

É Válida Psicoprofilaxia para Cirurgia Cardíaca em Crianças?

Patrícia Pereira Ruschel, Débora Pierini Cidade, Nestor S. Daudt, Raul Ivo Rossi Fº
Porto Alegre, RS

Objetivo - Avaliar, em crianças, a validade de preparo psicológico na cirurgia de cardiopatia congênita, verificando a relação entre psicoterapia preparatória para cirurgia e a recuperação cirúrgica.

Métodos - Sessenta pacientes, submetidos à cirurgia de cardiopatia congênita, com diagnósticos variados, de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 10 anos, divididos em 2 grupos, experimental e controle, com amostragem intencional, devido a imposição ética. Foram utilizados formulários para coleta de dados que abrangiam aspectos psicológicos e clínicos da evolução de cada paciente.

Resultados - Os fatores com significância estatística foram: permitir punção de veia no bloco cirúrgico ($X^2=11,59$, $p<0,05$), acordar tranquilo ($X^2=9,64$, $p<0,05$), cooperação na retirada do dreno ($X^2=3,75$, $p<0,05$) e na fisioterapia ($X^2=13,30$, $p<0,05$), aceitação da ausência da mãe ($X^2=9,64$, $p<0,05$), cooperação com a restrição hídrica ($X^2=17,78$, $p<0,05$) e na retirada de pontos e fios de marcapasso ($X^2=19,20$, $p<0,05$). Nos itens restantes: necessidade de sedução, cooperação na extubação e ao exame físico, necessidade de reintubação e complicações clínicas, não houve significância estatística. Salienta-se que no último, foi possível perceber uma tendência do grupo preparado a ter menos complicações (20% para 27% - $\chi^2=0,37$, $p>0,05$).

Conclusão - Constatou-se uma melhor evolução psicológica no grupo que foi submetido à psicoprofilaxia cirúrgica.

Palavras-chave: cirurgia cardíaca, psicologia clínica, cardiologia pediátrica

Is Psychoprophylaxis a Valid Approach for Pediatric Heart Surgery?

Purpose - To validate the hypothesis that a psychological preparation for children who will undergo cardiac surgery may improve the outcome.

Methods - Sixty patients, with ages ranging between 3 and 10 years, submitted to heart surgery for treatment of congenital heart defects, were evaluated. They were divided in 2 groups: experimental and control. A questionnaire was designed for collecting data about psychological and clinical aspects of each patient.

Results - The following data was found to be of statistical significance: acceptance of peripheral vein puncture in the surgical group ($X^2=11,59$, $p<0,05$), calm awakening following general anesthesia ($X^2=9,64$, $p<0,05$), cooperation with the physiotherapy staff ($\chi^2=13,30$, $p<0,05$), coping with parents absence ($X^2=9,64$, $p<0,05$), acceptance of fluid restriction ($X^2=17,78$, $p<0,05$) and cooperation with removal of stitches and pacemaker electrodes ($X^2=19,20$, $p<0,05$). There was not statistical significance on demand of seduction, cooperation at removal of the orotracheal tube and during examination, necessity of reintubation and occurrence of clinical complications. However, the prepared group showed a slight tendency to have less postoperative complications (20%) than the control (27%).

Conclusion - It was found that children who had adequate psychological preparation prior to the correction of congenital heart defects had better psychological results with the imposed trauma.

Key-words: heart surgery, clinical psychology, pediatric cardiology

Arq Bras Cardiol, volume 65 (nº 4), 317-320, 1995

A cirurgia é uma vivência traumática na vida de uma criança, pois envolve procedimentos agressivos e de difícil compreensão para ela. Além disso, é retirada de seu

ambiente e colocada no do hospital, separada dos familiares, rompendo com sua segurança habitual.

Submeter-se a uma correção cirúrgica do coração envolve sentimentos ligados à simbologia desse órgão, que naturalmente desperta várias fantasias no pequeno paciente e em seus familiares. Estas cirurgias têm riscos maiores ou menores, dependendo da doença ou condições de cada paciente, mas eles sempre estão presentes, portanto é uma situação de ameaça.

Estas crianças foram trabalhadas, do ponto de vis-

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/ Fundação Universitária de Cardiologia

Correspondência: Patrícia Pereira Ruschel - Instituto de Cardiologia do RS
Av. Princesa Isabel, 395 - CEP 90620-001- Porto Alegre, RS

Recebido para publicação em 24/2/95

Aceito em 27/3/95

ta emocional, com uma técnica de preparação psicológica, criada por Arminda Aberastury (psicanalista infantil) ¹, feito através de ludoterapia, sendo que os brinquedos selecionados variam de acordo com a sua faixa etária e sempre são incluídos materiais referentes aos cuidados pré e pós-operatórios; estes últimos, com objetivo da criança manuseá-los e de facilitar a comunicação de sentimentos e fantasias relacionados à hospitalização e à cirurgia. Para desmistificar fantasias e orientá-las, vão sendo colocadas em contato com sua realidade cirúrgica. Em geral simula-se uma cirurgia em boneco, tornando a situação que irá enfrentar mais conhecida e próxima, através de seu meio de comunicação pré-verbal, tendo, assim, dois objetivos: auxiliar na elaboração psíquica da situação traumática e orientar para o procedimento.

Objetivou-se neste trabalho, avaliar a validade do preparo psicológico para cirurgia de cardiopatias pediátricas e a recuperação cirúrgica.

Métodos

Foi avaliada uma amostra de 60 crianças, submetidas à cirurgia de cardiopatia congênita, com diagnósticos variados, na faixa etária entre 3 e 10 anos, pertencentes a ambos os sexos e divididas em 2 grupos: **experimental** (preparados para cirurgia) e controle (não preparados para cirurgia), com amostragem intencional devido à imposição ética. Foi feita uma divisão de amostras entre os pacientes submetidos a circulação extracorpórea e os que não necessitaram de tal procedimento. Além disso, no 1º grupo também houve a preocupação de identificar os pacientes cianóticos e acianóticos (tab. I).

Para avaliação dos resultados, usou-se um formulário preparado pelas equipes médica e de enfermagem, além da observação direta das crianças pelo serviço de psicologia, com aspectos de sua evolução clínica e psicológica, desde a entrada do bloco cirúrgico até seu período de alta hospitalar. Aspectos que diziam respeito à atitude da criança frente à punção da veia na entrada do bloco cirúrgico, tranqüilidade ao acordar, necessidade de sedação, cooperação durante o período que está entubada, na extubação, necessidade de reintubação, cooperação na retirada do dreno, restrição hídrica, exame físico, ausência da mãe, fisioterapia e, mais adiante, retirada de pontos e fios de marcapasso, bem como a manifes-

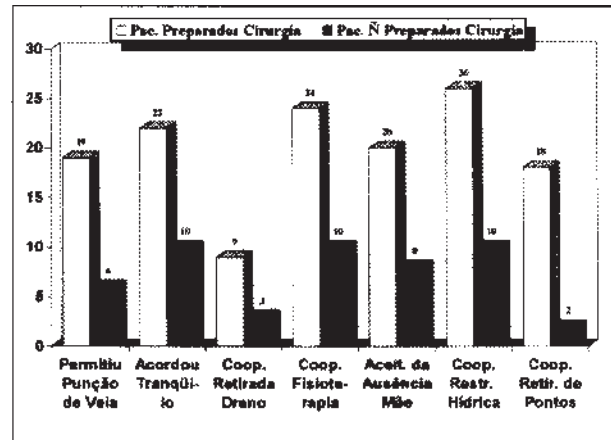


Fig. 1- Gráfico da comparação entre os grupos

tação ou não de complicações clínicas.

A partir das respostas obtidas, compararam-se os resultados, utilizando a prova estatística “qui-quadrado” para amostras independentes ($p < 0,05$).

Resultados

Observou-se que houve significância estatística nos seguintes itens: permitir punção de veia ($\chi^2 = 11,59$), acordar tranqüilo ($\chi^2 = 9,64$), cooperação na retirada do dreno ($\chi^2 = 2,75$), cooperação na fisioterapia ($\chi^2 = 13,30$), aceitação na ausência da mãe ($\chi^2 = 9,64$), cooperação com a restrição hídrica ($\chi^2 = 17,78$) e retirada dos pontos e fios de marcapasso ($\chi^2 = 19,20$), todos com $p < 0,05$ (fig. 1). Nos demais itens: necessidade de sedação, cooperação na extubação e ao exame físico, necessidade de reintubação e complicações clínicas não houve diferença estatística significativa. Neste último item obteve-se um $\chi^2 = 0,037$, $p < 0,05$, mostrando tendência do grupo preparado para cirurgia, a menores complicações (20%), enquanto que nas crianças não preparadas, este percentual elevou-se para 27%.

Discussão

O assunto estudado vem sendo pouco referido na literatura. Não se encontram estudos que comprovem diferença com significância estatística entre grupos semelhantes aos nossos. A técnica de preparação psicológica para cirurgia foi cuidadosamente orientada pela psicanalista argentina Arminda Aberastury em 1972 ¹, tendo como objetivo básico tornar consciente o medo e as fantasias inconscientes relativas ao próprio corpo e à cirurgia. Através de seu trabalho, a autora constatou que apesar de toda cirurgia incrementar a angústia de castração nas crianças, as condições em que se realizam o ato cirúrgico são fundamentais e permitem diferenciar a origem de alguns sintomas. Esta técnica deixa claro que, além de interpretar as fantasias da criança, deve também o terapeuta informar sobre a cirurgia, incluindo detalhes da anestesia

Tabela I - Distribuição da amostra

	Pacientes sem CEC	Pacientes com CEC		Total
		Cianóticos	Acianóticos	
Preparados	5	8	17	30
Não preparados	5	10	15	30
Total	10	18	32	60

CEC - circulação extracorpórea

utilizada e procedimentos técnicos anteriores e posteriores à intervenção. Através da ludoterapia visa conseguir que a criança chegue à cirurgia com menos ansiedade.

Glasserman², outra estudiosa do assunto, conclui que, à medida que as crianças expressam seus temores e fantasias ligadas à enfermidade e cirurgia, utilizando linguagem verbal e não-verbal (brinquedos, jogos e material cirúrgico), num trabalho orientado com esclarecimentos, interpretação de sentimentos e alívio da ansiedade, tendem a eliminar toda sintomatologia psicológica desenvolvida, a partir da situação traumática. Inclui-se também, o trabalho da incorporação de uma nova autoimagem corporal no período pós-operatório. Referindo-se a este assunto, Aberastury¹ comentou a importância da realização de sessões logo após a operação, para trabalhar especialmente a elaboração da perda de uma parte do corpo, de um defeito ou a aceitação de um coração novo, sem problemas. Assim, este trabalho visa dar oportunidade à família de modificar a forma de ver e tratar a criança, aceitando-a como saudável sem manter a invalidez.

Walzberg e Hajaj³ acreditam que o fato do paciente ter conhecimento dos dados relativos à cirurgia o torna mais apto a enfrentá-la, por torná-la menos fantasiosa e, conseqüentemente, menos assustadora. Gunn-Sechehaye⁴ afirma que um período conhecido que tenha ao menos uma etiqueta identificadora da realidade será sentido como menos terrível e ameaçador.

Quanto à eficiência de um preparo emocional do paciente para cirurgia, Roy⁵ coloca que interferem basicamente as condições pessoais e a capacidade de tolerar estresse. Sendo assim, a assistência psicológica ao paciente aumenta sua tolerância à dor e cooperação, muitas vezes apressando a alta, devido à recuperação rápida.

Em paralelo ao trabalho com a criança, costuma-se realizar atendimento aos pais ou responsáveis no sentido de auxiliá-los a entender sentimentos que são despertados pela situação de doença e cirurgia, bem como, orientá-los frente ao manejo com a criança. Conforme Vargas⁶, a enfermidade de um dos membros da família provoca um desequilíbrio no núcleo familiar, pois, aceitar que são doentes, significa a quebra da onipotência. Trouten⁷ enfatiza que a criança reflete a ansiedade e segurança de sua família. Além disso, Garsons e col⁸ comentam que o comportamento das crianças com cardiopatia congênita após a correção, parece fortemente relacionado às atitudes de seus pais, durante o tempo que o paciente estava doente. Esta colocação reforça a idéia da importância do acompanhamento psicológico à família, não só no período pré, como no pós-operatório. Golberg e Rinaldi⁹ enfatizam que a família do paciente cardiopata congênito é um grupo psicologicamente doente. Os pais tornam-se superprotetores e com uma ansiedade pouco controlável frente à doença, que normalmente se torna conhecida desde os primeiros dias de vida da criança.

Este tipo de atendimento infantil cardiopata vem sendo prestado pelo Serviço de Psicologia Clínica do IC/

FUC desde 1981. A observação dos profissionais das equipes que trabalham com esta clientela é de que os resultados vêm sendo positivos, pois as crianças apresentam uma reação de maior tranquilidade, frente às intervenções cirúrgicas e maior cooperação com o tratamento. A menor incidência de comprometimento emocional a curto prazo também é facilmente evidenciável. Diante destas idéias e observações surgiu o interesse da equipe médica e de psicologia em buscar a comprovação destes dados. Os tópicos examinados nos questionários preenchidos para a observação dos pacientes refletem a preocupação da equipe com a reação dos pequenos pacientes aos procedimentos a que serão submetidos. As amostras do grupo experimental (pacientes com preparação psicológica para cirurgia) e controle (sem preparação) foram selecionadas ao acaso, mas respeitando os encaminhamentos recebidos por membros da equipe técnica em situações onde a criança ou seus pais apresentavam-se com maiores dificuldades de enfrentamento com risco cirúrgico e/ou hospitalização. Também foram solicitados atendimentos a alguns casos, onde o risco cirúrgico era maior, tanto clínico como emocional pois, situações como estas despertam também maior angústia por parte da equipe, que tende a mobilizar maiores recursos através dos serviços de apoio existentes no próprio hospital. Sendo assim, consideramos que, por uma questão de ética, a distribuição das amostras não ficaram totalmente livre de variáveis. Como a presente casuística contém pacientes com várias doenças cardíacas, preocupamo-nos em estudar sua distribuição por categorias, quais sejam: pacientes operados sem circulação extracorpórea, operados com circulação extracorpórea, divididos em acianóticos e cianóticos (tab. I). No estudo desta distribuição, constatamos uma equivalência entre as amostras. Para melhor análise dos resultados podemos dividir os itens em 3 categorias: entrada no bloco cirúrgico, pós-operatório imediato e alta hospitalar.

Na 2ª categoria temos um bom resultado nos seguintes itens: acordar tranquilo, cooperação na retirada do dreno, aceitação da ausência da mãe e cooperação frente à restrição hídrica. Estes dados com comprovação estatística reforçam a validade do trabalho que vem sendo desenvolvido com as crianças e confirmam os achados de Aberastury¹ e Trouten⁷. Nos demais itens, não se encontrou diferença com significância estatística. Na avaliação da necessidade de sedação, ambos os grupos (73%) foram sedados dentro do que era previsto pela equipe: 27% do grupo preparado e 23% do não preparado foram menos sedados do que o previsto, e apenas 1% das crianças preparadas tiveram a sedação menor do que a prevista. Pela pouca diferença entre o comportamento dos grupos não se evidenciou resultado com significância estatística.

Diante dos dados, achamos que nossa equipe da sala de recuperação pós-operatória esteja auxiliando as crianças a se tranquilizarem com seu manejo adequado. Isto faz com que os pacientes não preparados do ponto

de vista psicológico, tenham aproximado suas respostas às do grupo preparado pela equipe de psicologia. Em outros itens, evidenciamos maior diferença, mas neste, em especial, aparece a opção dos profissionais em sedar menos e conversar mais com as crianças buscando sua tranquilização.

Frente à cooperação das crianças na extubação, constatamos este comportamento em 100% do grupo experimental, enquanto na outra amostra apenas 89% cooperou e 11% dificultou. Podemos dizer que existe uma tendência dos pacientes do grupo experimental para a cooperação, mas não chega a ser comprovada pelo estudo estatístico realizado. Quanto à necessidade de reintubação, não pôde ser avaliada, pois nenhum dos 60 pacientes realizou este procedimento.

Na 3ª categoria, temos a avaliação da aceitação dos pacientes na retirada de pontos e fio de marcapasso, onde houve diferença significativa em favor do grupo experimental, ficando evidente que as crianças preparadas podem suportar melhor e de forma menos traumática este tipo de procedimento. Estas crianças tinham incluído em seu atendimento uma sessão preparatória, trabalhando com bonecos, fios de sutura, agulhas, pinças e tesouras, o que objetivou aproximá-las da situação, bem como entender e desmitificar as fantasias existentes. Evidenciamos mais uma vez as colocações de Watzberg e Hojay³, no que tange a constatação de que o reconhecimento de dados relativos à cirurgia, torna o paciente mais apto a enfrentá-la, por torná-la menos fantasiosa e em conse-

quência menos ameaçadora. Garson's e col⁸ explicam que crianças carregam fantasias e pensamentos mágicos, tanto quanto seus medos de mutilação e castração, entendimento que justifica a necessidade de discutir cuidadosamente com a criança os procedimentos.

Quanto às complicações clínicas, que foram consideradas desde o início do período pós-operatório até a alta hospitalar, não houve diferença significativa. A variação dos grupos foi de 20% (experimental) para 27% (controle), sugerindo apenas uma tendência do grupo experimental a ter menos complicações. Ao se analisar este resultado, ponderam-se algumas variáveis, que julgamos ter fugido ao nosso controle neste estudo e por questões éticas, não tivemos a possibilidade de realizá-lo. A neutralidade não foi mantida de forma absoluta, pois existem casos que necessitam a preferência do atendimento por ansiedade elevada ou já existe um comportamento emocional anterior, da criança ou da família. Algumas vezes, o fato de risco cirúrgico ser maior, desperta maior necessidade da equipe para auxílio no manejo do caso. A partir destas observações, supomos que nosso grupo experimental seja composto por pacientes de maior risco clínico e emocional, o que nos faz pensar que, na realidade, a diferença entre os grupos possa ser maior do que as encontradas.

A partir deste estudo constatamos uma melhor evolução e menores indícios do trauma operatório no grupo que para realizar cirurgia cardíaca, foi submetido ao preparo psicológico para cirurgia e período pós-operatório.

Referências

1. Aberastury A - História de uma técnica: Preparación psicoterapeutica em cirurgia. In: Alberastury et al. El Psicanalisis de Niños y sus Aplicaciones. Buenos Aires: Paidós 1972; 35-43.
2. Glasserman MR - Grupos de Psicoprofilaxis Quirúrgica. Anais do IV Congresso Latino Americano de Psicoterapia de Grupo. Porto Alegre, RS. Rev Psiq Dinâmica 1964; 4:331-40.
3. Watzberg MM, Hojaij JCR - Considerações preliminares sobre estudo da correlação ansiedade pós-operatória. F Med (Bra) 1985; 90: 97-103.
4. Gun-Scheyhaye A - Aspectos Psicológicos da Doença Orgânica Aguda. Comunicação Roche 1982; 4: 6-14.
5. Roy R - Psychological Preparation for Surgical Patients. Health Soc Work 1981; 6: 44-9.
6. Vargas HS - Contribuição ao estudo dos aspectos psicológicos que influenciam no pré-operatória de cirurgia. AC Cardiologia 1983.
7. Trouten F - Psychological Preparation of Children for Surgery. Dimensions in Health Service 1991; 9-13.
8. Garson's et al - Psychological Aspects of Heart Disease in Childhood. The Science and Practice of Pediatric Cardiology. Philadelphia 1990; 2519-27.
9. Golberg S, Rinaldi G - Preparación psicoterapeutica en cirurgia cardiovascular infantil. In: Alberastury et al - El Psicoanalisis de Niños y sus Aplicaciones. Buenos Aires: Paidós 1972; 44-55.