

Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional

The Fears of Children in Pediatric Emergency Context: Nurse as Emotional Manager

PAULA DIOGO

Prof. Adjunto, Enfermeira Especialista Saúde Mental e Psiquiatria, Doutorado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

JOSÉ VILELAS

Prof. Coordenador, Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Doutorado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

LUIZA RODRIGUES

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Mestrado, ACES Lisboa Central UCSP Alameda

TÂNIA ALMEIDA

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria, Mestrado, Hospital de Cascais

Os processos saúde-doença na infância caracterizam-se inevitavelmente por experiências de medo. O estudo desta problemática almeja explicitar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros, com enfoque na análise da experiência dos medos (normais/desenvolvimentais) das crianças dos 6 aos 12 anos, no serviço de urgência pediátrica. A opção por uma metodologia quantitativa conduziu à aplicação de um questionário a uma amostra de 82 crianças, intencionalmente selecionada. Dos resultados salienta-se que as crianças percebem o medo como uma ameaça, têm medo de não terem informação sobre o seu prognóstico e a hospitalização, e têm medo dos enfermeiros e dos médicos. A maioria das crianças tem medo do desconhecido. Os seus medos mais acentuados estão relacionados com a dor, as injeções e as análises clínicas. Os enfermeiros ajudam a gerir os medos (e nesta perspetiva são gestores emocionais) não só através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor. Os enfermeiros privilegiam ainda o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional. Deste modo, destaca-se o recurso a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, inscritos na filosofia de cuidados centrados na família.

Palavras-chave: criança; enfermagem; hospitalização; urgência; medo; gestão emocional

The health-disease processes in childhood are inevitably characterized by fearful experiences. The study of this problem aims to clarify the performance of the emotional labor of nurses, focusing on the analysis of the fears (normal/developmental) of children aged 6 to 12 years, in pediatric emergency rooms. The choice of a quantitative methodology led to the application of a questionnaire to a sample of 82 children, intentionally selected. Concerning the results, it should be noted that children perceive fear as a threat, they are afraid of

not having information about the prognosis and hospitalization, and they are afraid of the nurses and doctors. Most children are afraid of the unknown. Their most pronounced fears are associated with pain, injections and clinical analyses. The nurses help them manage fears (and in this perspective, are emotional managers) not only through comforting, calming, and recreational strategies such as distraction, game, and music but also through affection, caresses, sympathy, smiles, trust, positivity, empathic understanding and humour. The nurses also enable the involvement and presence of parents in a process of humanized and affectional care, with interventions that minimize discomfort and physical and emotional suffering. Thus, the use of strategies of humanization and non-traumatic care, which are enrolled in the philosophy of family-centered care, is highlighted.

Key Words: children; nursing; hospitalization; emergency; fear; emotional management.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, tais como a doença e a hospitalização. Especialmente nos primeiros anos de vida, as crianças são muito suscetíveis ao desenvolvimento de determinadas patologias e à consequente experiência de hospitalização. Para a criança este é um período de elevado stress e ansiedade, durante o qual experiencia medos pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor. Então interessa neste ponto fazer uma breve conceptualização sobre o medo.

Em sentido lato, o medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas. Constitui uma das seis famílias das emoções, primárias ou universais, identificadas por Damásio (2001). As principais modificações fisiológicas provocadas pelo medo estão descritas: o sangue corre para os grandes músculos esqueléticos, como os dos membros inferiores, facilitando a fuga e empalidecendo a face devido à perda de fluxo sanguíneo (o que também provoca a sensação de frio); ao mesmo tempo, o corpo imobiliza-se, nem que seja por um brevíssimo instante, talvez para ter tempo de decidir se esconder-se não será a melhor opção; os circuitos dos centros emocionais desencadeiam um fluxo de hormonas que colocam o corpo em estado de alerta geral, mantendo-o tenso e preparando-o para a ação; a atenção fixa-se na ameaça presente para melhor avaliar que resposta dar (Goleman, 2006). O medo agrupa tonalidades emocionais como: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia fobia e pânico.

Na perspetiva da psicologia, os medos são designados de “normais” ou “desenvolvimentais” quando constituem um conjunto de medos de objetos, animais, pessoas ou situações, presentes de forma habitual em crianças ou jovens (Gullone, 2000). Estes medos são considerados normais por serem universais, transculturais, e representarem respostas adaptativas a perigos ou a ameaças reais que se colocam

à sobrevivência humana (Ollendick, 1983; Ollendick, Grills & Alexander, 2001). São considerados desenvolvimentais, pois são respostas que devem ser adquiridas ao longo do desenvolvimento humano, particularmente na infância e adolescência, e preparam o indivíduo para os múltiplos desafios que tem de enfrentar em adulto.

Quando o medo é intenso e persistente pode alterar a capacidade da criança para enfrentar as situações adversas, e a identificação precoce dos transtornos e da necessidade de cuidados específicos pode evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança. É o caso da ansiedade que desempenha um papel adaptativo, mas tornando-se patológico ou desadaptado (Broeren & Muris, 2009; Sequeira, 2011) inclui frequentemente queixas somáticas, medo da separação e grande suscetibilidade às críticas com comportamentos obsessivos ou fóbicos. Não obstante a importância desta classificação dos medos na infância, optamos por abordar apenas os medos normais/desenvolvimentais nos processos de saúde-doença.

A evidência científica sobre os medos normais/desenvolvimentais nas crianças e jovens tem produzido resultados bastante convergentes, dos quais se destacam os estudos de Ollendick (1983) e Ollendick, Grills & Alexander (2001): a) um conjunto de “dez medos mais comuns” (relacionados com o “perigo e morte”) presente em todas as culturas e países estudados - tese da universalidade dos medos; b) as raparigas apresentam medos semelhantes aos rapazes, mas em maior prevalência e intensidade; c) crianças e jovens apresentam medos ligeiramente diferenciados, com os jovens a valorizarem mais a componente social do perigo e dando maior ênfase ao medo do fracasso e da crítica; 4) os medos diminuem com a idade, paralelamente ao aumento da autonomia do indivíduo, com exceção dos medos de perigo e morte. Estes medos não são patológicos porque só são ativados na presença de estímulos perigosos, e supostamente desaparecem com a ausência ou afastamento do estímulo.

Ollendick destaca-se também pelo seu contributo na avaliação do medo através do Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R). O instrumento constituiu-se por um autorrelato e foi construído a partir da Escala de Medo de Scherer e Nakuruma para adultos de 1968. Em 1983, Thomas Ollendick fez uma revisão da escala já existente alterando a forma de resposta de cinco para três pontos surgindo assim a FSSC, tornando-a mais apropriada para crianças, englobando os medos relacionados com procedimentos clínicos (King, Gullone & Ollendick, 1990). Desta revisão surge a atual FSSC-R. A aplicabilidade desta escala era inicialmente para crianças com idades compreendidas entre os oito e os onze anos de idade, porém após a sua revisão foi alargada para a faixa etária dos sete aos dezasseis anos de idade (Gullone & King, 1997).

Os medos são inerentes ao humano tendo, por um lado, a função de garantir a sua preservação, pelo que as estruturas biológicas responsáveis pelos medos se encontram presentes à nascença, e por outro lado, desenvolvem-se mediante vários estímulos ambientais, familiares, sociais e culturais, nomeadamente através da informação negativa das mensagens transmitidas por pessoas significativas (Ollendick & King, 1991). O medo surge com uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo e pode proteger dos perigos, manifestando-se sob forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais.

Desta forma, e face aos medos da hospitalização, a criança apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os stressores, e por isso necessita de apoio externo (familiares, amigos, técnicos de saúde) para ultrapassar esta crise

(Hockenberry & Wilson, 2014). À hospitalização associa-se imediatamente um sentimento de separação lato, pois, mesmo que esta não ocorra fisicamente ela processa-se em relação ao ambiente familiar físico e afetivo, o que conduz a um processo de vinculação alterado. As crianças assumem a hospitalização como uma separação brusca, acrescentando ainda a imposição de restrições (sejam alimentares ou de imobilização, sujeitas a máquinas e instrumentos desconhecidos, entre outros) e das quais os cuidadores familiares não as defendem (Jorge, 2004).

Os principais stressores associados à hospitalização relacionam-se com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando a experiência de hospitalização é em contexto de urgência estes stressores podem ser potenciados. A evidência científica tem demonstrado que o medo, a ansiedade e a dor associados a procedimentos técnicos constituem um dos principais focos de atenção da enfermagem de saúde da criança e do jovem, e sua família. Na perspetiva holística, o bem-estar é atingido pelo equilíbrio dos sistemas fisiológicos, psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimental, pelo que é fundamental que não anulemos as emoções. O importante é que essas emoções sejam proporcionais à circunstância, isto porque, quando as emoções são recalçadas criam o embotamento e o distanciamento; quando extremadas e persistentes tornam-se patológicas (Vaz Serra, 1999). Desta forma, constata-se que o problema não é a expressão emocional, mas a adequação da emoção e da sua manifestação às circunstâncias, que pode ser benéfica ou prejudicial para o desenvolvimento do indivíduo e para a saúde humana (Martins & Melo, 2008), mormente para a saúde mental.

A finalidade do presente estudo é analisar os medos das crianças dos 6-12 anos, em contexto de urgência pediátrica e, estando inerente, descrever o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros na gestão de tais medos.

OS MEDOS DE CRIANÇAS DOS 6 AOS 12 ANOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Uma das mais traumáticas experiências hospitalares para as crianças é a hospitalização de urgência. Na vivência das crianças de 6 a 12 anos, o medo no Serviço de Urgência (SU) no seu extremo pode ser da própria morte; o pensamento de morte acompanha a experiência de doença e sofrimento, e a perceção de estar abandonado a si mesmo potencia esse medo de morrer. Os adolescentes que recorrem ao SU e que experienciam sentimentos de dependência e despersonalização podem reagir com rejeição, falta de cooperação, isolamento, raiva e frustração.

No SU os enfermeiros confrontam-se frequentemente com a experiência de medo das crianças, e procuram desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012). É uma realidade atual a existência de serviços de pediatria humanizados e adaptados às necessidades das crianças e família. Neste contexto, o medo é considerado como preponderante na experiência da criança e daí decorre que seja essencial realizar a gestão da mesma, no sentido de promover a mobilização ou elaboração de mecanismos de confronto (*coping*).

Para poder atenuar os sentimentos mais perturbadores (incluindo o medo) as crianças podem beneficiar de preparação e suporte: as explicações sobre a necessidade de hospitalização, as pessoas presentes e envolvidas, os procedimentos e a forma das crianças ajudarem e colaborarem, procurando que estas não percam o controlo da situação.

Frequentemente, uma das estratégias utilizadas é a visita aos locais de internamento com os professores da escola ou com os pais, mas numa admissão num SU isso não é possível (Jorge, 2004). De facto, o início abrupto da doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para que a criança possa ser preparada adequadamente. A avaliação inicial na triagem que visa priorizar todas as situações das crianças que carecem de cuidados imediatos, poderá dar algum tempo aos pais para que, enquanto aguardam a chamada para a avaliação médica, possam falar com os filhos sobre a sua necessidade de recorrer ao hospital. No entanto, isso poderá não ser suficiente, e esta intervenção na gestão emocional das crianças deverá partir também dos enfermeiros, começando desde o momento da admissão no SU (Hockenberry & Wilson, 2014).

A triagem constitui a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e com os seus pais, onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. Este é apenas o primeiro passo para incutir na criança e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e a prestação de cuidados (Fernandes, 2012). É na área da triagem que os pais são informados sobre o processo de atendimento e a dinâmica do serviço, caso estes ainda não estejam familiarizados com o mesmo. É também muito importante a informação aos cuidadores que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída não significa necessariamente ter de ficar o tempo de espera máximo referente a essa cor. Este aspeto torna-se bastante relevante pela possibilidade de observar nos contextos como a cor da pulseira se pode tornar um fator bastante influente na ansiedade dos pais, o que conduz frequentemente a questões sobre o porquê dos seus filhos não serem mais prioritários que as outras crianças. É assim fundamental adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação à singularidade da criança e da sua família, privilegiar uma comunicação mais próxima com os pais, e evitar possíveis situações de tensão geralmente causadas pelo medo e pela ansiedade (Fernandes, 2012). Na especificidade deste contexto, existem também situações em que o tempo de atendimento poderá ser mais prolongado, originando frequentemente tensão entre a família e a equipa de saúde, podendo comprometer toda a relação terapêutica construída até ao momento. É então imprescindível que os enfermeiros transmitam sensibilidade face ao medo e à ansiedade da criança e dos seus pais, procurando tranquilizar e informar o porquê dessa demora, sobre os tempos de espera, relativamente a resultados de exames, para que estes possam estar preparados e consigam gerir as suas atividades de forma mais atempada (Fernandes, 2012).

A menos que o diagnóstico de internamento coloque em risco a vida da criança, esta precisa de ser participativa em todos os seus cuidados para manter o sentimento de controlo. Devido à agitação inerente aos serviços de urgência muitas vezes a prestação de cuidados é realizada de forma acelerada, sem que haja espaço para esta participação. No entanto, é necessário algum tempo de investimento na interação, antecipadamente, para permitir às crianças que colaborem no procedimento e nos que se seguem, reduzindo tempo posteriormente na tentativa de as acalmar, e minimizando o seu sofrimento. Outras estratégias inerentes às intervenções de enfermagem são garantir a privacidade, aceitar as respostas emocionais de dor e medo, preservar o contacto entre a criança e os pais, explicar os efeitos antes, durante e após os procedimentos, e o próprio enfermeiro transmitir uma atitude calma e responsável. Este trabalho emocional (Diogo, 2015) envolve ainda avaliar

o que a criança pensa e sente na experiência de internamento e procedimentos realizados. É semelhante ao procedimento de admissão e de pré-aconselhamento, porém, em vez de fornecer as informações, os enfermeiros ouvem o que a criança tem para dizer (escuta ativa). As técnicas expressivas-projetivas como desenhar, contar histórias ou brincar com a criança são especialmente importantes. Com base nestas interações, os enfermeiros poderão transmitir novas informações, esclarecer as dúvidas e apaziguar os medos.

Quando a experiência no SU é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz (promove a autoestima, a capacitação, a aprendizagem de estratégias de *coping*) por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos stressores em situações futuras. Segundo a teoria do desenvolvimento de Erickson, cada estágio representa uma crise psicossocial, pelo que a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia. A criança deverá ter oportunidade de expressar as emoções negativas e geri-las de forma saudável, o que por si só constitui um meio para a promoção do bem-estar emocional (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Assim, os benefícios emocionais devem ser considerados e as estratégias de enfermagem implementadas, para que esta experiência seja uma oportunidade de desenvolvimento (Barros, 2003).

OS ENFERMEIROS ENQUANTO GESTORES EMOCIONAIS

Cuidar de crianças, especialmente quando estas manifestam uma emocionalidade excessiva e associada ao sofrimento, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional (Smith, 2012). Os enfermeiros são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e a monitorização das suas próprias emoções (Vilelas, 2013).

Decorrente da evolução da profissão, e da própria conceção de cuidar, a enfermagem tem transformado o seu foco de cuidados, de essencialmente técnica e curativa para uma visão holística da criança e da família, envolvendo múltiplas dimensões: física, emocional, social, psicológica, ambiental e desenvolvimental. Nesta lógica, prestam-se cuidados holísticos de extrema importância para a criança, tendo em conta as suas limitações no que concerne às estratégias que permitem lidar eficazmente com a experiência de doença/hospitalização, com o mínimo de sequelas possíveis (Tavares, 2011). Por um lado, Cuidar em enfermagem não pode ser indiferente às emoções humanas (Watson, 2002a). Por outro lado, os enfermeiros vivenciam experiências emocionalmente intensas na relação com o cliente, pelo que a gestão das suas emoções é essencial nas interações bem-sucedidas, por forma a conseguirem demonstrar compreensão pelo Outro e a conseguirem lidar com a influência em si dos sentimentos do Outro (Diogo, 2006, 2015). A gestão emocional permite regular a emocionalidade intensa, ou seja, atenuar as disrupções emocionais e por conseguinte facilita o autocontrolo e promove o bem-estar dos indivíduos em interação (Diogo, 2015). Benner & Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros peritos tendem a envolver-se mais com o cliente e a darem uma grande importância às emoções na sua prática. Assim, a evidência científica e a conceptualização atual sobre Enfermagem apontam para a competência primordial dos enfermeiros na gestão da

experiência emocional do cliente – o enfermeiro enquanto gestor emocional (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Os enfermeiros atuam no cenário emocional de regulação das emoções, desenvolvendo interações direcionadas para a gestão das emoções da criança e da sua família, o que se revela de extrema importância na transformação positiva da experiência emocional de medo. Pretende-se, neste labor de metamorfose da experiência emocional contribuir para uma modificação do estado emocional negativo para estados de bem-estar e tranquilidade na criança e na família (Diogo, 2015). Na relação de cuidados, o enfermeiro transmite calma e tranquilidade, mantém-se atento e focado na gestão da doença e na recuperação do bem-estar da criança, valoriza a criança e contribui para que se sinta segura e especial, e valoriza ainda as competências dos pais no cuidado à criança, considerando-os como peritos e parceiros na tomada de decisões relativamente ao processo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta gestão emocional implica que os enfermeiros adotem estratégias específicas com centralidade no próprio e no outro – o desempenho do trabalho emocional (Smith, 2012). Ao regular as suas próprias emoções, o enfermeiro espera atenuar as emoções de quem cuida, ou não as exacerbar. Na gestão emocional, é de particular importância que duas habilidades estejam plenamente desenvolvidas: o autocontrolo e a empatia. A empatia nasce da autoconsciência, quanto mais atentos às nossas emoções mais atentamos às emoções dos outros, podendo ser também designada pela habilidade de ler as emoções dos outros. Mas nessa experiência empática o enfermeiro absorve as respostas de sofrimento e as emoções da criança e família, daí a importância de fazer a regulação as suas próprias emoções para prover cuidados (Diogo, 2015).

A evidência científica destaca também algumas estratégias de gestão emocional com centralidade na criança e na família:

- A capacitação dos pais/família para participarem positivamente nos procedimentos reduz o medo, a ansiedade e o stress, tanto da criança como dos pais; o reforço do papel parental facilita a redução da ansiedade e medo (Aldridge, 2005). Ou seja, permite a gestão das emoções da família e a gestão das emoções da criança (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010);
- A preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer espaços de expressão de sentimentos, dar reforço positivo, designadas de estratégias de gestão emocional de antecipação contrapondo com as reativas (Diogo, 2015);
- A distração e a recreação, nas suas diferentes formas é um recurso intrínseco e constitui uma necessidade da criança que contribui para acalmar ou evadir de pensamentos e sentimentos que a perturba; falar sobre temas do seu agrado como a escola, amigos, família, atividades de tempos livres, e incentivar a escrita ou a música (Zengerle-Levy, 2004);
- A música como redutora do stress e estímulo imunitário pode ser uma terapia adjuvante das medidas farmacológicas. Esta é também um veículo de comunicação e enriquecedor do ambiente, potenciando a recuperação/equilíbrio – *healing* – e o bem-estar emocional (Zengerle-Levy, 2004);
- O humor pode ser também uma forma de quebrar o gelo (Diogo, 2015); é uma estratégia de humanização eficaz na redução dos stressores da hospitalização (Dowling & Fain, 1999); o humor verbal é muitas vezes expresso através de

anedotas, adivinhas, histórias engraçadas, trocadilhos e piadas, contribuindo para a criança gerir as suas emoções;

- O contacto com o exterior também deve ser estimulado, especialmente com o seu grupo de amigos (Hockenberry & Wilson, 2014), que poderão ser um suporte essencial numa situação de doença e hospitalização; no internamento, o adolescente é informado que os seus amigos o poderão visitar, de acordo com as dinâmicas e regras dos serviços onde se encontram;
- A atividade lúdica no ambiente hospitalar é também um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros; restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da lesão/hospitalização (Zengerle-Levy, 2004); a possibilidade de brincar no hospital permite uma visão desse ambiente como bom e agradável (Brito, Resck, Moreira & Marques, 2009);

A gestão dos medos da criança está inerente à intervenção terapêutica de enfermagem, na qual a experiência dos enfermeiros surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação, e assim ajudar na gestão de situações emocionalmente intensas.

PROBLEMÁTICA

O medo em contexto de urgência é idealizado pelas crianças enquanto ameaça (experiência emocionalmente intensa), e é potenciado por fatores como a falta de conhecimento da situação, a idade da criança, o sexo e a comunicação parental. Esta emoção de medo pode ser atenuada com recurso ao ambiente humanizado e ao trabalho emocional em enfermagem. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para promover um ambiente seguro e afetuoso, e construir uma relação que ajuda (apoiente e securizante) enquanto gestores emocionais. Salienta-se que se torna pertinente conhecer esta problemática pouco estudada, para identificar e analisar as experiências de medo da criança e adequar as intervenções de gestão emocional em enfermagem imprescindíveis no SU.

Da problemática exposta decorre a **pergunta de investigação**:

Quais são os medos das crianças dos 6-12 anos e as estratégias de gestão emocional utilizadas pelos enfermeiros em situação de urgência pediátrica?

Foram definidos os seguintes **objetivos**:

- Descrever os medos das crianças dos 6-12 anos em contexto de urgência;
- Identificar as consequências do medo nas crianças;
- Determinar as estratégias das crianças na gestão do medo;
- Enumerar as estratégias dos enfermeiros na gestão dos medos das crianças;
- Verificar a relação entre a caracterização das crianças e o medo das crianças em contexto hospitalar;
- Avaliar a associação entre os medos das crianças em ambiente hospitalar e as consequências do medo nas crianças;

- Determinar a relação entre os medos das crianças em ambiente hospitalar e as estratégias adotadas pelas crianças;
- Determinar a relação entre as estratégias adotadas pelas crianças e as estratégias de gestão dos medos pelos enfermeiros.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa. A amostra foi selecionada intencionalmente, e constitui-se por 82 crianças dos 6 aos 12 anos que recorreram ao SU de um Hospital periférico de Lisboa, de 2013 a 2015. Como instrumento de recolha de dado utilizou-se um questionário de 95 itens, com questões fechadas de escolha múltipla e escala de Likert de 1 a 5 pontos, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: sempre (1 ponto) ou quase sempre (2 pontos), às vezes (3 pontos), quase nunca (4 pontos), nunca (5 pontos). Foi estruturado em cinco partes: a primeira para caracterizar os sujeitos, com 6 itens; a segunda para identificar os medos das crianças em ambiente hospitalar, com 37 itens; a terceira com o objetivo de descrever as reações das crianças face aos medos, com 15 itens; com a quarta pretende-se compreender as estratégias das crianças para gerir os medos, com 15 itens; e finalmente a quinta parte do questionário tem como finalidade descrever as intervenções dos enfermeiros para minimizar o medo das crianças, com 22 itens. Este foi elaborado com base na evidência científica, nomeadamente no instrumento Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R) (Ollendick, 1983). Antes da aplicação do instrumento final, este foi testado em 15 crianças com características idênticas à amostra para o pré-teste. Importa salientar que não houve necessidade de alterar ou de acrescentar questões ao instrumento, pois este revelou-se perceptível e capaz de contemplar a inclusividade e a mútua exclusividade. A adequação dos dados foi estimada utilizando o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O valor de KMO foi de 0,80 indicando que a análise de fator foi adequado para este conjunto de dados. Para análise da fidelidade foi utilizado o α Cronbach que permitiu verificar que a consistência interna do instrumento é boa (α Cronbach=0,72).

Antes da aplicação do questionário, foi solicitada a autorização à Instituição de saúde cujas Direção Clínica e Diretora de Enfermagem deram parecer favorável. É de realçar que todas as questões éticas foram contempladas no desenvolvimento deste estudo, nomeadamente, o fornecimento do consentimento livre e esclarecido aos pais ou representantes legais, que depois de lido foi devidamente assinado. Os questionários dispunham de um texto introdutório, explicitando os objetivos do estudo. A aplicação do questionário ocorreu no serviço de observação, pelo enfermeiro com conhecimento prévio do instrumento (investigador). Durante o preenchimento do questionário, cujo tempo foi de aproximadamente 30 minutos, o investigador disponibilizava-se para esclarecer os pais e crianças sobre o conteúdo das questões. Este instrumento de avaliação foi preenchido pela criança enfatizando a sua própria perceção sobre os medos, mas as crianças mais novas (6 a 8 anos) demonstraram alguma dificuldade no seu preenchimento pelo que, nestes casos, foi utilizado o inquérito por questionário. As crianças eram inquiridas pelos pais ou pelo investigador que no momento preenchia o instrumento de acordo com as respostas das mesmas. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 22. Em termos de testes, e uma

vez que a amostra é superior a 30 sujeitos, Pestana & Gageiro (2003) referem que está dispensado o teste de normalidade, portanto no teste das hipóteses foram considerados os testes paramétricos t Student e Pearson.

Quanto às limitações do estudo, é necessário cautelar que as crianças foram inquiridas em situação de doença e hospitalização, encontrando-se fragilizadas física e emocionalmente, podendo ter influenciado a sua concentração para responder aos questionários. Também o facto de ser um questionário longo, principalmente para as crianças de idade entre os 6 e 7 anos, pode ser cansativo para as mesmas. E ainda o facto de estas crianças apresentarem uma baixa escolaridade e este questionário conter algumas perguntas mais exigentes em termos de compreensão, pelo que foi necessário recorrer ao investigador e/ou aos pais.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados da tabela 1 permitem afirmar que a maioria das crianças da amostra é do sexo masculino (47; 57,3%), seguido do sexo feminino (35; 42,7%). Em relação à idade, mais de metade da amostra pertence ao grupo etário dos 6 aos 9 anos, sendo que a média de idade é de 9,4 anos, com um desvio padrão de 1,98 anos e uma moda de 12 anos. Quanto à escolaridade das crianças, a maioria possui o 1º ciclo (43; 54,4%), seguido do 2º ciclo (20; 25,3%) e finalmente do 3º ciclo (15; 19%).

Tabela 1 – Distribuição da caracterização da amostra

VARIÁVEIS											
Sexo				Idade		Escolaridade					
Masculino		Feminino		6 aos 12 anos		1ºciclo		2ºciclo		3ºciclo	
47	57,3%	35	42,7%	\bar{X} =9,4	S=1,98	43	54,4%	20	52,4%	15	19%

As crianças do estudo são maioritariamente do meio urbano (71; 87,7%), possuem uma doença aguda (69, 88,5%) e não tiveram experiências de internamentos anteriores (53; 67,1%), como revelam os resultados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da caracterização da amostra

VARIÁVEIS											
Proveniência				Experiência de doença		Internamentos anteriores					
Meio rural		Meio urbano		Aguda		Crónica		Sim		Não	
9	11,1%	71	87,7%	69	88,5%	5	6,4%	24	30,4%	53	67,1%

As crianças são mais assertivas na sua relação consigo e com os outros, quanto mais conscientes estão das suas emoções e da forma como as podem integrar construtivamente no seu comportamento. Assim, sendo, promover junto das crianças uma melhor gestão emocional e sentido crítico apurado deverá ser uma prioridade a considerar desde da infância.

MEDOS DAS CRIANÇAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

As crianças participantes demonstraram medos relacionados com o contexto hospitalar, nomeadamente: de não acordarem durante a anestesia (53; 64,6%), de sentirem algo durante a intervenção cirúrgica (47; 58%), de não recuperarem totalmente da doença (58; 70,8%) e de morrerem por causa do seu estado clínico (53; 64,6%).

São inegáveis as vantagens da permanência dos pais durante a hospitalização da criança, quer para esta quer para os pais, uma vez que as crianças manifestam medo de serem abandonadas (44; 53,7%) e concomitantemente dos seus pais não poderem acompanhá-los (62; 75,6%).

Quanto à equipa de saúde, os resultados permitem concluir que as crianças possuem medo relativamente à forma como os enfermeiros os vão cuidar, essencialmente porque os enfermeiros privam-nas do convívio social associada à descontinuidade de suas experiências sociais, além de imporem o cumprimento de normas e regras institucionais, contribuindo assim para que se sintam controladas (46; 56,1%).

Os profissionais de saúde devem explicar à criança o seu estado de saúde, de modo adequado à sua idade, maturidade e nível de compreensão. Mas as crianças deste estudo consideram não possuir a informação suficiente em relação ao prognóstico da sua situação clínica (54; 65,8%).

A hospitalização ou contacto com os profissionais de saúde podem ajudar as crianças a vivenciarem positivamente estas situações, todavia neste estudo de uma maneira geral as crianças têm medo dos enfermeiros (56; 68,3%) e dos médicos (54; 65,8%), identificando o medo de serem criticadas (36; 43,9%), de serem tratadas de uma forma não adequada à sua idade (39; 47,5%), da rejeição (48; 58,6%), da punição (45; 54,9%), de serem imobilizadas (54; 67,5%) e como tal de não se poderem mexer (57; 69,5%).

Nos cuidados de enfermagem em contexto de urgência são frequentes os procedimentos associados ao desconforto e à dor, e de facto as crianças deste estudo referiram que têm medo da sensação dolorosa (70; 85,3%), de injeções (58; 70,8%) e de fazer análises (42; 51,2%).

Importa salientar que um dos medos destas crianças está relacionado com o comprometimento da sua aprendizagem, pelo que possuem medo de faltar à escola (43; 52,4%) e conseqüentemente de reprovarem o ano (50; 60,9%).

Quanto às situações em contexto hospitalar, é possível realçar que as crianças não expressam medo em relação ao sangue (55; 54,9%), de cumprirem a medicação (42; 51,2%) incluindo as perfusões intravenosas (40; 48,8%).

As crianças querem desmontar o que não entendem, na aproximação das emoções às palavras. O medo das crianças fica marcado no seu corpo e memória, sendo que estas reagem aos factos e situações que suscitam medo com uma multiplicidade de emoções.

CONSEQUÊNCIAS DO MEDO NAS CRIANÇAS

As situações geradoras de medo provocam várias reações na criança. Por um lado, constata-se, que a maioria das crianças deste estudo fica nervosa e ansiosa (68; 82,8%), chora (54; 65,8%) e tem problemas de sono (35; 42,7%). Por outro lado, a maioria das crianças enfrenta o medo (69; 84,1%), nunca fugindo das situações geradoras de medo (53; 64,7%), não sendo agressivas (68; 82,9%) uma vez que gerem adequadamente as suas emoções negativas (53; 64,6), considerando a hospitalização um momento ideal para expressarem os seus sentimentos (70; 85,4%) e cumprirem as obrigações instituídas (57; 69,5%).

Os pais, também aqui, são as figuras de apoio da criança e ao ficarem mais próximos do seu filho, ajudam as crianças a lidarem melhor com as situações geradoras de medo (65; 79,3%).

De facto, o compromisso de lidar com as emoções passa pelo autoconhecimento, quer das crianças, quer dos profissionais. E, apesar do diálogo das emoções permanecer resguardado, inevitavelmente, com menor ou maior consciência, as emoções estão presentes em todas as situações da vida.

ESTRATÉGIAS DAS CRIANÇAS NA GESTÃO DO MEDO

Interessa relacionar num equilíbrio delicado, a emoção e o pensamento, de forma responsável e construído de uma forma autónoma. O desenvolvimento emocional da criança, em particular na idade escolar, bem como alguns mecanismos de socialização emocional em diferentes contextos familiares, com destaque para a função das estratégias individuais perante a expressão emocional, permite um melhor ajustamento emocional em situações de doença ou hospitalização.

Face ao exposto, este estudo revela que a maioria das crianças tenta adquirir mais conhecimentos em relação à sua situação (71; 86,6%), à forma de colaborar (78; 95,2%) e ajudando os enfermeiros (66; 81,6%), desejando a sua presença perante situações que implicam o medo (69; 84,1%), para inevitavelmente participarem na tomada de decisão em relação aos cuidados de enfermagem que lhes vão ser prestados (64; 78,1%). Assim, as crianças ajudam-se a si próprias (64; 79%) através do auto controlo (76; 93,8%) e do enfrentamento das situações (55; 67,1%).

Outras estratégias identificadas são as atividades confortantes e calmas (73; 90,1%) e de lazer como a distração (72; 87,8%), o jogo (62; 76,6%) e a música (60; 74,1%).

O ambiente familiar tem uma função muito importante na gestão emocional, e de facto as crianças deste estudo afirmam que para melhor lidarem com o medo é imprescindível o apoio dos pais (75; 91,5%) e dos irmãos (43; 53,1%).

Para que esta gestão emocional ocorra, é importante que os enfermeiros valorizem e incrementem estratégias construtivas. Assim, será possível o restabelecimento físico e emocional da criança, possibilitando uma vivência mais positiva e menos temerosa em relação à situação de doença e hospitalização atual e futuras.

ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DO MEDO DAS CRIANÇAS

Os enfermeiros almejando a eficácia e eficiência no exercício da sua profissão necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos, que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional. Quando se cuida de crianças torna-se premente a capacidade de reconhecer e saber lidar com as emoções de um modo harmonioso, encontrando-se um equilíbrio entre razão e emoção, de ser emocionalmente inteligente/competente, ou seja, surge a necessidade de investir na educação emocional.

Desta forma, os resultados deste estudo demonstram que os enfermeiros possuem algumas habilidades que influenciam positivamente a gestão do medo das crianças: o afeto e carinho (82; 100%), a simpatia e o sorriso (80; 98,7%), a confiança (81; 99,9%), a positividade (80; 98,8%), a compreensão (80; 98,7%), a empatia (78; 96,3%) e o humor (82; 100%).

Outras estratégias que os enfermeiros utilizam estão relacionadas com a sua forma de cuidar, nomeadamente, explicar com simplicidade os procedimentos que vão realizar (79; 97,4%), estar disponível (81; 98,8%) facilitar a reflexão da criança e conseqüente aceitação da situação (72; 88,9%), facultar uma informação clara sobre os cuidados e a doença da criança (80; 98,8%) e utilizar a brincadeira terapêutica (69; 85,2%). Considerando que os pais são os melhores cuidadores, os enfermeiros incentivam a sua presença junto do filho (75; 92,5%).

RELAÇÃO ENTRE A CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E OS MEDOS DAS CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Verifica-se que as crianças do sexo masculino, em relação às do sexo feminino, possuem mais dor ($r= 0,77$; $p=.0019$), medo de serem suturados ($r= 0,63$; $p=.006$), da anestesia ($p=.003$), da intervenção cirúrgica ($p=.000$), do escuro e de serem rejeitadas ($r= 0,81$; $p=.000$) e ainda de ficarem imobilizadas ($r= 0,75$; $p=.035$). Já as crianças do sexo feminino possuem mais medo de não irem à escola ($r= 0,49$; $p=.003$) e de reprovarem ($r= 0,76$; $p=.000$) comparativamente às crianças do sexo masculino. Constata-se que quanto menor for a idade das crianças mais medo têm do escuro ($r= 0,66$; $p=.001$), da dor ($r= 0,58$; $p=.001$), da anestesia ($r= 0,87$; $p=.021$), dos enfermeiros ($r= 0,85$; $p=.005$) e dos médicos ($r= 0,72$; $p=.017$).

RELAÇÃO ENTRE OS MEDOS DAS CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS CONSEQUÊNCIAS DO MEDO NAS CRIANÇAS

As emoções negativas vivenciadas pela criança com medo, ou seja, a ansiedade e o nervosismo ($r= 0,62$; $p=.034$), a resposta emocional de choro ($r= 0,77$; $p=.0,06$) e os problemas de sono ($r= 0,44$; $p=.011$) estão relacionadas com o medo que as crianças possuem dos pais não permanecerem junto delas. Os medos do ambiente ($r= 0,64$; $p=.007$) e das pessoas desconhecidas ($r= 0,71$; $p=.022$) estão relacionados com a necessidade da criança ficar mais próxima dos pais, não querendo que estes se afastem.

RELAÇÃO ENTRE OS MEDOS DAS CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELAS CRIANÇAS

Importa referir que para as crianças deste estudo a sensação dolorosa diminui à medida que é utilizada a distração ($r=0,83$; $p=.004$), que usufruem da presença dos pais ($r=0,91$; $p=.025$) e dos enfermeiros ($r=0,44$; $p=.009$). O medo das crianças devido à falta de informações sobre o que lhes vai acontecer, está associado ao facto de estas não saberem o que lhes vão fazer ($r=0,69$; $p=.004$) e não possuírem a informação necessária sobre a sua doença ($r=0,78$; $p=.013$). Verifica-se ainda que existe associação entre o medo das crianças em relação aos enfermeiros e a exigência da presença dos pais ($r=0,77$; $p=.001$), a procura de uma atividade que os conforte e acalme ($r=0,57$; $p=.032$) e a vontade de ajudarem os enfermeiros a cuidarem deles ($r=0,80$; $p=.016$).

RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELAS CRIANÇAS E A GESTÃO DOS MEDOS PELOS ENFERMEIROS

Quanto às estratégias de jogo, música e distração utilizadas pelas crianças na gestão dos seus medos, por um lado os resultados deste estudo revelam que a utilização do jogo ($r=0,88$; $p=.004$), da música ($r=0,81$; $p=.005$) e da distração ($r=0,76$; $p=.008$) pelas crianças estão associados aos enfermeiros que utilizam a brincadeira terapêutica no processo de cuidados. Por outro lado, o facto de os enfermeiros compreenderem os medos das crianças está relacionado com uma maior participação das crianças nas decisões dos enfermeiros em relação aos cuidados ($r=0,82$; $p=.032$), e também com algumas características dos enfermeiros identificadas pelas crianças: bons comunicadores ($r=0,74$; $p=.004$), simpáticos ($r=0,62$; $p=.008$) e empáticos ($r=0,91$; $p=.022$). Contudo, os medos do escuro ($r=0,96$; $p=.014$), dos enfermeiros ($r=0,85$; $p=.006$) e dos médicos ($r=0,88$; $p=.001$) estão relacionados com o choro das crianças.

DISCUSSÃO

É necessário enaltecer que existe uma relação entre a idade, a intensidade do medo e o tipo de medos que podem surgir, como já identificado por Eisenberg *et al.* (2004); quanto mais nova a criança maior o medo de coisas reais porque ela não faz abstrações intelectuais; quanto maior a idade da criança maior o medo de coisas irreais. Mas segundo Gullone & King (1997) a diminuição dos medos é mais acentuada entre os 7 e os 10 anos de idade, o que coloca a amostra de crianças deste estudo (com uma média de idades de 9,4 anos) no registo de medos menos acentuado. Neste estudo as crianças são maioritariamente do sexo masculino e a maioria possui o 1º ciclo de escolaridade. São crianças provenientes essencialmente do meio urbano, que recorreram à urgência hospitalar por doença aguda e a maioria não teve experiências anteriores de internamento. Neste estudo não foi possível verificar relação entre a idade da criança, os fatores sociodemográficos e a tipologia dos medos.

De facto, durante a hospitalização, além da etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra, é necessário ter em conta outros fatores, como por exemplo, se a

mesma implica a separação total ou parcial dos seus cuidadores familiares, a qualidade do relacionamento com estes antes de ser hospitalizada, a condição física no momento da hospitalização, a capacidade de resiliência da criança e família, o tipo de cuidados que se impõem de imediato e a duração da hospitalização, as experiências anteriores relativamente a doenças e ou hospitalizações e também o tipo e a qualidade de apego que recebe, não só da família mas também da equipa de saúde e, finalmente, se a própria hospitalização é programada ou urgente (Barros, 2003; Jorge, 2004; Mendes & Martins, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente às emoções desagradáveis e perturbadoras, o medo é certamente uma das emoções mais estudadas (Izard & Ackerman, 2004; Lewis, 2004; Rozin, Haidt & McCauly, 2004). O seu objetivo e função principal é de proteger a integridade física e psicológica do indivíduo, motivando-o para se libertar ou fugir de situações potencialmente ameaçadoras. Alguns autores defendem que a ativação do medo implica que o *Self* percecionem algum tipo de ameaça. Uma vez ativada, a principal tendência de ação associada a esta emoção é a fuga ou o isolamento, enquanto a sua expressão pode despoletar comportamentos de proteção por parte dos outros. Durante a ativação do medo, a criança tende a focar a sua atenção no estímulo ameaçador e na necessidade de se proteger, pelo que há um estreitamento ou uma relativa limitação dos processos atencionais e comportamentos da criança.

As crianças deste estudo também percecionam o medo como uma ameaça, pois manifestam medo de serem abandonadas, criticadas, rejeitadas, punidas e mesmo imobilizadas, e consideram a presença dos pais como proteção, o que é corroborado por Ollendick & King (1991) quanto à função do medo de garantir a preservação da integridade física e psicológica do indivíduo. Estas crianças necessitam de um ambiente securizante e por isso manifestam a necessidade de terem os pais perto de si. Assim, o papel dos pais é pois de suporte de modo a poderem ajudá-la a superar a experiência de hospitalização, e a aprenderem com esta. Brazelton (2005, p.341) aconselha os pais afirmando *“Primeiro, preparem-se a vós próprios. Antes de poderem ajudar o vosso filho, precisam de dominar a vossa ansiedade (...). Perguntem (...) quais os exames ou o tratamento a que irão submeter a criança (...) Façam o possível para estar com ela nos momentos críticos (...) ou na altura de quaisquer actos dolorosos”*.

As crianças deste estudo possuem medo por falta de informação em relação ao seu prognóstico e em relação aos enfermeiros e aos médicos, um fenómeno também designado de síndrome da bata branca (Hockenberry & Wilson, 2014). Na relação com a criança em contexto clínicos existem fatores primordiais para que o ambiente relacional seja positivo e amistoso. A presença dos pais, dos avós e de outros familiares confere segurança, sendo um meio para chegar à criança. O contacto com a criança não poderá ser único e exclusivo, até porque os pais necessitam de receber toda a informação, mas é importante que a comunicação não fique confinada aos pais. O tipo de comunicação a adotar deve ser dirigido para a criança, de acordo com a sua idade e pautada por uma flexibilidade na linguagem (Corney, 2000). Os cuidados de enfermagem devem ter por foco de atenção a criança de forma a conhecer as suas capacidades e necessidades para enfrentar os seus medos. Estes profissionais estão associados a situações traumatizantes e dolorosas, daí a importância de envolver a família no processo de cuidados, tal como defende Watson (2002a) não apenas pelo fator humano, mas pelos conhecimentos desenvolvidos, empenho, valores sociais e morais e acima de tudo pelo compromisso pessoal. Mas noutra perspetiva Watson (2002b)

refere que os enfermeiros precisam de ser detentores de um autoconhecimento elevado e de possuir uma noção de integração do Eu. Deste modo conseguem expressar o seu “Eu genuíno” e demonstrar comprometimento na relação enfermeiro-cliente. A biografia e o “modo de ser” dos enfermeiros têm espaço na sua prática profissional. O desenvolvimento do Self é uma habilidade e excelência na relação terapêutica (Muetzel, 1988; Butler, 1995). Os enfermeiros exploram não apenas o interpessoal mas também o intrapessoal, pois quanto estreitamente relacionado com uma compreensão que o próprio tem do Eu (*Self*) é um contributo enorme para a compreensão do Outro. E é com base neste desenvolvimento que os enfermeiros conseguem desmistificar os medos e as representações negativas que a criança e família possui sobre a pessoa do enfermeiro. Para Phaneuf (2010), a inteligência emocional tem um lugar importante nos comportamentos porque permite conhecer as suas próprias emoções, de as compreender e aceitar, para assim conseguir geri-las.

Neste estudo, a maioria das crianças dos 6-12 anos refere ter medo de estar com pessoas desconhecidas e do ambiente também ele desconhecido. É neste sentido que as atividades lúdicas que as crianças apontam como estratégia na gestão do medo podem ser utilizadas pelos enfermeiros como brincadeira terapêutica. As atividades lúdicas são percebidas como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas (Mitre & Gomes, 2004); permite à criança sentir-se melhor durante a hospitalização e utilizar as brincadeiras que realizava no seu ambiente familiar (Borges, Nascimento & Silva, 2008) e facilita a interação da criança com os profissionais de saúde (Mitre & Gomes, 2004).

Outros medos identificados neste estudo estão relacionados com os procedimentos invasivos. As crianças possuem medo de ter dor, das injeções e de fazerem análises clínicas, o que é corroborado em diversos estudos; um dos medos mais evidenciados é a dor associado à cateterização venosa em cerca de 80% das crianças (Macedo, Batista & La Cava, 2006; Carvalho & Moreno, 2012). Mais uma vez a utilização do brinquedo na minimização dos medos da hospitalização facilita a compreensão e aceitação dos procedimentos de enfermagem e o processo de hospitalização (Jansen, Santos & Favero, 2010). Neste estudo, as crianças também afirmam que os enfermeiros ajudam a gerir o seu medo através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como, a distração, o jogo e ouvir música. Assim, por um lado referem medo dos enfermeiros e por outro lado consideram-nos como uma ajuda na gestão desses medos, o que pode indicar a desmistificação do medo na relação de cuidados.

Quanto à experiência de cirurgia, neste estudo as crianças têm medo de não acordarem durante a anestesia, de sentirem algo durante a intervenção cirúrgica, de não recuperarem totalmente da doença e de morrerem por causa do seu estado de saúde. Muitas crianças referem ter medo de perder o controlo da situação, que é agravada por não obter informação sobre o que vai acontecer durante a hospitalização. Também um estudo de Wollin *et al.* (2004), com 120 crianças dos 5 aos 12 anos, sobre o medo e ansiedade da criança na cirurgia, revelou que “o pior aspeto” no hospital são as agulhas e a “melhor coisa” é a comida e as bebidas depois da cirurgia. Assim, tal como nos descreve Sampaio, Ventura, Batista & Antunes (2009) e Kiche & Almeida (2009), a preparação da criança para a cirurgia deve ser realizada, independente da idade em que ela se encontra, da avaliação e da colaboração desta. A sua perceção está direcionada para as pessoas que prestam o cuidado, para as informações ou orientações recebidas no período peri operatório, ou seja, para todos os acontecimentos durante a sua hospitalização. O medo do

desconhecido é a principal causa de insegurança e ansiedade da criança. O medo da dor, da anestesia e da morte, além do medo de ficar desfigurado ou incapacitado é descrito no estudo de Broering & Crepaldi (2008).

A escola é outro aspeto relevante, pois as crianças deste estudo revelam ter medo de faltar à escola e conseqüentemente não transitarem para o ano seguinte (maioritariamente as meninas). Já Cordeiro (2006) afirma que idealmente, quando a criança regressar à escola não deve sentir o impacto da sua ausência. Para tal o espaço escolar deve estar identificado e disponível para todas as crianças doentes e hospitalizadas, incluindo as que não se podem deslocar, acamadas ou que têm deficiências físicas. Silvério & Rubio (2012) reforçam o papel do professor a fim de orientar, estimular e motivar a criança doente e hospitalizada a prosseguir a sua aprendizagem.

As conseqüências dos medos vivenciados na hospitalização traduzem-se nas crianças deste estudo por nervosismo, choro, problemas de sono, tendência para enfrentar o medo, e maior proximidade com os pais. Mais uma vez a participação dos pais torna-se um elemento fundamental no processo de cuidados, e é perspetivada como uma peça chave em enfermagem pediátrica (Cygan & Templin, 2002; Espezel & Canam, 2003; Shields, 2003; Young, 2006; Hokenberry & Wilson, 2014). Destes resultados decorre ainda que as crianças apresentam medos normais e adaptativos (Ollendick, Grills & Alexander, 2001) pois apesar dos diversos tipos de medos e conseqüências, a tendência para enfrentar o medo é notória com recurso a estratégias internas e externas.

Neste estudo os enfermeiros recorrem a estratégias para ajudarem a criança a gerir as emoções, facilitando a sua adaptação e o confronto com os seus medos. As estratégias utilizadas são diversas, salientando-se o afeto, o carinho, a simpatia, o sorriso, a confiança, a positividade, a compreensão empática e o humor. Goleman (2006) afirma que quanto mais auto conscientes formos melhores leitores dos sinais subtis dos outros seremos, estabelecendo com eles empatia. Esta ideia é defendida também por Lazure (1994), segundo o qual a empatia é a capacidade que nos permite conhecer o outro e transmitir-lhe o que conhecemos. Branco (2004) corrobora esta ideia defendendo a empatia como a capacidade que nos permite entrar em sintonia com o outro. No SU as crianças necessitam de alguns procedimentos que são dolorosos e geradores de medos, mas os enfermeiros conseguem prevenir e/ou gerir o medo e a dor da criança tal como evidenciado pelos resultados deste estudo. Assim nos cuidados à criança, os enfermeiros recorrem a estratégias de empatia no encontro com o Outro, e consideram muito importante o envolvimento dos pais e a adaptação dos cuidados ao estágio de desenvolvimento da criança. O enfermeiro favorece a compreensão das emoções criando um ambiente acolhedor, afetivo e propício ao diálogo. Os cuidados prestados pelos enfermeiros são humanizados e afetivos (Diogo & Baltar, 2014) com intervenções que minimizem o sofrimento e desconfortos físicos e psicológicos. Desta forma, os enfermeiros respondem às crianças e sua família com necessidades emocionais individuais, induzidas pela hospitalização. Atualmente defende-se os cuidados não traumáticos, que pressupõem a realização de intervenções que eliminem ou minimizem os desconfortos físicos e psicológicos experimentados pela criança e pelos seus cuidadores familiares, quer na realização de um procedimento específico, quer na própria hospitalização da criança (Martins & Silvino, 2010). Deve-se então acautelar que a criança mantenha os seus hábitos, que os cuidadores familiares estejam presentes em todos os procedimentos e nas decisões referentes às condutas realizadas, e que a criança participe em atividades lúdicas/recreativas (Martins & Silvino, 2010).

Smith (2012) realça a importância dos profissionais compreenderem e interpretarem as necessidades físicas das pessoas, mas também, responderem às suas necessidades emocionais, isto é, gerir as próprias emoções para melhor compreender e intervir nas dos outros – o trabalho emocional em enfermagem. Os momentos emocionalmente intensos de medo das crianças no SU, por estarem associados ao sofrimento e ao desconhecido, são superados com a intervenção do enfermeiro enquanto gestor emocional.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

A hospitalização em SU origina medos nas crianças, embora estas se adaptem à situação recorrendo a competências pessoais e a estratégias promovidas pelos pais e enfermeiros. As intervenções de enfermagem demonstram a preocupação com a humanização dos cuidados, fortalecendo as relações de parceria e a tomada de decisão informada sobre o processo de cuidados.

Na prática de enfermagem pediátrica o confronto com emoções negativas relacionadas com o medo e sofrimento da criança é frequente, sendo que é necessário que os enfermeiros as consigam utilizar conscientemente para melhorar a qualidade dos cuidados, isto é, fazer um trabalho de dimensão emocional com centralidade não só em si mas também no cliente. É necessário continuar a investir numa prática reflexiva, de forma a desenvolver uma autoconsciência que potencia a gestão de situações emocionalmente intensas, sendo por isso as estratégias introspectivas de confronto que permitirão melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, no encontro singular e subjetivo enfermeiro-cliente.

Dos resultados deste estudo, sobre a gestão dos medos na perspectiva das crianças de 6-12 anos em contexto de SU, salienta-se que as crianças percebem o medo como uma ameaça (de serem abandonadas, criticadas, rejeitadas, punidas e mesmo imobilizadas), têm medo de não terem informação em relação ao seu prognóstico e à hospitalização relacionado com a perda de controlo sobre a situação, e ainda no geral têm medo dos enfermeiros e dos médicos, pois estes profissionais estão associados a situações traumatizantes e dolorosas. A maioria das crianças tem medo do desconhecido (de estar com pessoas desconhecidas e do ambiente desconhecido). Os seus medos mais intensos estão relacionados com a dor, as injeções e as análises clínicas. Mas também têm medo de não acordarem durante a anestesia, de sentirem algo durante a intervenção cirúrgica, de não recuperarem totalmente da doença e de morrerem devido à sua situação de saúde. Outro tipo de medo é de faltar à escola e conseqüentemente não transitar para o ano seguinte. As conseqüências dos medos vivenciados na hospitalização são o nervosismo, o choro, os problemas de sono, a tendência para enfrentar o medo, e uma maior proximidade com os pais. Os enfermeiros recorrem a estratégias para ajudarem a criança a gerir as emoções, e em especial os medos identificados (e nesta perspectiva são gestores emocionais). De acordo com as crianças participantes os enfermeiros ajudam a gerir o seu medo, não só através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como, a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empatia e do humor. Os enfermeiros consideram ainda fundamental o envolvimento e presença dos pais no processo de cuidados. Os cuidados prestados pelos enfermeiros são humanizados e afetivos, com intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físicos e emocional.

Desta forma, pretende-se que a evidência científica seja valorizada e melhor analisada pelas organizações procurando, assim, contribuir para a melhoria das intervenções dos enfermeiros, e também para definir *Guidelines* com ganhos em saúde nos cuidados à criança e ao jovem. Através dos resultados deste estudo, procura-se instituir mudanças nas práticas e desenvolver conhecimento sobre a experiência de medo das crianças em contexto de urgência, problemática pouco investigada em enfermagem. Estes resultados podem contribuir para que as organizações e os profissionais de enfermagem reforcem a adoção de intervenções direcionadas para as necessidades emocionais das crianças, e para os cuidados humanizados em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica - Perspectiva desenvolvimentista* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Borges, E., Nascimento, M., & Silva, S. (2008). Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 2, 211-221.
- Branco, V. (2004). *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. (2005). *O Grande Livro da Criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editora Presença.
- Brito, T. R., Resck, Z. M., Moreira, D. S., & Marques, S. M. (2009). As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(4), 802-808.
- Broeren, S., & Muris, P. (2009). The Relation Between Cognitive Development and Anxiety Phenomena in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 702-709.
- Broering, C., & Crepaldi, M. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Butler, J. (1995). Designing for personal and professional excellence: The designer as lifelong learner. Em J. Cachs, P. Ramsden, & L. Phillips, *The Experience of Quality in Higher Education*. Brisbane: Griffiths University.
- Carvalho, A. M. (2012). Reações da criança submetida a punção venosa periférica: relação com a intensidade da dor. Em A. Lobo, *Contextos de Investigação em Enfermagem* (pp. 10-21). Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Machado.
- Cordeiro, E. (2006). A escola, que espaço no hospital?. Em L. (. Santos, *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 39-41). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.

- Cygan, H., & Templin, T. (2002). Perceptions of quality health care among parents of children with bleeding disorders. *Journal of Pediatric Health Care, 16*(3), 125-130.
- Damáσιο, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13.ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: o trabalho emocional em enfermagem. *E-Book do IV Congresso Internacional ASPESM*, 148-160.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 13*, 43-51.
- Dowling, J., & Fain, J. (1999). A Multidimensional Sense of Humor Scale for school-aged children: Issues of reliability and validity. *Journal of Pediatric Nursing, 14*, 38-43.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., Fabes, R., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S., . . . Thompson, M. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development, 75*(1), 25-46.
- Espezel, H. J., & Canam, C. J. (2003). Parent – nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing, 44*(1), 34-41.
- Fernandes, D. (24 de Setembro de 2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%A2ncia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. (3.ª ed.). Espanha: Sábado.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: a century of research. *Clinical psychology, Review, 20*(4), 429-451.
- Gullone, E., & King, N. (1997). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 33*, 987-998.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Hockenberry, Marilyn Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Izard, C. E., & Ackerman, B. P. (2004). Motivational, organization and regulatory functions of discrete emotions. Em M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones, *Handbook of emotions*. (2nd. ed., pp. 253-264). New York: The Guilford Press.
- Jansen, M., Santos, R., & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 2*, 247-253.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Lisboa: Lusociência.

- Kiche, M., & Almeida, F. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-30.
- King, N. J., Gullone, E., & H.T., O. (1990). Fears in children and adolescents with chronic medical conditions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2(19), 173-177.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta: Lisboa.
- Lewis, M. (2004). Self-conscious emotions: embarrassment, pride, shame and guilt. Em M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones, *Handbook of emotions*. (2nd. ed., pp. 623-636). New York: The Guilford Press.
- Macedo, E. B., & Cava, L. (2006). Reações de crianças e adolescentes submetidos à analgesia tópica local na punção venosa periférica. *Enfermería Global*, 9.
- Martins, M., & Melo, J. (2008). Emoção... Emoções... Que Implicações para a Saúde e Qualidade de Vida?... *Millenium - Revista do ISPV*, 34, 125-148.
- Martins, T. S., & Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitaliza à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 5(2), 340-344.
- Mitre, R., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto de hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 147-154.
- Muetzel, P. A. (1988). Therapeutic Nursing. Em A. Pearson, *Primary Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units*. London: Chapman & Hall.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692. doi:10.1016/0005-7967(83)90087-6
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: na evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- Ollendick, T. H., Grills, A. E., & Alexander, K. L. (2001). Fears, worries, and anxiety in children and adolescents. Em C. A. Essau, & F. Petermann, *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors, and treatment*. London: Harwood Publishers.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14:1, 24-38.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauly, C. R. (2004). Disgust. Em M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones, *Handbook of emotions* (2nd. ed., pp. 637-653). New York: The Guilford Press.
- Sampaio, C., Ventura, D., Batista, I., & Antunes, T. (2009). Sentimentos dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: vivências no perioperatório. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(4), 558-64.

- Scherer, M., & Nakamura, C. (1968). A fear survey schedule for children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behav Res Ther*, 173-182.
- Sequeira, I. R. (2011). *Medo e Auto-conceito Infantil: Estudo comparativo entre crianças portadoras de doença oncológica e crianças sem doença*. Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas. Covilhã: Dissertação para obtenção de Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Obtido de Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2532/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Shields, L., Hunter, J., & Hall, J. (2004). Parent's and staff's perceptions during a child admission to hospital: an English perspective. *Journal of Child Health Care*, 8(1), 9-33.
- Silvério, C. &. (2012). Brinquedoteca hospitalar: o papel do pedagogo no desenvolvimento clínico e pedagógico de crianças hospitalizadas. *Saberes da Educação*, 1, 1-16.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2ª ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, 1-11. Obtido de <http://doi.org/10.1155/2010/474838>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), 41-50.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura : um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wollin, S., Plummer, J., Owen, H., Hawkins, R., Materazzo, F., & Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *J Pediatr Nurs*, 19(2), 128-32.
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalized child: nursing perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 9(3), 7-14.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275.

Contacto: pmdiogo@esel.pt