

Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica¹

Maria Aparecida Crepaldi

Universidade Federal de Santa Catarina

Irene Dranka Hackbarth

Universidade do Vale do Itajaí

Resumo

Este trabalho tem como objetivo investigar os sentimentos e os comportamentos que a criança hospitalizada apresenta nos momentos que antecedem uma intervenção cirúrgica. Os procedimentos cirúrgicos, embora tenham por finalidade promover o restabelecimento do paciente, adquirem caráter ameaçador, invasivo e agressivo. Uma cirurgia pode interferir no desenvolvimento psicológico da criança de forma definitiva. A pesquisa foi realizada em um hospital infantil, com 35 crianças entre 5 e 7 anos e, para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos consecutivos: história, desenho estruturado e entrevista sobre o desenho. Os resultados mostraram cinco agrupamentos temáticos: medo, culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe. Conclui-se que a cirurgia traz sentimentos muito negativos para a criança, além de produzir a intenção de fuga da situação. Há implicações práticas dos resultados para programas de intervenção que visam aliviar a ansiedade da criança, bem como proteger seu desenvolvimento, evitando as sequelas desta experiência.

Palavras-chave: cirurgia e psicologia, hospitalização na infância, psicologia do desenvolvimento.

Psychological aspects of the hospitalized children in the pre-surgery situation

Abstract

This paper investigates feelings and behaviors that are presented by the hospitalized child in the moments previous to a surgery. Although the surgical procedure has as objective the patient's recovery, it acquires a threatening, invasive, and aggressive character. A surgery can interfere with the psychological development of the child in a very definitive way. The research was held in an Infantile Hospital, with 35 children between 5 and 7 years of age, and used three consecutive instruments for data collection: history, structured drawing and interview about the drawing. The results showed five thematic clusters: fear, guilt, escapism, sadness and distrust towards the staff. It may be concluded that the surgery evokes negative feelings by the child, as well as intentions of escaping from that situation. These results have practical implications for intervention programs aimed at child anxiety relieve and his/her development a integrity preservation.

Key words: surgery and psychology, childhood hospitalization, development psychology.

1. Trabalho apresentado no Simpósio *Pesquisa psicológica em serviços hospitalares de assistência à saúde da criança em condições de risco e suas implicações práticas*, XXX Reunião Anual de Psicologia, Brasília – DF, outubro de 2000. Endereço para correspondência: M. A. Crepaldi. Rua Volny Martins, 115 casa 04, CEP 88037-245, Florianópolis – SC, fone: 2331568, fax: 3319984, e-mail: crepaldi@efh.ufsc.br.

O paciente pré-cirúrgico e a importância da preparação para a cirurgia

Todos os procedimentos cirúrgicos, embora existam com a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso, adquirem caráter ameaçador, agressivo e invasivo.

Segundo Sebastiani (1984), toda cirurgia, em maior ou menor grau, sempre é temida pelo paciente. "...O paciente tem medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado (...), sobretudo tem medo de morrer" (p. 33).

O autor refere-se, ainda, à cirurgia causadora de prejuízos físicos ou psicológicos, porque, mesmo sendo bem sucedida, uma intervenção cirúrgica pode deixar seqüelas, seja ela simples, como um corte na pele ou complexa, como a cirurgia de transplante de um órgão ou amputação de algum membro.

Qualquer tipo de intervenção "sempre será seguida por reações pessoais de perda (...). O que se perde em qualquer cirurgia é a integridade do corpo" (Sebastiani, 1984, p. 48).

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

Somando-se a esta condição, o paciente pode apresentar medo em sentir dor, medo da anestesia, da transformação que eventualmente pode acontecer ao corpo, além da presença de reações emocionais desencadeadas pelo contexto institucional.

Esses fatores são ainda mais significativos e complexos quando o paciente é uma criança. Elas temem a realidade concreta, como os instrumentos e

aparelhos cirúrgicos e todos os procedimentos que possam gerar sofrimento e dúvidas e contribuam para aumentar sua ansiedade. A intervenção psicológica, neste momento, torna-se muito promissora, uma vez que pode informar o paciente sobre sua doença e necessidade dos procedimentos a serem realizados, bem como permitir que o mesmo expresse seus sentimentos e inseguranças, fantasias e medos, intervindo como um mediador entre paciente, família e equipe de saúde nesta situação (Hackbarth, 2000).

A hospitalização em si já é vista pelas crianças como ameaçadora e causadora de ansiedade. Estudos que tratam do conceito que as crianças têm de doença, todos sedimentados na teoria do desenvolvimento de Piaget, mostram que, quanto menor é a criança, mais exposta estará a desenvolver ansiedade pois tem maior dificuldade de compreender o que significa estar doente e hospitalizada (Bibace e Walsh, 1980; King e Ziegler, 1981; Redpath e Rogers, 1984; Carson, Gravley e Council, 1992; Hansdottir e Malcarne, 1998).

O diagnóstico de uma doença na infância requer não apenas a determinação da natureza da doença mas também o acesso às expectativas, crenças e explicações sobre seus sintomas e significado (Bibace e Walsh, 1980; Crepaldi, 1999). Para estes autores, a doença costuma ser vista pela criança como punição à desobediência. Também para Kister e Patterson (1980), que pesquisaram a influência da noção de desobediência para explicar a doença e o contágio, baseados na teoria piagetiana, mostraram que as crianças com melhor compreensão do que se passa com elas têm menor tendência a utilizar a desobediência ao explicar o contágio.

Mesmo crianças com média de 7 anos e meio pensam que elas são responsáveis pela doença que podem ter (Hackbarth, 2000). Redpath e Rogers (1984) mostraram que, mesmo crianças pré-escolares saudáveis têm preconceitos com relação aos médicos, além de não saberem o que fazem as enfermeiras. Os escolares, por exemplo, embora saibam o que estes profissionais fazem, não podem dizer por que o fazem. Estes mesmos autores, estudando o conceito de cirurgia, verificaram que os escolares não sabiam o que era uma cirurgia, por que e como é feita e relataram que

era o mesmo que estar doente, um *checkup* ou "cochilo em que os médicos prendem você".

Carson e cols. (1992), em um estudo com crianças internadas para serem submetidas a cirurgias de adenóides e amígdalas, verificaram que há uma regressão mesmo em crianças mais velhas, em níveis muito altos de estresse, durante a hospitalização ou antes mesmo dela acontecer.

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

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

Visintainer e Wolfer (1975), por exemplo, mencionam que a preparação foi o procedimento mais eficaz para a redução do estresse, quando comparado a outros procedimentos, tais como a simples presença da mãe. Melamed e Siegel (1975) pesquisaram dois grupos de crianças entre 4 e 12 anos, hospitalizadas entre 2 e 3 dias para cirurgia; no primeiro grupo, as crianças foram preparadas com um filme que contava a história de um garoto hospitalizado para ser submetido à cirurgia, enquanto o grupo controle via um outro tipo de filme. Os autores verificaram que as crianças que viram o filme que as preparava para a cirurgia apresentaram menor ansiedade antes e após a cirurgia.

Brain e Maclay (1968) estudaram crianças menores de seis anos, também internadas para serem submetidas a uma cirurgia, com acompanhantes e sem

acompanhantes e verificaram que as crianças acompanhadas ajustaram-se melhor ao cotidiano do hospital, tiveram menos complicações no pós-cirúrgico e menos distúrbios no período pós-hospitalização.

Skipper e Leonard (1968) testaram a hipótese de que o estresse da criança pode ser indiretamente reduzido pelo trabalho que se pode fazer com as mães. Estudaram 80 crianças entre 3 e 9 anos a serem submetidas a amigdalectomia. Aquelas crianças cujas mães tiveram atenção especial e oportunidade de discutir seus temores no início da internação, mesmo que por alguns minutos durante a hospitalização, tiveram resultados mais positivos durante a cirurgia (menor pressão sanguínea) e no pós-operatório (temperatura média mais baixa, menos vômitos, aceitaram mais líquidos, voltaram mais rapidamente da anestesia e mostraram menos distúrbios emocionais depois do retorno ao lar).

Cohen, Bernard, Greco e McClellan (2002) indicaram que atenção e instruções mínimas que os pais recebem são importantes para ajudar a criança no enfrentamento das condições adversas no hospital.

Um outro estudo realizado por Araujo e Tubino (1996) mostrou que os pais avaliaram positivamente sua participação no procedimento de preparação para a cirurgia, alegando fatores como satisfazer sua curiosidade pessoal, observar diretamente a assistência prestada e tornar-se mais tranquilos.

Estes estudos mostram que os efeitos da hospitalização para a realização de uma cirurgia podem ser atenuados por procedimentos simples, que incluem estratégias de preparação da criança antes de sua consecução, o que deve incluir participação e orientação dos pais.

Campos (1995) revela que o trabalho do psicólogo seria de grande valia no sentido de aliviar o sofrimento dos pacientes e diminuir as consequências traumáticas que a hospitalização e a cirurgia venham causar, dando assistência e apoio também à família, equipe médica e outros funcionários do hospital, que, de maneira direta ou indireta, estão em contato com o paciente e possam facilitar seu bem-estar através de um trabalho mais humanizado.

"Assim, o paciente sentindo-se compreendido, percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico, como nas implicações emocionais, consentindo-se de que é real e das fantasias" (Campos, 1995, p. 79).

Em se tratando de crianças, as implicações emocionais e comportamentais podem ser incrementadas pela crença, da equipe, na idéia de que a criança não tem capacidade para compreender o que está ocorrendo com ela e o que significa ser submetida a um procedimento cirúrgico.

Assim, o objetivo do presente trabalho é investigar quais os sentimentos que a criança tem antes da cirurgia, no que se refere ao que vai ocorrer a ela e que comportamentos apresenta nesta situação.

O papel da técnica do desenho na investigação

Tendo em vista que o desenho e as histórias são uma linguagem universal apreciados pelas crianças e que independem da idade, gênero, classe social ou nível cognitivo, optou-se em utilizá-los como instrumento para a coleta de dados desta pesquisa.

Oaklander (1980), Stevens (1988) e Trinca (1987) consideram o desenho como um instrumento que permite a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança. Através do desenho, a criança pode representar o mundo no qual vive e o contexto em que se encontra num momento dado, ou ainda, algo que deseja investigar. Pode expressar também sentimentos tais como medos e angústias, além de atitudes e fantasias. São uma forma privilegiada de comunicação da criança tendo em vista que "melhor do que a fala, os desenhos podem expressar sutilezas do intelecto e afetividade, que

estão além do poder ou liberdade de expressão verbal" (Di Leo, 2000, p.13).

Arfovilloux (1976) considera o uso dos desenhos como um meio de investigação das dificuldades que a criança tem em comunicar-se verbalmente e pode-se compará-lo, no que se refere a ser um meio de expressão, massa de modelar, marionetes e brinquedos.

Segundo Françaço (2001), o desenho é um importante veículo de projeção da personalidade, possibilitando ao sujeito a expressão de aspectos para ele desconhecidos ou não quer ou, ainda, não pode revelar.

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

Método

Participantes

Foram participantes da pesquisa 35 crianças, sendo 13 do sexo masculino e 22 do feminino cuja faixa etária era entre 5-7 anos, internadas em um hospital infantil para realização de cirurgia eletiva de pequeno porte. As intervenções cirúrgicas² foram as seguintes: retirada de hérnias inguinais e umbilicais (45%), amidalectomias (23%), debridamento (17%), uretrotomia (6%), retirada de cálculo renal (3%), extirpação do apêndice ileocecal e amputação do 6º dedo da mão por polidactilia (3%).

2. Hérnia – profusão de estrutura orgânica envolta em tecido cutâneo e muscular instalada na cavidade corporal. Amidalectomia – cirurgia para extirpação de amígdalas. Debridamento – remoção, em lesão traumática ou outra natureza, de corpo estranho ou tecido desvitalizado. Inclui correção de fraturas. Uretrotomia – correção de anomalias do canal uretral. Apêndice – saliência do ceco (intestino grosso), com a forma de dedo de luva. Polidactilia – anomalia de desenvolvimento que consiste em ter o indivíduo número de dedos maior que o normal.

A maioria das crianças (83%) foi acompanhada de um familiar e, em 95% dos casos, tratava-se da primeira experiência de hospitalização da criança.

A instituição hospitalar

A instituição em que a pesquisa foi realizada é um hospital destinado ao atendimento de crianças e a clientela é usuária do SUS, em sua maioria. O hospital admite crianças com quadros clínicos diversos, desde que não apresentem casos mais graves, os quais, então, são encaminhados para os hospitais próximos da região. O hospital permite a presença de um acompanhante que pernoite em cadeiras reclináveis.

Além de profissionais do quadro permanente, o hospital conta com estagiários de psicologia, enfermagem e medicina. O estágio em psicologia não inclui a clínica cirúrgica, portanto os participantes não receberam qualquer tipo de atendimento psicológico prévio ou posterior à intervenção cirúrgica.

Procedimento

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos consecutivos: história, desenho e entrevista sobre o desenho. Os dados foram coletados em duas etapas distintas, relatadas a seguir.

Primeira etapa

Nesta foram realizadas observações participantes de campo para a familiarização do pesquisador com a Instituição e para conhecer a realidade das crianças que comporiam a amostra. Esta etapa teve a duração de duas semanas e as observações eram realizadas por um período de cinco a seis horas diárias. Esta técnica prevê que o pesquisador observe durante um determinado intervalo de tempo e, em seguida, registre o conteúdo observado em diário de campo.

O principal objetivo das observações foi conhecer as rotinas hospitalares, manter um contato com crianças, familiares e equipe de saúde. Estas serviram também como amostragem de eventos, para

que se pudesse escolher em que momento realizar a investigação propriamente dita.

Esta técnica foi escolhida por possibilitar que se apreendesse a realidade de modo direto, em sua complexidade. Possibilitou, assim, abrir novos caminhos para a compreensão, através de experiências que lhe dão um conhecimento direto das pressões e reações mais sutis a que estão expostos os participantes (Dessen e Borges, 1998).

Segunda etapa

Teve duração de trinta dias consecutivos, durante seis horas diárias, das oito às onze e das quinze às dezoito. Foi constituída de uma situação estruturada e compreendeu os quatro momentos seguintes:

- a. **Rapport:** trata-se de uma interação prévia com as crianças para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pesquisadora. Esta situação servia também para a escolha das crianças que participariam da pesquisa. As crianças foram contatadas individualmente e convidadas a participar do trabalho que seria feito em grupo, à medida que eram admitidas no hospital. Como a internação durava no máximo três dias, a criança era recrutada no dia anterior à intervenção cirúrgica.
- b. **História contada:** após o estabelecimento do *rapport*, as crianças foram agrupadas de acordo com sua chegada ao hospital, respeitando-se a faixa etária (5 a 7 anos). O número de participantes nos grupos variou segundo o número de crianças internadas para realização de cirurgias em cada dia. Ao final da coleta de dados, os grupos tinham entre 5 e 3 crianças.

Uma vez formado o grupo, solicitava-se às crianças sua participação e colaboração, dando a seguinte instrução: *"Eu vou contar pra vocês uma história que se chama O elefante no hospital. Prestem bastante atenção na história porque depois vou pedir a vocês para desenharem a história do elefante, mas, antes, prestem muita atenção para*

gravar bem a história". Após a instrução, era contada a história apresentada a seguir.

O elefantinho no hospital

"Era uma vez um elefantinho que vivia feliz na sua floresta. Ele gostava muito de brincar com seus amiguinhos. Um dia, ele começou a queixar-se de algumas dores. Sua mãe o levou ao médico e, para surpresa do elefantinho, o médico disse que para ele ficar bom e não sentir mais aquelas dores, precisava fazer uma cirurgia.

Sendo assim, sua mãe o levou até um hospital e o internou. Neste local havia muitos outros elefantinhos, uns que já haviam passado por uma cirurgia, outros ainda por fazer. Uns com o mesmo problema que o dele e outros com problemas diferentes".

Esta história foi inventada por uma das pesquisadoras, tendo em vista sua experiência com crianças hospitalizadas.

- c. **Desenho:** nesta etapa, foram distribuídas folhas de papel-ofício branco a cada participante do grupo e depositados sobre a mesa canetas, lápis de cor, giz de cera, canetas coloridas e lápis. Em seguida, foi solicitado que desenhassem, individualmente, a história contada sobre o elefantinho que se encontrava internado no hospital, com a seguinte instrução: *"Agora que vocês ouviram a história do elefantinho que precisava fazer uma cirurgia, eu queria que vocês desenhassem a história do elefantinho, cada um deve fazer seu desenho sem copiar o do outro"*.

- d. **Entrevista sobre o desenho:** o quarto e último momento da segunda etapa referiu-se aos comentários feitos pelas crianças sobre o desenho. A pesquisadora perguntava sobre o que a criança tinha desenhado, acrescentando, quando necessário, perguntas simples para esclarecer os comentários da criança. Isto era feito individualmente, logo após terem terminado o desenho.

Este momento teve como objetivo a obtenção de relatos verbais, os quais possibilitaram analisar os conteúdos expressados através do desenho. Foi

também o momento em que as crianças puderam, de certa forma, falar e refletir sobre sua própria criação e seus sentimentos em relação a fantasias relacionadas ao contexto hospitalar, bem como ao processo pelo qual estavam passando naquele momento que antecedia a cirurgia. Os relatos foram registrados de forma manual e cursiva.

Oaklander (1980) cita que costuma trabalhar com as crianças de modo a incentivá-las a interpretar seus desenhos, modelo este que serviu de base para o procedimento de coleta dos dados deste trabalho.

Resultados

A partir dos dados coletados, realizou-se uma análise de cunho quantitativo e qualitativo dos desenhos e relatos obtidos. Como princípio teórico norteador para a análise dos desenhos, utilizou-se a abordagem gestáltica de Oaklander (1980), que afirma que o desenho faz parte do mundo interno da criança e dele emerge muito material a respeito do lugar que esta ocupa no mundo e como enfrenta as forças externas. Além da autora referida acima, utilizou-se o procedimento de categorização temática dos relatos verbais sobre o desenho (Bardin, 1995). No presente artigo, apresentar-se-ão os resultados referentes à análise temática dos relatos verbais. Esta categorização, embora tenha tomado como referente fundamental o relato verbal, utilizou-se também de características do desenho tais como forma, traçado, escolha e uso das cores, conforme propõem Fávoro e Salim (1995), como elementos que pudessem complementar a análise das verbalizações. Os desenhos foram muito ricos e, em sua maioria, retrataram as situações temidas, com bastante clareza, além de retratarem também o tipo de cirurgia a que as crianças seriam submetidas. Pode-se citar os seguintes casos para exemplificar:

M., cinco anos – cirurgia para debridamento – A criança desenhou o elefantinho preso em uma jaula, utilizando cores fracas e traços finos e disse: *"o elefantinho vai ficar escondido, senão eles vão cortar o dedinho dele e o pé vai cair e ele não vai mais poder brincar com seus amiguinhos"*.

C., 6 anos – cirurgia para retirada de cálculo renal – A criança desenhou o elefantino dentro de um cercado, também fechado com cadeado e tinha um ferimento grande de cor vermelha forte na região genital. Disse: *“o elefantino não sabe o que vão fazer com ele, por isso está assustado”*.

Assim sendo, o desenho, por si só, como um todo, já retratava o que a criança queria expressar.

Categorias de análise

A partir da análise dos relatos sobre os desenhos e dos desenhos, foram elaboradas cinco categorias que organizaram as temáticas, cujas definições encontram-se a seguir:

1. **Medo:** categoria que inclui respostas às situações consideradas como ameaçadoras. Pode traduzir-se em idéias e pensamentos ocultos, tomados por uma sensação de terror que a criança pode desenhar ou verbalizar. Pode traduzir receios de uma situação real (medo do sofrimento advindo de procedimentos realizados no contexto hospitalar), envolver alguma experiência vivida (medo de perder a possibilidade de subir em árvores), ou ainda, outras sensações vagas de medo, como aqueles advindos de fantasias (medo de ser amarrado na cama).

Deve-se considerar que os medos supostamente imaginários, podem ter uma base concreta. Pode-se citar o medo de ser amarrado na cama, pois, mesmo que as crianças desta pesquisa não tenham sido submetidas a este procedimento, sabe-se que os hospitais, muitas vezes, utilizam-no para conter a criança.

No caso das crianças que se submetem a uma cirurgia, o medo é iminente e pode ser considerado significativo, pois é um procedimento que sempre traz riscos. Ex.: R., 7 anos – cirurgia para correção de fratura – *“O elefante está chorando de medo, porque sabe que vai sentir dor quando o médico abrir a perna dele”*. Esta criança desenhou o elefante com lágrimas, com um ferimento em vermelho vivo na perna, sangrando e uma injeção ao lado direito do desenho.

2. **Culpa:** pode-se considerar como culpa o sentimento que as crianças apresentam quando julgam terem-se comportado de forma inadequada. A doença é vista como castigo, punição. Compreende conteúdos que denotam que as crianças apresentaram comportamentos anteriores à internação que desagradaram, de certa forma, a seus pais, tais como andar na chuva, o que se pode depreender do relato a seguir: *“o elefantino ficou doente porque brincou na chuva”*. Esta criança desenhou nuvens negras com chuva abundante e raios.
3. **Fuga:** diz respeito a comportamentos que as crianças emitem para livrar-se da situação que provoca ansiedade. Para isso, agem de várias maneiras como por exemplo: escondendo-se, fugindo do hospital, não colaborando com o médico, praticando uma auto-agressão, como *“afogar-se no mar”* ou agressão ao outro, *“pisar na enfermeira”*. Esta agressividade é entendida como uma maneira que a criança encontra para expressar seu descontentamento, seja em relação ao ambiente insípito no qual se encontra ou para defender-se dos sentimentos de insegurança e medo que a colocam em situação de risco constante. Ex.: A., 6 anos, amidalectomia – *“o elefantino não vai abrir a boca”*. Desenhou uma cabeça grande com olhos também grandes e dentes cerrados.
4. **Tristeza:** esta categoria agrupa respostas que denotam um descontentamento da criança por imaginar que não poderá desempenhar suas atividades de rotina, como brincar, fazer os deveres da escola e ter dado preocupação aos familiares. Ex.: K., 5 anos, cirurgia para debridamento na mão – *“o elefantino nunca mais vai poder usar sua mão direita e vai escrever sempre feio”*. A criança desenhou muitos rabiscos fortes e em tons de rosa, azul e lilás.
5. **Desconfiança na equipe:** agrupa respostas que denotam falta de confiança na equipe relativa aos procedimentos e tratamento. Ex.: A., 7 anos, uretroplastia – *“Ficar no hospital é muito ruim*

porque elas (enfermeiras) enfiaram aquele remédio muito rápido na gente". Desenhava o elefante no circo, dizendo que não podia internar-se por ter de trabalhar no circo, para ajudar mãe e irmãos.

Análise dos dados

A Tabela 1, a seguir, apresenta frequência e porcentagem de ocorrência de respostas nas diferentes categorias, considerando o total de respostas dadas referentes às categorias e não total de participantes.

Tabela 1. Frequência e porcentagem de ocorrência de respostas em cada categoria.

Categoria	F	%
Medo	32	59,25
Fuga	11	20,37
Culpa	06	11,11
Tristeza	03	5,55
Desconfiança	02	3,70
Total	54	100

De acordo com os resultados da Tabela 1, constata-se que o medo é a resposta mais frequente, seguida pela culpa, ou seja, as crianças sentem-se culpadas por estarem doentes. Aparece, também, a necessidade de fuga da situação ansiogênica. Numa porcentagem menor, aparecem respostas que denotam tristeza, que resulta da privação da liberdade da criança, demonstrando que esta se sente presa no hospital. Uma porcentagem muito pequena de respostas mostra que as crianças parecem não confiar na equipe como pessoas que poderiam protegê-las no hospital, pois fazem coisas ruins.

Nas Figuras de 1 a 5, apresentadas a seguir, pode-se visualizar uma análise mais detalhada do conteúdo das respostas agrupadas em cada uma das categorias, ou seja, subcategorias que compõem cada uma delas.

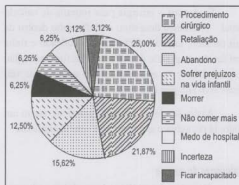


Figura 1. Porcentagem de ocorrência de subcategorias relativas à categoria Medo.

Conforme os dados da Figura 1, 25% das respostas referem-se ao medo de procedimentos cirúrgicos, os quais podem ser reais, tais como tomar injeção e ser submetido ao procedimento cirúrgico, dentre outros. Esses medos também podem ser imaginários, como por acreditar que vai ser amarrado à mesa de cirurgia. Outros 21,87% temem a mutilação (retaliação) após a cirurgia como, por exemplo, perder a perna ou ter a barriga cortada e vir a morrer, como nos relatos que se seguem.

A, 7 anos – cirurgia de hérnia inguinal – “Ele (o elefantinho) tinha medo de que o monstro cortasse sua barriga e deixasse-o morrer”.

R., 7 anos, uretroplastia – “O elefantinho tem medo de que eles o amarem na cama para cortar as bolinhas (testículos) e ele nunca mais vai andar”.

O abandono aparece em 15,62% e as respostas referem-se ao medo de ficar sozinho ou esquecido no hospital.

Sofrer prejuízos na vida infantil, ou seja, não poder mais brincar, subir em árvores ou voltar para casa, aparece numa porcentagem de 12,5%. Outros tipos de medo como o de morrer durante a cirurgia, não poder mais comer e o medo de ficar no hospital aparecem em 6,25%. Em porcentagens iguais (3,12%), aparece o medo relativo à incerteza sobre os procedimentos cirúrgicos e o de ficar incapacitado, como, por exemplo, não voltar mais a andar e falar.

No relato a seguir, tem-se um exemplo da subcategoria Incerteza.

R., 6 anos, cirurgia para retirada de cálculo renal – “O elefantino não sabe o que vão fazer com ele por isso está assustado”.

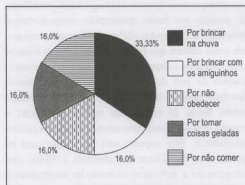


Figura 2. Porcentagem de ocorrência das subcategorias referentes à categoria Culpa.

Observa-se que 33,33% das respostas referem-se à culpa que a criança sente por ter brincado na chuva. As crianças julgam ter cometido algo errado e, por isso, recebem como castigo a doença, o que a criança atribui, ainda, ao fato de ter ingerido alimentos gelados, por brigar com os amiguinhos, por desobedecer aos pais ou por não se alimentar adequadamente (16% cada subcategoria).

Como exemplo, tem-se o seguinte relato:

C., 6 anos – amigdalectomia – “Ele (o elefantino) ficou doente porque brigava muito com seus amiguinhos”.

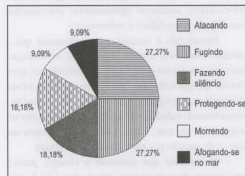


Figura 3. Porcentagem de ocorrência das subcategorias referentes à categoria Fuga.

Os resultados da Figura 3 mostram que as crianças apresentam comportamentos de fuga agindo de várias maneiras. Sendo assim, percebe-se que 27,27% das respostas referem-se à agressão à família ou equipe que a acompanha ou ainda agredindo a si mesmo. Na mesma porcentagem (27,27%) preferem fugir do hospital, da equipe médica ou esconder-se dos profissionais. Numa porcentagem menor (18,18%) manifestam o comportamento de fuga ao evitar a entrada no hospital, fechando as janelas, agarrando-se à mãe a fim de que esta a proteja de toda situação que envolve hospitalização e cirurgia. Outros preferem fugir da situação morrendo (9,9%) ou afogando-se no mar (9,9%).

No relato a seguir, a criança manifesta necessidade de atacar para defender-se de uma conduta temida.

F., 6 anos – hérnia umbilical – “O elefantino tem medo que a moça faça injeção grande na barriga dele. Quando ela vier com a injeção, ele vai derrubar a moça no chão e pisar nela”.

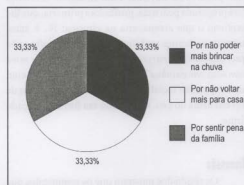


Figura 4. Porcentagem de ocorrência das subcategorias referentes à categoria Tristeza.

Constata-se uma porcentagem idêntica (33,33%) para as subcategorias que compõem a categoria tristeza. As crianças ficam tristes porque imaginam que, após a cirurgia, não mais poderão praticar suas atividades rotineiras, como por exemplo: não poder mais brincar na chuva, não voltar mais para casa e outras ficam tristes por causa da preocupação que sua doença traz aos familiares.

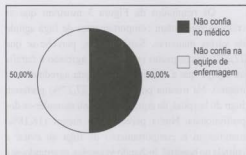


Figura 5. Porcentagem de ocorrência das subcategorias referentes à categoria Desconfiança.

As respostas relativas à categoria Desconfiança mostram que as crianças não confiam no médico (50%) porque este não as protege e tampouco na equipe de enfermagem (50%), já que acreditam que estes profissionais não explicam sobre os procedimentos realizados, mentindo para as crianças.

A análise dos dados revelou uma única criança que falou e representou em seu desenho uma forma mais positiva de enfrentar o ato cirúrgico. A criança fora preparada pela mãe, professora primária, que lhe explicou o que aconteceria na cirurgia: R., 6 anos, cirurgia de hérnia umbilical – *“O elefantinho sabe que, depois da cirurgia, vai poder brincar de novo com seus amiguinhos”*. Desenhou um grande sol com uma expressão facial alegre e bem colorida, além de nuvens azuis no céu. O colorido era forte e o traçado firme.

Discussão

Os resultados mostram que os sentimentos que as crianças desta pesquisa experimentaram, por ocasião da hospitalização para a cirurgia, são em geral negativos. O sentimento de medo manifestou-se em quase todos os desenhos e nas falas, o que confirma os resultados de pesquisas que relatam as experiências negativas das crianças durante a hospitalização, apresentados por Bibace e Walsh (1980), King e Ziegler (1981), Redpath e Rogers (1984), Carson e cols. (1992) e Hansdotir e Malcarne (1998), que mostraram em seus estudos que quanto menores são as

crianças maior é a probabilidade de manifestação de ansiedade e medo.

Outro aspecto relevante dos resultados é o fato das crianças considerarem a cirurgia como uma forma de punição por terem apresentado comportamentos indevidos, aos olhos dos adultos. Sabe-se que é comum, em nossa cultura, que os adultos ameacem as crianças com injeções e hospitalizações caso não comam, andem de pés descalços, brinquem na chuva, desobedeçam ou briguem com os amigos. Assim sendo, diante da necessidade real de internação, a criança vê concretizada uma ameaça feita pelos pais ou educadores. Este aspecto está de acordo com os resultados de Kister e Patterson (1980), que pesquisaram a influência da noção de desobediência para explicar a doença e contágio, mostrando que as crianças com melhor compreensão do que se passa com elas têm menor tendência a utilizar a desobediência como razão para o contágio de doenças. Assim, as crianças informadas poderiam sofrer menos pela ameaça de abandono, perdas, retaliação e morte, aspectos encontrados nos resultados da presente investigação. As consequências relativas à perda de regalias na vida cotidiana de crianças, mostradas neste estudo, também foram um fator encontrado no estudo de Ribeiro e cols. (2002) com outras crianças brasileiras.

Constatou-se ainda, que as crianças pesquisadas viam a equipe de saúde como distante, não se sentindo acolhidas pelos profissionais de saúde, como na pesquisa de Redpath e Rogers (1984), cujas crianças pré-escolares saudáveis apresentaram preconceitos com relação aos médicos e enfermeiras.

Percebendo a cirurgia e procedimentos que a cercam como um evento agressivo, as crianças procuram comportar-se de forma a se defenderem, quer através da agressão aos profissionais, procurando alternativas mágicas para fugir da situação, permanecendo caladas quer agredindo-se ao morrer ou afogando-se no mar, o que, sem dúvida, deveria ser motivo de atenção por parte da equipe de saúde.

O contexto que antecede a cirurgia parece estar permeado pela tristeza, diante da idéia de que trará consequências desastrosas para a vida da

criança. Sem contar que traz uma espera ansiosa, pois, como revela Sebastiani (1984), está permeado por dúvidas, exames e demais procedimentos preparatórios, que costumam ser hostis.

Como se viu neste estudo, as crianças podiam ter o acompanhamento de um dos membros da família, a maioria teve um familiar acompanhante, mas, para algumas crianças, este acompanhamento não aconteceu ou porque os pais não puderam permanecer ou por se tratar de crianças pertencentes a um orfanato, em alguns casos. O que se observou em ambas situações foi um forte sentimento de abandono, acrescido ao medo. Parece ter contribuído para as manifestações de medo, falta de informações para a criança, tanto da parte da equipe, como dos pais, mesmo quando estes estavam presentes, bem como sobre as razões da hospitalização, cirurgia e informações sobre os procedimentos relativos à intervenção.

Quando uma criança adoece, geralmente se sente fragilizada e temerosa, necessitando de cuidados especiais, proteção, carinho e confiança. Quando os pais estão presentes e atendem as necessidades da criança, estes sintomas podem ser amenizados, mesmo que a equipe de saúde não estabeleça com ela uma interação satisfatória, como mostram os resultados de Skipper e Leonard (1968) e Crepaldi (1999). Quando, porém, os pais estão ausentes ou por algum motivo não podem atender a criança, é imprescindível que a equipe de saúde possa fazê-lo, sob pena de aparecerem reações de não aceitação de sua condição e revolta.

No presente estudo, a presença de acompanhantes parece não ter garantido o alívio do estresse das crianças e, embora esta variável não tenha sido investigada, sabe-se que os pais também não receberam qualquer tipo de instrução especial. Estudos mais acurados têm que ser feitos nesta direção.

É importante salientar, ainda, como mostraram Cohen e cols. (2002) que os pais geralmente sentem-se ansiosos durante os procedimentos dolorosos aos quais suas crianças estão submetidas e isto interfere em sua possibilidade de acolher o filho, o que pode ter acontecido com os pais das crianças aqui estudadas.

Além destes autores, Skipper e Leonard (1968) indicaram que atenção e instruções mínimas que os pais recebem resultam como fundamentais para ajudar a criança a enfrentar a situação.

Assim, a parceria entre pais e equipe tem-se mostrado muito eficaz nos cuidados à criança, além de beneficiar os pais, enquanto categoria de pessoas que atende a criança e enquanto segmento que necessita de atenção (Crepaldi, 1999).

Considerações finais

As implicações práticas dos resultados desta pesquisa dizem respeito à importância da preparação da criança para as diferentes etapas do procedimento cirúrgico, que vão desde a decisão de se fazer a cirurgia até os resultados obtidos a partir de sua realização. Visintainer e Wolfer (1975) e Melamed e Siegel (1975) mencionam que a preparação foi o procedimento mais eficaz para a redução do estresse, quando comparado a outros procedimentos como a simples presença da mãe.

A criança poderá acompanhar o que se passa com ela, desde que a equipe de saúde esteja preparada para informá-la de forma clara e inteligível, considerando, evidentemente, a faixa etária à qual pertence. A criança, uma vez preparada, poderá tranquilizar-se e até mesmo tornar-se colaboradora, convencendo-se da necessidade da cirurgia, dos benefícios que esta lhe trará, mesmo que lhe deixe marcas, como mostram Salmon e Pereira (2002).

As crianças pesquisadas não tiveram acompanhamento psicológico mas o papel do psicólogo, neste contexto, torna-se fundamental, à medida que é um especialista em desenvolvimento humano e poderá criar metodologias de trabalho que visem proteger o desenvolvimento da criança, evitando sequelas emocionais futuras, ainda que a permanência da criança no hospital seja breve e a cirurgia simples. A intervenção do psicólogo poderá dar-se junto à criança, planejando estratégias de intervenção, o que pode ser feito via intervenção grupal e/ou individual, além de preparar a família e informar a equipe, orientando sobre a necessidade de acolher e informar a criança, a

fim de que se minimizem os sentimentos negativos e a criança se sinta protegida, ou seja, acionando mecanismos de proteção para seu desenvolvimento.

É importante lembrar aos que planejam os ambientes hospitalares que, segundo Zannon (1991), nas diversas atividades de cuidado destinadas às crianças institucionalizadas, é importante reconhecer necessidades comuns ao grupo, mas fundamental também poder "personalizar a atenção na assistência comportamental" (p. 121). Isto transposto à situação de cirurgia, quer dizer que o planejamento de estratégias de preparação deverá levar em conta peculiaridades de cada criança, sua condição de saúde, experiência, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, T. C. C. F. e Tubino, P. J. G. (1996). Efeitos da participação parental em rotina de Centro Cirúrgico para adaptação psicológica do paciente pediátrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 369-382.
- Arfovilloux, J. C. (1976). *A entrevista com a criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Paris: PUF.
- Bibace, R. e Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.
- Brain, D. J. e Maclay, I. (1968). Controlled study of mothers and children in hospital. *British Medical Journal*, 1, 278-280.
- Campos, T. C. (1995). *Psicologia hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Carson, D. K.; Gravley, J. E. e Council, J. R. (1992). Children's prehospitalization conceptions of illness, cognitive development, and personal adjustment. *Child Healthy Care*, 21, 103-109.
- Cohen, L. L.; Bernard, R. S.; Greco, L. A. e McClellan, C. B. (2002). A child-focused intervention for coping with procedural pain: Are parent and nurse coaches necessary? *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 749-757.
- Crepaldi, M. A. (1999). *Hospitalização na infância: Representações sociais da família sobre a criança e a hospitalização de seus filhos*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Dessen, M. A. C. e Borges, L. M. (1998). Estratégias de observação do comportamento em Psicologia do desenvolvimento. Em G. Romanelli e Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp 31-50). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Di Leo, J. A. (2000). *Interpretação do desenho infantil*. Porto Alegre: ArtMed.
- Fávero, M. H. e Salim, C. M. R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11, 181-191.
- Françoso, L. P. C. (2001). Assistência psicológica à criança com câncer – os grupos de apoio. Em E. M. R. do Valle (Org.), *Psico-oncologia pediátrica* (pp.77-127). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hackbarth, I. D. (2000). *Fantasia de crianças frente à cirurgia*. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- Hansdottrir, I. e Malmcarne, V. L. (1998). Concepts of illness in iceland children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 187-195.
- King, J. e Ziegler, S. (1981). The effects of hospitalization on children's behavior: A review of the literature. *Children Health Care*, 10, 20-28.
- Kister, M. C. e Patterson, C. J. (1980). Children's conceptions of the causes of illness: Understanding of contagion and use of immanent justice. *Child Development*, 51, 839-846.
- Melamed, B. e Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modelling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Oaklander, V. (1980). *Descobrendo crianças: Abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus.
- Redpath, C. C. e Rogers, C. S. (1984). Healthy young children's concepts of hospitals, medical personnel, operations, and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 29-40.

- Ribeiro, R. M.; Tavano, L. D. e Neme, C. M. B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia*, 19, 67-75.
- Salmon, K. e Pereira, J. K. (2002). Predicting children's response to an invasive medical investigation: The influence of effortful control and parent behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 227-233.
- Sebastiani, R. W. (1984). Atendimento psicológico à ortopedia. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia hospitalar: A atuação do psicólogo no contexto hospitalar* (pp. 58-67). São Paulo: Traço.
- Skipper, J. K. e Leonard, R. C. (1968). Children, stress, and hospitalization: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 99, 274-287.
- Stevens, J. O. (1988). *Tornar-se presente: Experimento de crescimento em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Trinca, W. (1987). *Investigação clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo da apercepção temática*. São Paulo: EPU.
- Visintainer, M. A e Wolfer, J. A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parents' stress responses and adjustment. *Pediatrics*, 56, 187-202.
- Zannon, C. M. L. C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7, 119-136.

Recebido em: 27/10/00

Aceito em: 08/12/03