

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ansiedade e medo na criança em idade escolar: efetividade de um filme.

Isabel Maria Ruiva dos Santos

Coimbra, dezembro de 2021



escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ansiedade e medo na criança em idade escolar: efetividade de um filme.

Isabel Maria Ruiva dos Santos

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

Co-orientadora:, Marília Costa Flora, Assistente convidada 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, dezembro de 2021

“A verdadeira coragem está em enfrentar o perigo

quando você está com medo.”

Lyman Frank Baum

AGRADECIMENTOS

O términus deste trabalho é um momento de felicidade e um momento de agradecimento a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a sua elaboração.

Ao Sr. Professor Luís Manuel da Cunha Batalha pela sua disponibilidade, orientação, conselhos, incentivo e experiência de aprendizagem que me proporcionou.

Um especial reconhecimento à minha co-orientadora, colega e amiga pela motivação, paciência e empenho demonstrado durante todo o percurso.

Aos Pais e Crianças que tornaram possível a realização e concretização do presente estudo.

À Enfermeira chefe do Serviço de Pediatria Marina Costa, pelo encorajamento, apoio e partilha de conhecimentos.

Aos meus colegas do Serviço de Pediatria pela sua colaboração na aplicação dos questionários, em especial à Elisabete e Sónia pela força e estímulo.

À minha Família, em especial à minha irmã Sónia pela tolerância, compreensão e ajuda.

À minha sobrinha pela ajuda na tradução do resumo.

À minha filha Inês pelo otimismo com que me acompanhou ao longo deste percurso.

Ao meu namorado pelo amor, compreensão e apoio incondicional.

A todos o meu profundo reconhecimento e agradecimento.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM-S *Children's Anxiety Meter-State*

CFS *Children's Fear Scale*

GI Grupo de intervenção

GC Grupo de controlo

ICN International Council of Nurses

SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*

OE Ordem dos Enfermeiros

ORL Otorrinolaringologia

RESUMO

A hospitalização, bem como os procedimentos médicos e cirúrgicos impostos pela necessidade de cirurgia são vistos pela criança como eventos ameaçadores e com repercussões no seu comportamento, nomeadamente de ansiedade e medo.

O objetivo foi avaliar a efetividade de um filme preparatório sobre os procedimentos a realizar antes de uma cirurgia de ambulatório visando a redução da ansiedade e medo.

Tratou-se de um estudo randomizado, controlado envolvendo 60 crianças, entre os 6 e os 14 anos, com necessidade de cirurgia de ambulatório num serviço de pediatria. O grupo de intervenção visualizou um filme no período pré-operatório, com duração de 15 minutos que explicitava todos os procedimentos a efetuar antes e após a intervenção cirúrgica e o grupo de controlo recebeu os cuidados habituais. A efetividade do filme foi medida através da avaliação da ansiedade e medo pelas escalas Children's Anxiety Meter-State (CAM-S) (Ersig, Kleiber, Mccarthy & Hanrahan,2013) e Children's Fear Scale (CFS) (Mcmurtry, Noel, Chambers & Mcgrath, 2011). Os instrumentos foram aplicados antes da intervenção cirúrgica, na consulta de enfermagem (1º momento) e no dia do internamento (2º momento).

Resultados: Com a visualização do filme não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa. De referir, contudo, uma diminuição na mediana da intensidade da ansiedade do primeiro para o segundo momento (29,73 vs 29,15) e uma diminuição da intensidade da mediana do medo (30,52 vs 29,55).

Conclusão: O filme parece ser uma intervenção útil na diminuição da ansiedade e do medo da criança submetida a uma cirurgia de ambulatório, embora não estatisticamente significativa. Importa avaliar de forma precisa se os custos envolvidos nesta intervenção compensam os benefícios. Todavia, recomendamos a implementação deste programa pois por mais subtis que sejam existe benefício para a criança.

Palavras-chave: criança; filme educativo; enfermagem, ansiedade; medo

ABSTRACT

Hospitalization, as well as the medical and surgical procedures imposed by the need for surgery, are seen by children as threatening events with repercussions on their behaviour, namely anxiety and fear.

The main goal was to evaluate the effectiveness of a preparatory film about the procedures to be performed before an outpatient surgery, aiming to reduce anxiety and fear.

This was a randomized and controlled study involving 60 children, aged between 6 and 14 years, in need of outpatient surgery in a paediatric service. The intervention group saw a film in the preoperative period for 15 minutes, which explained all the procedures to be carried out before and after the surgical intervention, and the control group received the usual care. The film's effectiveness was measured through the anxiety and fear's evaluation scales: Children's Anxiety Meter-State (CAM-S) (Ersig, Kleiber, Mccarthy e Hanrahan, 2013) e Children's Fear Scale (CFS) (Mcmurtry, Noel, Chambers e Mcgrath, 2011). The instruments were applied before the surgical intervention, in the nursing consultation (1st moment) and on the day of internment (2nd moment).

Results: When viewing the film, no statistically significant difference was observed. However, there was, not only, a decrease in the median anxiety intensity from the first to the second moment (29.73 vs 29.15), but also in the median fear intensity (30.52 vs 29.55).

Conclusion: The film appears to be a useful intervention to reduce anxiety and fear in children undergoing outpatient surgery, although not statistically significant. Therefore, it is important to accurately assess whether the costs involved in this intervention outweigh the benefits. Nonetheless, we recommend the implementation of this program because, despite being subtle, there is a benefit for the child.

Keywords: child; educational film; nursing; anxiety; fear.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica por grupo das crianças (idade, sexo e escolaridade) …...……53

Tabela 2 – Caracterização clínica por grupo das crianças ……...54

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica por grupo dos acompanhantes da criança……. 55

Tabela 4 – Diferenças medianas por grupo da ansiedade e do medo entre o primeiro e segundo momento ……..…….56

Tabela 5 – Medianas de ansiedade e medo por grupo no primeiro e segundo momento……...……57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do procedimento de colheita de dados…….46

Figura 2 – Média da ansiedade por grupo entre o primeiro e segundo momento.57

Figura 3 – Média do medo por grupo entre o primeiro e segundo momento……58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 23

1. TEORIA DO CONFORTO 25

2. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 29

3. PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A HOSPITALIZAÇÃO 33

4. ANSIEDADE E MEDO DA CRIANÇA PARA COM A CIRURGIA 37

4.1 ANSIEDADE 37

4.2 MEDO 39

CAPÍTULO II – METODOLOGIA 41

1. METODOLOGIA 43

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO 43

1.2 TIPO DE ESTUDO 43

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 44

1.3.1 População 44

1.3.2 Amostra 44

1.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 44

1.5 PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS 46

1.6 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO 46

1.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 48

1.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA 48

CAPÍTULO III – RESULTADOS 51

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 53

1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS CRIANÇAS 53

1.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS CRIANÇAS..... 53

1.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ACOMPANHANTES..... 54

1.4 ANSIEDADE E MEDO DAS CRIANÇAS 56

Capítulo IV – DISCUSSÃO 59

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 61

CONCLUSÃO 68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 70

ANEXOS

ANEXO I – *Children's Anxiety Meter-State*

ANEXO II – *Children's Fear Scale*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formulário de caracterização da amostra

APÊNDICE II – Autorização do Diretor Clínico do Serviço

APÊNDICE III – Autorização da Comissão de Ética e do Presidente do Conselho de Administração

APÊNDICE IV - Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

A hospitalização por si só, constitui um fator de *stress* na vida de uma criança, devido à rutura dos seus padrões normais de vida e à particularidade dos mecanismos de defesa reduzidos para enfrentar experiências adversas (Sanders, 2014). Esta experiência poderá ser considerada pela criança como um evento ameaçador, com impacto no seu comportamento, levando à manifestação de reações adversas como ansiedade e medo.

A intervenção cirúrgica é um acontecimento associado à hospitalização, que pode provocar *stress* devido ao medo do desconhecido, perda de controlo e ausência de familiaridade com o ambiente (Dionigi, Sangiorgi & Flangini 2014; Healy 2013). A preparação da criança para os procedimentos técnicos exige cuidados físicos, emocionais e sociais.

Podemos constatar através da nossa prática profissional que, a cirurgia e o ambiente hospitalar desencadeiam reações de medo, ansiedade e sofrimento. É comum as crianças fugirem, chorarem, esconderem-se nos seus pais e não aceitarem a necessidade da hospitalização nem dos procedimentos técnicos. Simultaneamente, os pais apresentam grande sofrimento, medo e ansiedade, necessitando de ajuda dos profissionais de saúde para aprenderem a lidar com os seus filhos.

Uma abordagem de cuidados centrados na família prevê o acolhimento dos pais e a sua integração nos cuidados. A literatura evidencia que a preparação dos pais e das crianças, para a hospitalização e para a cirurgia, parece contribuir para a diminuição da ansiedade e o medo, permitindo a sua cooperação no tratamento (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2016; Copanitsanou & Valkeapää, 2013; Fincher, Shaw & Ramelet, 2012).

Tanto o medo como a ansiedade integram experiências emocionais frequentemente percebidas como negativas, que se podem fazer acompanhar por sensações físicas comuns. Ambas são caraterizadas por um estado de alerta elevado e provocadas pela antecipação de ameaça, desconforto ou perigo. O medo partilha aspetos em comum com outras emoções, nomeadamente a ansiedade (Freitas-Magalhães & Batista, 2009).

De acordo com *Internacional Council of Nurses* [ICN] (2019) ansiedade é uma "emoção negativa; sentimentos de ameaça; perigo ou angústia" (p.7).

O medo, e ainda de acordo com a mesma entidade é uma "emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir" (p. 85).

Os enfermeiros desempenham uma função crucial na preparação da criança para a cirurgia e para a hospitalização a fim de atenuar o medo e a ansiedade da criança face à adversidade da intervenção cirúrgica. A preparação para a cirurgia é uma intervenção autónoma, inserida num contexto de atuação multidisciplinar, em que o enfermeiro assume a responsabilidade da prescrição e implementação de um conjunto de técnicas organizadas, com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade, ajudando a criança a reter, atingir e manter a estabilidade do seu sistema (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Na preparação para a cirurgia o enfermeiro recorre a programas de preparação pré-operatórios, que devem ter como principais práticas a transmissão de informações atendendo à idade, ao nível de desenvolvimento cognitivo, aos estilos de confronto, experiências hospitalares vivenciadas anteriormente, tipos de cirurgias e o período certo para ser realizada (OE, 2011).

Informar adequadamente os pais e a criança é uma intervenção que diminui a ansiedade e o *stress* da criança esclarecendo-a sobre os procedimentos, o que possibilita controlar melhor a situação (Perry, Hooper & Masiongale, 2012).

A partir dos seis anos, é benéfico para as crianças receberem informação de forma clara sobre sensações, sintomas e duração da cirurgia através de livros, brinquedos hospitalares e vídeos (Broering, Souza, Kaszubowski & Crepaldi, 2018).

Apesar da preparação para a hospitalização ser uma prática comum, nenhum padrão ou programa universal é defendido para os hospitais gerais ou pediátricos. Os enfermeiros não encontraram forma de lidar com o medo e ansiedade das crianças. Neste sentido, sentiu-se a necessidade de desenvolver e implementar um protocolo de intervenção de enfermagem de preparação pré-operatória que possa proporcionar à criança e sua família a aquisição de competências para enfrentar a cirurgia.

Há evidências de que, a implementação de um programa de preparação pré-operatória dirigido à criança/adolescente diminui o seu nível de ansiedade, a reposta ao *stress* cirúrgico e possíveis sequelas operatórias e, ainda permite a adaptação bem-sucedida à sua nova situação e ao ambiente hospitalar (Dawson, 2003).

De acordo com a nossa experiência profissional e da literatura atual, as crianças preparadas e informadas adaptam-se melhor à nova situação, diminuindo o impacto potencialmente traumático de uma intervenção cirúrgica atenuando o risco de sintomas/perturbações emocionais a ela associados. Quanto aos recursos utilizados, segundo Sanders (2014), o processo para a preparação pode incluir livros, álbuns de fotografias, vídeos ou filmes, ou pode ser uma simples descrição dos principais aspetos de um internamento hospitalar. Também outros autores são da opinião de que, a apresentação de um vídeo informativo baseado na criação de modelos reduz a ansiedade pré-operatória e alterações comportamentais negativas no pós-operatório em crianças (Batuman, Gulec, Turktan & Ozcengiz, 2016).

A investigação em enfermagem visa o desenvolvimento e expansão do conhecimento científico, pelo que este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no que diz respeito ao planeamento e desenvolvimento de um protocolo de intervenção para as crianças submetidas a cirurgia programada.

Neste sentido pretendeu-se responder à questão de investigação: Qual a **efetividade** da visualização de um **filme preparatório** na redução da ansiedade e medo das **crianças** (6 -14 anos) submetidas a cirurgia de ambulatório?

O objetivo foi **Avaliar a efetividade** da visualização de um **filme preparatório** na redução da ansiedade e medo das **crianças** (6 -14 anos) submetidas a cirurgia de ambulatório".

O estudo delineado foi de tipo randomizado, controlado e envolveu crianças dos 6 aos 14 anos. A intervenção foi implementada num serviço de Pediatria e consistiu na visualização pelas crianças de um filme na consulta de enfermagem que se realizou uma semana antes da cirurgia. O filme teve a duração de 15 minutos e explicitou todos os procedimentos que foram efetuados antes e após a intervenção cirúrgica. Como instrumentos de avaliação, recorreu-se a instrumentos validados, para a avaliação da efetividade da intervenção, a escala de ansiedade *Children's Anxiety Meter-State (CAM-S)* (Ersig, Kleiber, Mccarthy & Hanrahan, 2013) e para a avaliação do medo a escala *Children's Fear Scale (CFS)* (Mcmurtry, Noel, Chambers & Mcgrath, 2011)**.**

Este trabalho está estruturalmente organizado em quatro partes. A primeira, respeitante ao enquadramento teórico que sustenta a pertinência do trabalho de pesquisa posteriormente desenvolvido, e que inclui uma breve abordagem a quatro temas base:

teoria de conforto; desenvolvimento da criança; preparação da criança para a hospitalização; ansiedade e medo da criança para com a cirurgia. A fase metodológica, apresentada na segunda parte, descreve a questão de investigação e objetivo; tipo de estudo; população e amostra; instrumentos de colheita de dados e operacionalização das variáveis; procedimento de colheita de dados; protocolo de intervenção; considerações éticas; análise estatística. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos e no quarto a análise dos mesmos e as limitações e implicações do estudo.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. TEORIA DO CONFORTO

A hospitalização para a criança e família, é geralmente uma experiência ameaçadora que gera grandes momentos de ansiedade e de medo. A doença e a hospitalização são situações geradoras de stress e que traumatizam a criança emocionalmente por diversos motivos, envolvendo adaptações às suas rotinas, tais como ir à escola, brincar com os amigos e comer o que gosta (Murakami & Campos, 2011).

A exaustão física e psicológica originada pela hospitalização compreendem, a separação dos pais e família, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, o medo da lesão corporal e da morte (Sanders, 2014). As crianças que vivenciam uma situação de cirurgia/hospitalização podem apresentar diferentes níveis de sofrimento de ordem física, psicológica, social e espiritual, tornando-se uma obrigação dos Enfermeiros prevenir e aliviar esse sofrimento.

O Enfermeiro ao assistir a criança/família, na maximização da sua saúde OE (2018) deve adotar estratégias que controlem os fatores de stress tornando positiva esta experiência. Pode-se auxiliar a criança a aprender um conjunto de estratégias para lidar com o medo e a ansiedade, ajudando-a a ser mais competente e eficaz em experiências futuras.

Assim, a intervenção do enfermeiro na preparação pré-operatória deverá centrar-se na promoção do conforto da criança e família, minimizando a adversidade do contexto e o impacto da cirurgia. O conforto é o objeto de estudo dos pesquisadores de enfermagem desde Florence Nightingale.

De acordo com a Teoria do conforto de Kolcaba, conforto é o nível próximo de estar fortalecido através das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência abordadas em quatro contextos de experiência físico (sensações corporais), psico-espiritual (consciência interna do self, estima, conceito, sentido da vida), sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (o meio, as condições e influências externas). O alívio consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio. A Tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja um desempenho eficaz. Esta tranquilidade é um estado mais duradouro que o estado de alívio e não implica que haja

desconfortos prévios. A Transcendência é o estado em que o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas, pelo que mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, ele consegue suprir as suas próprias necessidades, através de um desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afetar, e tudo isto é feito com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar envolvendo um conjunto de ações confortantes (Kolcaba, 2003).

A Teoria do conforto de Kolcaba é uma das teorias de enfermagem de médio alcance. As teorias de médio alcance são reais, ajustáveis e fáceis de usar, ainda dirigem as questões e facilitam resultados positivos. Os fenómenos ou conceitos são transversais a várias áreas da enfermagem e refletem uma grande variedade de situações de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001). É uma teoria forte, coerente e claramente estruturada, facilmente aplicável a muitos contextos para o ensino, a prática e a investigação (Dowd, 2004). Esta teoria pode ser adaptada a qualquer cuidado de saúde, em qualquer grupo etário, prestado em casa, no hospital, ou na comunidade, uma vez que os conceitos têm um baixo nível de abstração (Kolcaba, 2003).

Kolcaba e DiMarco (2005), identificaram algumas das necessidades de conforto no âmbito da Enfermagem Pediátrica em que as crianças /família:

• Têm respostas holísticas a estímulos complexos;

• Procuram alcançar as suas necessidades básicas de conforto;

• Têm necessidades pessoais ou desejo de certos níveis de conforto diferentes.

O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo relacionado com a disciplina de enfermagem e com a especialidade de enfermagem pediátrica. De acordo com os mesmos autores, o conforto fortifica a criança/família para se envolverem nas atividades necessárias para se alcançar a saúde e permanecerem saudáveis. Após experiências assustadoras ou dolorosas, os enfermeiros são o primeiro vínculo da criança/família com a normalidade, facilitando a recuperação e a reeducação.

Os enfermeiros têm o papel de apoiar a criança/família para que possuam informação suficiente para a compreensão da situação de doença e participar nas decisões. A família pelo seu reconhecido papel no apoio afetivo, sentimento de segurança, no reforço de expetativas positivas e na forma como a criança lida com os tratamentos, necessita de

suporte, aconselhamento e orientação. Pais bem preparados ficam mais calmos e mais capazes para dar apoio ao seu filho, contrariamente a pais ansiosos que aumentam os níveis de ansiedade da criança (OE, 2011).

É primordial reconhecer a existência das necessidades de cuidado de conforto para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem humanizado e integral.

Segundo Kolcaba e Dimarco (2005), a prevenção de desconforto, incluindo os relacionados com fatores fisiológicos e stressores psicológicos, é mais fácil do que tratar o desconforto, ou seja, a prevenção é o melhor para as crianças e família.

Quando se fala em ansiedade e medo, está-se intimamente ligado ao conceito de desconforto. É neste sentido, que o enfermeiro deve suportar a sua prática de cuidados, promovendo assim o bem-estar e o conforto da criança.

Deste modo, os enfermeiros têm um papel importante, pois através de técnicas como a distração, a imaginação guiada e até mesmo uma massagem conseguem reduzir o medo e angústia causado por procedimentos dolorosos, ou pela situação de doença. Os pais devem ser incorporados nestas estratégias, pois são eles que melhor conhecem a criança e que poderão reconhecer as mais adequadas à mesma.

O conforto é extremamente importante de avaliar, uma vez que em momentos de grande ansiedade, como o caso da doença de uma criança, o conforto é uma necessidade que as crianças/pais necessitam (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a aplicação da estrutura taxonómica da Teoria de Conforto de Kolcaba para a prática pediátrica é alcançável. A aplicação desta teoria é adequada para a criança/família e enfermeiros, e demonstra as instituições onde a cultura do conforto é privilegiado.

Para finalizar, o conforto é, então, identificado como uma prioridade do cuidado de enfermagem, um estado holístico e complexo cujos aspetos são percebidos simultaneamente pelos beneficiários de cuidados, sendo uma meta essencial para a saúde (Barros, Farias, Teixeira & Silva, 2020).

2. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

As teorias da psicologia de desenvolvimento permitiram avaliar a criança, atendendo à necessidade de passar por diversos estádios, algo padronizados, minimizando o efeito do ambiente no desenvolvimento da mesma e que tinha sido criticado ao longo dos tempos (Ramos & Figueiredo, 2020).

Cada criança cresce de uma maneira própria, única e pessoal. Existem padrões definidos e calculáveis no crescimento e desenvolvimento que são contínuos, ordenados e progressivos. A nível do desenvolvimento infantil muitas entidades classificam o crescimento e o comportamento da criança em estádios etários aproximados que descrevem as características evolutivas das mesmas. Esta classificação permite descrever as características associadas à maioria das crianças em períodos nos quais surgem mudanças evolutivas diferenciadoras e quando devem ser realizadas tarefas específicas de desenvolvimento (Franklin & Prows, 2018).

Quando a criança é hospitalizada é fundamental identificar a fase de desenvolvimento em que se encontra, a forma como reage ao medo e ansiedade, retém a informação e a reação à alteração das suas rotinas é diferente consoante o estádio de desenvolvimento em que se encontra.

De acordo com Franklin e Prows (2018), as crianças em idade escolar têm idades compreendidas entre os 6 a 11 ou 12 anos, estão centradas no mundo das relações com os seus pares, neste período ocorre um avanço contínuo no desenvolvimento físico, mental e social, com ênfase no desenvolvimento de competências e habilidades. O contributo social e o desenvolvimento da personalidade assumem maior importância, é um período crítico no desenvolvimento do autoconceito.

Durante a idade escolar, o crescimento cognitivo permite que as crianças desenvolvam conceitos mais específicos sobre si mesma, permitindo-lhes um maior controlo emocional. A emoção pode ser explicada como uma resposta (tristeza, medo, raiva, alegria) que é concebida por uma informação que vem do mundo externo ou interno. As emoções podem ser positivas ou negativas, espontâneas, inconscientes e preparam-nos

para agir perante o perigo, situações incómodas ou prazerosas (Rodrigues & Melchiori, 2014).

Nesta fase a criança é caracterizada como sendo capaz de compreender a noção de doença e do procedimento cirúrgico. Tem medo do desconhecido, da perda de controlo, da lesão corporal e dor, particularmente nos procedimentos na área genital. Já tolera a separação dos pais, mas continua a querer tê-los junto a si (Rodgers, 2014). Para Ramos e Figueiredo (2020) esta fase é ainda caracterizada pela capacidade de produzir, aprender e competir, essenciais para as vivências da criança.

A reação da criança é afetada pelo seu estádio de desenvolvimento, experiências prévias com a doença, ideias preconcebidas, cultura, estilo de confronto, estilo parental no modo como lidam com a doença, pelas suas necessidades e gostos (OE, 2011).

As crianças em idade escolar são capazes de lidar com a separação em geral, mas quando estão hospitalizadas ou doentes podem necessitar de maior segurança e orientação concedidas pelos pais. Podem reagir mais à separação das suas rotinas habituais e dos colegas do que dos pais. São particularmente vulneráveis a eventos tais como a doença e o ambiente hospitalar que possam reduzir os seus sentimentos de controlo e de poder, o medo da morte, do abandono ou da lesão permanente (Merck & Mcelfresh, 2014).

Nos adolescestes a perda de controlo também ocorre por muitos dos motivos descritos pelas crianças em idade escolar. Contudo, são mais sensíveis às situações potenciais de perda de controlo e dependência do que as crianças menores. Ambos os grupos procuram informações relativas à sua condição física e acreditam intensamente na preparação antecipada para reduzir o medo e a ansiedade. Apresentam reações diferentes perante o tipo de informação que lhes é transmitida e o modo como é efetuada (Merck & Mcelfresh, 2014).

A adolescência subdivide-se em três fases a inicial (11 aos 14 anos); a intermédia 15-17 anos e tardia 18 aos 20 anos Ramos e Figueiredo (2020). Na adolescência inicial aparecem as mudanças pubertárias e as reações às mesmas, na adolescência intermédia há uma grande pressão para imitar o comportamento dos pares e um grande interesse por música, tecnologia, roupa e aparência, linguagem e comportamento, e na adolescência tardia adotam os papéis de uma vida adulta (Franklin & Prows, 2018).

Para os adolescentes, a separação do lar e dos pais pode produzir emoções diversas, a perda do contato com o grupo de colegas pode representar uma ameaça emocional grave

devido à perda da posição do grupo, incapacidade de exercer o controlo ou liderança do grupo e a perda de aceitação do grupo. Podendo os adolescentes doentes beneficiarem da associação com outros hospitalizados (Merck & Mcelfresh, 2014).

3. PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A HOSPITALIZAÇÃO

A criança e família necessitam de cuidados individualizados para que os potenciais efeitos negativos da hospitalização sejam minimizados. A preparação da criança e família é uma prática comum, contudo não existe um padrão ou programa universal. Pode ser efetuado através de visitas, teatros de marionetes e brincadeiras com miniaturas do equipamento hospitalar, uso de livros, vídeos ou filmes ou ser reduzido a uma breve descrição dos principais aspetos da hospitalização (Merck & Mcelfresh, 2014).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o momento da preparação não é consensual. Alguns peritos aconselham a preparação das crianças a partir dos 4 anos de idade cerca de uma semana antes, de modo que elas possam reter a informação e fazer perguntas. A duração da explicação deve ser ajustada a cada criança. Todas as crianças, mesmo aquelas que já foram internadas, beneficiam de uma apresentação à unidade (Merck & Mcelfresh, 2014).

A hospitalização constitui uma situação de crise para a criança, devido à particularidade dos mecanismos de defesa que possui para enfrentar experiências stressantes e à rutura dos seus padrões normais de vida. Neste âmbito, a equipa de saúde tem um papel preeminente na promoção das competências sociais e desenvolvimento das capacidades da adaptação da criança e família para ultrapassar esta situação e vivenciar experiências positivas (Sanders, 2014; OE, 2015; Healy, 2013).

A hospitalização e a cirurgia são fomentadoras de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias imaginadas da criança e família. As reações à hospitalização dependem da idade dos pais e da criança, sexo, condições socioeconómicas, estado físico da criança, tipo de cirurgia, do medo prévio relacionado com o ambiente hospitalar, da qualidade da atenção médica, da forma como os pais lidam com a situação e das experiências prévias de cirurgia e dor (Brázio, 2014).

Na preparação para a cirurgia o enfermeiro tem um papel fundamental para com a criança/família, a atitude e relação que estabelece com ambos em todo processo pode marcar a diferença na maneira como vão vivenciar a experiência cirúrgica. A sua intervenção visa preparar a criança/família para lidar com o medo e a ansiedade

relacionados com os procedimentos a realizar no dia da cirurgia (Ramos & Figueiredo, 2020).

De acordo com os mesmos autores, esta preparação permite identificar e avaliar as necessidades individuais da criança/família, o que possibilita o cuidado holístico e desta forma alcançar o máximo potencial de saúde, permitindo a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Cada experiência da cirurgia da criança é uma vivência individual que vai interferir com a dinâmica familiar, em pediatria deve-se valorizar e reconhecer a família como parte integrante da equipa multidisciplinar. É da responsabilidade do enfermeiro prestar cuidados holísticos e personalizados a cada criança, envolvendo a família em todo o processo de tratamento e recuperação. Pode-se concluir através dos estudos, que tanto a qualidade do programa pré-operatório como a preparação e o suporte para a hospitalização/cirurgia que os pais transmitem aos seus filhos, são essenciais para ajudar a criança a ultrapassar a ansiedade, o stresse e a angústia provocadas pela situação bem como para auxiliá-los a encontrar estratégias para ultrapassá-la (Santos, 2014).

A preparação da criança para a cirurgia é efetuada em regime de ambulatório ou internamento e deve decorrer num ambiente neutro, dentro do serviço ou do hospital. A duração da mesma deve ocorrer entre 15 a 45 minutos de acordo com a idade da criança e a sua capacidade de atenção (OE, 2011).

Deve ser realizada por um enfermeiro com conhecimentos e experiência nas áreas de comunicação, cirurgia pediátrica, desenvolvimento infantil e preparação operatória. Deve ocorrer no mesmo dia da consulta de anestesia, evitando à família múltiplas deslocações ao hospital (Santos, 2014).

Para Phaneuf (2005) a comunicação é "um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas" (p.23). A comunicação está presente em todas as intervenções realizadas com a criança/família, seja para orientar, informar, ensinar, apoiar e confortar. É o instrumento que o enfermeiro aplica para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

O enfermeiro que desenvolver esta atividade terá que conseguir ao longo da preparação adequar toda a sua intervenção perante cada criança/família, estando preparado para todo o tipo de questões que possam surgir (Souza et al., 2010).

Segundo Ramos e Figueiredo (2020) a preparação pré-operatória pretende preparar:

• A criança/família para a experiência cirúrgica;

• Minimizar a incerteza, o medo e a ansiedade relacionados com a hospitalização;

• Aumentar o controlo, a segurança e o bem-estar, estabelecendo uma relação de confiança com criança/família;

• Identificar e clarificar dúvidas e problemas, promovendo o cumprimento do ensino efetuado;

• Reduzir o risco de complicações peri operatórias.

Alguns exemplos de programa de preparação pré-operatória podem incluir visitar o hospital, a enfermaria o bloco operatório para (re)conhecimento do caminho a efetuar no dia da cirurgia Ramos e Figueiredo (2020). Utilizar filmes, fotos ou folhetos que possibilitem a visualização destes espaços físicos (Sanders, 2014; Moro & Módulo, 2004). Utilizar imagens através de filmes, vídeos, projeção de fotografias que permitam a visita virtual ao espaço operatório (Brázio, 2014).

Liguori et al. (2016) desenvolveram um estudo com crianças entre os 6 e 11 anos submetidas a cirurgia do ambulatório, com o objetivo de testar a eficácia de um aplicativo que mostrava médicos palhaços fazendo um tour cômico e informativo pela sala de cirurgia, para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças. A intervenção experimental consistia na visualização de um filme que mostrava dois palhaços médicos a visitar a sala de cirurgia explicando um ao outro de forma brincalhona o que se encontrava na mesma. A intervenção do grupo de controlo foi a intervenção informativa padrão a respeito do procedimento cirúrgico. Concluíram que o aplicativo foi eficaz na redução da ansiedade pré-operatória e pode atuar como um substituto para intervenções fornecidas pela equipe, permitindo possíveis reduções de custos hospitalares.

Para além de beneficiarem a criança/família, os programas de preparação operatória beneficiam também os profissionais de saúde, na medida em que um ambiente mais calmo e condutor de segurança ajudará não só num desenrolar mais tranquilo do programa operatório, no dia da cirurgia, mas também para uma recuperação mais célere e eficaz (Ramos & Figueiredo, 2020).

A evidência patenteia a necessidade de investigar modelos eficientes e rentáveis de preparação operatória para cirurgia, para auferir uma aceitação generalizada no tipo de prestação de cuidados de saúde (Perry et al., 2012).

Apesar dos procedimentos preparatórios serem citados na literatura, poucos são os estudos que trazem resultados da sua eficácia, necessitando os mesmos de descrição precisa dos programas de preparação (Broering & Crepaldi, 2008). Existem limitações para se pesquisar a eficácia dos programas de preparação para cirurgia, os estudos apontam muitas técnicas (distração, visita hospitalar, brincadeira, demostração de materiais a serem usados como agulhas e seringas, bem como o uso de uma boneca modelo, jogo médico em que a criança manuseia o boneco a ser operado e visualização de um filme) cuja eficácia é pouco demonstrada (Broering & Crepaldi, 2008).

A preparação das crianças para a cirurgia pode prevenir as complicações pós-operatórias, reduzindo o tempo de hospitalização e aumentando a satisfação do utente. Mas continuamos muitas vezes a oferecer programas de preparação pouco eficazes relacionados com os custos e falta de tempo. O sistema de gestão desvaloriza procedimentos não considerados como necessários ou que não geram receita financeira. Infelizmente, a preparação operatória enquadra-se nesta categoria e, portanto, há frequentemente pressão para eliminar programas ou para eliminar estes programas ou para os realizar de uma forma menos estruturada (Ramos & Figueiredo, 2020).

Contudo, nos esforços para o conseguir, não devemos recorrer a métodos menos eficazes, tais como folhetos. Precisamos de evidenciar o nosso trabalho através de indicadores, trabalhos de investigação e projetos de qualidade desenvolvidos nas unidades de cuidados (Ramos & Figueiredo, 2020).

A preparação da criança para a cirurgia de forma adequada pode prevenir muitas manifestações comportamentais e fisiológicas de ansiedade. Desta forma as crianças têm tempo para processar o ensino, desenvolver habilidades de controlo e ter melhores experiências peri operatórias e são menos propensas a exibir distúrbios comportamentais regressivos, como pesadelos, ansiedade de separação, distúrbios alimentares e enurese noturna no pós-operatório do que as que recebem intervenções de rotina (Perry et al., 2012).

4. ANSIEDADE E MEDO DA CRIANÇA PARA COM A CIRURGIA

A hospitalização e a cirurgia da criança/família aumentam a ansiedade e intensificam medos e ideias pré concebidas, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com consequências psicológicas persistentes (OE, 2011).

Os procedimentos cirúrgicos podem desencadear alterações emocionais na criança/família, estando relacionadas com o medo do desconhecido, dor pós-operatória, separação da família, de não acordar da anestesia ou de ficar incapacitado (Sampaio, Silva, Comino & Romano, 2014).

O período que antecede a cirurgia envolve uma sobrecarga emocional para toda a família, sobretudo para a criança. Um pré-operatório turbulento significa, para muitas crianças, alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por períodos muitas vezes prolongado.

4.1. ANSIEDADE

Etimologicamente, a palavra ansiedade deriva do grego Anshein, que significa "estrangular, sufocar, oprimir" (Graeff & Brandão, 1999).

A ansiedade é um sentimento fisiológico, próprio do ser humano, compreendido como uma antecipação ao medo, este serve como resposta a alguma ameaça ou stress sucedido no meio. É um modo de preparação para alguma ameaça futura, podendo ou não ser justificada (Carvalho, Sguarezi & Stuchi, 2018).

A ansiedade é designada por um integrado de revelações comportamentais que pode apresentar-se como estado ou traço. A ansiedade estado é considerada como situação emocional temporária que modifica em intensidade e flutua com o tempo enquanto o traço de ansiedade é uma particularidade da personalidade que se mantém relativamente fixa durante o tempo (Moro & Módolo, 2004).

Muitas das crianças manifestam a ansiedade através de alterações do comportamento, ficando agitadas, assustadas, com tremores, alterações da comunicação, choram e podem até desenvolver incontinência urinária (Moro & Módolo, 2004).

Estão descritos comportamentos adversos no pós-operatório como o aumento da angústia na fase de recuperação e distúrbios comportamentais regressivos pós-operatórios, tais como pesadelos, ansiedade de separação, distúrbios alimentares e enurese noturna estão associados à ansiedade pré-operatória em crianças (Perry et al., 2012).

Além da angústia e do trauma que podem experimentar, essas crianças correm um risco muito maior de manifestar comportamentos inadequados, como ansiedade de separação, medo das figuras da autoridade, problemas de sono e aumento do medo dos médicos. Geralmente no futuro têm problemas com os cuidados de saúde, o que representa ameaças à sua saúde e desenvolvimento individual (Chow, Lieshout, Schmidt, Dobson & Buckley, 2015).

A ansiedade é comum nas crianças no pré-operatório, e pode originar comportamentos negativos, agressivos e retrocedentes, alterações no sistema nervoso central manifestadas pelo aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência respiratória, do consumo de oxigênio, do débito cardíaco e da tensão muscular, além de distúrbios no sono e alimentares, enurese e respostas inadequadas à analgesia e à anestesia, dificultando ainda mais o período de recuperação pós cirúrgica (Moura, Dias & Pereira, 2016).

Na perspetiva de Moro e Módolo (2004) comprovaram que crianças mais ansiosas no pré-operatório tinham maior risco de apresentar comportamento negativo no período pós-operatório imediato, em relação às crianças menos ansiosas.

A ansiedade no peri operatório provoca alterações funcionais no sistema nervoso central da criança, gera comportamentos negativos e elevados scores de intensidade de dor no período pós-operatório, além de perturbação do sono, náusea, fadiga, e respostas inadequadas à anestesia e analgesia, obrigando maiores custos aos serviços de saúde e familiares (Moura et al., 2016).

A variação nas causas de sofrimento das crianças, os níveis de ansiedade e as respostas às intervenções delineadas para diminuir a ansiedade e reduzir o stress implicam a necessidade de ferramentas que facilitem a avaliação de cada criança. A ansiedade auto-relatada pela criança ajudará a identificar os níveis de ansiedade, bem como o desenvolvimento de intervenções para a diminuir na hospitalização, ajudando os enfermeiros a fornecer atendimento individualizado (Ersig et al., 2013).

4.2. MEDO

O medo é considerado uma reação normal a um perigo atual e real envolvendo três tipos de resposta: fisiológica, sentimentos encobertos, pensamentos e reações comportamentais (Broering & Crepaldi, 2008). Existem medos e reações que oscilam de criança para criança, no entanto há fatores causadores de stress comuns a todas elas (OE, 2011).

De uma forma abrangente, o medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas fortes (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2016).

De acordo com Freitas-Magalhães e Batista (2009) o medo é uma emoção básica relacionada ao perigo que pode ser muito breve ou prolongar-se por um longo período, com determinadas características associadas à ansiedade, à apreensão, ao nervosismo, ao pavor e à preocupação.

O controlo do medo é efetuado por um circuito neuronal específico que circunda a amígdala, a qual se encontra estrategicamente localizada para mediar os inputs e outputs emocionais (Ledoux, 2000). Além deste circuito o medo caracteriza-se por uma ativação do sistema nervoso autónomo e um conjunto de respostas neurofisiológicas ligadas, juntando-se a segregação de adrenalina, alterações do ritmo cardíaco e metabólicas (Ekman, 2004).

Em crianças o medo é comum, representa processos normais de desenvolvimento e pode ser induzido por experiências como separação dos pais. Os medos dos procedimentos clínicos ou invasivos foram identificados como uma subcategoria comum de medo nas crianças (Mcmurtry et al., 2011).

Do ponto de vista da psicologia, os medos são nomeados de “normais” ou “desenvolvimentais” quando integram um conjunto de medos de objetos, animais, pessoas ou situações, presentes de forma comum em crianças ou jovens (Gullone, 2000). Revelam respostas adaptativas a perigos ou a ameaças reais que se instalam à sobrevivência humana, são considerados normais por serem universais, transculturais e desenvolvimentais, por serem respostas adquiridas ao longo do desenvolvimento humano, especialmente na infância e adolescência, e preparam o indivíduo para os vários desafios que surgem em adulto (Vilelas et al., 2016).

A avaliação do medo das crianças pode ser efetuada através da observação do comportamento, medição fisiológica e/ou através de autorrelato. Dada a natureza subjetiva e latente do medo, é importante obter autorrelato sempre que possível (Mcmurtry et al., 2011).

No período pré-operatório muitos dos medos das crianças estão relacionados com a separação dos pais, a incerteza relacionada com a anestesia e a cirurgia em si, a dor e a morte (Moro & Módolo, 2004).

O medo e a ansiedade são também o resultado da influência sociocultural, sobretudo, por intercessão da família e dos pais, tendo em conta que a interação e aprendizagem no seio familiar é essencial para o desenvolvimento do funcionamento cognitivo e comportamental do medo (Sampaio, Martins & Oliveira, 2007).

Estudos referem que a preparação da criança/família é o procedimento mais eficiente para a redução do medo e da ansiedade, assim como o acolhimento individualizado, onde também são tidos em consideração a apresentação da equipa e do equipamento (OE, 2011).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1 – METODOLOGIA

A fase metodológica constitui-se, como a estrutura de suporte para o desenvolvimento e orientação de toda a investigação. Todo o processo de investigação envolve necessariamente uma fase metodológica que consta na descrição do conjunto de métodos, materiais e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

Neste capítulo são explicitados os passos metodológicos inerentes ao processo de investigação necessários para a realização do estudo.

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

Segundo Fortin (2009), o objetivo é um enunciado que identifica as variáveis-chave, a população alvo e que inclui um verbo de ação dando uma orientação à investigação. Atendendo ao exposto, foi definido como **objetivo** deste estudo: **Avaliar a efetividade** da visualização de um **filme preparatório** na redução da ansiedade e do medo das crianças (6-14 anos) submetidas a cirurgia de ambulatório".

A **Questão de Investigação subjacente é**: Qual a efetividade da visualização de um **filme preparatório** na redução da ansiedade e do medo das **crianças** (6-14 anos) submetidas a cirurgia de ambulatório?

A **Hipótese** a averiguar é a de que a visualização do **filme preparatório** reduz os níveis de ansiedade e medo das crianças entre os 6 e 14 anos.

1.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo randomizado, controlado. É um tipo de estudo em que os participantes do grupo controlo e de intervenção são distribuídos de forma aleatória, em que o controlo visa diminuir ao máximo os enviesamentos que podem afetar a validade de um estudo (Fortin, 2009).

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

1.3.1 População

A população do estudo foram crianças com idades compreendidas entre 6 e 14 anos inclusive, com necessidade de cirurgia programada (otorrinolaringologia, cirurgia, urologia, oftalmologia e ortopédica), que frequentaram a consulta de enfermagem de um Hospital Distrital. O estudo foi realizado entre **junho de 2020 e junho de 2021**. Definiu-se como critérios de inclusão tempo de internamento máximo previsto de um dia e exclusão as crianças com incapacidade de autoavaliação ou que não comunicavam em língua portuguesa.

1.3.2 Amostra

A amostra foi constituída por 60 participantes. A seleção dos participantes para o grupo intervenção (GI) e grupo de controlo (GC) foi aleatória consecutiva com base num sorteio simples, com **uma amostra de 30 crianças por grupo**. As crianças que vieram à consulta de enfermagem na primeira semana foram incluídas no GI, e as seguintes de forma alternada, em cada um dos grupos até um total de 30 elementos em cada grupo. A sala onde se deu a informação aos dois grupos foi a da consulta de enfermagem.

1.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram utilizados três instrumentos de colheita de dados:

• Um pequeno formulário para a caracterização da amostra da criança com informação relativa à idade, sexo, ano de escolaridade, tipo de cirurgia, dias de internamentos anteriores e experiência de cirurgia anterior, relativamente aos pais habilitação académica e profissão de quem **acompanha a criança no dia da consulta de enfermagem e no dia de internamento** (Apêndice I). O mesmo acontece com o **tipo de cirurgia**, em que a maioria das cirurgias foram de otorrinolaringologia (ORL) 60% e as outras de 40% GC e de ORL 66,7% e as outras 33,3% GI. A maioria dos **acompanhantes da criança em ambos os momentos** foi a mãe pelo que considerámos outros (pai e avó).

Para a variável **Habilitação académica** seguimos as orientações da Direção Geral da Administração e do Emprego Público, que classifica em 1.º ciclo (4 anos de escolaridade),

2.º ciclo (6 anos de escolaridade), 3.º ciclo (9.º ano), ensino secundário (12.ºano), Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento.

A Profissão foi operacionalizada segundo Instituto Nacional de Estatística, IP, (2011) sendo considerada um conjunto de postos de trabalho cujas principais tarefas e funções detêm um elevado grau de afinidade e pressupõe conhecimentos semelhantes. Classifica-se desta forma em dez grandes grupos: Profissões das Forças Armadas, Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos, Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Técnicos e profissões de nível intermédio, Pessoal administrativo, Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e Trabalhadores não qualificados. De salientar que só 6,7% dos acompanhantes da criança do GC estava desempregado tanto no 1º momento como no 2º momento e no GI 20% no 1º momento e 10,1% no 2º momento.

• A ***Children's Anxiety Meter-State*** (**CAM-S**) é uma escala utilizada para avaliar a ansiedade estado. A ansiedade estado é a sentida por uma situação presente. A ansiedade traço refere-se à tendência geral da criança para um nível diário típico de ansiedade. A escala CAM foi desenhada para se parecer com um termómetro com uma lâmpada na parte inferior e com linhas horizontais com intervalos de 0 a 10. A criança é esclarecida que todos os seus sentimentos de preocupação ou nervosismo estão na parte inferior do termómetro. Se estiver um pouco preocupada ou nervosa os seus sentimentos podem subir um pouco no termómetro, se estiver muito preocupada ou nervosa os seus sentimentos podem ir até ao topo. A criança coloca uma linha no termômetro que indica o quanto está preocupada ou nervosa no momento. Quando a criança desconhece o termômetro aponta-se para a escala e explica-se que os seus sentimentos (preocupada ou nervosa) estão em baixo e podem subir até ao topo, se estiver muito preocupada ou nervosa. Para medir a ansiedade estado CAM-S, pede-se à criança que marque como se sente "agora" (Ersig et Al., 2013) (Anexo I).

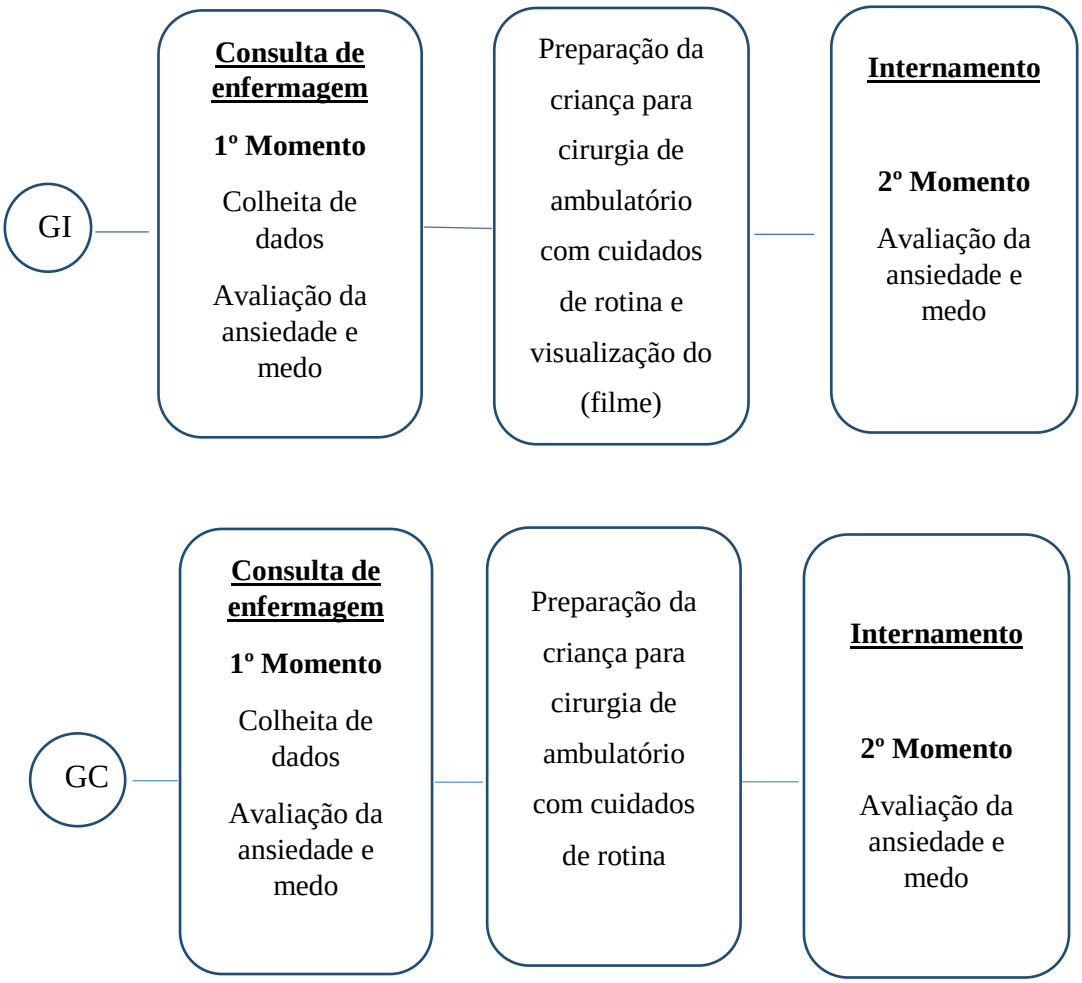
• A ***Children's Fear Scale*** (**CFS**) é uma escala utilizada para avaliar o medo. Esta escala foi adaptada da Escala de Ansiedade Faces para medir o medo em crianças submetidas a procedimentos médicos dolorosos (McKinley, Coote & Stein-Parbury, 2003). A escala é

constituída por cinco faces, variando de uma face sem medo (neutra) na extrema esquerda a uma face mostrando um medo extremo na extrema direita. A criança responde indicando qual das cinco faces de 0 a 4 corresponde ao seu nível de medo no momento (Mcmurtry et al., 2011) (Anexo II).

1.5 PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita dos dados decorreu em dois momentos. O primeiro momento no início da consulta de enfermagem, uma semana antes da intervenção cirúrgica. O segundo momento, no dia do internamento, 30 minutos após entrada no serviço (Figura 1).

Figura 1 - Esquema do Procedimento de Colheita de Dados



1.6 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

No 1º momento, foi realizada uma entrevista de avaliação inicial, onde foram colhidos dados sobre hábitos de vida, nomeadamente nível de desenvolvimento da criança, compreensão da mesma sobre o respetivo estado de saúde e sobre o procedimento que

iria realizar. Explicitadas as normas do serviço, entregue o guia de acolhimento e da cirurgia de ambulatório foi feita uma visita guiada ao serviço. A informação foi fornecida utilizando frases curtas, diretas e verdadeiras, em linguagem objetiva, sobre os procedimentos a realizar antes e após a cirurgia, e dada possibilidade de expressão de dúvidas e medos. Os pais ou representantes legais estiveram sempre presentes.

O GI seguiu o mesmo procedimento acrescido da visualização de um filme, "Os Super Heróis no Hospital" em que o homem aranha foi operado. O mesmo foi realizado com base no modelo de dramatização em que os atores foram crianças a desempenharem o papel de profissionais de saúde. Este filme teve a duração de 15 minutos e explicitou os procedimentos a serem efetuados antes e após a intervenção cirúrgica:

• Permitiu informar a criança e os pais sobre as etapas referentes aos procedimentos/cirurgia (o que seria feito) bem como as sensações decorrentes dos mesmos (o que poderia vir a sentir) de forma a ajudar as crianças a desenvolver expectativas realistas para o procedimento.

• Esclareceu o circuito peri operatório.

• Os papéis desempenhados pelo enfermeiro, assistente operacional e médico.

• O fardamento dos profissionais no bloco operatório: farda, máscara, touca e luvas.

• O material/equipamento que poderiam encontrar no bloco operatório e no internamento.

• Fez referência à aplicação do penso/creme anestésico local para alívio da dor na punção venosa, avaliação de sinais vitais e reforço da pausa alimentar.

• Realçou a presença dos pais no acompanhamento de todos estes procedimentos.

• Abordou o transporte da criança e quem acompanhava até á sala de operações.

• As características do local onde iria acordar, o aspeto corporal ao acordar da anestesia e o tipo de equipamento/material hospitalar que poderia trazer: cateter, pensos, elétrodos e sensor de oximetria.

A meio do filme houve uma conversa entre crianças que já tinham sido e outras que ainda iriam ser operadas desmitificando os medos relacionados com o vestuário dos profissionais e a sala de operações. No final foram esclarecidas tanto as crianças como aos acompanhantes as eventuais dúvidas que tinham surgido. Esta apresentação do filme

e esclarecimentos finais do mesmo foram realizados pela enfermeira que fazia a consulta de enfermagem da criança e acompanhante numa sala de consulta de enfermagem, no serviço de Pediatria.

1.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspetos inerentes à ética em investigação são indispensáveis em qualquer estudo pelo que, devem ser tomadas precocemente algumas medidas, de modo a assegurar os direitos e a privacidade dos participantes, bem como a manutenção da confidencialidade e anonimato.

Inicialmente foi solicitada e obtida autorização ao Diretor de serviço de Pediatria, local onde decorreu a investigação (Apêndice II).

O estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética e do Presidente do Conselho de Administração de Hospital Distrital (Apêndice III).

Antes de iniciar a aplicação do instrumento de colheita de dados foi esclarecido às crianças e respetivos responsáveis legais o objetivo e finalidade do estudo, foi ainda garantido o anonimato dos dados. O instrumento foi aplicado após as crianças e os responsáveis legais terem assinado o consentimento informado (Apêndice IV).

1.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS 23.0 (Statistical Pack for the Social Sciences) versão para Windows.

A normalidade das distribuições foi analisada pelo teste Kolmogorov-Smirnov e análise do histograma, tendo-se verificado a não assunção do pressuposto da normalidade da distribuição das variáveis, tendo-se optado por uma abordagem não paramétrica.

A estatística descritiva dos dados foi feita para as variáveis categóricas pelas frequências absolutas e relativas percentuais e para as variáveis contínuas pela mediana e amplitude interquartil e, em alguns casos, para facilidade de interpretação pela média e desvio padrão.

Assim, quanto à estatística não paramétrica utilizamos os seguintes testes:

• **Teste de U-Mann Whitney** – para amostras independentes.

• **Teste de Wilcoxon** – para amostras **emparelhadas**.

• **Teste de Qui-quadrado ($\chi 2$)** – para variáveis categóricas.

Em todos os testes foram consideradas diferenças estatisticamente significativas sempre que $p \leq 0,05$.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados com recurso a tabelas e figuras de forma a uma melhor organização e sistematização da informação.

1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS CRIANÇAS

O estudo envolveu 60 crianças com uma mediana de idades ligeiramente superior no GI (10,5 anos *vs* 9 anos). A distribuição pelo sexo revelou que a maioria eram rapazes 18 (60,0%) em ambos os grupos. O ano de escolaridade é ligeiramente superior no GI apresenta a mediana superior (5 *vs* 4).

Quanto às variáveis sociodemográficas, não se observaram nos dois grupos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica por grupo das crianças (idade, sexo e escolaridade)

	Grupo		
Variáveis	**Controlo**	**Intervenção**	p
Idade, Med. (AIQ)	9 (5,25)	10,5 (6)	NS*
Sexo masculino, n (%)	18 (60%)	18 (60%)	NS**
Ano escolaridade (AIQ)	4 (4,25)	5 (5,25)	NS**

Nota. Med. = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; **Teste de Mann-Whitney*; ** *Teste de Qui-quadrado*, NS=Não Significativo.

1.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS CRIANÇAS

Em relação ao tipo de cirurgia (especialidade) que as crianças iriam ser submetidas, a maioria foi ORL, sendo a percentagem superior nas crianças do GI 20(66,7%) *vs* 18 (60%).

A maioria das crianças do GI 20(66,7%) *vs* 13(43,3%) já teve um internamento hospitalar anterior. Das crianças que tiveram internamentos anteriores, esse internamento foi igual ou inferior a 5 dias para a maioria das crianças em ambos os grupos, no GI 16(80%) *vs* 8(61,5%). A maioria das crianças não teve qualquer experiência cirúrgica anterior GI 19(63,3%) *vs* 21(70%).

Tabela 2 – Caracterização clínica por grupo das crianças

	Grupo				
	Controlo		Intervenção		p
Variáveis	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**	
Tipo de Cirurgia					
OTR	18	60,0	20	66,7	NS*
Outras	12	40,0	10	33,3	
Internamentos anteriores					
Sim	13	43,3	20	66,7	NS*
Não	17	56,7	10	33,3	
Dias internamento anterior					
≤ 5 dias	**8**	**61,5**	**16**	**80,0**	**NS***
≥ 6 dias	**5**	**38,5**	**4**	**20,0**	
Experiência anterior de cirurgia					
Sim	9	30,0	11	36,7	NS*
Não	21	70,0	19	63,3	

Nota. NS=Não Significativo, ***Teste de Qui-quadrado***

1.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ACOMPANHANTES

No 1º momento, a grande maioria das crianças foi acompanhada pela mãe no GI 27(90%) *vs* 28(93,3%). A maior parte dos acompanhantes do GI tinha como escolaridade apenas o 3º ciclo 13(43,3%) e no GC tinha o ensino secundário 12(40,0%). De salientar, que em ambos os grupos a maior parte dos acompanhantes eram trabalhadores não qualificados GI 8(26,7%) *vs* 10(33,3%).

Quanto ao acompanhante da criança no 2º momento, a grande maioria das crianças foi acompanhada pela mãe no GI 26(86,7%) *vs* 24(80%). A maior parte dos acompanhantes da criança do GI tinha como escolaridade apenas o 3º ciclo 14(46,7%) e no GC o ensino secundário 11(36,7%). De salientar, que em ambos os grupos a maior parte dos acompanhantes 9(30%) eram trabalhadores não qualificados.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica por grupo dos acompanhantes da criança

Variáveis	Grupo			
	Controlo		Intervenção	
	Nº	%	Nº	%
Acompanhante da criança no 1º momento				
Mãe	28	93,3	27	90,0
Outros	2	6,7	3	10,0
Habilitações académicas do acompanhante no 1º momento				
1ª Ciclo	-	0,0	3	10,0
2º Ciclo	1	3,3	2	6,7
3º Ciclo	9	30,0	13	43,3
Secundário	12	40,0	7	23,3
Superior	8	26,7	5	16,7
Profissão do acompanhante no 1º momento				
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	6,7	2	6,7
Técnicos e profissões de nível intermédio	6	20,0	1	3,3
Pessoal administrativo	2	6,7	-	0,0
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3	10,0	7	23,3
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	16,6	5	16,7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca	-	0,0	1	3,3
Trabalhadores não qualificados	10	33,3	8	26,7
Desempregado	2	6,7	6	20,0
Acompanhante da criança no 2º momento				
Mãe	24	80,0	26	86,7
Outros	6	20,0	4	13,3
Habilitações académicas do acompanhante no 2º momento				
1ª Ciclo	-	0,0	2	6,7
2º Ciclo	1	3,3	2	6,7
3º Ciclo	10	33,3	14	46,7
Secundário	11	36,7	7	23,3
Superior	8	26,6	5	16,7
Profissão do acompanhante no 2º momento				
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	6,7	2	6,7
Técnicos e profissões de nível intermédio	6	20,0	1	3,3
Pessoal administrativo	2	6,7	-	0,0
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	4	13,3	7	23,3
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	16,6	7	23,3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca	-	0,0	1	3,3
Trabalhadores não qualificados	9	30,0	9	30,0
Desempregado	2	6,7	3	10,1

1.4 ANSIEDADE E MEDO DAS CRIANÇAS

No grupo de controlo verifica-se um aumento da mediana da ansiedade (8,54 *vs* 12,00) e medo (8,33 *vs* 9,36) do 1º para o 2º momento. Quanto ao grupo de intervenção, verifica-se uma diminuição da mediana da ansiedade e do medo do 1º para o 2º momento, ansiedade (10,85 *vs* 9,06) e medo (8,13 *vs* 7,95). Em ambos os grupos, os resultados não são estatisticamente significativos.

Tabela 4 – Diferenças medianas por grupo, da ansiedade e do medo entre o primeiro momento e segundo momento

	GC		GI		
Variáveis	**1º momento**	**2º momento**	**1º momento**	**2º momento**	**p**
Ansiedade	8,54	12,00	10,85	9,06	NS*****
Medo	8,33	9,36	8,13	7,95	NS*****

Nota. NS=Não Significativo. ******Teste de Wilcoxon* GC=Grupo de Controlo GI=Grupo de Intervenção

Verificou-se uma diminuição na intensidade da mediana da ansiedade (29,73 *vs* 29,15) e do medo (30,52 *vs* 29,55) do 1º momento para o 2º momento de avaliação no GI. No GC um aumento na intensidade da mediana da ansiedade (31,27 *vs* 31,85) e do medo (30,48 *vs* 31,45) do 1º para o 2º momento. Ao compararmos o GI e o GC no 1º e 2º momento, em relação aos níveis de ansiedade e do medo, não se observa qualquer diferença estatisticamente significativa.

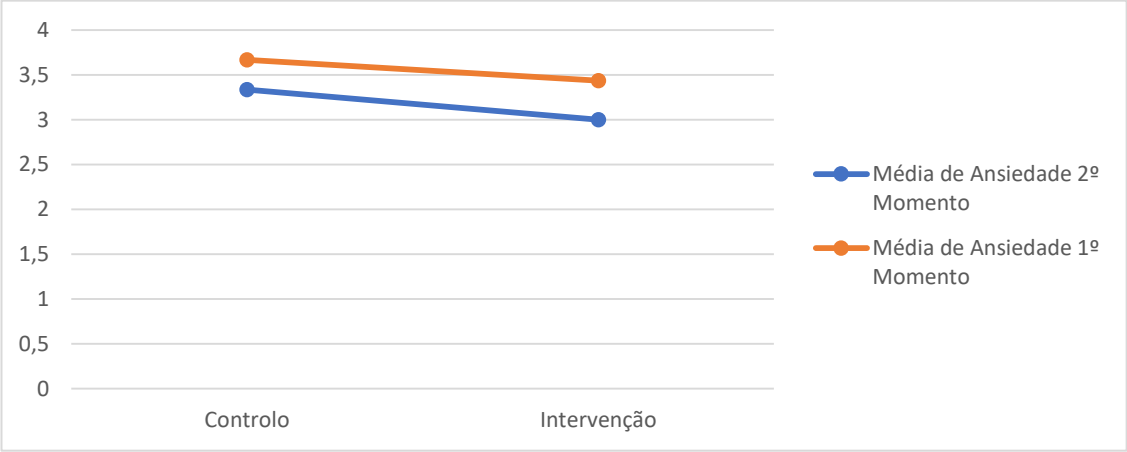
Tabela 5 – Medianas de ansiedade e medo por grupo no primeiro e segundo momento

Variáveis	GC		GI		p
	1º momento	2º momento	1º momento	2º momento	
Ansiedade	31,27	31,85	29,73	29,15	NS*
Medo	30,48	31,45	30,52	29,55	NS*

Nota. NS=não significativo, **Teste de Mann-Whitney*, GC – Grupo de Controlo, GI – Grupo de Intervenção

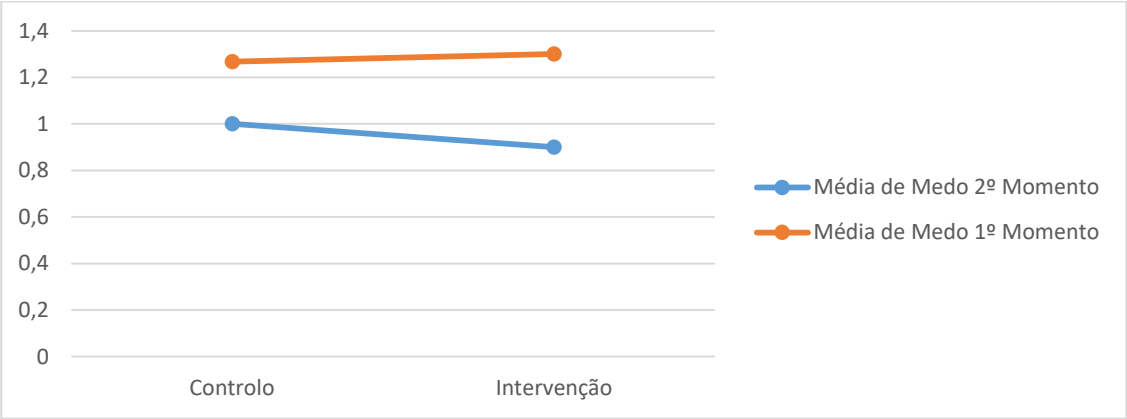
A figura 2 permite verificar que, os níveis médios de ansiedade no 1º momento do GC (3,67) são superiores ao 2º momento (3,33). No 1º momento do GI também se verificou valores médios de ansiedade mais elevados (3,43) relativamente ao 2º momento (3,00). De referir que o valor médio da ansiedade no 2º momento do GI (3) é inferior ao GC (3,33).

Figura 2 – Média da ansiedade por grupo entre o primeiro e segundo momento



A figura3 permite verificar que os valores médios do medo no 1º momento do GC (1,27) são mais elevados relativamente ao 2º momento (1). Também no GI os valores médios do medo no 1º momento (1,30) são superiores ao 2º momento de avaliação (0,90). De referir que o valor médio do medo no 2º momento do GI (0,9) é inferior ao GC (1).

Figura 3 – Média do medo por grupo entre o primeiro e segundo momento



Capítulo IV – DISCUSSÃO

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A resposta à pergunta qual a **efetividade** da visualização de um **filme preparatório** na redução da ansiedade e do medo das **crianças** (6 -14 anos) submetidas a cirurgia de ambulatório não foi completamente clara, contudo o filme parece ser uma intervenção útil na diminuição da ansiedade e medo da criança submetida a uma cirurgia do ambulatório, embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas.

A cirurgia pode ser vivenciada pela criança como um acontecimento traumático gerador de medo e ansiedade. Como tal, a preparação da criança para a cirurgia é foco de interesse das equipas de saúde, sobretudo considerando a falta de tempo e oportunidade para facultar informações importantes à criança no período pré-operatório (Fernandes, Arriaga & Esteves, 2015).

Apesar de não ser estatisticamente significativo, as crianças que foram submetidas à preparação com a visualização do filme apresentaram valores médios de ansiedade inferiores às do GC e em ambos os grupos, os níveis de ansiedade foram maiores no 1º momento do que no 2º momento. Admitimos que a visualização do filme poderá ser útil para a redução da ansiedade pré-operatória.

Chow et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática, cujo objetivo foi examinar a eficácia das intervenções audiovisuais (vídeos, videogames, programas de Internet, música) na redução da ansiedade pré-operatória. Um total de 18 estudos com 1897 crianças e adolescentes, com idades entre 1 e 16 anos que se submeteram a cirurgias de ambulatório, onde a maioria das intervenções aplicadas eram vídeos de preparação pré-operatória, seguidos por programas que incluíram uma combinação de duas ou mais intervenções (livros de imagens e vídeo) tinham como objetivo fornecer informações sobre procedimentos peri-operatórios. Destes 18 estudos, 14 mostraram efeitos positivos na redução da ansiedade pré-operatória das crianças. Quando comparado com intervenções de rotina, parece haver maior eficácia das intervenções de vídeo na redução da ansiedade pré-operatória. As intervenções audiovisuais podem ser eficazes se usadas de forma independente ou complementarem a prática de cuidados de rotina. São

econômicas, acessíveis, fáceis de administrar e têm potencial para ser adaptadas e usadas em muitos ambientes hospitalares.

Fernandes, Arriaga e Esteves (2014), partilham da mesma opinião quando desenvolveram um estudo randomizado em três hospitais da área de Lisboa, com uma amostra de 125 crianças de ambos os sexos (99 meninos, 26 meninas), com idades entre 7 e 12 anos, que foram propostas para cirurgia ambulatória. Desenvolveram três tipos de materiais educativos pré-operatórios (cartilha, jogo de tabuleiro e vídeo), as crianças do grupo experimental receberam materiais educacionais sobre cirurgia e hospitalização no formato de um jogo de tabuleiro, um vídeo ou um livreto, as crianças do grupo de comparação receberam material nos mesmos três formatos do grupo experimental, mas os materiais não continham informações sobre cirurgia ou hospitalização e o grupo controle não recebeu nenhum material. Neste estudo, os principais resultados indicaram que materiais informativos educacionais tais como o vídeo contribuíram para minimizar as preocupações pré-operatórias das crianças.

Presume-se que as crianças que visualizaram o filme, sabem as etapas relativas aos procedimentos/cirurgia bem como as sensações decorrentes dos mesmos, ajudando-as desta forma a desenvolver expectativas realistas para o procedimento. Enquanto as crianças do GC, chegam ao hospital sem nunca terem contactado com esta realidade, algumas que não prestaram atenção à informação verbal transmitida no 1º momento, não têm bem a noção do que vai acontecer ou pensam que apenas irão para um local "onde estão outras crianças", o que pode justificar que, desconhecendo a realidade do que vão vivenciar, apresentem mais ansiedade e medo relativos à hospitalização.

As informações preparatórias transmitidas verbalmente têm um impacto relativamente limitado na memória das crianças, mesmo que sejam fornecidas apenas um dia antes. Para beneficiar significativamente a memória a preparação da cirurgia deve ser completada com informações visuais (por exemplo vídeos, fotografias) (Salmon, 2006).

Os resultados encontrados estão de acordo com o estudo realizado por Batuman et al., (2016), em que avaliaram o efeito do vídeo informativo com base no modelo de dramatização na ansiedade pré-operatória e mudanças de comportamento pós-operatórias em 42 crianças entre os 5-12 anos submetidas à cirurgia do ambulatório. As crianças foram alocadas aleatoriamente em um grupo com ou sem apresentação de vídeo de informações. Tendo concluído que a apresentação do vídeo que é um método não

farmacológico com base na modelagem de dramatização reduz a ansiedade pré-operatória e as mudanças comportamentais no pós-operatório.

Embora não seja estatisticamente significativo, verifica-se uma diminuição de intensidade do medo do 1º momento para o 2º momento mais acentuada no grupo de intervenção. Os níveis do medo foram baixos em ambos os grupos.

Significa que a intervenção visual pode ser um meio adequado de transmissão de informação para as crianças. Ao visualizarem os procedimentos a serem vivenciados no dia da cirurgia, assim como o circuito pré-operatório pode ajudá-las a desmistificar o medo e a esclarecer dúvidas. Desta forma esta intervenção pode beneficiar tanto as crianças como os profissionais de saúde, que irão receber crianças previamente preparadas conseguindo a sua recuperação mais facilmente e atenuarem os efeitos da hospitalização.

Os GI e GC revelaram-se equivalentes relativamente à caracterização sociodemográfica das crianças, apesar da mediana das idades ser ligeiramente superior no GI, assim como o ano de escolaridade.

A caracterização clínica das crianças também é semelhante em ambos os grupos, com exceção dos internamentos anteriores em que a maioria das crianças do GI já tiveram internamentos anteriores.

No que se refere à caracterização sociodemográfica dos acompanhantes da criança são semelhantes em ambos os grupos, tanto no primeiro momento como no segundo momento, exceto a escolaridade, no GI tinham como escolaridade apenas o 3º ciclo e no GC o ensino secundário em ambos os momentos.

O GI e GC revelaram-se equivalentes, no entanto o não controlo da variável dos internamentos anteriores pode merecer ser estudada em futuros estudos quanto à efetividade da visualização do filme.

É ainda possível concluir que em ambos os grupos existiu ansiedade e medo, mas existiu também uma diminuição dos seus valores do 1º momento para o 2º momento, isto pode dever-se a que as crianças com informação prévia acerca de todo processo cirúrgico expressam maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos e relatam menos medo.

O contato prévio com procedimentos dolorosos ou ameaçadores encoraja a criança a expressar os seus receios e dúvidas promovendo a diminuição do medo. A criança submetida a cirurgia apresenta medos característicos do seu estádio de desenvolvimento que podem estar aumentados, pelo que é indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para os identificar e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias para com a mesma (OE, 2011).

Na preparação da criança para a cirurgia, o enfermeiro intercede com o objetivo de capacitar as crianças de mecanismos de adaptação, que proporcionem um maior controlo sobre os acontecimentos, auxiliando a criança a passar pela experiência traumática de uma maneira mais positiva possível. No entanto é esperado que demonstrem algum medo e ansiedade controlada esperados para a idade, ao contrário do medo extremo ou pânico e até negação.

Deste modo, se a criança compreender a causa da doença e hospitalização poderá contribuir para lhe reduzir o medo e deste modo lidar com a situação pré-cirúrgica. Todo o ser humano tem medo do desconhecido, pois o que é desconhecido origina medo e insegurança, podendo ser intraduzível, imprevisível e incontrolável (Souza et al., 2010).

Alguns estudos sugerem que facultar informações pré-operatórias às crianças pode diminuir as expectativas imaginárias da criança, as crenças desajustadas e as preocupações relacionadas à hospitalização e à cirurgia.

Embora os resultados não sejam significativos, a visualização do filme para este grupo etário parece beneficiar as crianças e pais, reduzindo a ansiedade e medo e desta forma tornar as crianças mais colaborantes nos procedimentos.

As limitações encontradas neste estudo remetem-nos para um fator importante a ser considerado o facto de a amostra ser pequena, o que exige cuidados quanto à generalização dos resultados. Presume-se que amostras maiores pudessem produzir resultados estatísticos mais robustos. Outro fator a ser considerado é a forma como o filme preparatório foi realizado, talvez devêssemos questionar as crianças relativamente à sua duração, o que gostaram mais o que poderia ser diferente no filme, qual a sua satisfação da preparação operatória com a visualização do filme, as imagens, as informações técnicas sobre a cirurgia (quantidade e qualidade de informação) e linguagem.

De acordo com Broering e Crepaldi (2008) no hospital a criança está exposta a muitas variáveis mesmo preparada, ela pode reagir mal, enquanto que outra criança sem qualquer preparação pode reagir bem.

É também de considerar a escassez de resultados de pesquisa que sejam consistentes, pois encontram-se enumerações de muitas técnicas, mas pouco estudos cuja eficácia seja demonstrada.

De acordo com os resultados obtidos, esta intervenção não revelou claros ganhos relativamente à ansiedade e medo, neste sentido é importante avaliar melhor a efetividade da intervenção no que diz respeito aos recursos humanos e materiais exigidos, relativamente aos ganhos obtidos. Os custos com os materiais necessários para a visualização do filme, o tempo despendido e o custo do valor hora do enfermeiro nesta tarefa, estes custos indiretos devem ser considerados numa análise de custo-benefício, assim como o tempo dos pais em relação ao trabalho e da criança à escola. Para quem gere uma instituição de saúde o custo/benefício de uma intervenção é uma importante variável para a tomada de decisão no seu uso. Estas investigações são decisivas para se criar evidência que subsidie a prática.

Os programas de preparação não devem ser utilizados como panaceia cuja administração é sempre positiva. Embora geralmente benéficos, verificou-se que em alguns casos pode ter um efeito de sensibilização, aumentando a ansiedade das crianças que o observam (Barros, 2003).

De acordo com a evidência científica, é visível a importância do desenvolvimento de estratégias de qualidade na preparação da criança e família para a cirurgia. A preparação para cirurgia surge como atividade fundamental na promoção da qualidade dos cuidados à criança e família (Bentes, 2018).

Desta forma, é através da afirmação do valor social da profissão de enfermagem e do cumprimento das nossas competências enquanto enfermeiros especialistas, que contribuiremos para a obtenção de ganhos em saúde para a população. Com a preparação cirúrgica as crianças adquirem um maior conhecimento da realidade promovendo a diminuição do medo e dos efeitos traumáticos da hospitalização.

A preparação para os procedimentos cirúrgicos, bem como para procedimentos invasivos, pode ser planeada pela equipa com o envolvimento dos pais, uma vez que pais mais

tranquilos e bem informados podem fornecer um maior suporte emocional às crianças (Broering & Crepaldi, 2019).

CONCLUSÃO

A visualização do filme preparatório na redução da ansiedade e do medo das crianças submetidas a cirurgia de ambulatório não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o GI e GC, pelo que se pode inferir que da forma como foi concebido o filme ou da sua metodologia de implementação é questionável esta estratégia para redução do medo e ansiedade da criança em idade escolar, sujeitas a intervenção cirúrgica programada.

Contudo, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, o filme parece não deixar de ser uma intervenção útil, pois existe uma diminuição do medo e ansiedade no GI. Estes resultados sugerem mais investigação nesta área, ajustando e redefinindo outros programas que se revelem mais efetivos neste contexto. É importante avaliar melhor a efetividade da intervenção no que diz respeito aos recursos humanos e materiais exigidos, relativamente aos ganhos obtidos.

Cada criança experiencia a cirurgia programada de forma pessoal, pelo que as estratégias de enfermagem adotadas deverão ser adequadas à individualidade de cada criança e sua família. As orientações dadas à criança e sua família têm de se adequar aos seus recursos emocionais e cognitivos, compatíveis com a capacidade de compreensão da realidade. A intervenção do enfermeiro durante a prestação de cuidados à criança deve ser uma preparação pré-operatória cuidadosa pela importância que tem para o seu bem-estar e normal desenvolvimento.

Os hospitais portugueses, em geral não têm materiais de preparação devidamente desenvolvidos e testados para fornecer informações educacionais na preparação pré-operatória para minimizar a ansiedade e medo potencial das crianças, esperamos que com este trabalho tenhamos contribuído para uma melhoria da implementação de um programa de preparação pré-operatória da criança em idade escolar.

Ao longo do trabalho foi claro que a investigação é um caminho que antecede e fundamenta a prática clínica, permitindo desta forma dar relevância e visibilidade ao papel do enfermeiro no cuidado à criança submetida a cirurgia. As crianças necessitam de informações e diretrizes bem definidas e planeadas para se ajustarem de forma equilibrada face a situações desconhecidas e possivelmente traumáticas, tais como os procedimentos a serem vivenciados face a uma intervenção cirúrgica, minimizando os danos no seu desenvolvimento

Como sugestão de desenvolvimento deste estudo fica a possibilidade de implementar outra estratégia para diminuir a ansiedade e o medo, como programas de preparação para a cirurgia orientados aos pais que ensinem estratégias de confronto para o medo e ansiedade parental pois as atitudes dos pais são determinantes na reação dos filhos, bem como a implementação de programas de preparação dirigidos e adequadas a todos os grupos etários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, l. (2003). *Psicológia pediátrica: perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, L. B. F., Farias, M. S., Teixeira, A. K. S., & Silva, L. D. F. (2020). Necessidades de Conforto de Transplantados Cardíacos. *Revista de Políticas Públicas*, *19*(1). Obtido de https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1322

Batuman, A., Gulec, E., Turktan, M., Gunes, Y., & Ozcengiz, D. (2016). Preoperative informational video reduces preoperative anxiety and postoperative negative behavioral changes in children. *Minerva Anestesiologica*, *82*(5), 534-542. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26474268

Bentes, M. C. G. (2018). *Preparação da criança e família para cirurgia: intervenção especializada de enfermagem no cuidado não traumático*. (Relatório de Estágio) Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27939/1/ Relat%C3% B3rio% 20Est%C3%A1gio_%20Marta%20Bentes.pdf

Brázio, P. R. N. (2014). *Ansiedade infantil em contexto cirúrgico: estudo experimental.* (Tese de doutoramento). Obtido de https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/864/1/DoutoramentoPedroBr%c3%a1zio.pdf

Broeering, C. V., Souza, C. D., Kaszubowski, F., & Crepaldi, M. A. (2018). Efeitos de preparações psicológicas sobre o estresse e a ansiedade de meninos e meninas. *Acta Colombiana de Psicologia*, *21*(1), 239-248. Obtido de https://www.redalyc.org/jatsRepo/798/79855072010/html/index.html#c1

Broering,C.V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações**.** *Paidéia 18*(39), 61-72. Obtido de https://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf

Broering,C.V., & Crepaldi, M. A. (2019). Preparação psicológica pré-cirúrgica: estresse e ansiedade em crianças submetidas a cirurgias eletivas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 27(1),1-10. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid= S0104-32692019000100001

Burns-Nader, S., & Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care, 45*(1), 1-21. DOI: 10.1080 / 02739615.2014.948161

Carvalho, J. P. G., Sguarezi, O. G. M., & Stuchi, L. F. (2018). Transtornos de ansiedade. Saúde & Conhecimento, *Jornal de Medicina Univag , 2* 23-26.

Chow, C. H. T., Lieshout, R. J. V., Schmidt, L. A., Dobson, K. G., & Buckley, N. (2015). Systematic Review: Audiovisual Interventions for Reducing Preoperative Anxiety in Children Undergoing Elective Surgery. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(2), 182–203. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv094

Copanitsanou, P., & Valkeapää, K. (2013). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *23*, 940 – 954.

Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley & L. Bellman. *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada.* Loures, Portugal: Lusociência.

Dionigi, A., Sangiorgi, D., & Flangini, R. (2014). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, *19*(3), 369-380. Obtido de https://doi.org/10.1177/1359105312471567

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba:Teoria do conforto (5ª ed.) In A. M. Alligood & M. R. Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 335- 375). Loures, Portugal: Lusociência.

Ekman, P. (2004). *Emotions revealed. Understanding faces and feelings*. Phonenix, London.

Ersig, A. L., Kleiber, C., Mccarthy, A. M., & Hanrahan, K. (2013). Validation of a clinically useful measure of children's state anxiety before medical procedures. *Revista para Especialistas em Enfermagem Pediátrica 18*(4), 311-319. Obtido de https://doi.org/10.1111/jspn.12042

Fernandes, S. C., Arriaga, P., & Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery: a randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health education research, 29*(6), 1058–1076. Obtido de https://doi.org/10.1093/her/cyu066

Fernandes, S., Arriaga, P., & Esteves, F. (2015). Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries. *Health communication, 30*(12), 1190–1200. Obtido de https://doi.org/10.1080/10410236.2014.896446

Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a 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:org/10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Franklin, Q., & Prows, C. (2018). Influências genéticas e de desenvolvimento na promoção de saúde da criança. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica.* (pp.38-56). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Freitas-Magalhães, A., & Batista, J. (2009). Escala de Percepção do Medo : Primeiro estudo de Construção e Validação na População Portuguesa. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, *6*, 428–438. Obtido de https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1291

Graeff, F. G., & Brandão, M. L. (1999). *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos.

Gullone, E. (2000). The developement normal fear: a centuryof research. *Clinical Psychology Review*, *20*(4), 429-451.

Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(2), 179–185.Obtido de https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.07.010

Instituto Nacional de Estatística, I.P, (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa, Portugal. Obtido de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/CPP2010%20(3).pdf

International Council of Nurses. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE® Versão 2*. Lisboa, Portugal: Ordem dos enfermeiros.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook Evolution*. *2*(49) 86-92.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.

Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. *31*(3), 187-194.

Ledoux, J. E. (2000). Emotions circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23* 155-184.Obtido de https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev. neuro. 23.1.155

Liguori, S., Stacchini, M., Ciofi, D., Olivini, N., Bisogni, S., & Festini, F. (2016). Effectiveness of an App for Reducing Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, *170*(8), 1-6. Obtido de https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0533

McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of advanced nursing*, *41*(1), 73–79. Obtido de https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02508.x

Mcmurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & Mcgrath, P. J. (2011). Medo das crianças durante a dor processual: investigação preliminar da escala de medo das crianças. Health Psychology, 30 (6), 780-788. https://doi.org/10.1037/a0024817

Merck, T., & Mcelfresh, P. (2014). Cuidados à criança centrados na família durante a doença e a hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica.* (pp.588 -606). Loures, Portugal: Lusociência.

Moro, E. T., & Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *54*(5), 728-738. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942004000500015&script=sci_arttext

Moura, L. A., Dias, I. M., & Pereira, L. V. (2016). Prevalence and factors associated with preoperative anxiety in children aged 5-12 years. *Revista latino-americana de enfermagem, 24* 1-7. Obtido de https://doi.org/10.1590/1518-8345.0723.2708

Murakami, R, & Campos C. J. G. (2011). Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermermagem 64*(2), 254-260.

Ordem dos Enfermeiros nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República nº 133 – II Série*. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diminuir o medo da cirurgia (pp.23-82) In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros. *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* Série I, 3(2) 23-82. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Guia Orientador de Boa Prática Série I, 8* 13-30. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Perry, J. N., Hooper, V. D., & Masiongale, J. (2012). Redução da ansiedade pré-operatória em pacientes de cirurgia pediátrica usando intervenções de ensino adequadas à idade. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 27 (2), 69–81*. doi: 10.1016 / j.jopan.2012.01.003

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.

Ramos, A. L., & Figueiredo, M. C. B. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Rodgers, C. (2014). Cuidado centrado na família de crianças na idade escolar e adolescentes In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica.* (pp.440 -454). Loures, Portugal: Lusociência.

Rodrigues, O. M. P. R., & Melchiori, L. E. (2014). Aspectos do desenvolvimento na idade escolar e na adolescência Obtido de http://acervodigital.unesp.br/handle/unesp/155338

Salmon, K. (2006). Commentary: Preparing young children for medical procedures: taking account of memory. Journal of Pediatric Psychology, 31(8) 859-861. Obtido de https://doi.org/10.1093/jpepsy/ jsj072

Sampaio, C., Silva, R., Comino, L., & Romano, R. (2014). Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. Revista Enfermagem UERJ, 22(2), 233-238. Obtido de https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13612/10417

Sampaio, F. M., Martins, A. M., & Oliveira, T. C. (2007). Medos normais de crianças em contexto hospitalar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 4* 254-261. Obtido de https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/451

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente.* (pp.1025-1060). Loures, Portugal: Lusociência.

Santos, T. (2014). Intervenções de enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem referência*, *3*, 149-155. Obtido de https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973014.pdf

Souza, L., Souza, M., Pinto, A., Cortez, E., Carmos, T., & Nascimento, R. (2010). The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients :a systematic review of literature. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental,* 2(2), 797-806.

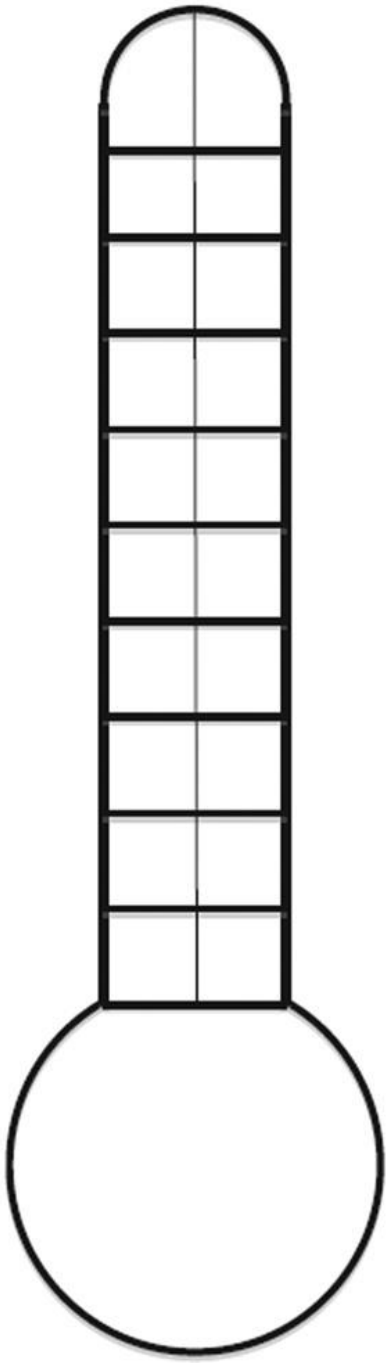
Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem 20*(2) 26-44. Obtido de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ArtigoMedosPensarenfermagem.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Children's Anxiety Meter-State

Color the thermometer up to where you **FEEL RIGHT NOW.**



VERY VERY NERVOUS OR WORRIED

CALM: NOT NERVOUS OR WORRIED

ANEXO II

Children's Fear Scale



APÊNDICES

APÊNDICE I

Formulário de caracterização da amostra

Este questionário surge no âmbito do desenvolvimento de um estudo de investigação **"Ansiedade e medo na criança em idade escolar: eficácia de um videograma**", integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Com este estudo pretende-se avaliar a eficácia de um videograma informativo na redução da ansiedade e medo das crianças submetidas a cirurgia de ambulatório.

Os dados recolhidos durante este estudo serão confidenciais e anónimos. A participação é voluntária.

Caracterização demográfica e clínica

1. Idade (anos) _____

2. Sexo: Mas.○ Fem.○

3. Ano de escolaridade _____

4. Tipo de cirurgia (não usar abreviaturas):_____

5. Já teve internamentos hospitalares anteriores: Sim○ Não ○

5.1. Se sim, quantos dias ____

6. Experiência de cirurgia anterior: Sim○ Não ○

7. Quem acompanha a criança na consulta de enfermagem_____

8. Habilitação académica de quem acompanha na consulta de enfermagem _____

9. Profissão de quem acompanha na consulta de enfermagem _____

10. Quem acompanha a criança no internamento_____

11. Habilitação académica de quem acompanha no internamento_____

12. Profissão de quem acompanha no internamento_____

Avaliação da ansiedade

6. Quantificação da ansiedade (o quanto está preocupada ou nervosa) na CAM-S (Medidor de Ansiedade Infantil-Estado) no dia da consulta de enfermagem_____

7. Quantificação da ansiedade (o quanto está preocupada ou nervosa) na CAM-S (Medidor de Ansiedade Infantil-Estado) no dia do internamento _____

Avaliação do medo

8. Quantificação do medo na CFS (Escala de medo da criança) no dia da consulta de enfermagem _____

9. Quantificação do medo na CFS (Escala de medo da criança) no dia do internamento ____

APÊNDICE II

Autorização do Diretor Clínico do Serviço

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Pediatria do
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Figueira da Foz, 12 de março de 2020

Isabel Maria Ruiva dos Santos, Enfermeira Graduada do serviço de Pediatria desta instituição com o nº mecanográfico 1225, endereço postal Rua da Cerâmica nº 28 2º Esq. B-Buarcos; 3080-867 Figueira da Foz, contacto telefónico 233402077, contacto pessoal 966744689 e endereço eletrónico isabel.s@sapo.pt, pretendo realizar uma Dissertação de Mestrado no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, venho solicitar a V. Exª autorização para a realização do estudo com o título **Ansiedade e medo na criança em idade escolar: eficácia de um videograma.**

Pretendo avaliar a eficácia de um videograma informativo na redução da ansiedade e medo das crianças submetidas a cirurgia de ambulatório.

Este estudo respeitará os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, será fornecida informação e pedido de consentimento por escrito aos pais das crianças. Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

Este estudo não acarreta qualquer tipo de custos adicionais para a instituição ou interferência nos cuidados.

Disponível para qualquer esclarecimento adicional e certa do bom acolhimento a este meu pedido, com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Isabel Maria Ruiva Santos

(Isabel Maria Ruiva Santos)

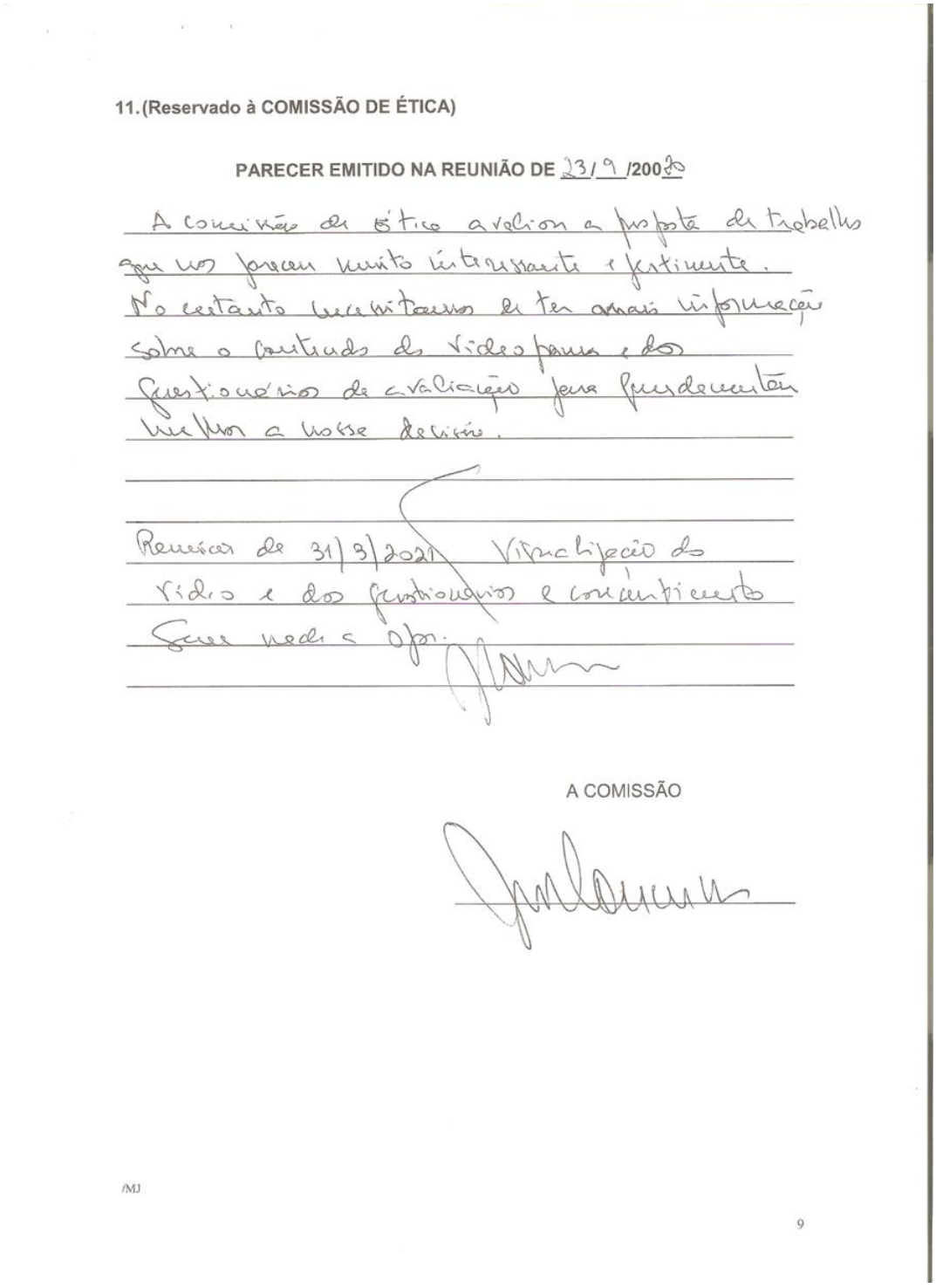
Dou o meu parecer favorável

O parecer favorável anteriormente emitido mantém-se/altera-se no contexto em que é efetuado.

12/3/2020

APÊNDICE III

Autorização da Comissão de Ética e do Presidente do Conselho de Administração



11. (Reservado à COMISSÃO DE ÉTICA)

PARECER EMITIDO NA REUNIÃO DE 23/9/2020

A comissão de ética avaliou a proposta de trabalho que nos pareceu muito interessante e pertinente. No entanto necessitamos de ter mais informação sobre o conteúdo do vídeo para e dos questionários de avaliação para fundamentar melhor a nossa decisão.

Reunião de 31/3/2021 Visualização do vídeo e dos questionários e consentimento Sem mais de momento.

A COMISSÃO

/MJ

9

APÊNDICE IV

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Controlo da dor na punção venosa em crianças: preferências e efetividade

Eu, abaixo-assinado _____,
na qualidade de representante legal de
_____

Fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a: identificar a estratégia de controlo da dor e local de punção preferido pela criança; descrever a relação entre a idade e o nível de medo com a escolha da estratégia de controlo da dor e local de punção; avaliar a eficácia analgésica das estratégias de controlo da dor; comparar a eficácia analgésica das estratégias de controlo da dor entre as crianças que escolheram e não escolheram a estratégia de controlo da dor e/ou local de punção.

Sei que neste estudo está prevista a utilização de diferentes anestésicos tópicos e duas intervenções não farmacológicas de alívio da dor (imaginação guiada e distração à escolha da criança) tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos. Sei que responderemos a um breve questionário que nos foi explicado.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por esse facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito a participação de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do participante no estudo

Assinatura ---------- Data [___/____/_____].

Nome do representante legal

Assinatura ---------- Data [___/____/_____].

Nome do Enfermeiro responsável

Assinatura ---------- Data [___/____/_____].