Sim	Não
27	Sinto que alguém me vai dizer que ando a fazer mal as coisas.....	Sim	Não
28	Nunca me irrita.....	Sim	Não
29	Às vezes acordo assustado(a).....	Sim	Não
30	Fico preocupado(a) quando à noite vou para a cama.....	Sim	Não
31	Tenho dificuldade em concentrar-me no meu trabalho escolar.....	Sim	Não
32	Nunca digo coisas que não deveria dizer.....	Sim	Não
33	Mexo-me muito na minha cadeira.....	Sim	Não
34	Sou nervoso(a).....	Sim	Não
35	Há muita gente que é contra mim.....	Sim	Não
36	Nunca minto.....	Sim	Não
37	Preocupo-me muitas vezes com que me vá acontecer alguma coisa má.....	Sim	Não

Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC- R) T. Ollendick (1978)

Tradução e adaptação:

Pedro Dias & Miguel Gonçalves (Departamento de Psicologia,  
I.E.P., Universidade do Minho) Tradução autorizada

Nas próximas páginas vais encontrar um conjunto de afirmações que os rapazes e as raparigas usam para descrever os medos que têm. Lê cada um dos medos com cuidado e põe uma cruz no quadrado à frente das palavras que descrevem o teu medo. Não existem respostas certas nem erradas. Lembra-te, encontra as palavras que melhor descrevem quanto medo tu tens.

Eu tenho medo de...

1.	Responder oralmente à professora	Nenhum	Algum	Muito	
2.	Andar de carro ou autocarro	Nenhum	Algum	Muito	
3.	Ser castigado pela mãe	Nenhum	Algum	Muito	
4.	Lagartos	Nenhum	Algum	Muito	
5.	Parecer disparatado	Nenhum	Algum	Muito	
6.	Fantasmas ou coisas assustadoras	Nenhum	Algum	Muito	
7.	Objectos afiados	Nenhum	Algum	Muito	
8.	Ter de ir ao Hospital	Nenhum	Algum	Muito	
9.	Morte ou pessoas mortas	Nenhum	Algum	Muito	
10.	Perder-me num lugar estranho	Nenhum	Algum	Muito	
11.	Cobras	Nenhum	Algum	Muito	
12.	Falar ao telefone	Nenhum	Algum	Muito	
13.	Montanha-Russa ou outras diversões parecidas	Nenhum	Algum	Muito	

14.	Adoecer na escola	Nenhum	Algum	Muito	
15.	Ser mandado ao Director da Escola	Nenhum	Algum	Muito	
16.	Andar de comboio	Nenhum	Algum	Muito	
17.	Ser deixado em casa com alguém a tomar conta	Nenhum	Algum	Muito	
18.	Ursos ou lobos	Nenhum	Algum	Muito	
19.	Conhecer alguém pela primeira	Nenhum	Algum	Muito	
20.	Ataques com Bombas- ser invadido	Nenhum	Algum	Muito	
21.	Apanhar uma injeção	Nenhum	Algum	Muito	
22.	Ir ao médico	Nenhum	Algum	Muito	
23.	Lugares altos, como montanhas	Nenhum	Algum	Muito	
24.	Ser gozado	Nenhum	Algum	Muito	
25.	Aranhas	Nenhum	Algum	Muito	
26.	Um ladrão entrar na nossa casa	Nenhum	Algum	Muito	
27.	Andar de avião	Nenhum	Algum	Muito	
28.	Ser chamado pela professora	Nenhum	Algum	Muito	
29.	Tirar más notas	Nenhum	Algum	Muito	
30.	Morcegos ou pássaros	Nenhum	Algum	Muito	
31.	Ser criticado pelos meus pais	Nenhum	Algum	Muito	
32.	Armas	Nenhum	Algum	Muito	
33.	Entrar numa luta	Nenhum	Algum	Muito	
34.	Fogo- ficar queimado	Nenhum	Algum	Muito	
35.	Cortar-me ou ferir-me	Nenhum	Algum	Muito	
36.	Estar no meio de uma multidão	Nenhum	Algum	Muito	
37.	Tempestades com trovões	Nenhum	Algum	Muito	
38.	Ter que comer comidas que não	Nenhum	Algum	Muito	

39.	Gatos	Nenhum		Algum		Muito	
40.	Reprovar num teste	Nenhum		Algum		Muito	
41.	Ser atropelado por um carro ou camião	Nenhum		Algum		Muito	
42.	Ter que ir para a escola	Nenhum		Algum		Muito	
43.	Entrar em jogos “brutos” durante o intervalo	Nenhum		Algum		Muito	
44.	Os meus pais discutirem	Nenhum		Algum		Muito	
45.	Quartos escuros ou armários	Nenhum		Algum		Muito	
46.	Fazer actuações em público	Nenhum		Algum		Muito	
47.	Formigas ou carochas	Nenhum		Algum		Muito	
48.	Ser criticado por outros	Nenhum		Algum		Muito	
49.	Pessoas com ar “estranho”	Nenhum		Algum		Muito	
50.	Ver sangue	Nenhum		Algum		Muito	
51.	Ir ao médico	Nenhum		Algum		Muito	
52.	Cães estranhos ou com ar de maus	Nenhum		Algum		Muito	
53.	Cemitérios	Nenhum		Algum		Muito	
54.	Receber a caderneta com as notas	Nenhum		Algum		Muito	
55.	Cortar o cabelo	Nenhum		Algum		Muito	
56.	Águas profundas ou o mar	Nenhum		Algum		Muito	
57.	Pesadelos	Nenhum		Algum		Muito	
58.	Cair de locais altos	Nenhum		Algum		Muito	
59.	Apanhar um choque eléctrico	Nenhum		Algum		Muito	
60.	Ir para a cama no escuro	Nenhum		Algum		Muito	
61.	Enjoar no carro	Nenhum		Algum		Muito	
62.	Estar sozinho	Nenhum		Algum		Muito	
63.	Ter que usar roupas diferentes	Nenhum		Algum		Muito	
64.	Ser castigado pelo meu pai	Nenhum		Algum		Muito	

65.	Ter que ficar na escola depois das aulas	Nenhum		Algum		Muito	
66.	Cometer erros	Nenhum		Algum		Muito	
67.	Filmes de Mistério/ Suspense	Nenhum		Algum		Muito	
68.	Sirenes que tocam alto	Nenhum		Algum		Muito	
69.	Fazer algo de novo	Nenhum		Algum		Muito	
70.	Micróbios ou ficar muito doente	Nenhum		Algum		Muito	
71.	Lugares fechados	Nenhum		Algum		Muito	
72.	Tremores de terra	Nenhum		Algum		Muito	
73.	Um país estrangeiro	Nenhum		Algum		Muito	
74.	Elevadores	Nenhum		Algum		Muito	
75.	Lugares escuros	Nenhum		Algum		Muito	
76.	Não ser capaz de respirar	Nenhum		Algum		Muito	
77.	Ser picado por uma abelha	Nenhum		Algum		Muito	
78.	Minhocas ou caracóis	Nenhum		Algum		Muito	
79.	Ratazanas ou ratos	Nenhum		Algum		Muito	
80.	Fazer um teste	Nenhum		Algum		Muito	
81.	Toxicodependentes/alcoólicos	Nenhum		Algum		Muito	

Há outros medos que tenhas e que não tenham sido listados? Sim\_\_ Não\_\_\_\_\_

(Se sim) Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Escala Numérica – Adaptada de Direção Geral da Saúde, Circular Normativa Nº 09/DGCG**  
**Data 14/06/2003**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

**Sem Dor**

**Dor Máxima**

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

## ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da ESEnC – UICISA: E

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

**Parecer Nº 244/11-2014**

**Título do Projecto:** Preparação da hospitalização da criança: Consulta de Enfermagem.

#### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** Maria Mariana Monteiro da Silva Serra

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)

**Investigador Responsável/Orientador:** Luís Manuel da Cunha Batalha (PhD)

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

#### Parecer

No âmbito de Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEnC, a mestranda propõe-se realizar estudo com o objectivo de "Avaliar a efectividade de um protocolo de enfermagem de preparação para a hospitalização da criança".

O estudo é definido como "randomizado controlado".

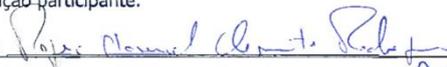
É proposta a recolha de dados no Serviço de Ortopédia, Polo Hospital Pediátrico de Coimbra, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

No documento submetido:

- É justificada a utilidade do estudo para o planeamento das intervenções junto da população alvo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados, mas sem indicação dos dados de caracterização dos participantes;
- O contacto com os participantes será efectuado pela proponente;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes e seus representantes legais, sendo apresentado documento de consentimento informado;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes;
- São presumidos como eventuais benefícios do projecto para a população alvo, a diminuição da ansiedade, medo e dor durante a hospitalização.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo, sendo que deve ser apresentado a esta Comissão o questionário completo incluindo os dados de caracterização sociodemográficos. Este parecer não dispensa a autorização da instituição participante.

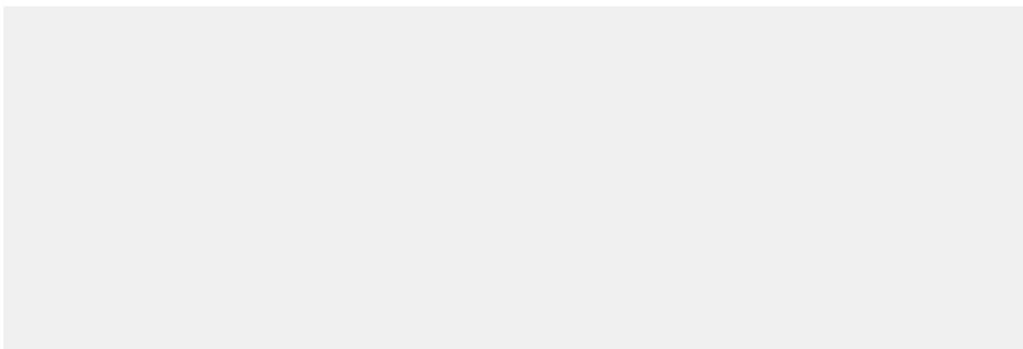
O relator:



Data: 17/12/2014 O Presidente da Comissão de Ética:



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I – Formulário de caracterização da população**

Ficha de Identificação da Criança/Adolescente:

Idade:

Sexo:

Zona de residência:

Motivo de internamento:

Dias prévios à cirurgia:

Contactos anteriores com o hospital:

Acompanhante(s) :

## **APÊNDICE II – Protocolo de atuação**

### **PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA A PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA.**

A hospitalização, acompanhada pela necessidade de intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica para o ser humano, originando alterações emocionais importantes, que se espera, de duração limitada, apresentando-se como um obstáculo difícil de resolver pela pessoa, isoladamente e apenas segundo os seus recursos. A criança, devido às suas características específicas e ao seu desenvolvimento imaturo, é ainda mais sensível a este evento.

Torna-se, desta forma, essencial, proporcionar à criança recursos que a ajudem a ter percepção da realidade e ajudá-la a compreender o propósito da experiência hospitalar. Quando a criança compreende a verdadeira finalidade dos procedimentos tolera melhor o desconforto e a dor.

A criança não existe independente da sua família e o acontecimento cirúrgico afeta todo o sistema familiar. Assim, a família não pode ser dissociada da criança, em toda esta preparação. O núcleo familiar é a principal fonte de segurança e apoio da criança, assim, uma família bem preparada estará pronta para proporcionar à criança a estabilidade que esta precisa e ficará capacitada para colaborar nos cuidados pós-operatórios.

Na realização do protocolo de atuação para a preparação da criança, é importante considerar que a forma particular como a criança percebe e interpreta a situação real determina o método de preparação. Torna-se essencial:

- Ter percepção do nível de desenvolvimento cognitivo da criança, adequado à idade;
- Investigar experiências anteriores de hospitalização/cirurgia e seu impacto no comportamento da criança;
- Determinar a quantidade e conteúdo de informação a fornecer, no momento da preparação, num curto espaço de tempo.

#### **Protocolo de Atuação:**

Serão criados dois grupos de crianças, o grupo experimental e o grupo de controlo. O grupo experimental será contactado previamente à cirurgia e participará num programa

de preparação para a hospitalização e cirurgia, o grupo de controlo apenas terá contacto com a hospitalização no dia efetivo de internamento.

O grupo experimental deve ser contactado para esta avaliação entre 5 a 10 dias antes da cirurgia.

O programa de preparação da criança deverá decorrer numa área isenta de estímulos ameaçadores e que sugira um ambiente recreativo. Este deve realizar-se num período máximo de 45 minutos.

Os pais devem acompanhar a preparação da criança no mesmo local, mas deve-lhes ser dada a oportunidade de expor dúvidas, medos e preocupações separadamente, quando assim se entender importante.

#### Crítérios de inclusão dos participantes:

- Crianças entre os 5 e 18 anos;
- Crianças com capacidade de autoavaliação;
- Crianças que comuniquem em língua portuguesa;
- Residentes no distrito de Coimbra;
- Necessidade de Intervenção cirúrgica programada com previsão de pelo menos 3 dias de internamento pós-cirúrgico.

Serão excluídas todas aquelas que não apresentarem capacidade de autoavaliação de ansiedade, medo e dor e que não comuniquem em língua portuguesa.

A randomização dos grupos será realizada com base na idade e sexo, sendo a amostragem segundo o método aleatório sistemático.

#### Metodologia de atuação:

1º - Diálogo pré-operatório (10min):

- Informar sobre os papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
- Informar sobre o tipo e forma de transporte para e do BO (como vão, acompanhados por quem...);
- Informar de que os pais/pessoas significativas poderão estar presentes até adormecer e assim que acordarem;
- Informar da possibilidade de terem consigo um objeto/brinquedo significativo;

- Descrever os locais onde vão estar, adormecer e acordar;
- Entrega de brochura informativa e descritiva do internamento.

2º - Visualização de vídeo de carácter demonstrativo para a faixa etária 5 a 12 anos (6min): <https://www.youtube.com/watch?v=5-PtIORxPPY>

3º - Jogo terapêutico (10min)

- Manusear o material/equipamento que poderão encontrar durante o internamento, acompanhado de informação relativa:
  - Avaliação de sinais vitais, manipulação cateteres, seringas, creme anestésico, material de oxigenoterapia, sondas nasogástricas e vesicais, pensos, gesso, drenos entre outros.
- Mostrar o fardamento utilizado pelos profissionais de saúde;
- Mostrar fotos sobre a parte do corpo implicada na cirurgia e qual o aspeto esperado quando acordar.

4º - Complemento de informação (10min):

- Informar a criança de que terá sempre poder de decisão e permitir escolhas possíveis;
- Informar sobre possíveis sensações características do pós-operatório;
- Informar de que existem estratégias/alternativas a utilizar para minimizar o desconforto;
- Informar acerca da utilização correta da escala de dor, sobre estratégias de controlo da ansiedade, medo e dor (técnica correta de respiração, posicionamento, imaginação guiada, musicoterapia, massagem terapêutica...).

### **1º Momento de atuação: Momento do internamento**

As crianças têm o primeiro momento de avaliação do seu estado de ansiedade, medo e dor, segundo escalas (Escala de medos, FSSC-R; Escala de autoavaliação de ansiedade, CMAS-R; Escala de avaliação de dor, Escala Numérica). Os dois grupos, experimental e de controlo, são submetidos a esta avaliação

É recolhida informação diária sobre dor, durante o internamento, num intervalo fixo para todos os participantes.

## **2º Momento de atuação: Dia da alta**

Avaliação da criança e seu comportamento no dia da alta (ansiedade, medo e dor), em ambos os grupos.

A avaliação da eficácia deste protocolo depende da interpretação dos dados recolhidos nos dois momentos de atuação, comparando os resultados obtidos no grupo experimental e no grupo de controlo.

### Princípios gerais para a implementação do protocolo:

- Iniciar a preparação após o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança de forma a facilitar a interpretação e aquisição da informação potencialmente ameaçadora;
- Dar explicações curtas, diretas e verdadeiras, em linguagem simples e objetiva, incluindo o que acontecerá, o que a criança deve esperar sentir e como pode colaborar;
- Informar a criança consoante a sua necessidade, sobre os procedimentos que se realizarão antes e após a cirurgia e deve ser-lhe dada a possibilidade de praticar, recreativamente, todos aqueles em que poderá colaborar;
- Utilizar termos concretos em simultâneo com recursos visuais, demonstrando os procedimentos que se irão realizar;
- Repetir a explicação, avaliando a informação apreendida e permitindo que a criança fale sobre ela e coloque questões;
- Permitir à criança manipular e brincar com o equipamento de dramatização;
- Negociar com a criança em situações de negação, utilizando sempre a verdade;
- Fazer a criança entender que os seus pais estarão sempre presentes e explicar-lhe onde permanecerão enquanto estiver a dormir;
- Reforçar positivamente o comportamento adequado da criança.

**Resultados esperados:**

No final da aplicação do protocolo de preparação para a cirurgia é esperado que as crianças:

- Estejam familiarizados com o ambiente hospitalar;
- Demonstrem capacidade de estabelecer uma relação de confiança com a equipa multiprofissional;
- Entendam as rotinas e os procedimentos padrão relativos ao internamento cirúrgico;
- Reconheçam o que podem sentir e como devem reagir em cada momento do internamento cirúrgico;
- Saibam que podem questionar a equipa em qualquer momento, esclarecendo as suas dúvidas e expondo os seus medos;

Embora a preparação pré-operatória permita a expressão de emoções e um conhecimento prévio sobre uma rotina cirúrgica, não se deve esperar que a criança não reaja ou não chore no momento da cirurgia. O objetivo da preparação prévia é auxiliar a criança a passar pela experiência traumática da forma mais saudável possível, não interferindo isto nos comportamentos esperados para a idade. Será esperado que demonstre medo e ansiedade controlada, ao contrário do medo extremo ou pânico e até negação, possíveis de surgir num primeiro contacto direto com o momento da cirurgia.

### APÊNDICE III – Autorização do Diretor Clínico do Serviço

Exmo. Sr. Diretor Clínico do Serviço de Ortopedia

Departamento Pediátrico

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Assunto: Formalização do pedido de autorização para a realização de investigação.

Eu, Maria Mariana Monteiro da Silva Serra, enfermeira a exercer funções no Departamento Pediátrico, CHUC, no serviço de Ortopedia e Neurocirurgia, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretendo desenvolver um estudo de investigação com o título "Impacto da consulta de enfermagem na preparação para a hospitalização da criança", sob a orientação do Prof. Luís Batalha. Venho por este meio pedir autorização a vossa Ex.<sup>a</sup> para desenvolver o estudo acerca da implementação de uma consulta de enfermagem de preparação para a hospitalização da criança, dirigido a crianças e famílias, convocados para cirurgia no Serviço de Ortopedia.

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade de uma consulta de enfermagem de preparação para a hospitalização, visando a prevenção de ansiedade, medos e dor da criança.

Os pais e as crianças serão informados da natureza e objetivos do estudo, será assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados, além do direito de recusa de participação em qualquer momento.

A previsão da duração do estudo será de cerca de 8 meses.

Estou disponível para qualquer esclarecimento adicional, pelo email: marianamonteiroserra@gmail.com, Tel: 916330401 ou na Ext. 15425

Coimbra, 16 de Dezembro de 2014

Atenciosamente,

Pede deferimento

MARIA MARIANA MONTEIRO DA SILVA SERRA

*Tomei conhecimento  
e o autor a desenvolver  
este sistema para  
o bom funcionamento  
de todos os serviços  
no seu todo*

*[Assinatura]*  
Coimbra, 17-12-2014

## **APÊNDICE IV – Consentimento informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

#### **Compreender o impacto da consulta de enfermagem na preparação da hospitalização da criança (Idade 5-18 anos)**

Sou enfermeira no Serviço de Ortopedia/Neurocirurgia do Hospital Pediátrico de Coimbra e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e do Jovem.

Venho por esta forma solicitar a tua participação num estudo de investigação com o título «Preparação da hospitalização da criança: consulta de enfermagem» que visa avaliar a efetividade de um programa de intervenção de enfermagem de preparação da criança para a hospitalização e cirurgia.

Se aceitares participar neste estudo participarás numa consulta de enfermagem onde será permitido, a ti e aos teus pais, conhecer o funcionamento hospitalar, os procedimentos básicos a que estarás sujeito, bem como materiais e recursos com os quais estarás em contacto.

Nesta consulta, poderás expor todas as tuas dúvidas e receios, de forma a encarar esta experiência de hospitalização da maneira mais confortável possível.

Os riscos desta investigação, aos quais poderás, eventualmente, estar sujeito são o cansaço/aborrecimento dos esclarecimentos durante a consulta ou o medo relativamente ao que te está a ser explicado. Se isto acontecer, podes pedir para fazer uma pausa, pedir esclarecimentos sobre questões geradoras de stress ou desistir da consulta, assim que tomares essa decisão.

Os benefícios desta investigação são experienciar a consulta de enfermagem, obtendo todas as informações possíveis acerca da vivência da hospitalização. A tua participação vai permitir a implementação desta consulta, para que todas as crianças e família possam ser previamente preparadas para a hospitalização e cirurgia.

É importante falares com os teus pais sobre isto antes de decidires se queres ou não participar neste estudo. Também vamos pedir aos teus pais que autorizem a tua participação neste estudo. Mas mesmo que os teus pais digam que “sim”, podes decidir não participar.

Não tens que participar neste estudo se não quiseres. Podes desistir deste estudo a qualquer momento. Lembra-te disto: participar neste estudo é uma escolha tua. Podes perguntar o que quiseres sobre este estudo.

Ao assinares este documento estás a dizer que concordas participar neste estudo. Juntamente com os teus pais, irás receber uma cópia deste documento depois de o teres assinado.

#### ASSINATURA DO SUJEITO PARTICIPANTE NA INVESTIGAÇÃO

A tua assinatura em baixo indica que

- Leste este documento e compreendeste o seu significado;
- Tiveste oportunidade de fazer perguntas e obter respostas satisfatórias;
- Concordas com a tua participação neste estudo de investigação;
- Irás receber uma fotocópia da declaração de assentimento/autorização assinada.

---

Nome do Sujeito

---

Assinatura do Sujeito Data

#### ASSINATURA DE UM OU DOS DOIS PAIS/TUTOR (ES)

A sua assinatura em baixo indica que leu este documento; compreendeu o seu significado; teve oportunidade de fazer perguntas; obteve respostas satisfatórias; e concorda com a tua participação do seu filho neste estudo de investigação.

---

—

Nome(s) de um ou dos dois pais/Tutor

---

Assinatura do/a Pai/Mãe (Tutor) Data

---

Assinatura do/a Pai/Mãe (Tutor) Data

ASSINATURA DO INVESTIGADOR

Expliquei a investigação ao sujeito e/ou aos pais/tutores do sujeito e respondi a todas as

perguntas. Acredito que eles compreenderam toda a informação descrita neste

documento e que deram assentimento/consentimento/autorização de participação de

forma livre.

---

Nome do Investigador

---

Assinatura do Investigador Data

A declaração deve ser preenchida em duplicado:

- 1) Entregar à família (duplicado);
- 2) Guardar nos documentos do investigador (original)