

Perfil psicológico de crianças submetidas a adenoidectomia e/ou amigdalectomia no pré e pós-operatório

Pre and postoperative psychological profile of children submitted to adenoidectomy and/or tonsillectomy

Ilana Fukuchi¹, Meyre Maria Marques Morato², Rubens Ernani Cozeto Rodrigues³, Giovana Moretti⁴, Márcio Falcão Simone Júnior⁵, Priscila Bogar Rapoport⁶, Melissa Fukuchi⁷

Palavras-chave: assistência pré-operatória, psicologia, tonsilectomias, crianças.
Key words: preoperative teaching, psychology, tonsillectomies, children.

Resumo / Summary

A adenoidectomia e/ou amigdalectomia são os procedimentos cirúrgicos mais realizados na Otorrinolaringologia. Traumas psicológicos infantis podem ser decorrentes das cirurgias ou da anestesia. **Objetivo:** Avaliar a assistência pré-operatória dada aos pacientes pelo perfil psicológico das crianças e de seus responsáveis, no pré e pós-operatório. **Tipo de Estudo:** Clínico retrospectivo. **Material e Método:** Realizou-se um levantamento dos prontuários dos pacientes (entre 2 e 12 anos) submetidos à adenoidectomia e/ou amigdalectomia de fevereiro a dezembro de 2003 e analisado o Protocolo de Assistência Psicológica Breve aplicado a esses pacientes e responsáveis. **Resultado:** Do total de 78 pacientes, 32 (41,0%) se encontravam na faixa etária pré-escolar e 46 (59,0%) em idade escolar. O sentimento predominante na idade pré-escolar foi o medo (59,4%), enquanto na escolar e de seus familiares foi a confiança: 63,0% e 48,72%, respectivamente. Quanto à expectativa do resultado cirúrgico tanto as crianças (73,08%) quanto seus familiares (96,15%) demonstraram otimismo. O temperamento emocional introvertido foi observado na maioria das crianças (52,56%) e dos acompanhantes (51,28%). A reação emocional delas e dos acompanhantes foi de tranquilidade: 68,18% e 97,73%, respectivamente, no pós-operatório imediato. Todas as crianças encontraram-se, num parecer psicológico final, sem contra-indicações para a cirurgia. **Conclusão:** Independente do sentimento predominante ou do temperamento emocional, uma assistência pré-operatória faz-se necessária. Devemos ter um programa educacional contendo uma descrição verbal do procedimento juntamente com as sensações a serem experimentadas, associadas à interação dos pais com as crianças, visando diminuir o nível de ansiedade, a resposta ao estresse cirúrgico e possíveis seqüelas pós-operatórias.

A adenoidectomy and/or tonsillectomy are the most frequent surgeries in otorhinolaryngology. Infantile psychological trauma may be caused by surgeries and anesthesia. **Aim:** To estimate the preoperative service offered to children and their responsible people by examining their psychological profile pre and postoperatively. **Study Design:** Clinical perspective. **Material and Method:** We have evaluated the medical chart of children between two and twelve years old who were submitted to adenoidectomy and/or tonsillectomy during February to December of 2003 and analyzed the psychological profile applied to the children and their responsible person. **Results:** Out of the total of 78 patients, 32 (41.0%) were in pre-school age and 46 (59.0%) in school age. The predominant feeling in pre-school age was fear (59.4%), while in school-aged children and their responsible guardian it was trust: 63.0% and 48.72%, respectively. As to expectation of surgery results, both children (73.08%) and their responsible people (96.15%) showed optimism. Introverted emotional temperament was observed in the majority of the children (52.56%) and their responsible people (51.28%). The emotional reaction at the immediate postoperative period of children and their guardians was calm: 68.18% and 97.73%, respectively. All children were psychologically apt to be submitted to the surgery. **Conclusion:** Independent of the predominant feeling or emotional temperament, good preoperative guidance is required. We have to offer preoperative teaching program that includes verbal descriptions of the procedures among the sensations to be experienced, allied with the interaction of children and parents, looking for reduction of anxiety, response to surgical stress and possible postoperative sequelae.

¹ Médica residente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

² Médica otorrinolaringologista pela SBORL. Médica assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

³ Médico otorrinolaringologista pela SBORL. Médico assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

⁴ Médica residente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

⁵ Médico residente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

⁶ Médica otorrinolaringologista pela SBORL. Doutora em Otorrinolaringologia pela FMUSP. Professora Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

⁷ Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Artigo recebido em 11 de março de 2005. Artigo aceito em 20 de junho de 2005.

INTRODUÇÃO

A adenoidectomia e a amigdalectomia são historicamente os procedimentos cirúrgicos mais realizados na especialidade otorrinolaringológica, tendo incidência principal sobre a população pediátrica. A maioria dessas crianças terá sua primeira intervenção cirúrgica dentro da otorrinolaringologia¹.

Eckenhoff documentou, há mais de 40 anos, que traumas psicológicos infantis podem ser decorrentes das cirurgias e da anestesia. Crianças de seis meses a seis anos de idade são as mais susceptíveis a exibirem distúrbios comportamentais pós-hospitalização devido à capacidade limitada em lidar com pensamentos abstratos^{2,3}.

Ambas as cirurgias desse estudo são consideradas cirurgias eletivas, realizadas dentro do hospital dia, ou seja, são crianças provenientes do ambulatório, que operam e recebem alta no mesmo dia, exceto se há alguma complicação. Como são cirurgias programadas, há um período para se realizar um preparo pré-operatório. Para Margolis e Gimberg, o ideal é que haja um programa educacional pré-operatório contendo uma descrição verbal do procedimento juntamente com as sensações a serem experimentadas, associadas à interação dos pais com as crianças³.

Visando ampliar a relação médico-paciente, avaliamos a preparação oferecida às crianças e seus responsáveis no pré-operatório, através da análise do perfil psicológico no pré e pós-operatório. Com um pré-operatório adequado, estaremos diminuindo o nível de ansiedade, a resposta ao estresse cirúrgicos e possíveis seqüelas pós-operatórias³.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Para a realização deste estudo, foram analisados retrospectivamente os prontuários de crianças submetidas à adenoidectomia e/ou amigdalectomia pela Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC no período de fevereiro a dezembro de 2003, realizadas no Hospital Estadual Mário Covas no município de Santo André - SP. Separamos o Protocolo de Assistência Psicológica Breve aplicado pela psicóloga clínica de nosso departamento durante a avaliação pré-operatória do paciente que consta de uma avaliação pré-anestésica e psicológica.

Na avaliação psicológica, a criança e seu responsável são entrevistados pelo psicólogo e anotados no protocolo que contém, entre outros, os dados do paciente (nome completo, idade e sexo); dados do acompanhante (nome, idade, grau de parentesco, profissão, religião); tipo de cirurgia a ser realizada e data prevista; sentimentos predominantes no paciente e no acompanhante, tais como angústia, ansiedade, confiança, medo (anestesia, cirurgia, dor) e outros; a expectativa quanto aos resultados cirúrgicos do paciente e do acompanhante se otimista ou receoso; o temperamento emocional observado do paciente e do acompanhante, se

introverso ou extroverso e finalmente o parecer psicológico e a conduta.

Foi realizada uma nova avaliação psicológica no pós-operatório imediato, assim que a criança retorna ao quarto, pela psicóloga, que consistia na observação e pesquisa dos sentimentos quanto aos resultados cirúrgicos do paciente e do acompanhante se otimista ou receoso; e como o paciente chegou da cirurgia: chorando, confuso, queixoso ou tranquilo. Finalizou-se com um parecer psicológico final e conduta.

Os pacientes foram avaliados no pré-operatório quanto à idade, o sexo, o tipo de cirurgia realizada, o sentimento predominante, o temperamento emocional e a expectativa do resultado cirúrgico e seus acompanhantes quanto ao sentimento predominante, o temperamento emocional e a expectativa do resultado cirúrgico.

No pós-operatório imediato as crianças e seus responsáveis foram avaliados quanto ao estado emocional predominante ao chegar ao quarto.

RESULTADOS

No total havia 78 pacientes, sendo 43 (55,1%) do sexo masculino e 35 (44,9%) do sexo feminino. Dessa amostra, 32 pacientes (41,0%) encontravam-se na faixa etária pré-escolar (2-6 anos) e 46 pacientes (59,0%) em idade escolar (7-12 anos). A média de idade foi de $6,62 \pm 2,36$ anos.

Todas as crianças encontraram-se sem contra-indicações para a cirurgia, num parecer psicológico final. Apenas um paciente teve indicação de frequentar sessões de terapia, porém não foi contra-indicada a cirurgia.

O sentimento predominante em cada criança segundo a sua faixa etária é observado no Gráfico 1.

O sentimento predominante nos responsáveis é observado no Gráfico 2. Naqueles em que predominou o medo, 12 (52,17%) pessoas relacionaram esse sentimento com a anestesia e 5 (21,74%) com a cirurgia.

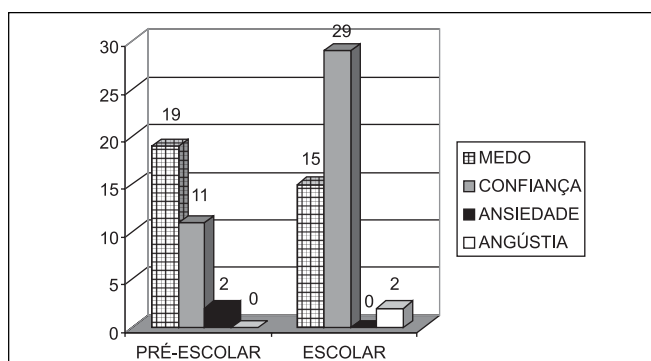


Gráfico 1. Sentimento predominante em cada criança segundo a sua faixa etária.

A expectativa do resultado cirúrgico das crianças e seus responsáveis são mostrados no Gráfico 3. Dos pacientes que não puderam ser avaliados, 88,89% (16 pacientes) encontravam-se em idade pré-escolar.

O temperamento emocional observado nas crianças e em seus responsáveis é mostrado no Gráfico 4.

O estado emocional da criança e de seu responsável no pós-operatório imediato está demonstrado no Gráfico 5.

DISCUSSÃO

Em nosso setor de Otorrinolaringologia, todas as crianças com indicação de adenoidectomia e/ou amigdalectomia devem passar por uma consulta ambulatorial com o médico que irá realizar o procedimento cirúrgico, uma consulta pré-anestésica e uma avaliação psicológica. Na consulta otorrinolaringológica, a criança, juntamente com seus pais ou responsáveis são orientados sobre os cuidados pré e pós-operatórios, como será a cirurgia e o tipo da anestesia e quais os riscos e benefícios decorrentes do procedimento.

Sobre os cuidados pré-operatórios orientamos quanto ao jejum, medicamentos que devem ou não ser tomados e horário de chegada no hospital. Juntamente com o Termo de Consenti-

mento sobre o procedimento cirúrgico, elaborado pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, explicamos sobre a necessidade da cirurgia, o que pode acontecer em um pós-operatório imediato (POI) e tardio (POT), possíveis complicações e resultados esperados. Finalizamos com os cuidados alimentares no POI e POT, repouso, medicamentos a serem utilizados (analgésicos e antieméticos), retorno no ambulatório e deixamos um contato (BIP), no caso de uma urgência ou dúvidas.

A avaliação pré-anestésica consiste em uma consulta com o anestesista onde são checados os exames pré-operatórios e colhida uma breve história clínica do paciente visando a identificação de algum fator que possa acarretar algum risco para a anestesia.

A avaliação psicológica é feita por uma única psicóloga, após a liberação do paciente pelo anestesista, consistindo em uma entrevista com a criança acompanhada de um responsável. Nessa sessão são coletados os dados que irão compor o protocolo de assistência psicológica breve já descritos, classificando o paciente apto ou não, do ponto de vista psicológico, para a realização da cirurgia.

Para traçarmos um perfil psicológico de um indivíduo é necessário caracterizá-lo quanto à personalidade, temperamento e caráter.

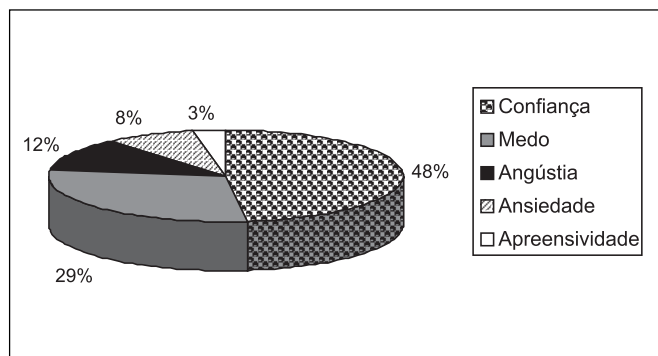


Gráfico 2. Sentimento predominante nos responsáveis.

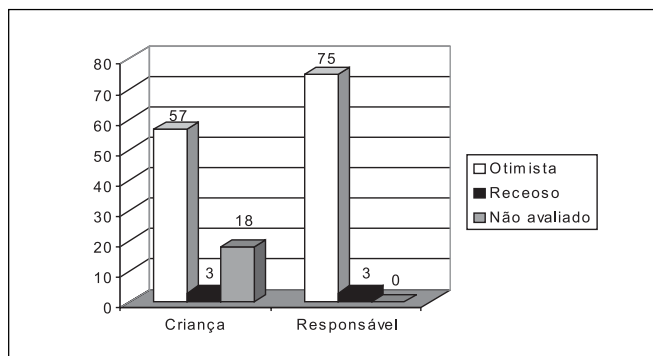


Gráfico 3. Expectativa do resultado cirúrgico das crianças e seus responsáveis.

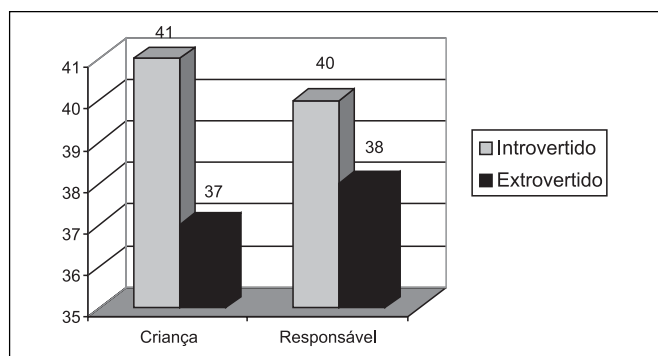


Gráfico 4. Temperamento emocional observado nas crianças e em seus responsáveis.

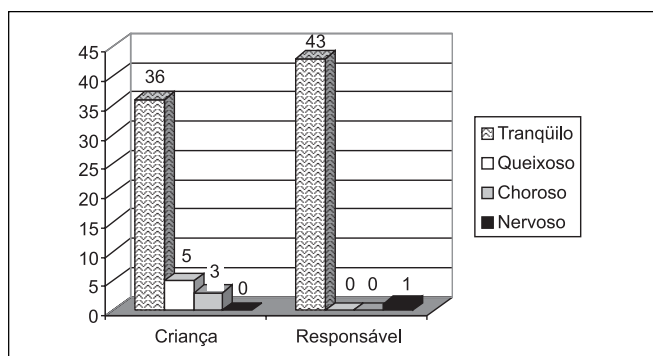


Gráfico 5. Estado emocional da criança e de seu responsável ao chegar do quarto.

É através da observação das reações do indivíduo que se molda a personalidade. Para Lazarus, a personalidade é formada por processos relativamente estáveis subjacentes às reações do indivíduo, numa organização dinâmica de sistemas psicofísicos (físico e psico). O temperamento é a base constitucional inata e biológica desse processo e o caráter valoriza a personalidade, ou seja, abriga os aspectos sociais e culturais para valorizar a personalidade^{4,5}.

Para a Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica a personalidade é a organização dinâmica dos traços no interior do eu, formados a partir dos genes particulares que herdamos, das existências singulares que suportamos e das percepções individuais que temos do mundo, capazes de tornar cada indivíduo único em sua maneira de ser e de desempenhar o seu papel social. Mais importante do que identificar a personalidade de cada indivíduo é determinar os traços de personalidade de cada um. Os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber a realidade, relacionar-se consigo próprio e com os outros e, sobretudo, de pensar. Quando as características pessoais (traços) são inflexíveis, rígidos e mal-adaptativos para uma vida harmônica, causando prejuízo social e ocupacional ou sofrimento significativo na pessoa e naqueles que a rodeiam, esses traços de personalidade constituem um transtorno de personalidade. O transtorno de personalidade constitui uma contra-indicação para um procedimento cirúrgico eletivo⁵.

É necessário conceituar os sentimentos predominantes para podermos entender se existe ou não alguma contra-indicação para um procedimento cirúrgico^{7,8,9}.

Angústia e medo podem ser confundidos. Angústia é definida por Karl Jaspers como um sentimento freqüente e torturante, e que o medo sempre se refere a alguma coisa, enquanto a angústia é sem objeto. Angústia é um sentimento que surge em estruturas psíquicas amplamente configuradas, precisas e determinadas; nas quais os processos do conhecimento que a precedem são, freqüentemente, muito mais vagos e indiferenciados. No medo ou temor alguém teme algo ou sente medo diante de algo (cirurgia, anestesia, dor, erro médico, injeção)⁵.

A ansiedade, em geral, é desencadeada por aborrecimentos, sofrimento ou perdas. Outras vezes há preocupação com dinheiro, saúde, segurança. Na ansiedade há uma tendência a não se preocupar consigo mesmo, surgindo o desleixo, falta de preocupação com a aparência. Há em geral preocupação fixa com um determinado assunto, em detrimento de tudo em volta. O pensamento fica difícil. Há dificuldade de concentração, insônia e impaciência e queda da memória. O comportamento fica modificado e com características ligadas a personalidade de cada um, isto é, pode ocorrer manifestação agressiva e depressão⁵.

Tanto a angústia, a ansiedade e o medo podem ser minimizados no pré-operatório com o fortalecimento da relação médico-paciente, no momento em que é relatado sobre o dia da cirurgia, sobre os riscos e benefícios inerentes

ao procedimento. Em graus leves não contra-indicam o procedimento, porém se não abordadas ou ignoradas, podem levar a seqüelas comportamentais pós-operatórias difíceis de serem reparadas^{10,11}.

Segundo Jung existem dois tipos psicológicos: o extrovertido e o introvertido, porém ambos são considerados normais, somente em grau exagerado é considerado patológico. O extrovertido é aquele em que a corrente energética, ou seja, a energia psíquica flui em direção ao objeto. O introvertido, por sua vez, é aquele em que a energia psíquica recua diante do objeto, pois o objeto acarreta em algo ameaçador que afeta intensamente o indivíduo, porém existe um movimento de compensação inconsciente que “empresta” energia ao objeto. Sendo assim, quanto mais introvertido é seu temperamento emocional mais difícil será estabelecer uma relação médico-paciente e maior será o risco de as crianças apresentarem mudanças no comportamento pós-hospitalar^{6,12}.

Com este estudo pudemos constatar que apenas estágios severos de angústia, ansiedade, medo e graus intensos de extroversão e introversão são capazes de contra-indicar uma cirurgia. Independente do sentimento predominante ou do temperamento emocional de cada criança e de seu familiar ou responsável um preparo pré-operatório se faz necessário com o objetivo de minimizar essas sensações, evitando torná-las patológicas^{3,13,14}. Em nosso estudo predominou em pré-escolares o medo (59,4%) e nos escolares a confiança (63%), sendo que a maioria delas mostrou-se introvertidas, porém para nenhuma criança a cirurgia foi contra-indicada. Em uma criança pré-escolar em que predominou o medo, na avaliação pré-operatória a criança entrou na avaliação psicológica chorando e no pós-operatório a criança também se encontrava muito chorosa, porém não foi contra-indicação para o procedimento e atribuiu-se à sua idade, 2 anos, a menor criança deste estudo.

O programa educacional pré-operatório proposto por Margolis em 1998 contém além das narrativas sobre os procedimentos cirúrgicos, informações descritivas sensoriais. O autor desenvolveu um livro interativo, numa linguagem fácil, não-médica, colorido, destinados às crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos e seus familiares, composto por diversas figuras (sensação visual), instrumentos cirúrgicos, máscara cirúrgica, oxímetro fixado no dedo (sensação tátil) e essências (gás inalatório) fazendo o papel da sensação olfativa. Num estudo com 143 crianças divididas em 2 grupos: com acesso ao livro e outra sem acesso ao livro, demonstrou o impacto deste livro sobre as crianças que iriam ser operadas e seus familiares, associando com as mudanças de comportamento vistas na indução anestésica e nas semanas sucessivas da cirurgia. No grupo com acesso ao livro ocorreu aumento do nível de ansiedade no dia da cirurgia, porém houve uma diminuição significativa das mudanças comportamentais observadas nas semanas seguintes ao procedimento. 87% dos pais acharam que o livro

ajudou suas crianças e 83% a si mesmos; 83% dos pais que receberam o livro se mostraram satisfeitos com as informações recebidas no pré-operatório contra 66% do grupo sem acesso ao livro³. Em nosso estudo observamos que 81,82% das crianças mostraram-se tranquilas no pós-operatório imediato e sem alterações comportamentais importantes.

Em outro estudo, Padfield relatou que 73% dos pacientes entre 3 e 9 anos de idade apresentaram distúrbios comportamentais adversos nas primeiras 2 semanas pós-cirurgia contra 55% dos pacientes de Schmidt, uma vez que esses brincaram com equipamentos médicos no pré-operatório. Esses estudos, mais uma vez, demonstram a necessidade da existência de um programa educacional pré-operatório abrangente, com a aproximação de nossos pacientes com o meio médico, o qual não conhecem e não estão habituados, evitando assim seqüelas psicológicas ou piora de algum quadro incipiente^{7,8,15,16}.

CONCLUSÃO

Todas as crianças encontraram-se, num parecer psicológico final, sem contra-indicações para a cirurgia. Apenas estágios severos de angústia, ansiedade, medo e graus intensos de extroversão e introversão são capazes de contraindicar uma cirurgia. Independente do sentimento predominante ou do temperamento emocional de cada criança e de seu familiar ou responsável um preparo pré-operatório se faz necessário com o objetivo de minimizar essas sensações, evitando torná-las patológicas. Quando o medo é o sentimento predominante no adulto, este se refere à anestesia e à cirurgia, reforçando o ideal da existência de um preparo adequado pré-operatório.

Sendo assim, o ideal é que haja um programa educacional pré-operatório contendo uma descrição verbal do procedimento juntamente com as sensações a serem experimentadas, associadas à interação dos pais com as crianças. Com isso, estaremos diminuindo o nível de ansiedade, a resposta ao estresse cirúrgico, mudanças comportamentais e possíveis seqüelas pós-operatórias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira FMJ, Diniz F et al. Hemorragia na adenoidectomia e/ou amigdalectomia: estudo de 359 casos. *Rev bras Otorrinolaringol* 2003; 69(3): 338-41.
2. Eckenhoff JE. Relationship of anesthetic to postoperative personality changes in children. *AJDC* 1959; 86: 587-91.
3. Margolis JO, Ginsberg B et al. Pediatrics preoperative teaching: effects at induction and postoperatively *Paediatric Anaesthesia* 1998; 8: 17-23.
4. Hall CS, Lindzey G. Teorias da Personalidade. 1ª ed. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária Ltda.; 1994. p.13-41.
5. Lazarus RS, Monat A. A Natureza da Personalidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar; 1995. p.11-38.
6. Silveira Nise. Da Jung Vida e Obra. 14ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1994. p.51-72.
7. Padfield NL, Twohig M et al. Temazepam and trimeprazine compared with placebo as premedication in children. An investigation extended into the first two weeks at home. *Br J Anaesth* 1986; 58: 487-93.
8. Schmit CK. Preoperative preparation: Effects on immediate preoperative behavior post-operative behavior and recovery in children having same-day surgery. *Matern Child Nurs J* 1990; 19: 321-30.
9. Lumley MA, Melamed BG et al. Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behavior changes. *J Ped Psych* 1993; 18: 481-97.
10. McGraw T. Preparing children for the operating room: psychological issues. *Can J Anaesth* 1994; 41: 1094-103.
11. Visintainer M, Wolfer J. Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effects on children's and parents' stress responses and adjustments. *Pediatrics* 1975; 56: 187-202.
12. Vetter TR. The epidemiology and selective identification of children at risk of preoperative anxiety reactions. *Anesth Anal* 1993; 77: 96-9.
13. Gillies ML, Smith LN et al. Postoperative pain: a comparison of adolescent inpatient and day patient experiences. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 329-37.
14. Norinkovich K, Howie G et al. Quality improvement study of day surgery for tonsillectomy and adenoidectomy patients. *Paediatric Nursing* 1995; 21(4): 341-4.
15. Meursing Anneke EE. Anaesthesia for day care surgery patient selection evaluation preoperative preparation and selection of drugs. *Acta Anaesth Belg* 1999; 50: 29-34.
16. LaMontagne LL, Hepworth JT et al. Effects of surgery type and attention focus on children's coping. *Nursing Research* 2000; 49: 245-52.