

Opções de Indução da Criança Rebelde

A. L. Oliva Filho, TSA¹

Oliva Filho A L – Induction options in the rebellious child. Rev Bras Anest, 1985; 35:

There is a discussion about who is rebellious, if it is the child or the anesthetist who could not or did not know to prepare the child adequately in the pre-anesthetic phase. Because of the important difference between the psychic and physical development of the child, the aggressor or apparent rebellious part is, in fact, the anesthetist.

As the child grows up, it develops from an egocentric period to a wider interpersonal relationship. Its initial capacity of affection is diffuse. It goes through a specific link with its mother around 6 months old. Later on it binds to adults surrounding it. From 4 years on it broadens its capacity of affection. Around 7 years old it gain amorality insight that enables it to refuse to talk to a person whose suitability is distrusted.

Causes of fright or anxiety range from physical or organic (pain, hunger, thirst, noise, darkness, height etc.) to more complex mental reasons (fantasies, previous experiences, fright of amputation or death).

It develops mentally from a contemplative to a participative attitude and begins to communicate by symbols around 2 years old acquiring some logic characteristic around 5 years old and solid moral judgment by 7 years old.

All these elements must be accounted for while preparing a child and its family for anesthesia, which will contribute for gain of trust and loss of rebelliousness.

From 0 - 4 months old, the child's basic necessities must be attended. From 6 - 18 months the mother should actively participate in the preparation and induction, while should be rectal route with barbiturates. From 2 years old on, the mother's participation still is important and the preparation may include appropriate stories, cartons or educational illustrations. The induction may be rectal or inhalation depending on the preparation.

Between 4 and 7 years old, dialogue is possible and at an older age it becomes easier to discuss the pre-anesthetic phase with the child. From 7 - 12 years old the "debate" should be frank and clear, asking the child to choose which type of induction it prefers.

Key - Words: CHILDREN; INDUCTION; PSYCHOLOGY

Rebelde? Quem?

O ADJETIVO "rebelde" identifica a pessoa teimosa, obstinada e indisciplinada¹. Designa-se, também, como "rebelde" a revolta ou insurreição a uma ordem instituída¹.

A identificação do rebelde, porém, nem sempre é fácil. Não infreqüentemente são dois contendores,

um se rebelando à ordem instituída ou esperada pelo outro. No caso da indução da anestesia pediátrica, o que podemos ter, na prática, é uma guerrilha particular: o anestesiológista agredindo a ordem instituída pela criança, frustrando-a e angustiando-a. O vice-versa é verdadeiro pela rebelação da criança à tentativa de uma indução "harmônica". É um anestesiológista frustrado e angustiado por não poder, ou não saber, criar o clima adequado. Acontece que nesta nossa contenda apenas um dos participantes tem, ou deveria ter, perspicácia suficiente para fazer cessar a querela, ganhando a harmonia necessária.

Então, pela patente desproporção física e intelectual, um dos participantes pratica um ato de "covardia" (deslealdade, traição)¹. O outro, por não estar entendendo nada, usa o que tem para se defender à agressão: unhas, dentes, pontapés e choro.

Trabalho apresentado no XXXI Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Belo Horizonte, MG, 1984

¹ Responsável pela Clínica Integrada de Anestesiologia de Curitiba CET/SBA

Correspondência para Antonio L. Oliva Filho
Rua Padre Anchieta, 1500 - Ap. 401
80000 - Curitiba, PR

Recebido em 07 de novembro de 1984
Aceito para publicação em 16 de abril de 1985

© 1985, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Se considerarmos que o médico insiste em métodos inadequados de forma teimosa; se tem obstinação em ver, a qualquer recurso, a criança sob seu controle; e, ainda, não procura disciplinar seus métodos para harmonizar o seu relacionamento com a faixa pediátrica, temos deste lado um teimoso, obstinado e indisciplinado. Temos o rebelde.

O Desenvolvimento Emocional da Criança

Para efeito didático, vamos considerar como criança, o ser em desenvolvimento desde o nascimento até a faixa etária de 12 anos, idade na qual, talvez erroneamente, limita-se a qualificação pediátrica de nossas estruturas hospitalares. A rigor, a adolescência ainda tem peculiaridades específicas que exigiriam uma atenção física e emocional diversa daquela que se dá ao adulto já constituído.

Nesta evolução, a criança passa por uma gama imensa de etapas de amadurecimento físico e emocional, havendo em cada uma delas motivações específicas de desajustes ou frustrações capazes de gerar ansiedade, angústia ou medo.

Algumas necessidades são básicas e inespecíficas, perpetuando-se por toda a vida: sono, oxigênio, alimento, água, temperatura adequada, necessidade de eliminação (defecação ou micção) etc². São requerimentos aparentemente desprovidos de interesse na anestesiologia, exceto o oxigênio, poder-se-ia pensar. No primeiro ano de vida, porém, a dependência de terceiros para atos tão elementares como saciar fome e sede; agasalhar-se etc., podem, pela falta, causar frustração e, por si, gerar angústia e protesto.

Um pouco mais maduros, já na faixa de 2 a 5 anos, quando a criança foi "ajustada" a fazer suas eliminações no ambiente familiar, a desambientação associada a dificuldade de comunicação serão também angustiantes e geradoras de grande agitação.

Se a indução inalatória é intempestiva, sufocante, com odores desagradáveis e, ainda, sob contenção, o ar pode se aparentar irrespirável e causar profunda ansiedade. Por fim, a dor é causa de angústia de forma inespecífica quanto à idade.

A rigor, as angústias geradas pelo não preenchimento das necessidades básicas são patentes enquanto o desenvolvimento mental não "entender" as razões destes fatos. Dos 5 aos 7 anos, quando já se define um padrão razoavelmente lógico de pensamento, a compreensão já é possível³ e o jejum ou a sede, embora frustrantes, podem não chegar a nível angustiante.

Afetividade e Relação Interpessoal^{2,3}

Para que possamos tentar estabelecer uma linha de conduta menos agressora é necessário conhecer alguma coisa do desenvolvimento da criança quanto às suas afetividades e interações interpessoais.

Até os 4 ou 5 meses de idade, o caráter de ligação afetiva é difuso e indiscriminado, na criança. Ela pode protestar se deixada só, mas não chega a ser importante quem é a companhia: mãe, pai ou qualquer outro adulto.

Em torno dos 6 a 7 meses esta afetividade passa para uma característica mais específica e a ligação torna-se muito intensa com quem lhe dá mais atenção, normalmente a mãe. O afastamento da mãe e/ou a presença de estranhos já causam medo ou ansiedade. A exposição a um ambiente estranho, desde que na presença da mãe, deixa de causar apreensão. Note-se que ao se falar de mãe subentende-se a ligação afetiva específica da criança, a qual pode ser a avó, a babá ou a mãe adotiva. Não implica obrigatoriamente a mãe natural.

Esta ligação afetiva específica se mantém, com gradações, até os 18 meses, ampliando porém o raio de ação, atingindo outros elementos da família. A afetividade, contudo, limita-se quase que exclusivamente a adultos. O estranho continua sendo causa de medo e apreensão.

Entre 2 e 5 anos, processa-se um grande desenvolvimento físico e começa a se estruturar a linguagem. A afetividade, de ligação específica com familiares, passa a se manifestar mais com outras crianças. Sua curiosidade e interesse se amplia e a relação com objetos novos e outras pessoas aumenta. O seu mundo cresce².

Saliente-se que frente a uma situação de ansiedade intensa, a regressão é comum. Isto quer dizer que, mesmo que a criança já tenha adquirido um estágio de desenvolvimento mental onde já há diálogo, onde o relacionamento interpessoal é amplo, frente ao medo ela regride para estágios anteriores. Exemplificando, embora já tenha controle esfincteriano, diante de grande ansiedade pode voltar a apresentar enurese. O repentino retorno à chupeta pode denotar medo ou angústia. Deve-se lembrar, portanto, que não só a ira, agressividade ou agarramento à mãe são manifestações de tensão. A regressão também o é.

As tentativas de estabelecimento de empatia (afetividade) devem ser continuadas (várias sessões de contato e ambientação)⁴. Isto será válido para que se alcance afeição e não ocorra "ansiedade de estranho ou de separação".

Atividade Mental. Cognição^{2,3}

Do nascimento até a idade de 2 anos, aproximadamente, o desenvolvimento mental se ocupa, além das afetividades já referidas, com o reconhecimento do próprio corpo e de suas capacidades. Pode-se dizer que é um período egocêntrico. É, a rigor, um período sensório-motor. A criança reproduz ou tenta reproduzir o que vê, ouve, palpa ou degusta. Desenvolve a noção de seus próprios movimentos,

começa a elaborar atividades mais complexas até iniciar a fala. Daí até os 5 anos, sua atividade mental passa por uma transição de contemplativa a participativa. De um pensamento ilógico evolui para o pensamento lógico. Passa de uma fase de fantasia para uma elaboração mais concreta. Em torno dos 2 anos, então, a comunicação (diálogo) é exequível através de simbolismos, mais facilmente atingida pela mãe: mostrando a necessidade de uma determinada terapia, um curativo p.ex., usando um boneco como simbolismo. Cabe, razoavelmente, na faixa dos 2 a 3 anos um preparo pré-anestésico e pré-operatório com desenhos animados ou ilustração didática. A imagem é até melhor interpretada que as próprias palavras. As palavras são entendidas ao pé da letra, pelo que, mesmo no simbolismo, pode haver fantasia gerando tremenda ansiedade. Como exemplo cita-se a situação na qual a mãe, tentando avisar que o sol está muito forte, diz à criança: "- Cuidado que o sol vai comer você!" Como imagem o menor cria um sol, com uma boca enorme, querendo abocanhá-lo, ficando com medo do astro. Pior ainda são as fantasias criadas por crianças mais peraltas que são chamadas à ordem com frases como: - Olha que eu levo você no médico para tomar injeção! O pequeno nem sabe o que seja uma coisa ou outra mas torna-se apreensivo diante do fato real: a visita ao médico.

No período de transição (2 a 5 a.), tem sido descrita uma transição, também, entre a necessidade dos adultos e a independência (autocomando). Não raro a criança se apega a um de seus símbolos afetivos (chupeta, ursinho, travesseiro, fralda etc.), o qual carrega ou exige nos momentos de ansiedade. Como "ir dormir" pode representar um momento de perda do autocontrole, a necessidade de apoio faz com que exija aquele símbolo infantil. Como a indução, bem explicada, equivalerá a "ir dormir", é bom deixar que o menor traga consigo a sua "bengalinha".

Em torno dos 4 anos já existe um pensamento mais lógico e a explicação verbal torna-se possível, desde que haja alguma ligação afetiva. O diálogo passa a ocorrer.

Dos 5 aos 7 anos o pensamento concreto se consolida, ampliando-se progressivamente tornando cada vez mais fácil uma preparação verbal. Começa, no entanto, uma evolução para o julgamento moral. O adulto passa a ser identificado como idôneo ou inidôneo na dependência da sua honestidade no relacionamento. As experiências anteriores negativas dificultam o estabelecimento de empatia. A franqueza torna-se uma necessidade inclusive com relação ao pós-operatório.

Dos 7 aos 12 anos o pensamento já é concreto e o conceito de moralidade se estabelece definitivamente. O raciocínio já é indutivo e não, infreqüen-

temente, é preciso um "debate" calmo, lógico e honesto para se atingir a confiança.

Causas de Medo, Angústia ou Ansiedade⁵

O medo perturba as crianças, e os adultos, desde a mais tenra idade. Basicamente há dois tipos de medo: o "não aprendido", de caráter absolutamente físico como ruídos excessivos, perda de apoio ou qualquer outro estímulo intenso, repentino, inesperado e desconhecido. Dor, lugar elevado, movimentos bruscos, clarões, sombras, objetos, situações e pessoas desconhecidas podem gerar medo.

Na evolução da maturação, as capacidades de percepção e discriminação podem passar a representar um papel importante no desenvolvimento do outro tipo: o "medo aprendido". Começa-se, então, a perceber o perigo potencial de uma situação. A experiência penosa anterior, o fato de já ter se assustado com alguém ou alguma coisa, por "aprendizagem", geram angústia. Como exemplo, a criança que foi agredida por uma pessoa de branco (médico, dentista, enfermeira ou praticante do saravá), por aprendizagem, passa a se assustar na presença da mesma pessoa com a mesma roupa (18 meses); ou de qualquer outra vestida de branco (2 a 5 anos); ou a simples menção do título - doutor ou enfermeira (5 a 7 anos).

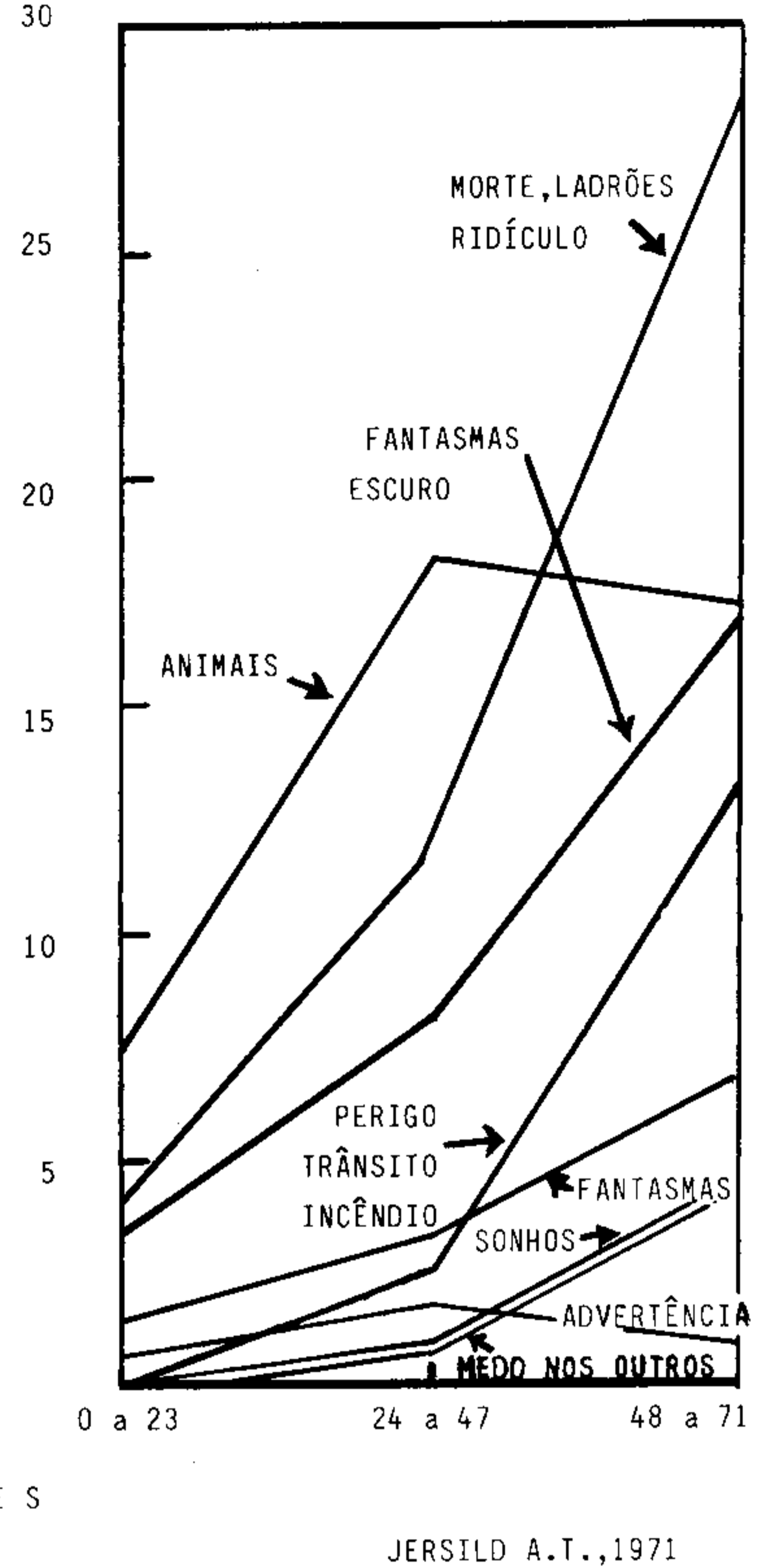
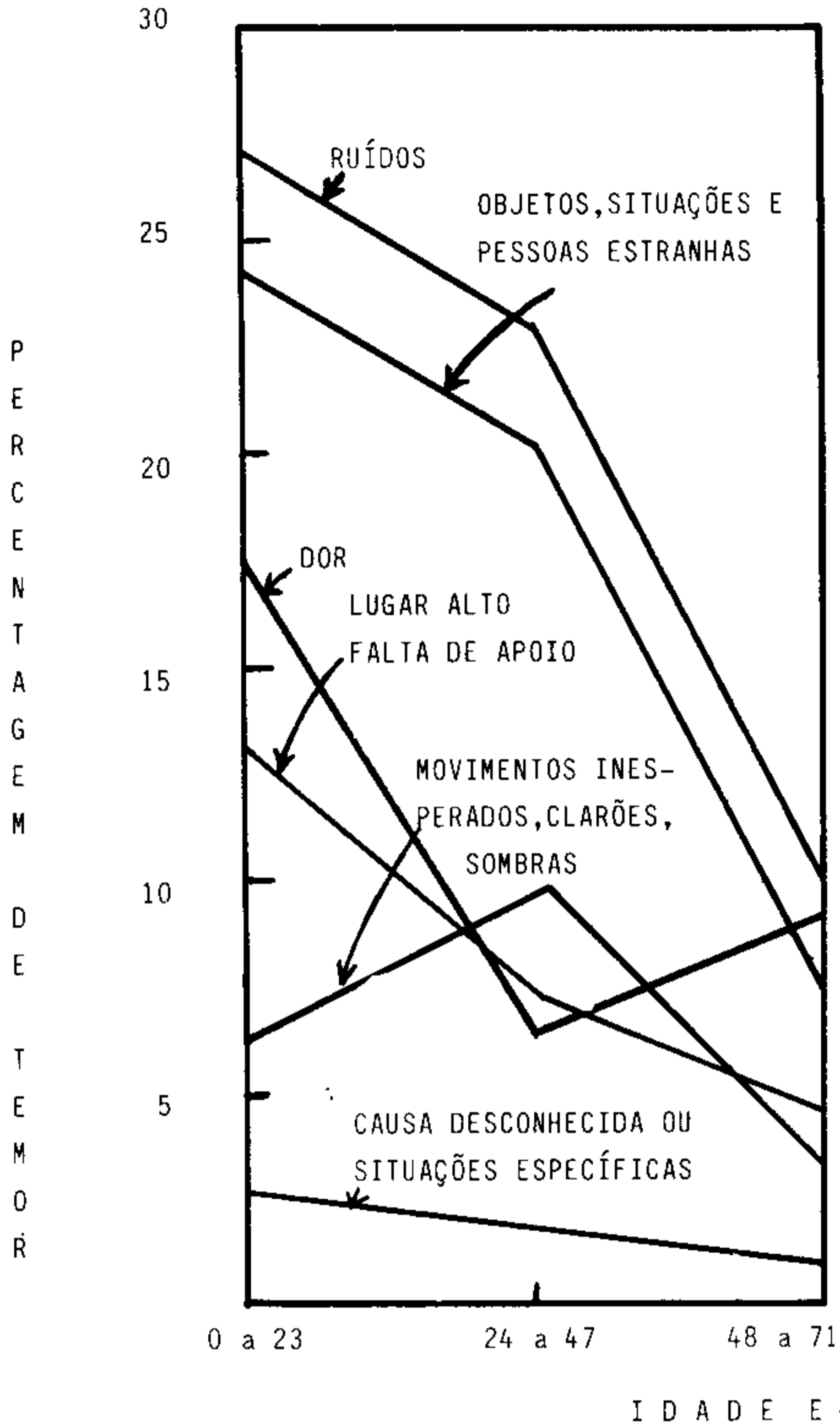
A rigor, as causas de medo evoluem de situações concretas ou físicas para situações imaginárias ou mentalmente elaboradas (Gráfico 1).

A indução inalatória da anestesia, de forma forçada, sem explicações, pode causar ansiedades duradouras. A dificuldade da respiração e o desfalecimento podem corresponder à fantasia que a criança faz da morte. Este tipo de "cicatriz" de induções inábeis tem sido responsabilizado por pesadelos e dificuldades de dormir que persistem durante muito tempo após a anestesia.

A maturação faz com que diminuam as revelações de ansiedade como o choro, tremor, fuga ou agarramento a um protetor. Na verdade isto pode não significar declínio do medo, mas um autocontrole e menor tendência a revelar emoções por parte da criança mais velha. O medo de coisas imaginárias ou fantasiosas passa também a aparecer com o desenvolvimento mental, como foi exemplificado com o "medo gerado pelo sol".

As manifestações de medo podem ser evidentes (taquiplnéia, choro, tremor, horripilação) ou podem estar encobertas com atos de "rebeldia", desafio e até ira. Pode ainda ser negado, embora esteja presente.

Do ponto de vista da Psicologia, há tentativas de diferenciação das sensações denominadas medo, angústia ou ansiedade. Organicamente, porém, qualquer destas sensações promoverá o que denominamos "estresse", com uma resposta neuro-humoral



JERSILD A.T., 1971

bastante conhecida, com descarga adrenérgica, ativação endócrina e muitos efeitos deletérios do ponto de vista da Anestesia.

A maneira correta de se tratar com qualquer destas emoções deve ser a prevenção. A ambientação, a explicação a nível de entendimento para a faixa etária, o acompanhamento por uma das pessoas de maior ligação afetiva etc. podem gerar a confiança.

É importante salientar que à medida que a criança "percebe" a emoção de seus pares (adultos ou outras crianças), ela "assume" a mesma emoção. É como se raciocinasse ou "sentisse" que se a "turma" está com medo deve haver uma razão plausível. Assim, o preparo dos pais para o ato anestésico-cirúrgico da criança é imprescindível. É quase fatal que se os pais estão ansiosos o filho estará também. Por outro lado, a tranquilidade dos pais se reflete na criança.

O-Uso dos Estágios Emocionais no Preparo e Indução da Anestesia

Até agora, de maneira concisa, procurou-se demonstrar a importância de algum conhecimento da maturação emocional e física das crianças no encaminhamento da indução da anestesia. Com uma elaboração mais prática, tentar-se-á concentrar tais informações por faixa etária, procurando definir um padrão de comportamento profissional na dependência da idade.

De 0 a 5 Meses

Características: ligação afetiva difusa a adultos; dependência total quanto às necessidades básicas; e causas de ansiedade relacionadas a aspectos físicos.

Técnica: jejum de curta duração (não superior a 4 horas); aquecimento (bem agasalhadas ou ambiente em temperatura de 25°C); evitar ruídos altos (conversa calma em tom baixo); usar pré-medica-

ção exclusivamente quando houver dor (morfina 0,1 mg. kg⁻¹); e indução inalatória suave com graduação lenta das concentrações.

De 6 a 18 Meses

Características: ligação afetiva específica à "mãe"; dependência quanto às necessidades básicas; e causas de ansiedade ligadas a aspectos físicos, a pessoas e ambientes estranhos.

Técnica: horário matinal; jejum de, no máximo, 4 horas; preparo da mãe como colaboradora; múltiplos contatos pré-anestésicos (ambientação); pré-medicação com morfina (0,1 mg. kg⁻¹) em caso de dor; e indução retal, na presença da mãe, com supositório ou enema de barbitúrico (30 a 40 mg. kg⁻¹ de tiopental). Levar ao centro cirúrgico em sono instalado.

De 2 a 3,5 Anos

Características: ligação afetiva à mãe ou outros elementos da família; ainda há dependência com relação a necessidades básicas; pensamento ilógico e fantasioso; e medo relacionado a pessoas ou ambientes estranhos, experiências anteriores, fantasias ou identificação com a tensão do ambiente familiar. Algum grau persistente de insegurança relacionada a aspectos físicos (altura, ruídos excessivos, ambientes escuros etc).

Técnica: horário matinal; jejum de curta duração; preparo da mãe e familiares; várias visitas para ambientação; antecipação dos fatos com pequenas histórias de fantasia, filmes ou ilustração didática; pré-medicação com morfina (0,1 mg. kg⁻¹) em caso de dor ou flunitrazepam (0,05 a 0,1 mg. kg⁻¹) diante de ansiedade manifesta. Indução inalatória, ou retal na dependência da resposta ao preparo. No caso de indução inalatória procedê-la em posição sentada, evitando máscaras, conexões e bolsas de cor negra. Se a opção é por anestesia de base retal, aplicá-la junto da mãe, em ambiente conhecido, levando a criança dormindo ao centro cirúrgico.

De 4 a 6,5 Anos

Características: já é possível desenvolver afetividade a partir de um diálogo amigável; já se defende quanto às necessidades básicas; conceito de moral em desenvolvimento; insegurança diante de novas experiências; medo relacionado a experiências an-

teriores, a dor ou a fatos já elaborados mentalmente; insegurança diante de perigos potenciais (altura, dominação, agressão etc.).

Técnica: horário matinal; não alargar excessivamente o jejum; explicação dos fatos em diálogo acessível; evitar "enganar ou trocar"; ambientação às pessoas e ao hospital; pré-medicação com morfina (0,1 mg. kg⁻¹) em caso de dor ou flunitrazepam (0,1 mg. kg⁻¹ até um máximo de 2 mg); tentar dialogar quanto às opções de indução - inalatória, venosa ou retal, principalmente acima dos 5 anos. Induzir conforme opção (normalmente é inalatória). No caso de indução inalatória, procedê-la em posição sentada.

De 7 a 12 anos

Características: conceito de moral definitivamente estabelecido; desconfiança com relação ao adulto; capacidade plena de diálogo inclusive com pontos de vistas pessoais; medo de dor, de amputação ou de morte.

Técnicas: incluir no preparo prévio uma discussão clara e justificada, com explicações precisas; responder às perguntas de maneira honesta; discutir condutas após os esclarecimentos; antecipar fatos, inclusive do ponto de vista pós-operatório; utilizar o apoio de tranquilizantes quando a ansiedade for manifesta. Induzir por via venosa ou inalatória, conforme opção. Sugerir as vantagens da indução venosa.

Realmente não é possível discutir de forma tão sucinta todos os detalhes que envolvem o estado emocional e o preparo psicológico da criança para a cirurgia. Teríamos ainda que considerar os desvios da normalidade, os atrasos de desenvolvimento, a deformação psicológica do próprio ambiente familiar. Está claro que nunca se pretenderá tratar psicológica ou psiquiatricamente, no pré-anestésico, um distúrbio já existente. Será importante tentar defini-lo para o estabelecimento da conduta mais apropriada. De qualquer forma, o anestesista deve se habilitar no trato com as crianças, evitando condutas "massificadas" ou "industrializadas como em linha de produção", personalizando e adequando o preparo da família e dos pequenos, conforme as suas faixas etárias, para evitar ser tachado de "REBELDE".

Oliva Filho A L — Opções de indução da criança rebelde. Rev Bras Anest, 1985; 35:

Discute-se se a rebeldia é da criança ou do anestesista que não pode ou não soube prepará-la convenientemente do ponto de vista pré-anestésico.

Oliva Filho A L — Opciones de inducción del niño rebelde. Rev Bras Anest, 1985; 35:

Se discute si la rebeldía es del niño o del anestesista, que no puede o no supo prepararla de forma conveniente del punto de vista preanestésico.

Dada a diferença patente de desenvolvimento psíquico e físico, aparentemente o agressor ou rebelde, de fato, é o anestesista.

A criança, em sua maturação evolui de um período egocêntrico para uma relação interpessoal mais ampla. Sua afetividade inicial é difusa, passando em torno dos 6 meses para uma ligação específica com a mãe. Liga-se, mais tarde, com os adultos que a cercam, atingindo, após os 4 anos, a possibilidade de uma ampliação da afetividade. Em torno dos 7 anos já adquire um discernimento de moralidade pelo que é capaz de bloquear um diálogo por desconfiança da idoneidade do co-participante.

Do ponto de vista de causas de medo ou ansiedade evolui das causas físicas ou orgânicas (dor, fome, sede, ruídos, escuridão, altura etc.) para causas mais elaboradas mentalmente (fantasias, experiências anteriores, medo de amputação ou da morte). Mentalmente evolui de uma atitude contemplativa para uma vida mais participativa, começando a dialogar por simbolismos em torno dos dois anos, adquirindo algum caráter mais lógico em torno dos 5 e um pensamento concreto com julgamento moral a partir dos 7 anos.

Todos estes elementos devem ser levados em conta no preparo da criança e da família para a anestesia, os quais irão contribuir para confiança e ausência de "rebeldia".

Até os 4 meses de vida os cuidados devem atender as necessidades básicas. Dos 6 meses até os 18, a mãe deve participar ativamente no preparo e na indução que, preferencialmente, deve ser via retal, com barbitúricos. A partir dos dois anos, ainda é importante a participação materna, onde o preparo pode incluir histórias apropriadas, desenhos animados ou ilustrações didáticas. A indução pode, na dependência do preparo, ser retal ou inalatória. Entre 4 e 7 anos, o diálogo se torna possível e à medida que a idade avança é mais fácil discutir a fase pré-anestésica. Dos 7 aos 12 anos o "debate" deve ser franco e claro, incitando o menor a tomar sua opção em relação ao tipo de indução que lhe aprouver.

Unitermos: CRIANÇA; INDUÇÃO: PSICOLOGIA

Debido a la patente diferencia de desenvolvimiento psíquico y físico aparentemente, de hecho, el agresor o rebelde es el anestesista.

El niño, en su maduración evoluye de un periodo egocéntrico para una relación interpersonal más amplia. Su afectividad inicial es difusa, pasando alrededor de los 6 meses para una ligación específica con la madre. Más tarde se liga con los adultos que lo cercan, alcanzando después de los 4 años la posibilidad de una ampliación de afectividad. Alrededor de los 7 años, ya adquire un discernimiento de moralidad por lo que es capaz de bloquear un diálogo por desconfianza de la idoneidad del coparticipante.

Del punto de vista de las causas del miedo o ansiedad, evoluye de las causas físicas o orgánicas (dolor, hambre, sed, ruídos, oscuridad, altura, etc.) para causas más elaboradas mentalmente (fantasías, experiencias anteriores, miedo de amputación o de muerte).

Mentalmente evoluye de una actitud contemplativa para una vida más participativa, comenzando a dialogar por simbolismos alrededor de los dos años, adquiriendo un carácter más lógico alrededor de los 5 y un pensamiento concreto con juicio moral a partir de los 7 años.

Todos estos elementos deben ser llevados en cuenta en el preparo del niño y de la familia para la anestesia los cuales irán a contribuir para la confianza y la ausencia de "rebeldía".

Hasta los 4 meses de vida los cuidados deben atender las necesidades básicas. De los 6 meses hasta los 18, la madre debe participar activamente en el preparo y en la inducción que, preferencialmente debe ser vía rectal, con barbitúricos. A partir de los dos años, aun es importante la participación materna, donde el preparo puede incluir historias apropiadas, dibujos animados o ilustraciones didáticas. La inducción puede, en la dependencia del preparo, ser rectal o inalatoria. Entre 4 y 7 años, se torna posible el diálogo, y a medida que la edad avanza es más fácil discutir la fase preanestésica. De los 7 a los 12 años el "debate" debe ser franco y claro, incitando el menor a tomar su opción en relación al tipo de inducción que más le agrade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holanda Ferreira A B — Novo Dicionário Aurélio, 1ª ed., Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
2. Mussen P H, Conger J J, Kagan J — Desenvolvimento e personalidade da criança. S. Paulo - Harper e Row, 1977.
3. Bee H — A criança em desenvolvimento, S. Paulo - Harper e Row, 1977.
4. Sarano J — O relacionamento com o doente, S. Paulo - E. P. U., 1978.
5. Jersild A J — Psicologia da criança, B. Horizonte - Itatiaia, 1971.