



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

Impacto do tipo de informação pré-anestésica sobre a ansiedade dos pais e das crianças[☆]

Débora de Oliveira Cumino^{a,b,c,*}, Guilherme Cagno^d, Vinícius Francisco Zacarias Gonçalves^e, Denis Schapira Wajman^e e Lígia Andrade da Silva Telles Mathias^{d,e}

^a Comitê de Anestesia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, São Paulo, SP, Brasil

^b Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Serviço de Anestesiologia Pediátrica, Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP, Brasil

^d Serviço de Anestesiologia, Irmandade Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^e Faculdade de Ciências Médicas, Irmandade Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 4 de março de 2013; aceito em 29 de abril de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade;
Anestesia;
Avaliação;
Cuidados pré-operatórios;
Criança

Resumo

Justificativa e objetivos: Ansiedade pré-operatória é um fator negativo na experiência anestésico-cirúrgica. Dentre as estratégias para redução da ansiedade em crianças, as não farmacológicas são tão importantes quanto as farmacológicas, porém sua validade ainda é controversa. Verificar se a informação oferecida aos responsáveis interfere na ansiedade da criança.

Métodos: 72 crianças de 4 a 8 anos, ASA I e II, submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos e seus responsáveis, divididos aleatoriamente em: Grupo Controle (GC) = responsável recebeu informação anestésica convencional; e Grupo Informativo (GI) = responsável recebeu folheto sobre a anestesia. Foi avaliada ansiedade das crianças pela escala de ansiedade pré-operatória de Yale modificada (EAPY-m), em dois momentos, na sala de espera do centro cirúrgico (SE) e na sala de operação (SO), e dos pais, pela Escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A) em SE.

Resultados: Não houve diferença nos dados sociodemográficos entre os grupos. O nível de ansiedade nas crianças não apresentou diferença entre os grupos nos dois momentos. Houve diferença estatística significativa nos níveis de ansiedade entre SE e SO nos dois grupos, $p = 0,0019$ no GC e $p < 0,0001$ no GI, assim como na prevalência de ansiedade em GC (SE 38,9% e SO 69,4%, $p = 0,0174$) e em GI (SE 19,4% e SO 83,3%, $p < 0,0001$). O nível de ansiedade dos responsáveis não apresentou diferença entre os grupos.

Conclusão: Independentemente da qualidade de informação oferecida aos responsáveis, o nível e a prevalência de ansiedade das crianças foram baixos no momento SE e aumentaram significativamente no momento SO.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

[☆]Trabalho realizado na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e no Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: dcumino@gmail.com; sape.anestesia@gmail.com (D.O. Cumino).

Introdução

Ansiedade perioperatória é um dos principais fatores de impacto negativo na experiência anestésico-cirúrgica e ainda fator de risco adicional para complicações no pós-operatório na faixa etária pediátrica.^{1,2} Estima-se que 40% a 75% das crianças submetidas a cirurgias experimentam medo e ansiedade significativa no período pré-operatório.³⁻⁵ Vários autores sugerem que crianças com idade abaixo de 4 anos têm maior risco de desenvolver ansiedade no período pré-operatório.^{6,7} Bevan et al.⁸ demonstram que a ansiedade dos parentes é fator de grande relevância e influência sob os níveis de ansiedade das crianças no período pré-operatório e contribui efetivamente para o desenvolvimento de alterações do comportamento no pós-operatório dos pacientes pediátricos. Dentre as estratégias para redução da ansiedade na população pediátrica, as abordagens não farmacológicas, por meio de terapias alternativas, que atuam em aspectos psicológicos, são tão importantes quanto as farmacológicas.⁹ Atualmente observa-se grande motivação para intervenções não farmacológicas voltadas para o alívio da ansiedade das crianças e dos seus parentes, como a presença dos pais na indução anestésica (PPIA), programas de educação com preparo dos parentes e fornecimento de informações escritas sobre o procedimento anestésico para os parentes e/ou para as crianças. Isso se deve, em parte, ao grande crescimento da prática ambulatorial e à maior participação e permanência dos pais durante a hospitalização das crianças, mas também às novas estratégias institucionais, que motivam uma prática médica mais humanitária.^{7,10-13} O objetivo deste estudo foi verificar se a qualidade da informação oferecida aos responsáveis, na sala de espera (SE) do centro cirúrgico, tem impacto sobre a ansiedade da criança na sala de operação (SO).

Método

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e do Centro de Pesquisa do Hospital Infantil Sabará, sob o número 108/11, desenvolveu-se ensaio clínico randômico aberto, nos centros cirúrgicos de ambos os hospitais, com a finalidade de comparar o nível de ansiedade das crianças e dos seus responsáveis de acordo com a qualidade da informação recebida no pré-anestésico.

A seleção aleatória dos participantes foi obtida por meio de programa "List randomizer", no site www.random.org, e foram selecionadas 74 crianças, que constituíram dois grupos: Grupo Informativo (GI), no qual o responsável recebeu, além da informação verbal convencional, folheto contendo informações sobre o procedimento anestésico, na sala de espera do centro cirúrgico (CC); e Grupo Controle (GC), no qual o responsável recebeu apenas informação verbal convencional na sala de espera do CC.

Desenvolvido pelo autor, o folheto informativo, constituído de 17 itens sucintos do tipo perguntas e respostas, contém informações relacionadas às dúvidas mais frequentes dos responsáveis, conforme observação na prática clínica. O conteúdo desse informativo abrange aspectos sobre a especialidade e da prática da anesthesiologia, tais como: uso

e suspensão de medicações, jejum, estômago cheio e reavaliação após a anestesia, exames laboratoriais, anestesia em crianças, tipos de anestesia, riscos, indução e sala de recuperação, presença dos pais e como colaborar para uma anestesia tranquila na criança (fig. 1).

Foram incluídas crianças estado físico ASA I e II, segundo a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), com idade entre 4 e 8 anos, a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos de pequeno e médio porte, com indicação de anestesia geral, que não receberam medicação pré-anestésica e cujos pais eram alfabetizados.

Os critérios de exclusão foram:

- Crianças: déficit neuropsicomotor; uso de fármacos psicoativos; deficiência auditiva e/ou visual; intervenção cirúrgica anterior;
 - Responsáveis: doença ou distúrbio mental reconhecido clinicamente; falta de condição de decidir sobre a participação da criança no estudo; recusa a participar.
- Antes do início do estudo, foram feitas sessões de treinamento do uso da escala de ansiedade pré-operatória de Yale modificada (EAPY-m) com os pesquisadores, no mesmo local onde ocorreu a pesquisa.

O estudo se iniciou sempre na sala de espera dos centros cirúrgicos, após a avaliação pré-anestésica e o fornecimento de informações convencionais sobre a anestesia. Um dos pesquisadores aplicou a EAPY-m e a seguir os responsáveis foram informados detalhadamente do caráter do estudo e do método a ser usado e solicitados a assinar o consentimento livre e esclarecido. No fim da avaliação pré-anestésica (APA), com antecedência mínima de 30 minutos da entrada na SO, os responsáveis de ambos os grupos (GC e CI) receberam informação verbal convencional e os responsáveis do GI receberam também um folheto informativo. Antes de levar a criança para SO, ainda na sala de espera do CC, foi feita a avaliação de ansiedade do responsável por meio da Escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A) em ambos os grupos e em seguida, independentemente do grupo, foi feita a coleta dos dados sociodemográficos e posteriormente a pesquisa de satisfação em relação à informação recebida. As crianças permaneceram sempre acompanhadas do responsável até o término da indução anestésica. Na SO, todas as crianças foram submetidas à monitoração preconizada e imediatamente antes da indução anestésica inalatória ou venosa com técnica convencional foram novamente avaliadas pela EAPY-m (momento SO).

Variáveis analisadas:

- Nível e prevalência de ansiedade das crianças (EAPY-m), medida em dois momentos: momento SE, na sala de espera (SE) do CC, e momento SO, na sala de operação (SO) imediatamente antes da indução anestésica. Usou-se a escala observacional de EAPY-m (fig. 2) conforme proposto originalmente por Kain et al.¹⁴ Para cada domínio foi dado um escore parcial, com base na pontuação observada pelo pesquisador, dividida pelo número de categorias daquele domínio. O escore de cada domínio é somado aos demais e então multiplicado por 20 (fig. 3). Os escores considerados "ponto de corte" para classificar os pacien-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749294>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)