

Familiares e representações do medo e sofrimento emocional da criança na emergência: reeducação colaborativa no cuidado

Family members and representations of fear and emotional distress Of the child in the emergency room: collaborative re-education in care

DOI: 10.46919/archv2n6-005

Recebimento dos originais: 01/06/2021

Aceitação para publicação: 31/07/2021

Silvia Helena Oliveira da Cunha

Enfermeira do Hospital Universitário Antônio Pedro/HUAP. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial/MPEA da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso e Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (Rio de Janeiro), Brasil.

E-mail: olivershoc@yahoo.com.br

Eliane Ramos Pereira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutorado/UERJ. Professora do Programa de Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial/MPEA da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso e Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (Rio de Janeiro), Brasil.

E-mail: elianeramos.uff@gmail.com

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Enfermeira. Filósofa. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso e Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói, (Rio de Janeiro), Brasil.

E-mail: rafamig@terra.com.br

Renata Carla Nencetti Pereira Rocha

Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso e Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói, (Rio de Janeiro) Brasil.

E-mail: rnencetti@yahoo.com.br

RESUMO

Problema: Relações entre família e criança hospitalizada no contexto da emergência, reforçam frequentemente a cultura do medo por meio de condutas que a amedrontam demasiadamente, especialmente quando submetidas aos procedimentos dolorosos. **Objetivos:** analisar representações sociais da família acerca do sofrimento da criança na emergência; identificar a cultura do medo no contexto das representações da família e implicações; elaborar cartilha aos familiares como ferramenta facilitadora na minimização do estresse psicológico da criança. **Método:** Estudo descritivo, abordagem qualitativa, pautada na Teoria das Representações Sociais, utilizou-se técnicas de evocação livre, entrevista semiestruturada e observação participante. Os dados foram submetidos à análise de Bardin e classificados em cinco categorias: 1) profissionais de saúde; 2) objetos estranhos; 3) evento indesejável; 4) bactéria e infecção hospitalares e 5) medo da morte da criança. O estudo realizado na emergência pediátrica de um hospital universitário no município de Niterói/RJ e cujos sujeitos foram os familiares que acompanharam as crianças hospitalizadas. **Conclusão:** Percebe-se no cotidiano da emergência, que crianças sofrem dor emocional, antes da dor física, visto que medo excessivo da criança é culturalmente incentivado e aceito pelas famílias. Desconstruí-lo com educação e reforço positivo é eficaz ferramenta estratégica de promoção da saúde emocional ao binômio criança-família.

Descritores: Relações Familiares; Estresse Psicológico; Medo; Enfermagem em Emergência; Criança Hospitalizada.

ABSTRACT

Problem: Relationships between hospitalized family and child in the emergency context often reinforce the culture of fear through behaviors that frighten her too much, especially when subjected to painful procedures. **Objectives:** to analyze social representations of the family about the suffering of the child in the emergency; Identify the culture of fear in the context of family representations and implications; To elaborate a booklet for the family as a facilitating tool in minimizing the psychological stress of the child. **Method:** Descriptive study, qualitative approach, based on Social Representations Theory, we used free evocation techniques, semi-structured interview and participant observation. The data were submitted to the analysis of Bardin and classified into five categories: 1) health professionals; 2) foreign objects; 3) undesirable event; 4) hospital bacterium and infection; and 5) fear of child death. The study carried out in the pediatric emergency of a university hospital in the city of Niterói / RJ and whose subjects were the relatives who accompanied the hospitalized children. **Conclusion:** It is noticed in the daily emergency that children suffer emotional pain, before physical pain, since excessive fear of the child is culturally encouraged and accepted by families. Deconstructing it with education and positive reinforcement is an effective strategic tool for promoting emotional health to the binomial child-family.

Keywords: Family Relations; Psychological stress; Fear; Emergency Nursing; Hospitalized Child.

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização por ser um evento social, interrompe rotinas e mobiliza os integrantes de uma família, assim como, parentes e amigos. Na emergência pediátrica, na maioria das vezes, a mãe, é quem articula de várias formas a família, a fim de dar apoio físico e emocional no suprimento das necessidades da criança. Deste modo, é notório o caráter segregante da hospitalização, pois retira a criança e sua família de forma repentina do meio em que vive, para inseri-la em um meio desconhecido, no qual se vê isolada dos parentes, da escola e da comunidade em que vive.

A família é um grupo auto identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família ⁽¹⁾.

A doença e a hospitalização são as primeiras crises que as crianças se deparam. O estresse representa uma modificação em sua saúde usual e da rotina ambiental; as crianças possuem um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores (aqueles eventos que produzem o estresse). As reações das crianças a estas crises são influenciadas por sua idade de desenvolvimento, experiências prévias com a doença, separação ou hospitalização, habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e o sistema de suporte disponível ⁽²⁾.

A família é o primeiro grupo social no qual estamos inseridos, o qual deve nos acolher já que constitui unidade nuclear do indivíduo, permitindo-nos desenvolver nossas habilidades, experiências,

vivências e novas relações humanas. Nesse ambiente, a pessoa recebe todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental. Assim, para se alcançar o equilíbrio familiar, reforça-se a necessidade de desenvolvimento saudável para cada um de seus membros ⁽³⁾.

As reações frente a hospitalização dependem de cinco fatores: 1) O estágio evolutivo da criança; 2) o grau de sofrimento e mutilação e significado que a doença tem para a criança e seus pais; 3) a relação pai e filho e a resposta da criança à reação dos pais; 4) a reação psicológica da criança aos procedimentos médicos e cirúrgicos, separações e hospitalizações e 5) a interferência da hospitalização em suas funções físicas, psicológicas e sociais ⁽¹⁾.

Inicialmente, os pais podem reagir com descrença, especialmente quando a doença é súbita ou grave. Após a idealização da doença, os pais reagem com raiva ou culpa, ou ambas. Podem culpar-se pela doença do filho ou ficarem com raiva de outras pessoas por alguma ação errada. Mesmo nas mais leve das doenças, os pais questionam sua capacidade como cuidadores e reveem quaisquer ações ou omissões que pudessem ter evitado ou provocado a doença. Quando rotina de cuidados, afastamento da família (irmãos), da escola e do brinquedo. E a hospitalização é indicada, a culpa dos pais é intensificada porque eles se sentem impotentes para aliviar a dor física e emocional do filho ⁽³⁾.

O estudo surgiu a partir das observações do processo de cuidado desempenhado pela equipe de enfermagem à criança e sua família, em condição de alojamento conjunto no processo de saúde-doença na emergência. Foi observado durante o processo de cuidar da criança em meio aos procedimentos dolorosos, que os adultos em geral, principalmente os da família, induzem com palavras e atitudes um comportamento extremamente difícil na criança. Tornando-se um elemento que dificulta a abordagem junto à criança. Nota-se que a família projeta “seu medo”

tratamento contra a doença. Percebe-se que família reflete o medo que sentem da situação em que se encontram, mais precisamente, medo: dos profissionais, dos materiais, do ambiente e de tudo que envolve estar na emergência e no hospital, inclusive o medo da morte da criança.

Medo, ansiedade e frustração são sentimentos comuns manifestados pelos pais. O medo e ansiedade podem estar relacionados à gravidade da doença e aos tipos de procedimentos médicos envolvidos. Com frequência a ansiedade está relacionada com o trauma e a dor imputados à criança ⁽³⁾.

Tais comportamentos, a projeção do “medo da família na criança” e do sofrimento emocional da criança, inquietaram e nos levou a reflexões e questionamentos a respeito da necessidade de informar à família de que forma ele pode ser terapêutica e parceira da equipe de enfermagem na abordagem junto à criança, tanto na compreensão, quanto na colaboração dela no procedimento doloroso. Incluindo a necessidade de atenuar o sofrimento emocional da criança, pois, percebeu-se que nesta situação, a dor emocional é sentida antes da dor física. Inclusive a forma pela qual, a família se relaciona com seu

medo na presença da criança é um diferencial no comportamento da criança.

Desse modo, induz a criança a assumir um comportamento de extremo sofrimento emocional e até pavor, sem, no entanto, ter o compromisso com o diálogo, explicando a necessidade de estar ali para realizar o procedimento, a fim de tranquilizá-la no momento que antecede o procedimento doloroso, percebe-se que investir em tempo educando a criança tem menos valia para algumas famílias. Isto gerou, não só a inquietação, mas também reflexões, de como poderia ser desconstruído o mito da dor e do medo exagerados.

A maioria das famílias amedrontam as crianças no cotidiano pretendendo com isso, obter a obediência e colaboração da criança. Mas quando realmente o procedimento é necessário, o que se observa é uma criança em franco sofrimento emocional, extremamente apavorada, assustada que sofre demasiadamente frente a necessidade de vivenciá-lo. Nota-se que tal atitude, é prejudicial ao entendimento e colaboração da criança, podendo deixa-la confusa e expor ambos aos possíveis acidentes, até a não realização do procedimento.

O relacionamento entre a família, a equipe e a criança deve ser estabelecido de forma empática, a receptividade deve ser facilitada por meio do diálogo, do toque de modo carinhoso, humano, quando então nos tornamos disponíveis para uma melhor compreensão da família e aceitamos compartilhar o cuidado da criança com suas famílias como algo natural e benéfico. Se diálogo não for reconhecido e nem vivenciado, a criança e sua família não se mostram, fazendo com que, muitas vezes, os seus sentimentos e as suas ideias não sejam valorizados⁽⁴⁻⁵⁾.

O estudo tem sua relevância, pois conta com a parceria e a corresponsabilidade da família no cuidado à criança, no qual está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na premissa de humanização do cuidado assistencial, sobretudo na valorização do cuidado emocional à criança. É inquestionável que a família é parte essencial no cuidado de enfermagem, portanto o empoderamento da família por meio do conhecimento, se transforma em sujeito ativo e capaz de mudar sua realidade. Dessa forma, a equipe de enfermagem passa a ter um parceiro no cuidado, não apenas alguém que replica o que ouviu, sem buscar o entendimento, mas alguém que pensa nas ações e no cuidado que é realizado.

Aponta também, para a necessidade de reflexão a respeito da reprodução cultural do medo imposta pelos pais e reforçada por alguns profissionais de saúde, na qual traz danos ao amadurecimento emocional de crianças. Visa não só, a desconstrução de mitos, mas o enfrentamento do real com concretude e humanização, na prevenção de traumas e fobias. Assim como, como na articulação de estratégias de enfrentamento que fortaleçam a resiliência em crianças e também em seus pais, corroborando com a execução da Política Nacional de Humanização (PNH) que pressupõe o cuidado emocional indissociável do cuidado físico.

O cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível. A essência da enfermagem é o cuidar e é considerado o objeto de trabalho sendo necessário que seja eficiente e prestado de forma

humanizada. Ao estabelecer o cuidado, este deve ser sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional⁽⁶⁾.

Os objetivos são: Geral: analisar as representações sociais da família acerca do sofrimento psíquico da criança na emergência. Específicos: identificar a cultura do medo no contexto das representações da família e implicações no sofrimento psíquico da criança; elaborar uma cartilha informativa para os familiares como estratégia de reeducação colaborativa na minimização do sofrimento psíquico da criança. O objeto de estudo são as representações sociais que os familiares das crianças objeto de estudo as representações de familiares acerca de sua experiência frente ao medo e sofrimento emocional da criança no cuidado na Emergência, como subsídio na construção de estratégia de orientações ao familiar. O produto a ser elaborado a partir da análise das entrevistas, concomitante com a dinâmica do setor de emergência pediátrica e com o estado da arte, está na elaboração de uma cartilha, na qual tem o seu caráter informativo e educativo abrangendo as rotinas do setor e a forma pela qual o familiar pode ser terapêutico e parceiro no cuidado emocional da criança. A pesquisa se insere na linha de pesquisa “o contexto do cuidar em saúde”, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (MPEA/EEAAC/UFF).

Observa-se no cotidiano que os familiares reforçam o medo de forma exagerada e punitiva na criança e que dificultam o cuidado à criança, por meio de frases do tipo: “se você não me obedecer, a enfermeira vai te dar uma injeção! Se você não fizer o que eu digo, vou te levar par o hospital e a enfermeira vai te dar uma injeção! ” Frases semelhantes a estas, que são incutidas no imaginário da criança e que funcionam como um “chicote emocional” na tentativa de controle do comportamento da criança pelo medo usando a figura do profissional de enfermagem como alguém “cruel e que casa dor”. Não há a preocupação em informar à criança que: a enfermagem cuida das pessoas quando estão doentes e que a doença, sim é que causa dor e morte, quando não é combatida.

Inserido nesta problemática, tem-se como questões norteadoras: quais as representações sociais dos familiares acerca do sofrimento emocional da criança em emergência? Como se mostra a dinâmica da impregnação do medo nas representações sociais da família da criança em meio ao cuidado na emergência? Quais as ações e condutas colaborativas da família que contribuem para a minimização do sofrimento emocional da criança? Assim, tem-se como objeto de estudo as representações de familiares acerca de sua experiência frente ao medo e sofrimento emocional da criança no cuidado na Emergência, como subsídio na construção de estratégia de orientações à família.

2 MÉTODO

O estudo em questão é descritivo, de natureza aplicada, não experimental, com abordagem qualitativa e exploratória e tem como procedimento, a pesquisa de campo na qual se sustenta na articulação

das: entrevista semiestruturada, no roteiro de perguntas onde foi sondada a zona muda e a observação participante. O estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, o que exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, como por exemplo a população, a amostra, os objetivos do estudo, as hipóteses ou pressupostos e as questões de pesquisa.

O objetivo principal deste tipo de pesquisa, é o de descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento das relações entre as variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática ⁽⁷⁾.

Optou-se por esta abordagem por contemplar amplamente a proposta já demonstrada, por se tratar de aferir as falas dos familiares das crianças submetidas aos procedimentos dolorosos, já que estes expressarão sua concepção e visão desta realidade, ou seja, a sua própria subjetividade.

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações o que corresponde a um “espaço mais profundo das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ⁽⁸⁾.

Do mesmo modo, ainda afirma e corrobora com esta forma de abordagem “ A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ⁽⁷⁾.

Após a realização das entrevistas semiestruturadas gravadas, com aplicação do questionário de evocações livres e do roteiro de perguntas sobre a temática do medo, foram realizadas: as transcrições e análise das falas a luz das representações sociais e foram identificadas três categorias: 1) Medo; 2) Sofrimento da Criança e 3) Ações de Enfermagem.

A técnica de coleta de dados será a entrevista semiestruturada utilizando-se como instrumento um roteiro com perguntas abertas possibilitando estabelecer diálogo para obtenção das informações especialmente da dimensão subjetivas. As entrevistas são fundamentais em pesquisas sociais no sentido de possibilitar atingir o máximo de clareza das descrições dos fenômenos ⁽⁸⁾.

Esta entrevista requer a elaboração de questionamentos básicos por meio de um roteiro preliminar de perguntas apoiados nas questões e teorias descritas no estudo, de forma a oferecer amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa. O entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro para aprofundar e esclarecer pontos relevantes aos objetivos do estudo ⁽⁹⁾.

Utilizou-se também a técnica de evocações livres, importante para a apreensão das representações sociais dos familiares em sua experiência vivida. Constituirá nas palavras disparadas com o termo indutor:

o que você pensa quando escuta “minha criança na emergência”; e também: o que os outros pensam quando escutam “criança na emergência”, buscando-se captar os modos de pensar dos familiares ligados ao senso comum acerca da criança no contexto da situação emergencial.

Assim, a coleta de dados se dará em três momentos distintos, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: 1) Observação da dinâmica do familiar no setor de emergência junto à criança e suas relações afetivas, especialmente nas intervenções da equipe, antes e após o procedimento captando-se os comportamentos que surgiram. 2) Evocações livres, anotando-se as palavras ou expressões dos familiares. 3) Entrevista semiestruturada, cujo roteiro se compõe de perguntas abertas visando abranger as representações dos familiares em sua experiência com o sofrimento na criança frente aos procedimentos dolorosos na emergência.

Em relação aos aspectos éticos e legais da pesquisa, a investigação assegurou as premissas éticas que cabem a pesquisas com seres humanos, como disposto pela Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (CEP/HUAP) e foi aprovada e assinada em 22/07/2014, conforme consta em Parecer Consubstanciado número: 724.999 e CAAE número: 31287214.0.00005243.

Cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas sem a presença da criança, preferencialmente no momento de sono ou repouso, e em local reservado, a fim de evitar interferências na coleta e também, por outro lado, possíveis prejuízos para a criança com a escuta dos depoimentos dos familiares. As entrevistas foram devidamente gravadas com a permissão dos participantes, utilizando-se para tanto um dispositivo eletrônico, e foram transcritas paulatinamente para posterior análise de conteúdo.

3 O LOCAL DA PESQUISA

O local do estudo foi o Setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), localizado em Niterói no Estado do Rio de Janeiro no Brasil. O HUAP é destinado ao ensino, à pesquisa, à extensão e oferece serviço de saúde à comunidade. No cumprimento destas propostas, o HUAP oferece serviços aos corpos docentes, discentes, servidores da UFF, assim como, à população da área geográfica correspondente à área metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, cuja abrangência atende aos municípios de: Niterói, São Gonçalo, Maricá, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim, Itaboraí, Magé, Manilha, inclusive eventualmente municípios da metropolitana I. Esta articulação se dá através do sistema de referências e contra referências preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este atua na hierarquia do SUS como referência quaternária nas especialidades de alta complexidade com a emergência pediátrica referenciada desde 2008 com 06 leitos de internação e atendendo à na faixa etária de 0 a 15 anos 11 meses e 29 dias. As internações são procedentes advindos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de outros hospitais da rede local e circunvizinhas. Atualmente, é

o único hospital público de alta complexidade do município de Niterói. Por vezes, há absorção da demanda de atendimento também de crianças residentes na área metropolitana I, na qual abrange a cidade do Rio de Janeiro, da Baixada Fluminense e Grande Rio.

Existe ainda uma demanda espontânea (vinda da residência), na qual é atendida e como queixas principais de maior incidência são: a febre como sinal para investigação diagnóstica; aliada ao broncoespasmo e doenças respiratórias. Dessa forma, o atendimento é realizado até esclarecimento a respeito da origem dos sinais e sintomas, ficando a criança em observação em companhia de seu familiar no setor, onde após a segunda avaliação médica, podendo receber alta hospitalar, ou iniciar os procedimentos para internação. Mas, o atendimento de emergência e de urgência ocorre após feita a classificação de risco. A demanda espontânea vem sendo reorientada através dos esclarecimentos e da informação das unidades de pronto atendimento pediátrico nas proximidades do domicílio em relação à articulação com a rede pública, sendo e conta

desse modo contra referenciado. No entanto, se a criança tiver clínica que ofereça dano, ou risco de morte, se instala a investigação diagnóstica, dessa forma criança e família ficam em observação até a alta hospitalar. O setor recebe demanda interna advinda dos ambulatórios em diversas especialidades.

Ele é composto por: 06 leitos cadastrados na rede (Central Reguladora de Vagas) e no Núcleo Interno de regulação (NIR), e ainda conta com 02 (duas) macas fixas para respectivamente: uma para exame físico e outra para atendimento de emergência, ou urgência e procedimentos invasivos. Importante também ressaltar que eventualmente, estas macas são ocupadas com crianças que tem seu quadro clínico agravado e que na instituição não há CTI pediátrico, apesar do hospital ser classificado de alta complexidade.

O campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação ⁽¹⁰⁾.

4 COLETA DE DADOS

Os sujeitos da pesquisa foram familiares das crianças hospitalizadas, ou das que ficam em observação até a confirmação diagnóstica no referido setor de emergência, submetidas aos procedimentos procedimento técnico invasivo, que por muitas vezes são dolorosos. O objeto da pesquisa de campo são as representações sociais observadas pela imposição da cultura do medo pelos familiares das crianças submetidas aos procedimentos dolorosos no setor de emergência pediátrica de um hospital universitário.

Os critérios de inclusão adotados foram familiares maiores de 18 anos, de qualquer grau de parentesco, ou representantes legais sem grau de parentesco, que aceitem participar da pesquisa, responsáveis e que sejam acompanhantes da criança, especialmente quando submetidas à procedimentos invasivos e dolorosos, hospitalizadas ou em observação no setor de emergência, podendo ser familiares de

ambos os sexos, já que no serviço é permitido a entrada de familiares do sexo masculino como acompanhante.

Convém destacar que o familiar acompanhante, participante do estudo, foram considerados como alguém que cuida da criança, e que, portanto, conheça seus hábitos e suas peculiaridades e que exerça responsabilidade sobre ela. Em caso de crianças provenientes de abrigos institucionais, considerou-se também o cuidador que estiver com a criança no momento da internação. No caso da hospitalização, o acompanhante pode e deve ser alguém de ambos os sexos que tenha um relacionamento com a criança e que conheça seus hábitos e peculiaridades. Ou seja, alguém que desenvolva cuidados de conforto, segurança, bem-estar e afeto à criança tanto no ambiente hospitalar, quanto no domicílio. Adotamos o termo familiar/acompanhante, ou seja, um acompanhante que pode ser o responsável legal ou qualquer indivíduo que estando no acompanhamento é considerado pelo responsável como sendo da família, que pode ter grau de parentesco ou não ⁽¹¹⁾.

O estado da arte acerca da temática no levantamento de dados realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline/PUBMED), e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Dentre as várias buscas avançadas e combinadas realizadas, procurou-se selecionar os artigos atuais, que pudessem fundamentar teoricamente a discussão e que oferecesse uma proposta para as indagações desta temática. Assim, os critérios de inclusão foram: somente trabalhos científicos publicados a partir de 2009, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão têm-se: todas as publicações que não estavam disponíveis on-line e as que não abordam a temática. A partir daí foram realizadas buscas eletrônicas, na tentativa de realizar um levantamento bibliográfico da produção científica no decorrer do mês de outubro e novembro de 2014. Foi utilizado como embasamento bibliográfico do estudo, o conhecimento teórico e científico nacional produzido na atualidade, por retratarem a realidade brasileira dentro do contexto institucional oferecido.

Assim, a busca eletrônica nas bases de dados, inicialmente foram utilizados os descritores: Relações Familiares; Criança Hospitalizada e; Enfermagem em Emergência. Foram articuladas outras combinações com os descritores para busca dos artigos: “Medo” e “Sofrimento Psíquico”.

A partir daí, foram encontrados 67 artigos científicos, sendo 29 na LILACS, 22 na Medline e 16 na BDENF, que após aplicação de filtros como: texto completo: disponível; assunto principal: pais, criança hospitalizada, relações familiares, família; limite: humano, masculino, feminino, adulto, meia idade; ano de publicação: 2010-2014; tipo de documento: artigo; idioma: português, inglês, espanhol; obteve-se o total de 10 artigos. Desses, quatro estavam contidos na base Medline e seis na LILACS, e apenas seis tinham relação com a temática, conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro: 1 – O quantitativo de artigos em busca final nas bases de dados.

ESTRATÉGIA DE BUSCA				
Bases de dados	Quantidade de artigos encontrados com os descritores: relações familiares and criança hospitalizada and enfermagem em emergência	Quantidade de artigos encontrados com os descritores: medo and criança hospitalizada and relações familiares	EXCLUÍDOS	SELECIONADOS
N ARTIGOS CIENTÍFICOS				
LILACS	29	06	00	04
MEDLINE	22	04	04	02
BDEF	16	00	00	00
Total	67	10	04	06

Fonte: Dados da pesquisa realizada em 2014.

Os artigos foram selecionados e considerados por apresentar afinidade com a temática de estudo, e por garantir embasamento teórico em ressaltar aspectos relevantes.

A partir do estado da arte e aprovação da pesquisa pelo CEP, iniciou-se a coleta de dados com a utilização do roteiro de perguntas sobre o tema através de entrevista semiestruturada. Após a análise de Bardin dos dados obtidos, tivemos o perfil dos entrevistados e a categorização conforme mostra o quadro a seguir:

Todos os 13 familiares entrevistados são do sexo feminino, sendo somente uma, era progenitora da mãe de uma das crianças. A maioria delas não trabalha fora e cuida diretamente da criança. Constata-se que a dimensão cuidadora é essencialmente feminina, e mesmo algumas possuindo profissão, a maior parte delas, se dedica às atividades domésticas, ou são autônomas. A faixa etária abrange de 18 a 68 anos de idade e, em relação ao nível de escolaridade, a maior parte possui ensino fundamental ou ensino médio.

A princípio, visualizou-se primeiramente, três categorias: o medo, o sofrimento da criança e as ações de enfermagem. O medo é o sentimento mais apontado, principalmente o medo de agulhas e do profissional de enfermagem. A imagem do profissional de enfermagem, é de alguém que causa dor, parece não haver nexos entre a o cuidado que é feito para combater a doença, o que é supervalorizado pela família é o momento da dor, sem a devida explicação do real motivo do procedimento.

As representações sociais são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do conteúdo cognitivo têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam. O objetivo da Teoria da Representações Sociais é o de explicar o fenômeno do homem a partir da perspectiva coletiva sem perder a individualidade⁽¹²⁾.

No entanto analisando o discurso de cada uma a miúdo, ampliou-se as categorias para cinco categorias apontadas pelas entrevistadas, como fatores que mais desencadeiam medo nos familiares, que são: 1) profissional de saúde; 2) Objetos estranhos; 3) evento indesejável; 4) bactéria e infecção hospitalar e 5) medo da morte da criança, conforme mostra o quadro a seguir:

5 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE

Quadro: 2 - Os fatores apontados que mais desencadeiam medo nos familiares são:

Categorias	Descrição	Observações
1) PROFISSIONAL DE SAÚDE	1) Geram dúvidas em relação à pessoa estranha, principalmente se estiver de branco, se vai ter médico para atender, se ele é bom/mal profissional. É algo que preocupa e gera incerteza, dúvida e medo para toda e qualquer pessoa.	1) Foram apontadas com mais ênfase por familiares que tiveram a primeira vez da criança internada na instituição, principalmente procedente de outras instituições de especialidade emergência pediátrica.
2) OBJETOS ESTRANHOS	2) A agulha, a injeção são objetos mais apontados como mais ansiogênicos, principalmente pela dor que proporcionam e pela dificuldade em acessar uma veia em crianças para medicá-las, levando em consideração a variação do grau de dificuldade, patologias associadas, o estado clínico atual da criança, sabendo que este procedimento pode ser repetido por mais de uma vez.	2) Nota-se o medo exagerado de familiares que torna difícil a abordagem junto a criança com palavras e atitudes. Este reforço do medo, não pára, é cíclico. Existe um reforço psicológico, onde a criança não é ajudada e sim atemorizada, dificultando a abordagem da equipe de enfermagem.
3) EVENTO INDESEJÁVEL	3) (Na criança) Qualquer que seja a reação adversa na criança ao medicamento, podendo ser esperado, ainda que seja um evento inevitável, mas tratável na maioria dos casos. (Na prática) à Ou até o erro, erro na prescrição médica, troca de medicamentos, como sendo prática insegura da profissão.	3) Observa-se a desconfiança e medo do familiar no momento da realização de medicamentos. É de suma importância o esclarecimento de todo o processo, do motivo pelo qual o medicamento será realizado e todas as informações possíveis.
4) BACTÉRIA E INFECÇÃO HOSPITALAR	4) O medo do ambiente ter a bactéria e da criança estar com infecção e ela matar a criança. O medo do invisível, do inevitável.	4) O medo da bactéria e da infecção é real, dessa forma, na admissão e durante toda a internação, incentiva-se a lavagem das mãos constante e o uso de álcool gel.
5) MEDO DA MORTE DA CRIANÇA	5) Onde elas apontam o medo da criança piorar e de não levar mais a criança para casa, ou seja, o medo da morte da criança.	5) A maioria usa eufemismo para disfarçar a possibilidade da morte da criança, elas utilizam figuras como a da bactéria para significar a morte. Contudo, poucas falam expressamente a possibilidade, como sendo o pior acontecimento na vida de uma mãe.

6 RESULTADOS

De acordo com as entrevistas realizadas nesta pesquisa, o medo maior das entrevistadas é o de enfrentar a possibilidade da morte da criança, sendo este o principal sentimento que todas consideram como uma possibilidade real, visto que estão num ambiente onde isso acontece. Percebe-se tanto de forma expressamente e clara, quanto de forma disfarçada, na tentativa de se proteger (mecanismo de defesa), onde utilizam o eufemismo como forma de suavizar a morte. Em relação ao tipo de medo e de sua origem, estão descritos no quadro a seguir:

Nas falas a seguir, podemos ver os sentimentos que mais os familiares (codinomes de flores) apresentam durante o procedimento doloroso.

Papoula – É, a gente, eu sinto preocupação coma criança, né? Eu penso como ele vai reagir, de acordo com que a criança reage, é que a gente sente, não é? [...]. Data da entrevista: 30/09/14.

Gardênia – Ah, eu fico apavorada. A gente passa pela cabeça que o filho da gente vai, mas não vai voltar. A gente fica preocupada achando que pode piorar a situação, mas assim ..., agora eu tô vendo, ele tá bem tranquilo”. Data da entrevista: 30/09/14.

Camélia – Olha da primeira vez fiquei desesperada. Que a primeira vez ela vomitou sangue, a gente estava dentro do ônibus, foi um desespero só! [...] eu vim direto, com o coração apertado, mas assim, eu já sabia mais ou menos pelo o que ela ia passar: [...]. Data da entrevista: 17/09/14.

Rosa – Ah, ela pode engolir o choro. Se ela chorar mesmo ela fica com os lábios roxinhos, mas ontem sei que ela não chorou, ela não deu nem um chorinho, mas hoje mesmo de manhã quando foi pegar a veíinha dela ela gritou. [...]. Data da entrevista: 30/08/14.

De acordo com as falas anteriores, fica expresso o sofrimento emocional do familiar quando participa na realização do procedimento, ele experimenta sentir e abrigar sentimentos ruins, portanto negativos, os quais são sentidos e reconhecidos nas crianças. O eufemismo usado para disfarçar a possibilidade de morte, quando ela fala “ [...] **que pode piorar a situação** [...]” e em “[...] **que o filho da gente vai, mas não vai voltar** [...]”. Percebe-se nas falas que o medo da morte, da perda da criança, é algo difícil de ser verbalizado, por ser a pior das experiências que elas apontam.

7 O FENÔMENO DO JALECO BRANCO EM CRIANÇAS: UM FENÔMENO NO CUIDADO PEDIÁTRICO.

O fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo real e o social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam

Durante a pesquisa observou-se um fenômeno em crianças semelhante à síndrome do jaleco branco em adultos, trata-se de um fenômeno de extremo medo e sofrimento, sempre quando qualquer profissional se aproximava, a criança, mesmo que não fosse fazer qualquer procedimento nela. Sempre é observado em

crianças cuja família amedronta antes durante e depois de qualquer situação que aconteça com a criança. É nitidamente percebido o sofrimento emocional na maioria das crianças, elas identificam e reconhecem o medo da experiência dolorosa com a aproximação da pessoa de branco, ou seja, parece haver analogia do branco com a dor. Elas associam o “alguém de branco” à possibilidade produzirem nela a dor que algum familiar prometeu que ela sentiria, se não se comportassem como os adultos querem, por exemplo fazer o dever de casa. No entanto, este fenômeno, que pode ser o medo do jaleco branco, ou como já descrito em adultos, a síndrome do jaleco branco, é existente no cuidado em pediatria com mais frequência do que se possa imaginar, conforme os relatos a seguir:

Hortência – Ah, sente... com certeza! Sente porque o H., antigamente, ele só em ver vocês assim de branco, já gritava e vocês nem chegavam perto. Tanto é, que quando aconteceu aquilo com 1 aninho, quando ele veio transferido aqui do 5º andar, tinha médico que tirava o jaleco, ou se não, esperava ele dormir pra poder “escutá-lo”, entendeu? Porque senão eles não conseguiam. Porque ele chorando, altera a pressão, cai a saturação, então descontrola tudo. Então não adianta nem mexer na criança, porque ela fica com pavor. Isso é da criança que fica muito internada. Fica com esse medo. Eu não sei se essas crianças que não é internada assim direto, se eles ficam. Deve ficar, com certeza. Mas igual a quem já fica internada muito tempo, realmente tem esse mesmo. Eu sei porque meu filho gritava. Tinha médico que tinha que tirar o jaleco pra poder examiná-lo, senão não conseguia. Data da entrevista: 26/08/14.

Observação participante: Notei que quando me aproximei para aferir a temperatura axilar de H., mesmo dentro de sua limitação neurológica (sequela de choque anafilático, onde se encontra com sequela permanente neurológica), apresentava uma agitação motora, a saturação caía, apresentando rubor facial e piscava com muita frequência quando as pessoas com jaleco branco se aproximavam dele, sendo necessário, a mãe e o profissional conversarem muito com ele, ainda que seja somente para colocar o termômetro sob a axila.

Dália – “ É o jaleco branco. Ele tem pavor, acho que é isso. Tem mais nada. Eu acho que é quando ele vê essas roupinhas brancas passando. Desde lá do Getulinho ele trouxe, ou vi o enfermeiro passando, ele... no dia que outra pessoa vinha falar com ele, de um dia pro outro eu comecei a observar ele, tivesse sem roupa, ele ia até no colo, aí quando vinha com aquela roupa, ele já fazia, retraiu na hora, então, ele tem medo, acho que ele tem medo do jaleco branco sim (risos) ”. Data da entrevista: 23/10/14.

Observação participante: Quando me aproximei para entrevistar a Dália, vi que seu filho D. estava acordado no berço brincando com os brinquedos do setor. Quando ele notou a minha presença começou a chorar, querendo ir para o colo da mãe como forma de fuga e de proteção. De alguma forma se sentiu ameaçado, ela falava com ele e eu também, mas ele queria o colo, ele só acalmou quando ela deu o peito para ele mamar.

Gardênia – [...] ele não é de chorar, mais assim, muita das vezes ele chora porque ele acha que vai ficar longe da gente, medo, eu logo imagino que ele está sentindo dor, que ele está sofrendo muito, mas muita das vezes eu acho que é medo da parte dele. Data da entrevista: 17/09/14.

Observação participante: A criança K. estava no colo da mãe, quando me aproximei deles com jaleco, ele que estava sentado colocou-se de pé e abraçou a mãe ficando de costas para mim, chorava, a face ficou com rubor, pois gritava e suava muito, no entanto, quando ele viu que eu não pretendia fazer nada doloroso com ele, porque estava apenas conversando com a mãe, K. foi se acalmando e aos poucos foi diminuindo o chora até eu ir embora.

Nota-se que o medo do jaleco branco está presente em criança, quando não devidamente desconstruídos, podem representar um dano psicológico, conhecido como do jaleco branco em adultos.

Importante relatar que as entrevistas foram realizadas em épocas diferentes, ou seja, em períodos diferentes de internação, não havendo conversa entre as mães e portanto, influências externas em seus depoimentos.

*Hortência – Ah, sente ... com certeza! Sente porque o H., antigamente ele só em ver vocês assim de branco, já gritava e vocês nem chegavam perto. Tanto é quando aconteceu aquilo com um aninho, quando ele veio transferido aqui do 5º andar, tinha médico que tirava o jaleco, ou se não, esperava ele dormir pra poder “escutá-lo”, entendeu? Porque senão eles não conseguiam. Porque ele chorando, altera a pressão, cai a saturação, então descontrola tudo. Então, não adianta nem mexer na criança, porque ela fica com pavor. Isso que é da criança que fica muito internada. Fica com esse medo. Eu não sei se essas crianças que não é internada assim direto, se eles ficam. Deve ficar com certeza. Mas igual a quem já fica internada muito tempo, realmente tem esse mesmo. Eu sei porque meu filho gritava. Tinha médico que tinha que tirar o jaleco pra poder examiná-lo, senão, não conseguia.
Data da entrevista: 26/08/14.*

No relato anterior, a criança em questão, teve um choque anafilático por cefalexina e ficou com sequelas, permanecendo na condição de encefalopata com 01 ano de idade e a partir daí, demanda cuidados de alta tecnologia contínua. Mas mesmo assim, foi observado que a criança sempre apresenta o medo dos profissionais de jaleco branco, no qual foi observado e descrito pela mãe.

8 DISCUSSÃO

As representações sociais explicam os fenômenos do homem a partir da perspectiva coletiva sem perder a individualidade, ou seja, explicam os fenômenos por meio de uma rede de significados que tem sua origem no significado das coisas, dos fenômenos existentes.

Percebe-se que no cotidiano das unidades de emergência, a criança sofre a dor emocional, antes da dor física, pois é culturalmente permitido a imposição da cultura do medo em crianças, na tentativa de “controlar seu comportamento”. A desmistificação dela e a substituição pela educação e pelo reforço positivo são estratégias de abordagem mais humana e de promoção da saúde emocional da criança.

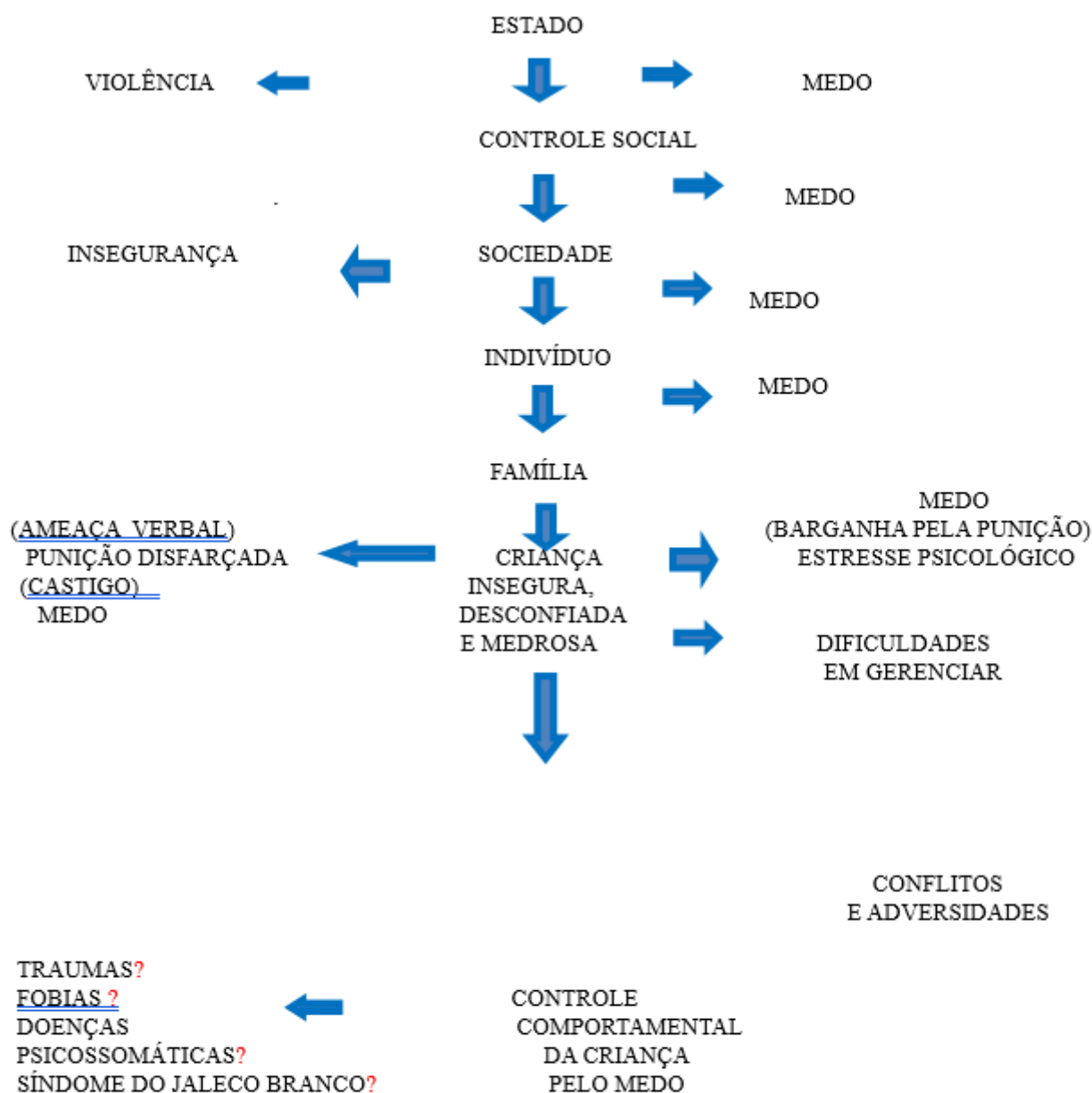
O medo que as crianças apresentam e sinalizado pelas mães, nos leva refletir sobre o significado existente no jaleco branco para a criança e também para o familiar. Sabe-se que o branco é o somatório das cores, onde todas se anulam e prevalece a cor branca, portanto ausência de estímulos visuais, pois as cores integram o mundo ajudando na distinção de objetos e fenômenos.

Ao ver o jaleco branco ocorre a analogia à dor, medo, sofrimento que ela já conhece e que é inevitável. Pensava-se que a síndrome do jaleco branco só se manifestasse em adultos, no entanto, o fenômeno tem sido observado em unidades de pediatria, sobretudo, quando são submetidas aos procedimentos dolorosos. A criança experimenta primeiramente a dor emocional, para depois experimentar a dor física. Nota-se que na aproximação com o jaleco branco, esta começa a chorar, pois sente emocionalmente o que seria a intensidade da dor física, antes mesmo desta acontecer. Isto, é verificado em crianças que já passaram pela experiência da dor emocional e física, ou que são amedrontadas pela família.

Percebe-se que o medo do jaleco branco é adquirido, ou seja, é aprendido em família, aprende-se em família a ter medo.

É um fenômeno psíquico e físico, onde há manifestação de extremo medo, com a presença do choro incontido, reação de luta e fuga, podendo haver reações adrenérgicas, como: liberação esfínteriana, sudorese intensa, palidez no início e rubor na permanência do choro, agitação, gritos, tremores. Este fenômeno é bem clássico e claro em crianças que são constantemente ameaçadas com a figura da injeção, da agulha e da enfermagem que usa o jaleco branco.

QUADRO: 3 - A CULTURA E REPRODUÇÃO SOCIAL DO MEDO



Fonte: Construído pela autora como produto da pesquisa em 2014 e adaptado em 2016.

De acordo com o esquema anteriormente expresso, a reprodução do medo se dá de forma hierarquizada pela imposição do Estado que tem a obrigação de assegurar e prover o bem-estar da sociedade, garantindo que esta exista, dessa forma, exerce o controle social através do medo que está disfarçado através de várias formas, leis, taxas, comportamentos, conhecimento e pela forma de agir e pensar da sociedade.

Em contrapartida, um dos maiores desafios sociais do Estado, é o de conter a onda de violência que assola a sociedade e o mundo, na qual dita o comportamento de dominado, que de forma crescente vem causando medo, doenças psicossomáticas, fobias e o pânico. Dessa forma, percebe-se que o indivíduo reproduz o estresse sofrido na sociedade tanto em família e principalmente, em relação à criança, se utilizando de forma consciente, e/ou inconscientemente de ameaças verbais, palavras duras, toscas, a fim de obter com isso, o bom comportamento da criança, substituindo a "educação afetiva" pelo medo.

Da mesma forma, foi identificado comportamento diferente e mais colaborativo e tranquilo, mais cooperativo em crianças que são orientadas e que sua colaboração, ainda que inexistente a sua atitude deve ser sempre incentivada a ajudar. Não significando dizer que esta não chorará e nem reagirá, apenas, não estará extremamente descompensada, dificultando e pondo em risco o procedimento doloroso.

A família replica suas representações, seus significados, suas crenças e seus costumes desde a vida mais tenra e esta construção é contínua ao longo da vida. Portanto, a criança precisa aprender a controlar seu medo, amadurecer emocionalmente para que possa gerenciar conflitos e adversidades. A educação por meio da verdade, sem fantasias, ou inverdades, aliada ao reforço positivo que são os elogios e compensações acordados entre família e a criança.

Como intervenções capazes de reduzir o impacto da doença e hospitalização da criança sobre a família sugere-se incentivar as atitudes de apoio e ajuda empreendidos pelos diferentes membros da família, para os quais apresentamos: o fornecimento de informações a respeito da doença, da evolução clínica da criança, tratamento, cuidados de enfermagem e procedimentos, contribuindo para que se sinta valorizada e participante no cuidado à criança no hospital; incentivar o descanso dos membros da família, estimular as trocas de acompanhantes, incentivara sua ida ao domicílio (aliviar a ansiedade em relação aos filhos e cônjuge e obrigações domésticas); elogiar e valorizar a presença das famílias; e estimular a família na expressão de seus sentimentos (expor dúvidas, choro), dialogando sempre, como estratégia para o alívio dos seus anseios ou mesmo para a identificação de fatores que levem ao comprometimento do cuidado da família a seus membros; incluir o encaminhamento do atendimento do familiar na emergência de adulto, tendo-o presente durante a realização da medicação e cuidados de enfermagem na unidade de emergência pediátrica, visto que o objetivo é o de deixar a criança o mínimo de tempo sem o acompanhante, ou seja, cuidar de ambos na mesma unidade.

No tocante à vestimenta, sugerimos o uso de um jaleco colorido, no qual ofereça estímulos através das cores, com adesivos bordados, brinquedos pendurados, de forma a desviar a atenção e tirar o foco do procedimento. Os ambientes que envolvem crianças precisam ter estímulos visuais, sonoros, brinquedos, jogos e atividades que envolvam tanto as crianças quanto a família. São recursos como estes que reduzem o estresse e a frieza que o hospital representa.

Percebe-se que as estratégias de encorajamento, quer seja com palavras, quer seja com atitudes, são eficazes no fortalecimento emocional, permitindo desenvolver o estado de resiliência em crianças, desde a idade mais tenra, não só frente às internações, mas também em situações adversas da vida.

Nota-se que o medo do jaleco branco tem sido construído na criança pela família, podendo representar dano psicológico, conhecido como: síndrome do jaleco branco em adultos. Valorizar o lúdico, os estímulos visuais, cores, sem exagero pode ser terapêutico, conversar com o adolescente sobre atualidades pode representar uma dispersão do foco da dor para o alívio da dor emocional e física.

O encorajamento do estado de resiliência fortalece a estrutura emocional da criança, tendo a finalidade de que ela se torne um adulto resiliente, capaz de gerenciar conflitos, sem que, com isso, tenha traumas, fobias, síndromes e doenças psicossomáticas.

Favorecer a desconstrução da cultura do medo existente na sociedade, a respeito da imagem que representa o profissional de enfermagem, na qual é associado à imagem da dor e do sofrimento desde a tenra idade é um dos desafios que os profissionais precisam enfrentar.

O produto desta pesquisa consta de uma cartilha com orientações para os familiares acerca da colaboração no cuidado à criança no âmbito da emergência e hospitalização. Foi elaborado a partir das entrevistas considerando o medo como uma necessidade emocional, que imprime a articulação de estratégias de enfrentamento que fortaleçam o estado de resiliência do binômio criança-família.

9 CONCLUSÃO

Observou-se que a família espera da equipe de enfermagem: a receptividade, o acolhimento, o carinho no momento da admissão de durante toda a hospitalização. No entanto, o que se observa é a família impondo o medo como meio de controle comportamental da criança, nota-se que no real e no imaginário da criança, a fala dos familiares coloca o profissional de enfermagem como alguém que imputa o “castigo prometido” para que eles tenham a colaboração da criança. Dessa forma, o procedimento invasivo, no qual invariavelmente é doloroso, é representado pela criança como “a punição, o castigo por não obedecer”, e não como o meio pelo qual a doença será controlada e trará o bem-estar após o tratamento e a alta hospitalar.

O cuidar da criança e da família no contexto da hospitalização se faz necessário não apenas pelo enfermeiro, mas pela equipe de enfermagem, pois o cuidado em enfermagem, principalmente em unidade de emergência, para que ele exista precisa ser realizado em equipe. Portanto, o cuidado precisa e deve ter

esta corresponsabilidade entre todos os membros da equipe de enfermagem. Isto se deve, à maior convivência com estes sujeitos, dividindo o mesmo espaço de cuidado, onde buscam implementar intervenções capazes de reduzir o impacto da doença e hospitalização da criança sobre a família. A articulação das estratégias de enfrentamento é facilitadora no sentido de que, aliviam a ansiedade e tensão emocional da família, estabelecendo vínculos profissionais de referência no cuidado.

Como intervenções capazes de reduzir o impacto da doença e hospitalização da criança sobre a família sugere-se incentivar as atitudes de apoio e ajuda empreendidos pelos diferentes membros da família, para os quais apresentamos: o fornecimento de informações a respeito da doença, da evolução clínica da criança, tratamento, cuidados de enfermagem e procedimentos, contribuindo para que se sinta valorizada e participante no cuidado à criança no hospital; incentivar o descanso dos membros da família, estimular as trocas de acompanhantes, incentivar a sua ida ao domicílio (aliviar a ansiedade em relação aos filhos e cônjuge e obrigações domésticas); elogiar e valorizar a presença das famílias; e estimular a família na expressão de seus sentimentos (expor dúvidas, choro), dialogando sempre, como estratégia para o alívio dos seus anseios ou mesmo para a identificação de fatores que levem ao comprometimento do cuidado da família a seus membros; incluir o encaminhamento do atendimento do familiar na emergência de adulto, tendo-o presente durante a realização da medicação e cuidados de enfermagem na unidade de emergência pediátrica, visto que o objetivo é o de deixar a criança o mínimo de tempo sem o acompanhante, ou seja, cuidar de ambos na mesma unidade.

Percebe-se que as estratégias de encorajamento, quer seja com palavras, quer seja com atitudes, são eficazes no fortalecimento emocional, permitindo desenvolver a resiliência em crianças, desde a idade mais tenra, não só frente às internações, mas também em situações adversas da vida. Nota-se que o medo do jaleco branco está presente na criança, quando não devidamente desconstruídos, podem representar um dano psicológico, conhecido como do jaleco branco em adultos. Valorizar o lúdico, os estímulos visuais, cores, sem exagero pode ser terapêutico, conversar com o adolescente sobre atualidades pode representar uma dispersão do foco da dor para o alívio da dor emocional e física.

Como produto originado com o estudo, a cartilha informativa é uma proposta de ferramenta de trabalho que a equipe de enfermagem pode utilizar na educação em saúde e no enfrentamento do medo excessivo imposto sobre as crianças antes, durante e depois dos procedimentos dolorosos. Entendemos que ela pode ajudar a família na educação e no preparo da criança para enfrentar procedimentos dolorosos, proporcionando entendimento e amadurecimento emocional. É, também, uma ferramenta para a equipe de enfermagem que pode auxiliar no enfrentamento junto à família e no fortalecimento da condição de resiliência na criança durante a hospitalização.

Com a implantação da cartilha educativa ao familiar, espera-se contribuir com a desconstrução da cultura do medo favorecendo a abordagem mais humana, que se mostra no ambiente da emergência

pediátrica, nas relações entre família e criança. As orientações de colaboração dos familiares no cuidado favorecerão a um apoio de melhor qualidade, evitando que o familiar venha impregnar o medo na criança para obter comportamentos de quietude.

A construção de uma forma de abordagem baseada na educação em saúde, como estratégia de minimização do sofrimento, com isso, trará benefícios para o cuidado com a criança, sem dissociar o familiar do processo de cuidado, especialmente nos procedimentos dolorosos, que em geral constituem experiências marcantes e por vezes, traumáticas para a criança hospitalizada em emergência, e também para seus familiares. Consideramos que empoderar o familiar, significa esperar que ele se torne um parceiro no cuidado da criança não só durante a internação, mas também no cuidado domiciliar.

Como desafios contempla-se: a desmistificação da associação do profissional de enfermagem à dor e ao sofrimento, tanto no imaginário da criança, quanto no imaginário da família. A mudança de paradigma para vestimenta dos profissionais de enfermagem com jalecos mais coloridos com estímulos visuais que possam desviar o foco do sofrimento para os estímulos. Oferecer cartilha ao familiar para que possa entender de que forma ele pode ser terapêutico durante a hospitalização. Oferecer capacitação aos profissionais para que incluam abordagens mais lúdicas e mais estimulantes. Justifica-se fomentar mais estudos, por se tratar de grupo vulnerável com limitações próprias, no qual as pesquisas são mais escassas e que merecem mais atenção para redução do sofrimento emocional durante a hospitalização do binômio família e criança.

Incontestavelmente, para atenuar a cultura do medo imposta pela família à criança, ou de uma forma mais genérica, a cultura do medo imposta pelo adulto sobre a criança, é imprescindível. Fomentar a reflexões e ações por parte dos profissionais de enfermagem, na desconstrução de mitos, fantasias e estereótipos que existem no senso comum, pautando o cuidado na educação em saúde e na realidade dos fatos. A utilização das abordagens mais humanas e lúdicas que possam sensibilizar ambos e proporcionar um ambiente confiável e seguro, é uma ferramenta eficaz e eficiente durante a hospitalização, como forma de fortalecimento do estado de resiliência de ambos.

REFERÊNCIAS

- ¹ Marcon SS, Elsen I. a enfermagem como um novo olhar...A necessidade de enxergar a família. *Fam Saúde Desenvolv.* 1999;1(1/2):21-6.
- ² Gonzales, R.M.B. (1999) a auto-percepção - um trajeto vivenciado por enfermeiras. In Gonzales, R.M.B., BECK, C.L.C. Denardin, M.L. Cenários de cuidado: Aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria. Ed. Pallotti: 15-60.
- ³ Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- ⁴ Wright L., Learhey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família.* 3ª ed. São Paulo (SP): Roca;2002.
- ⁵ Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(Esp): 125-30.
- ⁶ Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Rev. Eletrônica Enfermagem*[periódico on-line] 2004;6:292-5. disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>[11/09/2005].
- ⁷ Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas; 1987.
- ⁸ Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde* 3. ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1994.
- ⁹ Moura MLS, Ferreira MC, Paine PA. *Manual de elaboração de projetos de pesquisa.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
- ¹⁰ Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
- ¹¹ Albuquerque DB, Souza TVA. (Re) Organização familiar para a continuidade do cuidado à criança hospitalizada. III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica; 2009 Out. 6-8 2009; Florianópolis. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
- ¹² Moscovici, S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social.* Rio de Janeiro, Editora Vozes,2003.