

Vicente A. Lara-Valencia
Organizador

**EVOLUÇÃO DO
CONHECIMENTO
ACADÊMICO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

São José dos Pinhais
Latin American Publicações
2024



Organizador
Vicente A. Lara-Valencia

**Evolução do conhecimento
acadêmico em ciências da saúde**

Vol. 01

LATIN AMERICAN
publicações

**Latin American Publicações
2024**

2024 by Latin American Publicações Ltda.
Copyright © Latin American Publicações
Copyright do Texto © 2024 Os Autores
Copyright da Edição © 2024 Latin American Publicações
Editora Executiva: Profa. Dra. Dariane Cristina Catapan
Diagramação: Aline Barboza Coelli
Edição de Arte: Aline Barboza Coelli
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Profa. Msc. Adriana Karin Goelzer Leinig, Universidade Federal do Paraná, Brasil.
Prof. Dr. Sérgio António Neves Lousada, Universidade da Madeira, Portugal.
Prof. Dr. Rahmi Deniz Özbay, Marmara University, Turquia.
Prof. Dr. Sema Yilmaz Genç, Kocaeli University, Turquia.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
V586e	Valencia, Vicente A. Lara Evolução do conhecimento acadêmico em ciências da saúde / Vicente A. Lara-Valencia. São José dos Pinhais: Latin American Publicações, 2024. 56 p. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui: Bibliografia ISBN: 978-65-85645-02-7 DOI: 10.47174/lap2020.ed.00000148 1.Saúde. 2.Descobertas. I. Valencia, Vicente A. Lara. Título.

APRESENTAÇÃO

A obra "Evolução do Conhecimento Acadêmico em Ciências da Saúde" mergulha profundamente na trajetória histórica, teórica e prática do desenvolvimento do conhecimento nas ciências da saúde. Ao longo das páginas deste livro, os leitores serão guiados por uma jornada que abrange desde os primórdios do estudo da saúde humana até as mais recentes descobertas e tendências.

O objetivo principal deste livro é oferecer uma visão abrangente e panorâmica da evolução do conhecimento acadêmico nas ciências da saúde, fornecendo uma compreensão sólida das raízes históricas, dos avanços contemporâneos e das perspectivas futuras desta área vital do conhecimento humano.

Este livro destina-se a acadêmicos, pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes e qualquer pessoa interessada em compreender a evolução e o estado atual das ciências da saúde.

"Evolução do Conhecimento Acadêmico em Ciências da Saúde" oferece uma visão rica e abrangente de uma das áreas mais dinâmicas e essenciais do conhecimento humano. Ao explorar suas páginas, os leitores serão capacitados a compreender não apenas de onde viemos, mas também para onde estamos caminhando no emocionante campo das ciências da saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01.....	8
LASERTERAPIA DE BAIXA POTÊNCIA COMO ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO DA LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL	
Vitória de Oliveira Chami	
Débora do Canto Assaf	
Lucas Machado Maracci	
Fernanda Tomazoni	
Vilmar Antônio Ferrazzo	
Mariana Marquezan	
Vitória de Oliveira Chami	
DOI: 10.47174/lap2020.ed.00000149	
CAPÍTULO 02.....	16
ESTUDIO DE MICROKINÉTICA DE HINCHAMIENTO DE BIOHIDROGELES	
Esteban González Medina	
Veronica A. Rojas De la Cruz	
Martha A. Cerpa-Gallegos	
Vicente A. Lara-Valencia	
DOI: 10.47174/lap2020.ed.00000150	
CAPÍTULO 03.....	22
LA PERCEPCIÓN RESPECTO A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y PERSONAS DE DISTINTA ORIENTACIÓN SEXUAL QUE TIENEN LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN DE TAMPICO INFLUYE EN SUS ACTITUDES Y VALORES	
María Del Lourdes Arias Gómez	
Jesús Arias Gómez	
Lourdes Leticia Cárdenas Segovia	
Lorena Gabriela Hernández Arteaga	
Azalea María Peña Blanco	
Simón Armando Rincón Aguilar	
Lilian Esperanza Rodríguez Torres	
DOI: 10.47174/lap2020.ed.00000151	
CAPÍTULO 04.....	49
ALTERAÇÕES OLFATÓRIAS E GUSTATIVAS PÓS-COVID 19: REVISÃO INTEGRATIVA OLFACTORY AND TASTE ALTERATIONS POST-COVID 19: INTEGRATIVE REVIEW	
Jade Barbiéri de Oliveira	
Bianca Lima Netto	
Gabrielle Santos Magacho	
Isadora Alves de Oliveira	
Julia Lamha Amaral de Jesus	
Maria Clara Amaral Santos Ferreira	
Danielle Cristina Zimmermann Franco	
DOI: 10.47174/lap2020.ed.978-65-85645-02-7_1	
CAPÍTULO 05.....	56

SÍNDROME DO JALECO BRANCO EM CRIANÇAS NA EMERGÊNCIA: ESTUDO DESCRITIVO

Silvia Helena Oliveira Da Cunha
Eliane Ramos Pereira
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Daniela Chaves Costa
Vivian Moreira Mencari

DOI: 10.47174/lap2020.ed.978-65-85645-02-7_2

CAPÍTULO 0675

FAMILIARES E REPRESENTAÇÕES DO MEDO E SOFRIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA NA EMERGÊNCIA: REEDUCAÇÃO COLABORATIVA NO CUIDADO

Silvia Helena Oliveira Da Cunha
Eliane Ramos Pereira
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Renata Carla Nencetti Pereira Rocha

DOI: 10.47174/lap2020.ed.978-65-85645-02-7_3

SOBRE O ORGANIZADOR.....100

CAPÍTULO 01

LASERTERAPIA DE BAIXA POTÊNCIA COMO ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO DA LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

Vitória de Oliveira Chami

Doutora em Ciências Odontológicas - Ortodontia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Débora do Canto Assaf

Doutoranda em Ciências Odontológicas - Ortodontia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Professora, Curso de Odontologia, Universidade Franciscana, Santa Maria/RS

Lucas Machado Maracci

Doutorando em Ciências Odontológicas - Radiologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Fernanda Tomazoni

Professora, Doutora em Ciências Odontológicas - Odontopediatria, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Vilmar Antônio Ferrazzo

Professor, Doutor em Ortodontia, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Mariana Marquezan

Professora, Doutora em Ortodontia, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria.

Endereço: Avenida Roraima, 1000. Cidade Universitária, Cambobi. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 97015-900

Vitória de Oliveira Chami

Endereço: Av. Roraima, 1000. Cidade Universitária, Camobi. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 97015-900

E-mail: vchami@hotmail.com

RESUMO: A disfunção temporomandibular (DTM) é composta por um conjunto de sinais e sintomas envolvendo músculos mastigatórios, articulação temporomandibular e estruturas orofaciais. Devido à etiologia multifatorial da DTM e à variedade de apresentações clínicas, o tratamento desse distúrbio é extenso e diversificado. Entre as modalidades de tratamento de DTM, o uso de laser de baixa intensidade alcançou grande popularidade devido à sua natureza conservadora, porém na literatura, existe grande variedade de protocolos de irradiação e grande variedade nas amostras,

portanto não há consenso sobre o protocolo ideal. Este estudo avaliou os resultados de um protocolo rápido de duas sessões para o tratamento com laser em pacientes com dor miofascial e limitação de abertura de boca. Dez pacientes adultos, de ambos os sexos foram avaliados e diagnosticados pelos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) e anamnese básica. Os pacientes foram tratados com o dispositivo de laser de baixa intensidade, ponta infravermelha, Photon Lase III (DMC Equipamentos LTDA, São Carlos, SP, Brasil), padronizado nas seguintes especificações: AsGaAl, $\lambda = 808 \text{ nm}$, potência de 100 mW, modo contínuo e fluência de 80 J / cm² e aplicação de 22 segundos por ponto dolorido conforme palpação prévia. Duas sessões de laserterapia foram realizadas com intervalo de 48 horas entre elas. A abertura da boca foi significativamente maior após 30 dias da primeira sessão ($p = 0,04$). O protocolo de tratamento rápido mostrou-se eficaz em aumentar amplitude de abertura bucal em pacientes com dor miofascial e limitação de abertura de boca.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunção Temporomandibular; Dor Facial; Laserterapia.

1. INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo abrangente para dores e disfunções envolvendo os músculos mastigatórios e as articulações temporomandibulares (ATMs). Suas características proeminentes incluem dor na face e área pré-auricular, limitações no movimento da mandíbula e ruídos das ATMs durante os movimentos (List, Jensen, 2017).

A DTM afeta até 15% dos adultos e 7% dos adolescentes, além do sexo feminino possuir o risco duas vezes maior de desenvolvimento (Bueno *et al.*, 2018). Dados epidemiológicos demonstraram que 75% da população apresenta pelo menos um sinal de DTM e 33% pelo menos um sintoma, além de ser considerada a causa mais comum de dor não dentária na região orofacial (Scrivani, Keith, Jaban, 2008).

Entre a vasta gama de modalidades de tratamento das DTMs, o uso do Laser em Baixa Potência (LBP) tem alcançado maior popularidade devido à sua natureza conservadora. Estudos têm demonstrado efeitos analgésicos, regenerativos e anti-inflamatórios no tecido alvo (Desiderá *et al.*, 2015; Xu *et al.*, 2018). Tratamentos agressivos e irreversíveis devem ser evitados, pois sabe-se que os sinais e sintomas de DTM podem ser flutuantes e auto limitantes ao longo do tempo (Michelotti *et al.*, 2005).

Apesar do grande número de ensaios clínicos que tentaram tratar os sinais e sintomas das DTM por meio da LBP (Conti *et al.*, 1997; Carrasco *et al.*, 2009; Mazzetto *et al.*, 2010; Melchior *et al.*, 2013; Demirkol *et al.*, 2017; Magri *et al.*, 2017), não há consenso quanto a sua precisa indicação e ainda não se estabeleceu um protocolo ideal para irradiação, nem as suas limitações. Dessa maneira, o objetivo desse estudo foi avaliar o efeito rápido de duas sessões de LBP no tratamento da limitação de abertura bucal. A hipótese nula é de que tanto duas sessões de LBP, quanto a LBP placebo, tenham efeitos similares nos pacientes com o diagnóstico de dor miofascial e limitação de abertura bucal.

2. MÉTODOS

Dez pacientes de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos de idade e presença de diagnóstico de DTM do tipo dor miofascial e limitação de abertura bucal e nenhum outro diagnóstico, de acordo com os critérios da versão revisada do *Research*

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) (Dworkin; Leresche, 1992) foram incluídos na pesquisa. Este estudo longitudinal foi realizado após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Maria (UFSM-CAAE 74925717.6.0000.5346).

2.1. Laserterapia em baixa intensidade

O laser de Gálio-Alumínio-Arsênio (GaAlAs) (Photon Lase III, DMC Equipamentos LTDA, São Carlos, SP, Brasil) foi revisado e calibrado pelo fabricante antes do início deste estudo. Prévio a cada tratamento dos pacientes, era conferido a quantidade de energia irradiada pelo aferidor de laser (LaserCheck, MMOptics, São Carlos, São Paulo, Brasil), para que todos os pacientes recebessem a mesma quantidade de radiação.

O protocolo do tratamento baseou-se nas recomendações do fabricante do aparelho, no trabalho de Pereira e colaboradores (Pereira *et al.*, 2014) e no *World Association for Laser Therapy Guideline* (Walt, 2006). A escolha dos locais de aplicação do LBP na musculatura e ATMs foram pré-estabelecidos através da palpação manual dos 20 pontos identificados através do RDC/TMD. Os sítios que apresentavam sensibilidade dolorosa, eram irradiados.

A periodicidade da laserterapia foi de duas vezes, com intervalo de 48 horas. O laser foi utilizado em modo de emissão contínuo, em contato direto com a pele dos voluntários e durante a aplicação a ponta era posicionada perpendicular à área irradiada (Mazzetto *et al.*, 2010; Melchior *et al.*, 2013).

Os parâmetros do aparelho de laser utilizados foram: comprimento de onda = 808 nm (infravermelho), potência de 100 mW, fluência de 80 J/cm², 22 segundos por aplicação, energia de 2,2 J por aplicação, área da ponteira (S) de 0,028 cm², densidade de potência de 3,57 W/cm² e com uma distância de pelo menos 1 cm entre cada ponto. Durante as sessões de laser os pesquisadores e os pacientes de ambos os grupos utilizaram óculos de proteção e obedeceram às normas de biossegurança.

2.5. Máxima abertura bucal

A máxima abertura bucal foi mensurada com o uso de régua milimetrada da borda incisal do dente 11 à borda incisal do dente 41. Foram realizadas 2 avaliações:

imediatamente antes do início do tratamento - baseline (T0) e 30 dias (T30) após a primeira sessão.

2.6. Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa STATA 14 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Para a comparação da variável foi empregado o teste t pareado e considerado o nível de significância de 5% (erro alfa, $p < 0,05$).

3. RESULTADOS

3.1. Amostra

Inicialmente foram avaliados 384 participantes, dentre os quais, 10 pacientes (2,6%) se enquadraram nos critérios de elegibilidade da pesquisa e se propuseram a participar do estudo. A amostra foi composta por 60% de mulheres, média de idade de $30,1 \pm 10,90$, 80% de cor da pele branca, 70% com ensino superior completo e 60% solteiros.

3.2. Abertura bucal

Antes da primeira sessão de LBP, a média de máxima abertura bucal foi de 40 mm $\pm$ 3,1. Após 30 dias da primeira sessão a média aumentou para 45,7 mm $\pm$ 6,6, sendo este aumento significativo ($p = 0,04$) conforme o teste t pareado.

3.3. Danos

Os voluntários em caso de manutenção da dor e limitação de abertura bucal após a finalização do estudo foram encaminhados ao projeto de extensão Disfunção Temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na qual receberam tratamento com orientações de auto-manejo e mudança de hábitos, placa oclusal estabilizadora e fisioterapia.

4. DISCUSSÃO

O desfecho de máxima abertura bucal apresentou melhora significativa após 30 dias da primeira sessão de LBP. O LBP é uma modalidade terapêutica reversível, não invasiva, não farmacológica, não dolorosa, segura e bem aceita pelos pacientes.

Uma metanálise publicada em 2015 demonstrou que a laserterapia tem eficácia limitada na redução da dor em pacientes com a DTM, mas promove melhora significativa nos aspectos funcionais, como a abertura bucal (Chen *et al.*, 2015). Dentro desta perspectiva, esta pesquisa demonstrou um aumento significativo na amplitude da máxima abertura bucal nos pacientes.

A capacidade de biomodulação, analgesia e ação anti-inflamatória do LBP é explicada pela indução as respostas celulares e sistêmicas que o laser promove quando aplicada em regiões específicas, como já visto nas ATMs inflamadas de ratos (Desiderá *et al.*, 2015).

Fatores importantes a serem considerados são a quantidade de sessões de LBP e o tempo de acompanhamento dos indivíduos submetidos à laserterapia. Segundo alguns estudos (Bezuur *et al.*, 1988; Conti *et al.*, 1997) o efeito acumulativo das sessões podem ser responsáveis pela tendência de redução da dor e por consequência aumento da abertura bucal.

Esse estudo possui algumas limitações como a não utilização de uma escala para mensurar a intensidade da sensibilidade dolorosa dos pacientes. Outra limitação é que o tempo de acompanhamento não excedeu 30 dias. Além disso, é importante ressaltar que não há consenso na literatura científica sobre as doses e protocolos da LBP para o tratamento da DTM, o que dificulta a padronização da pesquisa e a comparação dos resultados.

5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados desse estudo, pôde-se concluir que o tratamento proposto (terapia de LBP em duas sessões com intervalo de 48 horas) se mostrou efetivo na melhora da amplitude máxima de abertura bucal após 30 dias da primeira sessão em pacientes com dor miofascial e limitação de abertura bucal.

REFERÊNCIAS

1. Bezuur NJ, Habeets LLMH, Hansson TL. The Effect of Therapeutic Laser Treatment on Patients With Craniomandibular Disorders. *Journal of Craniomandibular Disorders*, 1988;2:83-6.
2. Bueno CH, *et al.* Gender Differences in Temporomandibular Disorders in Adult Population Studies: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2018. Doi: 10.1111/joor.12661.
3. Carrasco TG, Guerisoli LDC, Guerisoli DMZ, Mazzetto MO. Evaluation of Low Laser Therapy in Myofascial Pain Syndrome. *Journal of Craniomandibular Practice*. 2009;27(4):243-7.
4. Chen J, Huang Z, Ge M, Gao M. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in the Treatment of TMDs: A Meta-Analysis of 14 Randomised Controlled Trials. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2015;42(4):291-9.
5. Conti PC. Low Level Laser Therapy in the Treatment of Temporomandibular Disorders (TMD): A Double-Blind Pilot Study. *Cranio*. 1997;15:144-9.
6. Demirkol N, Usumez A, Demirkol M, Sari F, Akcaboy C. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in Subjective Tinnitus Patients with Temporomandibular Disorders. *Photomedicine and Laser Surgery*. 2017;35(8):427-31.
7. Desiderá AC, Nascimento GC, Gerlach RF, Leite-Panissi CR. Laser Therapy Reduces Gelatinolytic Activity in the Rat Trigeminal Ganglion During Temporomandibular Joint Inflammation. *Oral Disease*. 2015;21(5):652-8.
8. Dworkin SF, Leresche L. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examinations and Specifications, Critique. *Journal of Craniomandibular Disorders*. 1992;6(4):301-55.
9. List T, Jensen RH. Temporomandibular Disorders: Old Ideas And New Concepts. *Cephalgia*. 2017;37(7):692-704.
10. Magri LV, Carvalho VA, Rodrigues FCC, Bataglion C, Leite-Panissi CRA. Effectiveness of Low-Level Laser Therapy on Pain Intensity, Pressure Pain Threshold, and Sf-Mpq Indexes of Women with Myofascial Pain. *Lasers in Medical Science*. 2017;32:419-28.
11. Mazzetto MO, Hotta TH, Pizzo RCA. Measurements of Jaw Movements and TMD Pain Intensity in Patients Treated With GaAlAs Laser. *Brazilian Dental Journal*. 2010;21(4):356-60.
12. Melchior MO, *et al.* Does Low Intensity Laser Therapy Reduce Pain and Change Orofacial Myofunctional Conditions? *Journal of Craniomandibular Practice*. 2013;31(2):133-9.
13. Michelotti A, De Wijer A, Steenks MH, Farella M. Home-Exercise Regimes for the

Management of Non-Specific Temporomandibular Disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2005;32(11):779-85.

14. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. *The New England Journal of Medicine*. 2008; 18(35):1693-705.
15. Pereira TS, *et al*. Efficacy of red and infrared lasers in treatment of temporomandibular disorders-a double-blind, randomized, parallel clinical trial. *Cranio*. 2014;32(1):51-6.
16. World Association of Laser Therapy Consensus agreement on the design and conduct of clinical studies with low-level laser therapy and light therapy for musculoskeletal pain and disorders. *PhotoMedicine and Laser Surgery*. 2006;24(6):761-2.
17. Xu GZ. *et al*. Low-level Laser Therapy for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Pain Research and Management*. 2018. Doi: 10.1155/2018/4230583.

CAPÍTULO 02

ESTUDIO DE MICROKINETICA DE HINCHAMIENTO DE BIOHIDROGELES

Esteban González Medina

Tecnólogo en Control Automático

Institución: Investigación y Desarrollo, Partes e Implantes Avanzados S. de R. L. de C. V.

Correo electrónico: estebangm@parteseimplantes.com

Dirección: Calle Puerto Vallarta #679 C.P.45060, Zapopan, Jalisco, México

Verónica Adriana Rojas De la Cruz

Licenciada en Matemáticas

Institución: Ingeniería Ciencia Básicas, Centro de Enseñanza Técnica Industrial

Correo electrónico: varojas@ceti.mx

Dirección: Nueva Escocia #1885 C.P. 44630, Guadalajara, Jalisco, México

Martha Alejandra Cerpa Gallegos

Doctora en Ciencias en Ingeniería Química

Institución: Subdirección de Investigación, Centro de Enseñanza Técnica Industrial

Correo electrónico: cerpag@ceti.mx

Dirección: Nueva Escocia #1885 C.P. 44630, Guadalajara, Jalisco, México

Vicente Arturo Lara Valencia

Doctor en Ciencia de Materiales

Institución: Ingeniería Ciencias Básicas, Centro de Enseñanza Técnica Industrial

Correo electrónico: vicentelaval@gmail.com

Dirección: Nueva Escocia #1885 C.P. 44630, Guadalajara, Jalisco, México.

RESUMEN: Los materiales hidrofílicos presentan gran capacidad de absorber agua, siendo insolubles en ella, comúnmente llamados hidrogeles y pueden ser sintetizados mediante la utilización de biomoléculas formando redes tridimensionales. Por otro lado, el hueso de Persea americana variedad Hass es un material de desecho que puede ser aprovechado como fuente de obtención de almidones, polisacáridos de características químicas que pueden ser utilizadas en la copolimerización con acrilamida y ácido acrílico para la síntesis de hidrogeles. En el presente trabajo se copolimerizaron sistemas de polisacárido con acrilamida y ácido acrílico mediante un proceso de polimerización en solución vía redox, utilizando diferentes concentraciones de agente entrecruzante. Se siguió la microcinética de hinchamiento mediante microscopía óptica.

PALABRAS CLAVE: Biohidrogel; Semilla de Aguacate Hass; Microcinética de Hinchamiento.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el aguacate es un fruto de suma importancia comercial para México por los beneficios económicos que propicia, ya que este país ocupa el primer lugar de la producción a nivel mundial con 1.12 millones de toneladas anuales [Financiera Rural, 2010]. La semilla del aguacate (variedad Hass) constituye un 15% en peso del fruto, dando como resultado 168 000 toneladas de hueso anualmente, las cuales no son aprovechadas [PAHUA, 2007]. Entre los componentes de la semilla de aguacate, se encuentran azúcares reductores, extractos de éter, fibra, taninos y almidón, este último representando un 30% del núcleo [GARCIA, 1999].

Por otra parte, el almidón presenta una propiedad muy importante llamada gelatinización. Proceso en el cual hay cambios irreversibles, tales como ruptura de puentes de hidrógeno, hinchamiento con agua, fundición de cristalitos y solubilización [PARKER, 2005].

Un hidrogel es una red tridimensional de cadenas flexibles, constituida por elementos conectados de una determinada manera e hinchada por un agua. Los hidrogeles son polímeros que poseen unas características particulares. Son hidrófilos, insolubles en agua, blandos, elásticos y en presencia de agua se hinchan, aumentando considerablemente su volumen, pero manteniendo su forma hasta alcanzar un equilibrio fisicoquímico, mientras que en estado deshidratado (xerogel) son cristalinos [PAL, 2009]. Recientemente la formulación de hidrogeles se basa en polisacáridos, debido a que la mayoría de las células de los seres vivos suelen disponer este tipo de moléculas en su superficie celular, además se utilizan como encapsuladores de biomoléculas por su afinidad a ellas [LU, 2009].

2. SECCIÓN EXPERIMENTAL

Síntesis de hidrogeles. Se elaboraron diferentes mezclas de acrilamida y ácido acrílico (100/0, 20/80, 20/80, 0/100 % en masa); y una solución al 15% del polisacárido extraído, en 25 g de agua destilada, la solución se neutralizó mediante la adición de KOH (47% masa). Se temperizó a 25 °C durante 1 hora y posteriormente se adicionaron 2 ml persulfato de potasio y 2 ml de metabisulfito de sodio como par electrónico para una iniciación redox.

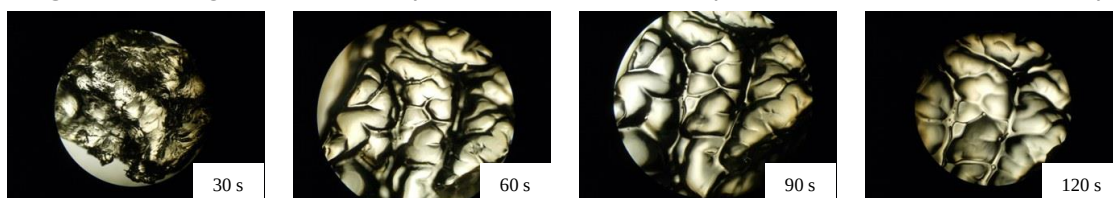
Microcinética hinchamiento. Se utilizaron probetas con dimensiones de

0.5x0.5cm a 25 °C, para realizar su caracterización en un microscopio óptico Zeigen con un objetivo 4X. Observándose a diferentes tiempos de hinchamiento (30, 60, 90, 120 y 150 s).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

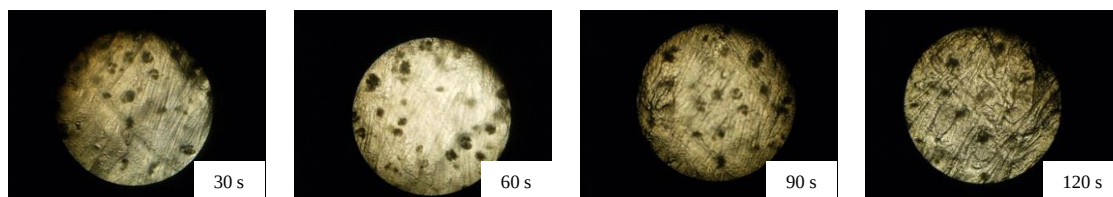
Se realizaron las síntesis composiciones de hidrogeles acrílicos-polisacárido, con un grado de entrecruzamiento de 1 y 4 % con en diacrilato de glicerol (DGA). Posteriormente, una vez seco el material, se cortaron muestras de 0.5x0.5 cm a fin de realizar microcinéticas de hinchamiento al microscopio óptico.

Figura 1. Hidrogel ácido acrílico/polisacárido, al 4% DGA (Fuente: Gonzalez-Medina, *et al.*)



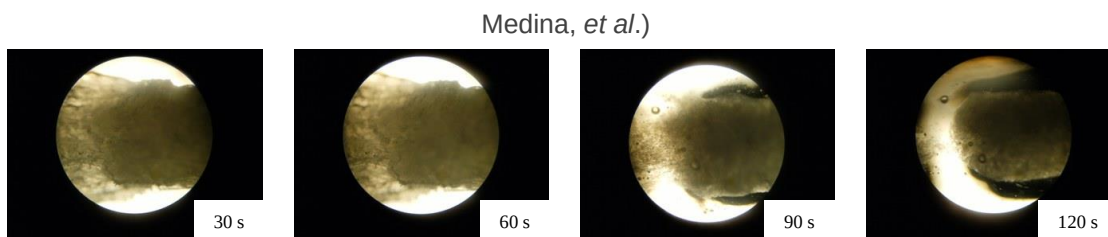
La figura 1 se muestra el hinchamiento a 30, 60, 90 y 120 s del hidrogel, respectivamente. Donde se observa, que la absorción de agua no afecta a la estructura cristalina presente en el material, solo aumentan de tamaño las diferentes celdillas constituyentes.

Figura 2. Hidrogel acrilamida/polisacárido, al 4% DGA (Fuente: Gonzalez-Medina, *et al.*)



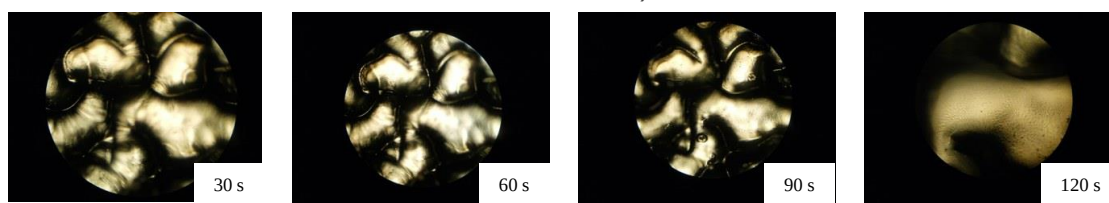
La figura 2 muestra el hinchamiento a 30, 60, 90 y 120 s del hidrogel, respectivamente. Donde se puede observar, que los arreglo tipo esferulita de la poli(acrilamida) aumentan de tamaño conforme el hinchamiento se incrementa; sin embargo, estas guardan las proporciones que presentaban al inicio del ensayo.

Figura 3 Hidrogel ácido acrílico/acrilamida/polisacárido (80/20), al 1% DGA (Fuente: Gonzalez-



En la figura 3 se muestra el hinchamiento a 30, 60, 90 y 120 s del hidrogel, respectivamente. Donde se observa, que la absorción de agua no afecta a la estructura cristalina presente en el material, solo aumentan de tamaño las diferentes celdillas constituyentes. Además, se observa un cambio en las propiedades ópticas de la muestra conforme aumenta el volumen de agua contenida.

Figura 4. Hidrogel ácido acrílico/acrilamida/polisacárido (20/80), al 1% DGA (Fuente: Gonzalez-Medina, *et al.*)



La figura 4 muestra el hinchamiento a 30, 60, 90 y 120 s del hidrogel, respectivamente. Se puede observar, que al incrementarse la cantidad de agua absorbida hay un cambio en propiedades ópticas, siendo más notable a partir de los 120 segundos.

4. CONCLUSIONES

Se sintetizaron hidrogeles acrílicos con la incorporación de polisacáridos en la, vía redox.

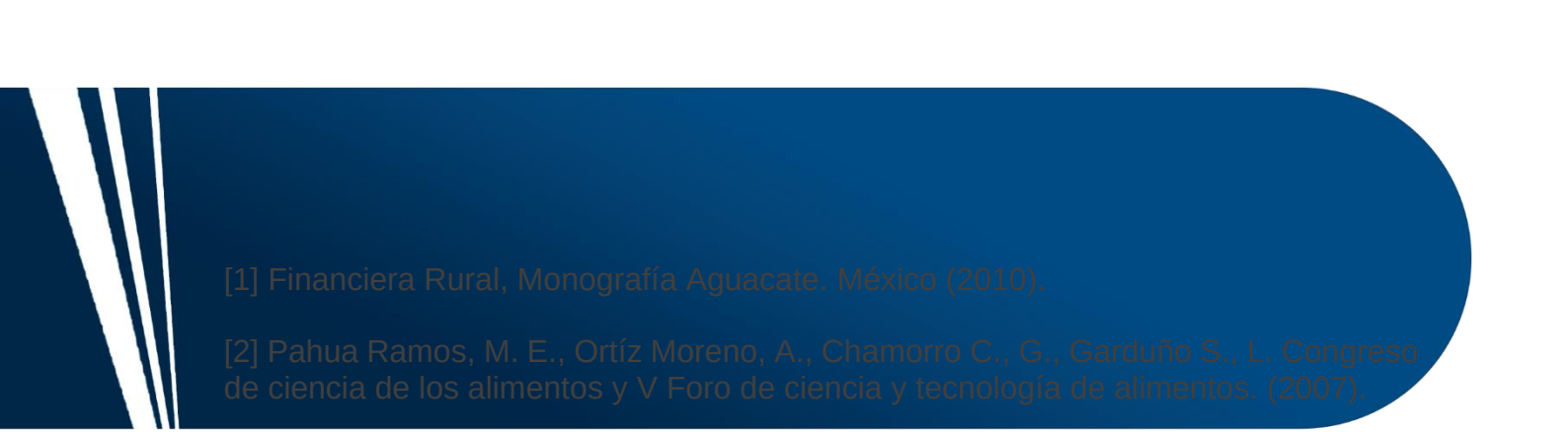
Las muestras presentaron macroestructuras, en todas las composiciones evaluadas, así como estabilidad estructural al realizarse el hinchamiento.

Se presento un cambio en propiedades ópticas al incrementarse el hinchamiento en agua. Para profundizar esta característica, se recomienda hacer estudio óptico con luz polarizada o estereoscopia.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo otorgado a Partes e Implantes Avanzados S. de R. L. de C. V., por el soporte financiero y tecnológico para el desarrollo de este trabajo.

REFERENCIAS



[1] Financiera Rural, Monografía Aguacate. México (2010).

[2] Pádua Ramos, M. E., Ortiz Moreno, A., Chamorro C., G., Garduño S., L. Congreso de ciencia de los alimentos y V Foro de ciencia y tecnología de alimentos. (2007).

[3] García-Fajardo, J. A., Ramos-Godínez, M. del R., Mora-Galindo, J. Revista Chapingo Serie Horticultura, 5, 123 (1999).

[4] Parker, R., Ring, S. G. Polysaccharides-Structural diversity and functional versatility (Cap. 24). Marcel Dekker, New York (2005).

[5] Pal, K., Banthia, A. K., Majumdar D. K. Designed monomer and polymers, 12, 197 (2009).

[6] Lu, D. R., Xiao, C. M., Xu, S. J. eXPRESS Polymer Letters, 3 (6), 366 (2009).

María Del Lourdes Arias Gómez

Doctor en Derecho Internacional Privado

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electronico: derecholni@gmail.com

Jesús Arias Gómez

Maestría en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electronico: jarias@docentes.uat.edu.mx

Lourdes Leticia Cárdenas Segovia

Maestría en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electrónico: lcardenas@docentes.uat.edu.mx

Lorena Gabriela Hernández Arteaga

Maestría en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electrónico: lorena.arteaga@uat.edu.mx

Azalea María Peña Blanco

Maestría en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electronico: azpena@docentes.uat.edu.mx

Simón Armando Rincón Aguilar

Maestría en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electrónico: arincon@docentes.uat.edu.mx

Lilian Esperanza Rodríguez Torres

Doctor en Administración

Institución: Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dirección: Matamoros SN, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Correo electrónico: derechoInibis@gmail.com

RESUMEN: El análisis del tema de la percepción respecto a la violencia de género que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico, tiene como objetivo conocer la conducta de los universitarios, por ello nos preguntamos ¿Están conscientes los estudiantes de la violencia de género que se presenta en el entorno de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico? Los resultados obtenidos en la presente investigación nos indican que los alumnos se han acostumbrado a ver violencia, por ese motivo, ofender, insultar y pegar a sus hermanos, amigos o compañeros y faltar el respeto a sus padres o profesores les resulta de lo más normal. Es una realidad inobjetable que los valores de los jóvenes se ven afectados por la violencia intrafamiliar y social al imitar en sus relaciones personales, lo que con frecuencia observan en su casa.

PALABRAS CLAVES: Violencia De Género; Violencia Física; Percepción; Discriminación; Jóvenes.

SUMMARY: The analysis of the topic of perception regarding gender violence that students at the Faculty of Commerce and Administration of Tampico have, aims to understand the behavior of university students, which is why we ask ourselves: Are students aware of gender violence? gender that is presented in the environment of the Faculty of Commerce and Administration of Tampico? The results obtained in this research indicate that students have become accustomed to seeing violence, for this reason, offending, insulting and hitting their siblings, friends or classmates and disrespecting their parents or teachers is very normal for them. . It is an unobjectionable reality that the values of young people are affected by domestic and social violence by imitating in their personal relationships, what they frequently observe at home.

KEYWORDS: Gender Violence; Physical Violence; Perception; Discrimination; Young People.

INTRODUCCIÓN

La violencia física, verbal o emocional contra las mujeres y las personas de distinta orientación sexual existe en todos los países y en todos los estratos sociales, en las relaciones de pareja, en la familia, en la escuela, trabajo y en la comunidad. El origen o causa de la violencia de género son complejos, ya que influye el ambiente familiar, cultural y social. Desgraciadamente, los estereotipos de género están presentes en la sociedad, algunas personas piensan que la violencia es innata del ser humano, por ese motivo, expresa su coraje o furia ante otras personas o animales (lucha libre, boxeo, corrida de toros, pelea de gallos), les somete a base de violencia física y disfruta con asesinando a los animales o golpeando al extremo a sus contrincantes. Socialmente se considera que el hombre es superior a la mujer, igualmente, ven a la mujer como el sexo débil, por tanto, la violencia es normal en muchos de los hogares, al igual, socialmente muchos hombres consideran a las personas de distinta identidad sexual anormales.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública ... Violencia contra la mujer - OPS/OMS.

En el año de 1995, Naciones Unidas emite la Convención contra la violencia de género, por ser un tema de interés mundial. En diversos países, a la violencia de género se le considera un tema de política pública, por el daño que causa a la mujer y a la familia.

Convención de Belém do Pará" (MESECVI), América Latina y el Caribe, "los femicidios son la manifestación más grave de discriminación y violencia contra las mujeres". El feminicidio es un delito que año con año se incrementa en distintos países, los ejecutores son de distintas edades, estrato social y grados de estudio. Desafortunadamente, un sinnúmero de autoridades sigue sin proteger y defender los derechos de las mujeres, pese a que están obligados a aplicar la ley. Una parte de la sociedad no está de acuerdo con la igualdad de derechos entre mujeres y varones, el hombre es el que tiene el control de la sociedad, por eso tratan de impedir la participación de las mujeres en algunos ámbitos sociales y cuando ello ocurre no les dan un trato digno.

Naciones Unidas en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra

la mujer” ha afirmado que “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades, y preocupada por el descuido de larga data de la protección y fomento de esos derechos y libertades en casos de violencia contra la mujer”.

Asimismo, expresa Naciones Unidas “le preocupan los grupos de mujeres y de orientación sexual distinta los cuales son vulnerables a la violencia, por ejemplo, las mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, las mujeres migrantes, las mujeres que habitan en comunidades rurales o remotas, las mujeres indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado”.

En la actualidad, la orientación sexual y la identidad de género de una persona son una condición, como la raza, el sexo, el color de la piel o la religión. Los expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas han confirmado que el derecho internacional prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

La violencia de género es un problema social a nivel mundial, razón por la cual, la mayoría de los países consideran la violencia en contra de la mujer o del colectivo LGTBIQ+ como un delito de género. Sin embargo, ni las sanciones ni las campañas en contra de la violencia de género han logrado frenarla, ya que la violencia está presente en las familias marginadas y en las escuelas públicas, así como en las familias de clase alta y escuelas privadas, en el trabajo, en los eventos públicos y en la calle.

Es necesario que, las autoridades creen estrategias que promuevan los derechos y el respeto a la mujer, porque, aunque existan leyes que sancionan la violencia de género, las autoridades responsables de protegerla no cumplen del todo con su deber, lo cual fortalece el problema social.

El problema de la violencia y de la discriminación de género se agrava día con día, debido a los patrones sociales que vemos en la televisión y en el cine, ya que presentan al hombre incapaz de poder empatizar con la mujer y con las personas de distinta preferencia sexual y de género. Los órganos internacionales de derechos humanos no han acuñado aún una definición comprensiva de la violencia motivada por el prejuicio basado en la orientación sexual, identidad de género o diversidad corporal.

La exposición a la violencia conlleva a la juventud a sociabilizar con los amigos, compañeros o con su pareja de forma violenta, ya sea de palabra o de obra, sin darse cuenta de que su comportamiento es violento, infortunadamente, cada día más jóvenes les resulta indiferente la discriminación y violencia de género.

Justamente, el panorama que estamos viviendo, nos motivó a realizar la presente investigación, para conocer la forma en que los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico perciben la violencia de género. Los resultados que arroje nuestra investigación serán utilizados por las autoridades universitarias, profesores y padres de familia en la aplicación de nuevas estrategias, con el propósito de erradicar la violencia de género en los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer y de la LGTBIQ ha existido a lo largo de la historia, en algunas culturas se responsabiliza a la mujer y a los de distinta orientación sexual de la conducta del hombre, porque el hombre es superior a todos los géneros.

Se culpa a la mujer del incremento de la violencia familiar y social, porque ha dejado de ser sumisa e incursionado en la vida económica, social y política de un país. Ello ha ocasionado a que los niños que se desenvuelven en un medio social violento, al crecer son insensibles ante la violencia misma.

Las autoridades de los países o regiones con alto índice de violencia, prestan poca o nula atención al problema y si a ello le agregamos la tradición cultural del lugar, es casi seguro que las autoridades no sancionen a los culpables de los delitos de violencia de género. En México, las investigaciones sobre el tema de violencia de género advierten a las autoridades, familias y profesores de la violencia de género que está aconteciendo en el hogar, la escuela o en la calle, ello con la finalidad de que las autoridades gubernamentales y escolares tomen las medidas necesarias para abatir la violencia de género.

Para cambiar el comportamiento violento de la población se requiere de una labor constante y conjunta del gobierno, la familia, la escuela y la sociedad, dictar políticas públicas, hacer campañas publicitarias en contra de la violencia de género, conferencias en las escuelas y universidades para los alumnos, padres de familia y docentes, con la intención de terminar con la apatía de las autoridades, la indiferencia

de la comunidad y proponer soluciones que beneficien a la sociedad en general. Hemos observado que en algunos de los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico no son atentos con las chicas ni ellas esperan un trato cordial, eso nos lleva a preguntarnos ¿Cómo perciben la violencia de género los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico? Al final de la presente investigación esperamos dar respuesta a la pregunta planteada.

JUSTIFICACIÓN

La conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995) señala otros actos de violencia contra la mujer, tales como: "... las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados. Los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización y el aborto forzados, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo".

No obstante, lo dicho en el Informe de la conferencia mundial sobre la mujer, la violencia contra la mujer no es aceptada por un sinnúmero de autoridades, aunque los hechos lo expresan, las estadísticas lo niegan, la razón de su negativa lo ignoramos, pero lo cierto que algunas instituciones la legitiman, la niegan o protegen a los culpables del delito de violencia de género, desafortunadamente, miles de mujeres y de orientación sexual distinta han fallecido a causa de la violencia de género en todo el mundo, ante la indiferencia de las autoridades y de la sociedad. En consecuencia, la violencia es parte de nuestra sociedad, muchas personas la ven como un estilo de vida, lo cual se transmiten de generación en generación, se ejecuta tanto de forma visible (violencia física) como no visible (violencia psicológica), habitualmente se ejerce contra los niños y mujeres. Por consiguiente, las autoridades se deben apoyar en los medios de comunicación masiva, crear campañas para promover los valores en la familia, con la finalidad de lograr un cambio significativo en la conducta de las nuevas generaciones.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Conocer la percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico sobre el tema de la violencia de género.

Objetivos específicos

- Explicar lo que se entiende por violencia de género.
- Analizar los diversos tipos de violencia que existen.
- Exponer la resistencia al cambio que existe en la comunidad de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico.
- Proponer una política educativa para terminar con la violencia contra la mujer.

Relevancia de la investigación

La investigación se enfocará en explicar el tema de la violencia de género en el ámbito estudiantil de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico. La relevancia del presente proyecto radica en que nos permitirá conocer la percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico sobre la violencia de género.

Es importante analizar como nuestros estudiantes perciben la violencia de género, porque gran parte de los feminicidios iniciaron por un grito, un jalón de cabello o una cachetada, poco a poco va modificándose la conducta de los varones culpando de su violencia a la novia, esposa, pareja, etc., sin darse cuenta que la violencia es parte de su vida, bien porque creció en un hogar violento o porque sus padres, hermanos mayores o familiares ejercieron violencia en su persona, asimismo, también puede ser que su círculo social, escolar es violento.

Por eso es importante, proponer una política educativa que resalte la importancia de la violencia de género, su aplicación en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en los trámites administrativos, lo cual repercutirá favorablemente en el comportamiento, actitudes y valores de los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico.

En el ámbito legal, la relevancia está en exponer el marco jurídico nacional e internacional que reglamente la equidad de género y sanciona todo tipo de violencia,

que deje de justificar al varón violento. No es más hombre por ser “macho”, ello debe comenzar en el hogar, los padres deben corregir la conducta violenta del niño, del adolescente y del joven, disciplinarlo acorde a su edad.

Para la Facultad de Comercio y Administración de Tampico es importante capacitar a los directivos, docentes y alumnos, para que se vea un cambio significativo tanto en la facultad como en los hogares de los antes mencionados, lo cual se reflejará favorablemente en la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de grupo por el mismo número de alumnos que fueron seleccionados para la muestra a través del probabilístico simple.

Es transversal porque se realizó en una sola ocasión y tiempo.

Es explicativo, porque trata de explicar a qué se debe ese cambio de actitudes y de valores en los alumnos cuando están conscientes de la importancia respetar los derechos fundamentales del ser humano, sin distingo de género.

SUJETOS DE ESTUDIO

La investigación se realizó en 97 alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico, específicamente, 52 mujeres y 47 hombres; 37 de Contador Público, 17 de Licenciado en Administración, 45 Licenciado en Negocios Internacionales, El periodo de este estudio fue comprendido de junio a septiembre del 2023.

HIPÓTESIS

Hi. La percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico respecto a la violencia de género influye en sus actitudes y valores.

Ho. La percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico respecto a la violencia de género no influye en sus actitudes y valores.

Ha. Los usos y convencionalismos sociales influyen en las actitudes y valores de los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico.

INSTRUMENTO

En la presente investigación se empleó un instrumento para la recolección de la información, a través del cual se comprobó la percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico del tema de violencia de género y de esta forma cubrieron las dimensiones sobre las que trata este trabajo.

El instrumento fue elaborado por la responsable de la investigación, contiene preguntas de opción múltiple, trata de conocer la percepción que tienen los alumnos sobre el tema de violencia de género.

DESARROLLO DEL TEMA

La violencia contra la mujer está presente en todos los países y estratos socioeconómicos, por ese motivo, Naciones Unidas y los distintos organismos internacionales han venido trabajando conjuntamente con la finalidad de tratar de erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres, desafortunadamente, la violencia es una práctica constante que se transmite de generación en generación, en todas las culturas y países.

La violencia de género es un tema que ha interesado a Naciones Unidas desde hace varias décadas, por esa razón en el año 1993, emitió la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en el artículo 1 se define lo que se debe entender por violencia de género o contra la mujer, la violencia contra la mujer incluye: “Todo acto de violencia basado en el género que resulte, o tenga probabilidad de resultar, en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de la mujer, e inclusive la amenaza de cometer esos actos, la coerción y la privación arbitraria de la libertad, sea que ocurran en la vida pública o en la vida privada”.

La Asamblea Mundial de la Salud, proclama que la violencia es un tema de salud y de derechos humanos, resolución 49.25 y la Organización Mundial de la Salud dice que “el reconocimiento de la violencia como tema de salud pública requiere normas de salud pública apropiadas”.

El artículo 2 de la Declaración de las Naciones Unidas establece los actos que comprende la violencia contra la mujer:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

El Artículo 4 de la citada convención establece que “Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”.

En el informe del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM, (2006) se identifica los sucesos que "desencadenan" violencia contra la mujer y son los siguientes:

CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde la antigüedad, el hombre ha hecho uso de la violencia psicológica y física para dominar a la mujer, llegando a causarle un daño permanente o hasta la muerte. Por ese motivo, en el siglo pasado, los organismos internacionales y los distintos países suscribieron una serie de convenciones, tratados y legislaciones con la finalidad de proteger la integridad de la mujer y garantizar el respeto de sus derechos humanos.

A continuación, expondremos diversos conceptos para comprender el tema sobre la

violencia de género. Aunque la mayoría de los autores lo consideran sinónimos, otros aclaran que tanto la mujer como el hombre pueden ser víctimas de la violencia de género.

- Naciones Unidas en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994) (Artículo 1) establece que “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”.
- Amnistía Internacional, (2002 p. 15), “la violencia de género guarda relación también con el constructo social de lo que significa ser hombre o mujer. Cuando una persona se aparta de lo que se considera conducta normal se convierte en objeto de violencia. Esto es especialmente grave cuando se combina con discriminación en razón de la orientación sexual o la identidad de género”.
- Para Susana Velázquez (2003), la violencia de género “Abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física”.
- La Organización Panamericana de la Salud, (2000) expone que “la violencia basada en el género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres. Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad”.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer es un tema de salud y derechos humanos, ya que por lo menos una de cada cinco mujeres es maltratada en algún momento de su vida.

- Para Naciones Unidas, “la violencia contra la mujer abarca, sin carácter limitativo, la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas

tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (ONU, 1994).

- En la Convención Belem do Pará, (1997) se concluyó que la violencia contra la mujer “es cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Es decir, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer y que comprende entre otros, violación, maltrato y abuso sexual. También la violencia que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar. Y también aquélla que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.
- Según Amnistía Internacional “la violencia contra las mujeres es una forma de violencia de género, generada por el hecho de ser mujeres, o que afecta a las mujeres desproporcionadamente. Incluye los actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, las amenazas de tales actos, la coacción y otras formas de privación de libertad. La violencia contra las mujeres es un subconjunto de la de género, que incluye también la dirigida contra los hombres en algunas circunstancias y aquella que va contra las unas y los otros por su orientación sexual” (Amnistía Internacional, 2004, p. 26).
- Londoño (1992) expone que “la violencia que se ejerce contra la mujer se da no sólo por la condición social subalterna de ésta con respecto al varón, sino también porque la mujer ha hecho suya la subalternidad; aprisionada por la cotidianidad no logra cobrar distancia de la misma para interrogarla y reproduce, como un tic-tac los legados del pasado”.

TIPOS DE VIOLENCIA

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia considera, en su artículo 6, algunos tipos de violencia:

I. La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio;

II. La violencia física. - Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas;

III. La violencia patrimonial. - Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

IV. La violencia económica. - Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

V. La violencia sexual. - Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y

VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres”.

MARCO JURÍDICO

El problema social de la violencia contra las mujeres ha provocado que Naciones Unidas y otros organismos internacionales trabajasen en pro de los derechos y de la integridad de la mujer. En 1946, se creó la comisión de la condición

jurídica de la mujer, con la finalidad de lograr la firma de convenciones que defiendan a la mujer.

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) estableció las bases para la creación de convenciones internacionales de derechos humanos. El artículo 3 declara que todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1966) prohíbe la discriminación por razón de género. La violencia afecta perjudicialmente la salud de la mujer, por consiguiente, infringe el derecho de disfrutar el máximo nivel posible de salud física y mental.
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) prohíbe la violencia en todas sus formas.
- La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), aprobada en 1979 por la ONU, y en vigor desde 1981, tras la ratificación de 20 países, incluido México, es el instrumento internacional más extenso que trata los derechos de la mujer. Los estados signatarios han aceptado una política de eliminar la discriminación de la mujer y adoptar medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer (artículo 2). que a la letra dice: "... la expresión 'discriminación contra la mujer' denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera".
- La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) brinda protección para todas las personas, independientemente de su sexo.
- En 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que vigila la ejecución de esta Convención, incluyó la violencia por razón de género formalmente en la discriminación por razón de género.

- Conferencia mundial para los derechos humanos, celebrada en Viena en 1993.
- Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993).
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994), mejor conocida como Convención de Belém do Pará.
- Conferencia mundial sobre la mujer, celebrada en Beijing en 1995.

EN EL ÁMBITO REGIONAL

- La Convención Europea de Derechos Humanos (adoptada en 1950 por el Consejo de Europa). Los estados deben garantizar para todos, dentro de su jurisdicción, sin discriminación, los derechos y libertades definidos en esta Convención (artículo 1, 14).
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (adoptada en 1969 por la Organización de los Estados Americanos) consagra la prohibición de la tortura y el trato o pena crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la libertad personal.
- La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (adoptada en 1981 por la Organización de la Unidad Africana) proclama que el Estado asegurará la eliminación de toda discriminación contra la mujer y asegurará la protección de los derechos de la mujer y el niño según lo estipulado en las convenciones y declaraciones internacionales (artículo 18).
- En diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, el primer instrumento internacional de derechos humanos que abordó exclusivamente la violencia contra la mujer, proporciona una definición clara e integral de la violencia contra la mujer.
- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) declara que la violencia por razón de sexo y todas las formas de acoso y explotación sexual, incluso los que son resultado de los prejuicios culturales y el tráfico internacional, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona y deben ser eliminadas.
- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, adoptó un Programa de Acción que recalca que el avance de la igualdad en materia de género, el empoderamiento de la mujer y la

eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer son piedras angulares de los programas relacionados con la población y el desarrollo (principio 4).

- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994) es el único instrumento internacional específicamente diseñado para erradicar la violencia contra la mujer. Las partes condenan todas las formas de la violencia contra la mujer y están de acuerdo en procurar, por todos los medios apropiados y sin dilación, políticas para prevenir, castigar y erradicar ese tipo de violencia.
- La Cumbre Mundial para el Desarrollo Social se celebró en Copenhague en 1995. Su Programa de Acción condena firmemente la violencia contra la mujer y repite las inquietudes expresadas en el Programa de Acción de El Cairo, centrándose en la violencia contra el niño, la violencia en el hogar y la violación.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer adoptó la Declaración de Beijing, septiembre de 1995, y la Plataforma de Acción que dedica toda una sección al tema de la violencia contra la mujer. Reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz. La Plataforma se refiere directamente a la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer.
- En junio de 1996, la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) adoptó el Programa de Estambul, que trata la violencia por razón de género dentro del contexto del albergue y el medio urbano.
- En agosto de 1996, el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, en Estocolmo, adoptó una Declaración y Programa de Acción, exhortando a los Estados a asignar alta prioridad a la acción contra la explotación sexual comercial de los niños y asignar los recursos para este fin.
- El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo incluyeron el tema del acceso a la justicia entre sus preocupaciones. Más recientemente, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) ha instado a los gobiernos a adoptar medidas urgentes para erradicar las injusticias que mantienen a las mujeres en la pobreza y con menos poder que los hombres en todos los países del mundo (ONU-Mujeres, 2011).

EN EL ÁMBITO NACIONAL

- La Constitución Federal Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 2 de agosto de 2006.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 1° de febrero de 2007.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Reformada y publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de noviembre de 2007.

VIOLENCIA POR ORIENTACIÓN O IDENTIDAD SEXUAL

Algunas de las personas heterosexuales por motivos culturales, sociales o por cualquier otro motivo, discriminan, excluyen o violentan a sus hermanos, compañeros, vecinos o extraño simplemente porque tienen una orientación o identidad sexual distinta a su género.

Que debemos entender por orientación sexual, según la Corte Internacional de Derechos Humanos (CIDH): “La capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género.” Por Identidad de Género: “La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.”

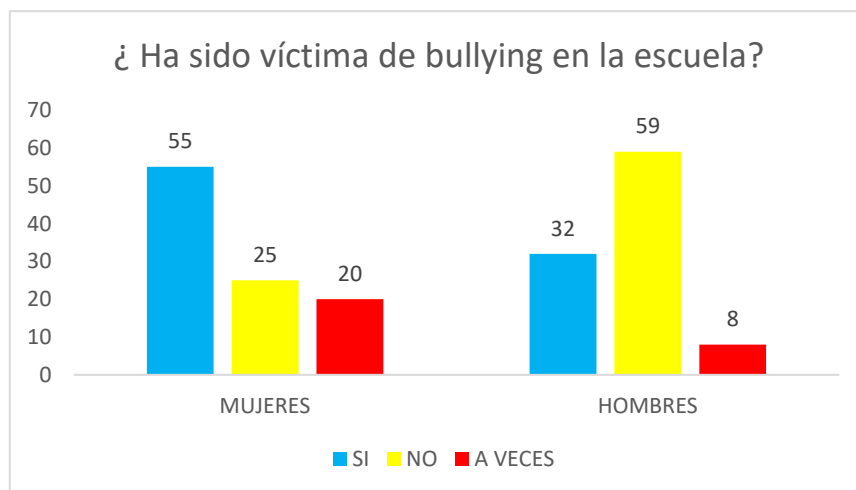
Las distintas formas de denominar a una persona por su orientación o identidad sexual, para las personas mayores de cincuenta años, las distintas denominaciones que se les identifican por las siglas de la comunidad LGBTIQ+, le son desconocidas y no entiende las diferencias que se señalan. De inicio, para cierto número de la población sólo existen dos géneros, masculino y femenino, por tanto, tal vez se le considera como una persona que discrimina o violenta los derechos de la comunidad antes mencionada.

Por ende, es necesario impartir conferencias, cursos o seminarios sobre sexualidad a los alumnos y padres de todos los centros educativos sin importar su preferencia sexual, ello, porque es necesario que comprendan que la diversidad sexual no afecta por ningún motivo los derechos humanos de los miembros de la comunidad LGBTIQ, porque todo ser humano goza de las mismas garantías individuales y no debe ser discriminado por raza, credo, color, sexo, nacionalidad, etc., razón por la cual, los estudiantes de todos las escuelas, institutos, universidades y demás instituciones educativas, tienen derecho a que se les respete en todos los sentidos y a que se les garantice su integridad personal.

Es importante, que los directivos, administrativos, docentes y padres de familia de las distintas escuelas, unan sus fuerzas para lograr la aceptación familiar y social de los personas de orientación sexual distinta, asimismo, se debe trabajar para terminar con la violencia de género, para bajar los índices de criminalidad que año con año aumenta a nivel mundial, todo por la falta de empatía.

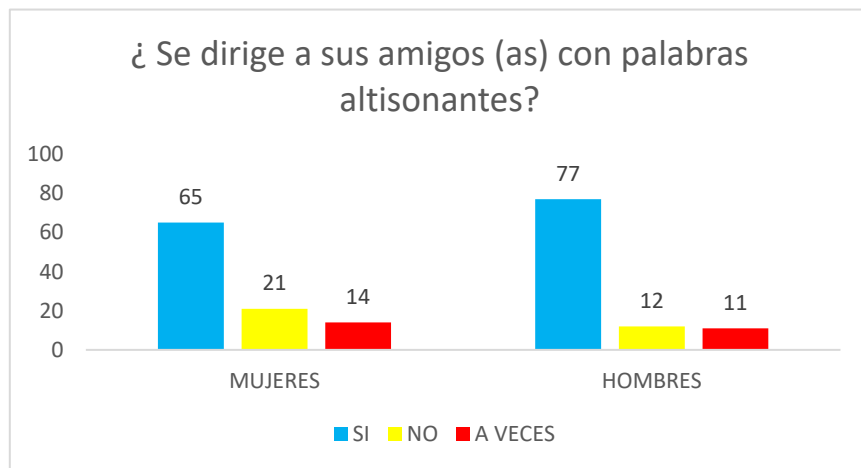
A continuación, presentamos los resultados de las encuestas aplicadas a los alumnos de la FCAT de la carrera LNI.

Figura 1. Elaboración propia



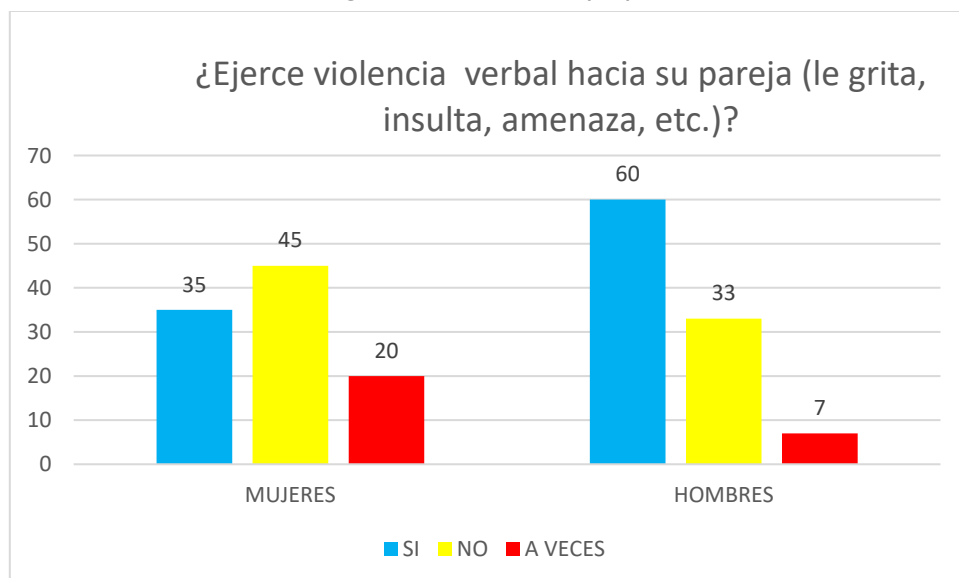
De los resultados obtenidos del cuestionario contestado por los alumnos (as) nos damos cuenta de que el bullying está presente en los alumnos universitarios, ya que 75% de las alumnas han sido víctimas de bullying y el 40% de los varones es afectado por el bullying, lo que consideramos un alto porcentaje, por el grado de estudios que están cursando.

Figura 2. Elaboración propia



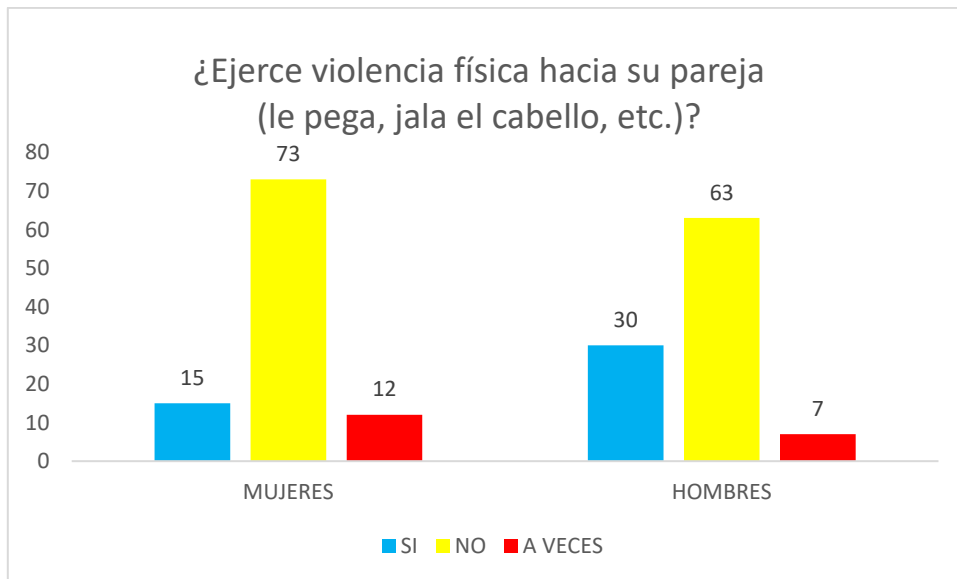
La forma de hablar de las mujeres y varones es semejante, platican entre sí con palabras altisonantes, pero cuando no están de buenas, sus expresiones son causantes de rupturas entre ellos (amigas (os), novias (os) compañeros).

Figura 3. Elaboración propia



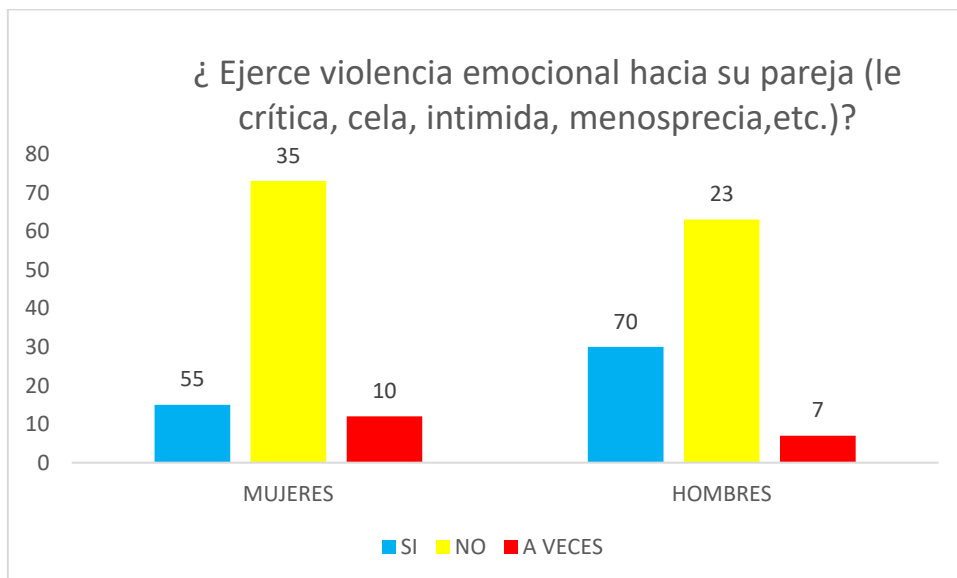
El 45% de las mujeres ejerce violencia verbal hacia su pareja, en cambio el 60% de los hombres tratan con palabras acostumbra gritar e insultar a su novia.

Figura 4. Elaboración propia



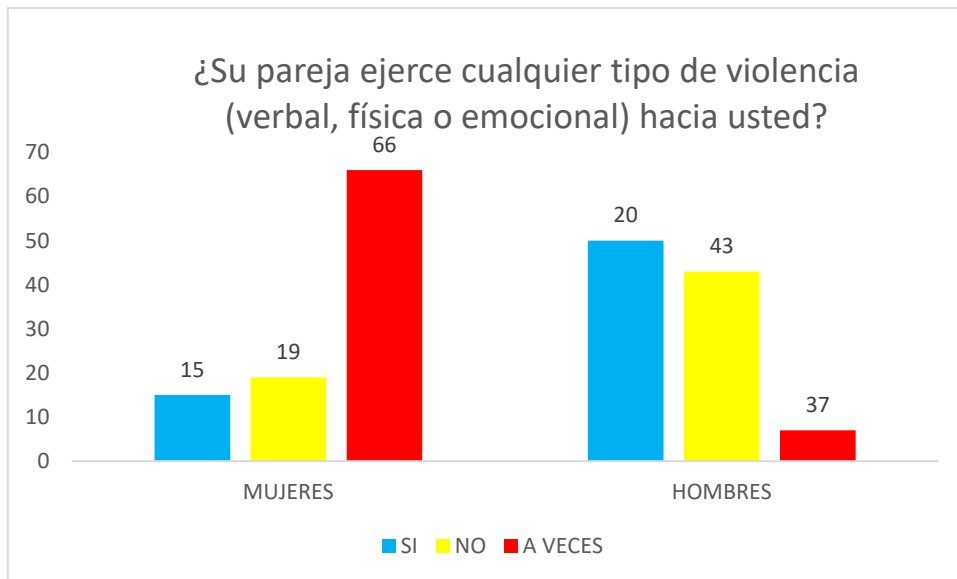
La presente gráfica nos indica que las mujeres son menos violentas que los varones, aunque ellos son menos violentos físicamente 30% que verbalmente 60%.

Figura 5. Elaboración propia



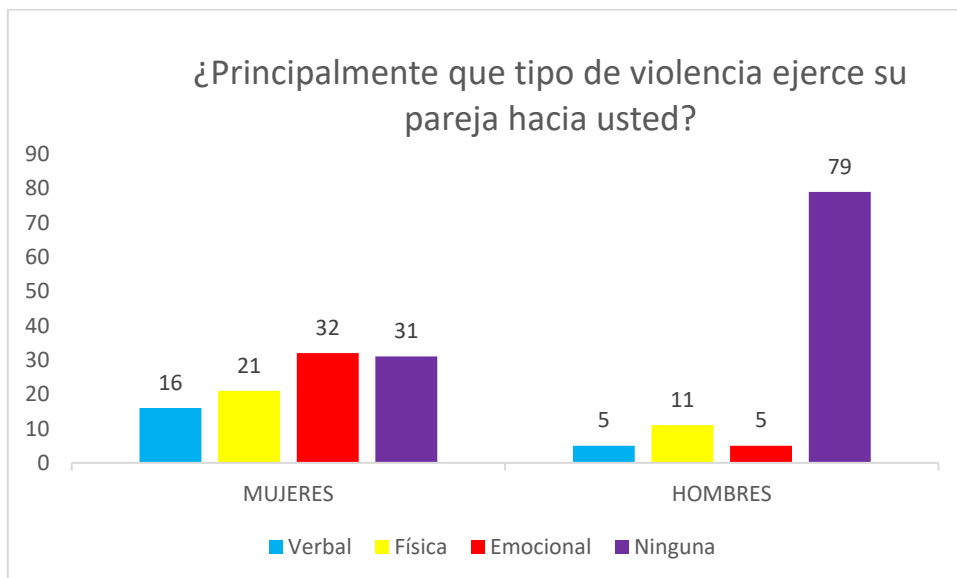
Las chicas en su mayoría celan a sus novios 55%, asimismo, los chicos 70% las celan y las critican.

Figura 6. Elaboración propia



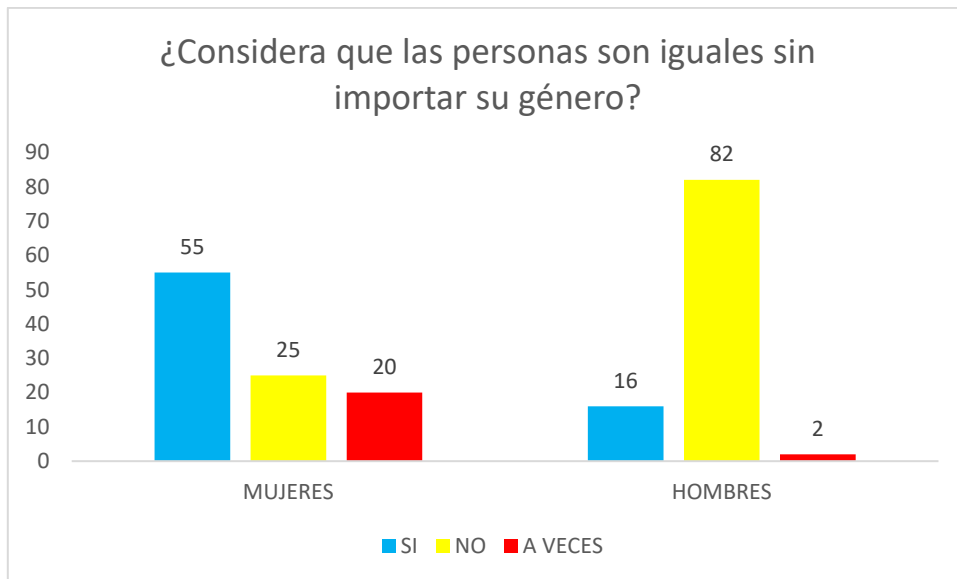
Aunque las chicas y los chicos aceptan que ejercen violencia emocional y verbal hacia sus parejas, no obstante, en sí ellos no son violentados.

Figura 7. Elaboración propia



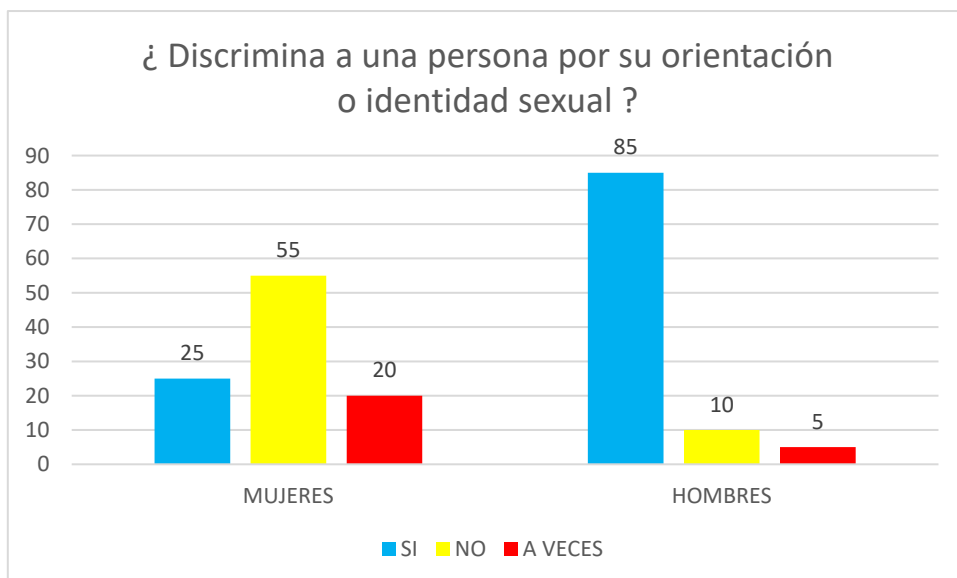
Los varones no son violentados 79%, y en caso de serlo el 11% padece violencia física. En cambio, las mujeres son violentadas emocionalmente luego físicamente y por último verbalmente.

Figura 8. Elaboración propia



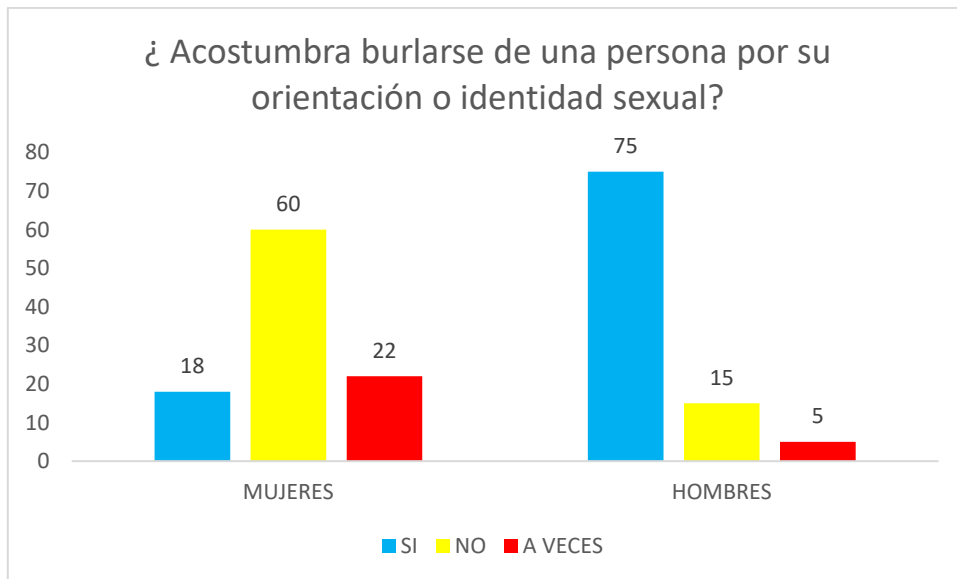
Aunque parece controversial, las alumnas consideran que no importa el género, sin embargo, cuando un varón cambia de sexo queda en ventaja en relación con las damas, sobre todo, en el deporte porque los hombres tienen más fuerza que las mujeres. No obstante, los alumnos tienen fobia a las personas que la LGBTIQ, puede ser por machismo o por cuestión cultural.

Figura 9. Elaboración propia



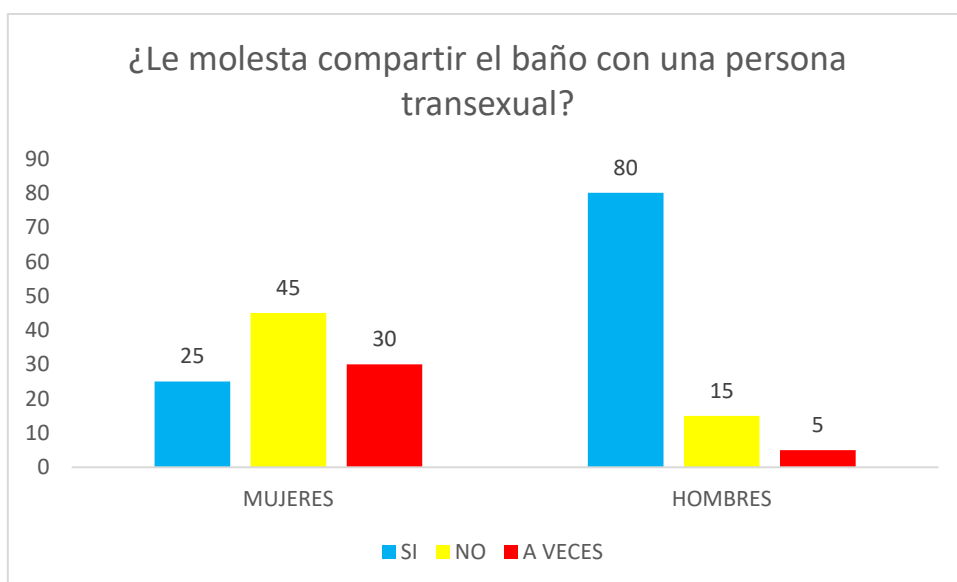
Los varones tienen la costumbre de burlarse de las personas de diferente orientación e identidad sexual, lo cual, ocasiona que las personas ofendidas terminen por dejar la escuela.

Figura 10. Elaboración propia



El 75% de los alumnos varones se burla de las personas de orientación o diferencia sexual, les dan un trato ofensivo, humillante, degradante, etc. porque no consideran que son personas. En cambio, una minoría de mujeres son las que ofenden y degradan a sus compañeros por cuestiones sexuales.

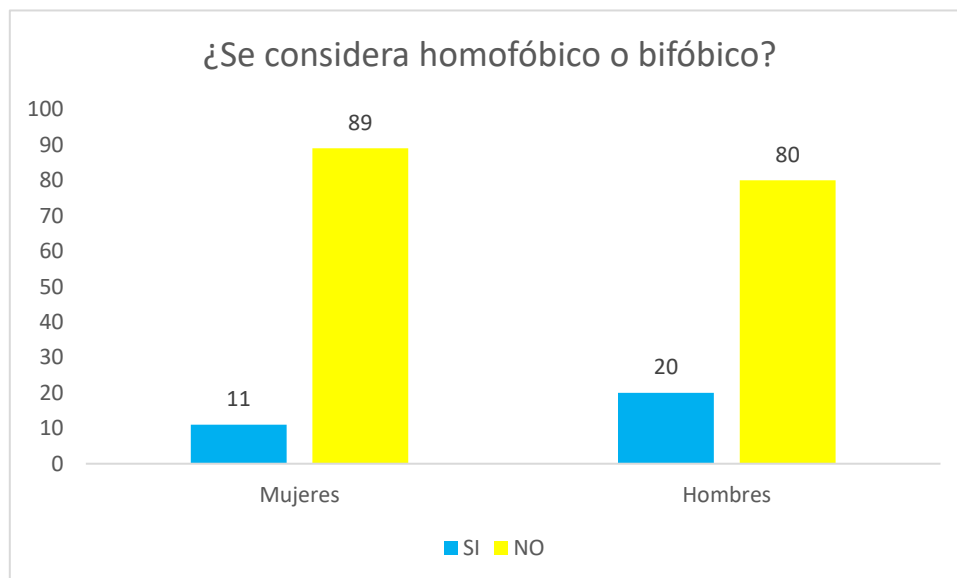
Figura 11. Elaboración propia



5.- El tabú sigue siendo la causa de porque mayoritariamente los varones no toleran compartir el baño con una persona trans. Sin embargo, sumando el porcentaje de sí y a veces, el 55% de las chicas no están de acuerdo compartir el baño con personas trans. La transfobia existe y queda de manifiesto que es educar a los jóvenes para que aprendan a respetar a todas las personas por igual sin importar

preferencia u orientación sexual.

Figura 12. Elaboración propia



Los estudiantes encuestados aceptan a las personas sin importarles su orientación sexual, tal vez, porque están compartiendo con ellos desde niños. Además, algunos pueden tener familiares y amigos casados con personas del mismo sexo.

RESULTADOS

La información obtenida a través del instrumento aplicado a los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico, nos indica que los estudiantes muestran una actitud negativa, enojo, ansiedad, miedo, se les dificultad mantener y controlar emociones.

Si bien es cierto que los alumnos han vivido la violencia desde pequeños, sea en su familia, pero sobre todo en la sociedad, ya que tenemos décadas viviendo violencia en todo el país y Tamaulipas no es la excepción. Además, gran número de video juegos son violentos.

Para los varones, la violencia contra la mujer tiene su origen en el machismo, ya que han sido enseñados a que los hombres se creen superiores a las mujeres. Los alumnos opinan que la violencia contra la mujer genera baja autoestima, enfermedades, coraje, temor, desintegración familiar, lo cual impacta en los ámbitos económicos, sociales, laborales, salud pública, entre otros.

Pese a que identifican el origen y las consecuencias de la violencia, ellos no consideran que su conducta sea violenta cuando falta el respeto a sus compañeros, hablan con palabras altisonantes, gritan a sus padres o golpean a sus hermanos o amigos.

Por los resultados obtenidos se puede apreciar que los alumnos que están expuestos a la violencia, les afecta su comportamiento, se manifiesta en sus actitudes y la incongruencia de valores que muestran ante las diversas situaciones.

CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos podemos concluir que:

“La percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Comercio y Administración de Tampico sobre el tema de la violencia de género sí influye en las actitudes y valores”.

Según el análisis de datos efectuado mediante interpretación gráfica. Se acepta la **Hipótesis de Investigación** y se rechaza la nula, por lo que se alcanzó el objetivo de este estudio.

Algunas observaciones que se pueden hacer de la investigación son:

- Un porcentaje significativo de alumnos muestran poco aprecio por el respeto a la familia, amigos o pareja, ya que para ellos es natural el hablar con palabras altisonantes a su familia, amigos y compañeros, al mismo tiempo, el dar o recibir un golpe o un aventón a sus hermanos, amigos.
- los alumnos encuestados habitualmente ven programas de televisión y películas con alto contenido de violencia, lo cual influye en sus actitudes, como lo han manifestado, se enojan fácilmente y se les dificulta controlar sus emociones, el temperamento expresivo puede llevarlos a cometer actos de violencia, así como el temperamento sensible puede provocar que imiten las conductas violentas.
- El contenido de violencia afecta los valores porque deja de ser importante el respetar la integridad del ser humano, se acostumbran a ver a la violencia como algo natural.

- Es una realidad inobjetable, los valores de los jóvenes se ven afectados por la violencia intrafamiliar al imitar en sus relaciones personales de pareja o de amistad, lo que con frecuencia observan en su casa.
- Lo que aparentemente se aprecia como una incongruencia de valores, los estudiantes no se fijan en su comportamiento sino en el trato que los demás le dan a ellos. Si bien los valores son algo muy personales, no debemos de permitir que la violencia los altere.
- Se determinan como efectos de la violencia contra las mujeres los traumas psicológicos, discriminación, frustración, vergüenza, miedo, timidez, baja autoestima, ira en contra de los hijos. divorcios, pobreza.
- El marco jurídico internacional, regional y nacional ha evolucionado a favor de las víctimas de la violencia de género, para tratar de erradicar la violencia de la intrafamiliar y social.
- Las autoridades educativas deben dictar políticas con la finalidad de lograr un cambio significativo en la conducta de la niñez y juventud, para terminar con la violencia en las instituciones educativas.

Con lo anterior se concluye que la exposición de los alumnos a la violencia afecta sus actitudes y valores, generando un comportamiento negativo hacia las personas que los rodean, manifiestan apatía, desinterés hacia el estudio ya que no le interesa aprender, sólo quiere pasar la materia, tampoco piensan en su futuro.

PROPUESTAS

Para tratar de cambiar el comportamiento de la niñez y juventud es necesario capacitar a los padres para que modifiquen la forma de comunicarse con sus hijos y eviten hacer uso de la violencia física, psicológica, económica y demás. Es importante rescatar los valores, por tanto, las familias, las instituciones educativas y las autoridades deben trabajar conjuntamente para resaltar la importancia de los valores y proyectarlos en todas las actividades, es decir, predicar con el ejemplo. Educar desde la niñez y a la juventud sobre el tema de la violencia de género, para que la identifiquen y denuncien cuando sean víctimas de ella, porque al erradicar la violencia de la familia y de la escuela el futuro de las nuevas generaciones estará libre de violencia.

REFERENCIAS

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994).

Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), aprobada en 1979 por la ONU, y en vigor desde 1981.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), 4 a 15 de septiembre de 1995, <http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/confmujer.htm>

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 20 de diciembre de 1993, http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. Última reforma publicada DOF 15-01-2013.

Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/gender/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf

Pan American Health Organization
<https://www.paho.org>

Velázquez, Susana, (2003), Violencias cotidianas, violencia de género, Paidós, Buenos Aires.

CAPÍTULO 04

ALTERAÇÕES OLFATÓRIAS E GUSTATIVAS PÓS-COVID 19: REVISÃO INTEGRATIVA OLFACTORY AND TASTE ALTERATIONS POST-COVID 19: INTEGRATIVE REVIEW

Jade Barbiéri de Oliveira

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: jadebarbiéri@ice.ufff.br

Bianca Lima Netto

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: biancanetto@hotmail.com

Gabrielle Santos Magacho

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: gabriellemagacho@hotmail.com

Isadora Alves de Oliveira

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: isadoralves.oliveira@gmail.com

Julia Lamha Amaral de Jesus

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: juamaralh@hotmail.com

Maria Clara Amaral Santos Ferreira

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: mariaclaraasferreira@gmail.com

Danielle Cristina Zimmermann Franco

Instituição: Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF)
Endereço: Av. Juiz de Fora, 1100 - Granjas Bethânia, Juiz de Fora
E-mail: dannyzimmermann@yahoo.com.br

RESUMO: Esta revisão integrativa comparou estudos de relevância e esclarece que as recorrências, as predominâncias e o público mais afetado pela anosmia e pela disgeusia pós COVID-19 ainda não são claros. Entretanto já se sabe o motivo que essas alterações ocorrem e a grande valia como triagem e detecção da virose, sendo importante o acompanhamento da evolução e da, possível, regressão dessas.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; Anosmia; Disgeusia.

ABSTRACT: This integrative review compares relevant studies and clarifies that the routes, predominance and the public most affected by anosmia and dysgeusia due to covid-19 are still unclear. However, the reason for the occurrence of these alterations and the great value as screening and detection of the virus are already known, being important the follow-up of the evolution and possible regression of these alterations.

KEYWORDS: Covid-19; Anosmia; Dysgeusia.

1 INTRODUÇÃO

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19, causada pela rápida e alarmante disseminação geográfica do novo coronavírus (SARS-CoV-2), vírus com alto potencial de contaminação transmitido por gotículas respiratórias. Esse agente viral gera distúrbios olfatórios e sistêmicos de grande relevância epidemiológica, como a anosmia e a disgeusia (GONÇALVES L. F., *et al.*, 2020).

Diante disso, é importante salientar que, por se tratar de uma doença recente e atual, estudos e pesquisas estão em análises para um melhor entendimento sobre a fisiopatologia da COVID-19 e seus possíveis sinais e sintomas. Dessa forma, apesar do breve conhecimento sobre o coronavírus foi observado em várias pessoas infectadas a presença de disfunções olfativas e gustativas, sendo esses sintomas, nomeados como anosmia e disgeusia, caracterizados como a perda do olfato e alterações no paladar, respectivamente (JOFFILY, L., *et al.* 2020).

Vale ressaltar que esses distúrbios são queixas comuns em infecções respiratórias, sendo, também, preditor positivo da COVID-19 e, por serem desenvolvidos precocemente, possuem um papel importante na prevenção da propagação do vírus. Estudos indicam que esses efeitos normalmente ocorrem no início da doença e que são associados a infecções de intensidades leves a moderadas. Embora a anosmia e disgeusia sejam sintomas constantemente relacionados a esse agente, normalmente são transitórios e em algumas semanas são amenizados espontaneamente (MUTIAWATIE.,*etal.*,2021;KESHAVARZ,P.;*et al.*, 2021).

Apesar de a função olfatória alterada ser um sintoma frequente da COVID-19 sua causa ainda é desconhecida. Há duas hipóteses levantadas, uma vez que, o SARS-CoV-2 poderia acometer o olfato de forma direta, infectando os neurônios sensoriais olfatórios ou atrofiando o bulbo olfatório, ou indiretamente, por meio da desordem das células de suporte (BRANN D., *et al.*,2020).

Ademais, as células que manifestam receptores da enzima conversora da angiotensina2 (ECA2) são alvo do SARS-CoV-2. Esses receptores estão maioritariamente em células pulmonares, do coração e dos vasos sanguíneos, porém o encéfalo também mostra-se como um local de grande expressão, sendo assim, possível fundamentar a predileção do SARS-CoV-2 pelo sistema nervoso central

(SNC), uma vez que foi constatado, por sequenciamento genético, a presença do vírus no fluido cefalorraquidiano de pessoas infectadas. Estudos também evidenciam a possibilidade do vírus infectar o neuroepitélio olfatório. (JOFFILY, L., *et al.* 2020; DUQUE-PARRA, J. E.; *et al.* 2020).

Por ser um assunto novo, ainda há incertezas como a prevalência, a recorrência e o público mais afetado coma anosmia e a disgeusia o que mostra a importância de novas pesquisas sobre agravidade dos efeitos da COVID-19 nas vias aéreas superiores. Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo caracterizar os fatores de risco para o desenvolvimento das alterações como anosmia e disgeusia.

2. METODOLOGIA

Para a realização desta revisão integrativa foi realizada uma pesquisa bibliográfica em novembro de 2021 nas bases de dados Scielo e PubMed com os descritores “COVID-19”, “anosmia” e “disgeusia” e suas variações no DeCS. No Scielo foram encontrados 28 artigos, enquanto que no PubMed foram 1239 resultados sem filtros, colocando os filtros de “1ano” e “Texto completo gratuito” esses passaram para 689 e filtrando, ainda mais, para “Revisão Sistemática” foram encontrados 29. Como houveram artigos em comum entre as bases de dados, no total foram encontrados 54 disponíveis, foram incluídos os 10 artigos cujos os títulos e resumos se aplicavam aos objetivos propostos para compor o escopo deste estudo. Além disso, foi adicionado por busca manual um artigo sobre o tema considerado relevante para o conteúdo de tal revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi descoberto que o SARS-CoV-2 tem atividades neuroinvasivas e neurotrópicas, o que gera o comprometimento neuronal. Já o envolvimento das células não neuronais seria a causa da anosmia no COVID-19, visto que o vírus infecta as células por meio de interações entre sua proteína spike (S) e a proteína ECA2 nas células alvo, causando danos às células do suporte do sistema olfatório, como as células sustentaculares do epitélio olfatório, células microvilares, células da glândula de Bowman, células basais horizontais e pericitos do bulbo olfatório. Outro mecanismo possível é o bloqueio inflamatório da fenda olfatória na COVID-19

(BRANN D. H., *et al.*, 2020; HARIYANTO, T. I.; *et al.*, 2021). Além disso, sabe-se que pode ocorrer a regeneração do sistema nervoso olfativo e, com isso, recuperar a olfação, porém, segundo esses mesmos estudos, 23,2% dos pacientes relataram a não recuperação, 41,6% relataram recuperação parcial em um mês após a perda e, apenas, 35% dos participantes dessa pesquisa relataram recuperação total (BRANN D. H., *et al.*, 2020; HARIYANTO, T. I.; *et al.*, 2021).

Estudos demonstraram a ocorrência de anosmia e disgeusia súbitas, sendo a observação desses sintomas um bom recurso de triagem. Em um estudo observacional transversal, no qual foram incluídos 725 pacientes com perda do olfato, 88,8% dos 179 testados obtiveram resposta positiva para a COVID-19, porém sem diferença estatística entre as idades (JOFFILY L, *et al.*, 2020).

Em contrapartida, outra pesquisa com coletas de dados primários mostrou que alterações olfatórias são prevalentes no sexo feminino, em pacientes com menos de 50 anos e que, na maioria dos casos, essa manifestação foi repentina (70%) e nos 5 primeiros dias da doença (86%). Ademais, paladar prejudicado foi o sintoma associado mais prevalente (89%) e menos de 3% dos casos precisaram de internação, o que demonstra a não relação com casos graves da infecção (VALLETTA R. C., *et al.*, 2021).

Outros estudos enfatizaram que o número de pacientes internados é inversamente proporcional aos casos de perda de olfato, assim como chances baixas de associação entre a perda de olfato e casos graves, comparado com a doença graves em alteração no olfato. Semelhante a isso, foi descoberto que a propensão de ter anosmia em casos graves ou em pacientes hospitalizados é menor quando comparado aos casos leves e moderados (PURJA S., *et al.*, 2021).

Diante dos achados disponíveis até o momento, é possível inferir que os sintomas anosmia e disgeusia tendem a ocorrer com manifestação súbita nos 5 primeiros dias da infecção, sendo possíveis fatores de risco forma mais brandas da COVID-19, idade inferior a 50 anos e sexo feminino.

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que, apesar dessa revisão integrativa elucidar e comparar algumas hipóteses de estudos relevantes, ainda existem muitas lacunas para serem preenchidas no sentido de caracterizar definitivamente um perfil de risco

para os sintomas do trato respiratório superior. Porém, há indícios de que anosmia e disgeusia ocorram como manifestação súbita nos 5 primeiros dias da infecção, sendo possíveis fatores de risco forma mais brandas da COVID-19, idade inferior a 50 anos e sexo feminino.

Dessa maneira, o que se sabe é que há uma forte relação entre as disfunções olfativas e gustativas e a COVID-19, consequentemente, são sintomas muito relevantes durante a pandemia devido ao seu alto valor preditivo positivo. Tais evidências são de extremo valor, uma vez que podem se destacar como sintoma sentinela, desse modo, podem servir como primeiro método de triagem para o diagnóstico do vírus. A detecção desses sintomas são importantes para a prevenção seguida um isolamento precoce e efetivo entre pacientes oligossintomáticos objetivando, assim, o acompanhamento da evolução da doença e a determinação de medidas para impedir a sua transmissão.

REFERÊNCIAS

BRANN, D. H.; *et al.* Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia. *Science Advances*, v. 6, n. 31, 2020.

DUQUE-PARRA, J. E.; *et al.* El COVID-19 también Afecta el Sistema Nervioso por una de sus Compuertas: El Órgano Vascular de la Lámina Terminal y el Nervio Olfatorio. *Alerta Neurológica, Prueba de Disosmia o Anosmia Puede Ayudar a Un Diagnóstico Rápido. Int.J. Odontostomat. Colombia*,v.14,n. 3, p. 285-287, 2020.

ELSHERIEF, H.; *et al.* The Pattern of Anosmia in Non-hospitalized Patients in the COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study. *Special Article Covid-19, Int Arch Otorhinolaryngol*,v.25,n.3,p.334-338,2021.

GONÇALVES, L.F.; *et al.* Smell and taste alterations in COVID-19 patients: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 66, n. 11, p. 1602-1608, 2020.

HARIYANTO, T.I.; *et al.* Anosmia/Hyposmia is a Good Predictor of Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19) Infection: A Meta-Analysis. *Special Article Covid-19.Int Arch Otorhinolaryngol*, v. 25 n. 1, p. 170- 174, 2021.

JOFFILY, L.; *et al.* A estreitarelaboração entre perda súbita de olfato e COVID-19. *Artigos originais, Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 86, n. 5, p. 632-638, 2020.

KESHAVARZ, P.; *et al.* A Systematic Review of Imaging Studies in Olfactory Dysfunction Secondary to COVID-19. *Academic Radiology*, v. 28, n. 11, p. 1530-1540, 2021.

MUTIAWATI, E.; *et al.* Anosmia and dysgeusia in SARS-CoV-2 infection: incidence and effects on COVID-19 severity and mortality, and the possible pathobiology mechanisms: a systematic review and meta-analysis. *F1000 Researc*, v. 10, n. 40, 2021.

PURJA, S.; *et al.* Is loss of smell an early predictor of COVID-19 severity: a systematic review and meta- analysis. *Arch Pharm Res*, v. 44, n. 7, p. 725-740, 2021.

VALLETTA, R.C.; *et al.* Olfactory dysfunction in the scenario of COVID-19 pandemic in patients screened by the telemonitoring. *Jornal Einstein*, v. 19, 2021.

CAPÍTULO 05

SÍNDROME DO JALECO BRANCO EM CRIANÇAS NA EMERGÊNCIA: ESTUDO DESCRITIVO

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

Daniela Chaves Costa

Graduanda em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso e Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói, (Rio de Janeiro), Brasil
E-mail: danichcosta@gmail.com

Vivian Moreira Mencari

Enfermeira. Universidade Federal Fluminense. Niterói (Rio de Janeiro), Brasil
E-mail: vivianmencari@hotmail.com

RESUMO: O momento na hospitalização da criança gera uma mudança brusca na vida de uma família, pois envolvem circunstâncias, como a interrupção do cotidiano, onde ela se vê longe de seus irmãos, do pai e amigos; de seu lar e de seus hábitos. É um evento social que mobiliza todos, tem seu caráter segregante, pois afasta a criança e sua família da vida em sociedade, mas por outro lado, tem-se o desafio de conhecer novos ambientes, outras pessoas e por que não dizer, a possibilidade de fazer amizades e de retornar ao lar com a saúde restaurada. A criança hospitalizada passa por todo este processo e precisa do suporte familiar e educativo, a fim de que entenda aos poucos o processo no qual está inserida. **Objetivos:** descrever o fenômeno de extremo medo apresentado pela criança quando está na presença do jaleco branco. Visa também, apontar contribuições na minimização de manifestações de medo extremo e da síndrome do jaleco branco em crianças. **Método:** Estudo

descritivo, com abordagem qualitativa e adotando conceitos da visão fenomenológica desenvolvido no setor de emergência pediátrica de um hospital universitário. Utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada, evocações livres e observação participante com treze familiares, a fim de produzir dados acerca da cultura do medo reproduzida pela família nas crianças hospitalizadas. **Resultados:** Os dados foram submetidos à análise de Bardin, onde se estabeleceram cinco categorias: Profissionais de saúde; objetos estranhos; evento indesejável; infecções e bactérias hospitalares e medo da morte da criança. Detectou-se o fenômeno de intenso medo pela criança comparado à “síndrome do jaleco branco em adultos” no qual foi interpretado sob o ponto de vista fenomenológico. **Conclusão:** Concluiu-se que a articulação de estratégias terapêuticas, é ferramenta indispensável tanto na prevenção da síndrome do jaleco branco em crianças, quanto no fortalecimento do estado de resiliência e no enfrentamento do medo pela criança e família.

DESCRITORES: Enfermagem Pediátrica; Enfermagem em Emergência; Saúde da Criança; Família; Medo.

1. INTRODUÇÃO

O choro da criança é uma linguagem primitiva que vai além do gestual, pois envolve emoção e necessidades, com a conquista da articulação da linguagem falada, o choro tornou-se uma manifestação que para a família, é assustadora e por vezes, complicada, pois demanda observação e interpretação por parte dos adultos. Dessa forma, o choro da criança em ambiente hospitalar pode ser, em virtude não apenas de suas necessidades humanas básicas, mas também, oriundas dos fatores hospitalares que a estressam, que podem e devem ser atenuados pelos profissionais de saúde, principalmente pelos profissionais de enfermagem, porque são os que mais tempo interagem com a criança e sua família.

O ato de proferir um som inarticulado típico, para comunicar ou expressar um sentimento, ou um desejo de atenção ⁽¹⁾. O choro é o principal recurso de comunicação de bebês menores de três meses. Por meio do choro, os bebês expressam dor, fome, raiva e tédio, mas às vezes choram sem nenhuma razão em particular.

Mesmo bebês saudáveis que são muito bem cuidados choram muito. Nos três primeiros meses de vida, cerca de 25% dos bebês choram mais de três horas e meia por dia. Por volta dos três meses de idade, os bebês começam a chorar menos². Começam a balbuciar e movem-se com mais facilidade, e são capazes de expressar-se de outras maneiras além do choro. Choro persistente e aparentemente sem motivo pode fazer com que os pais sintam-se preocupados, irritados ou incompetentes. Todos os bebês passam por fases em que o choro é excessivo, inesperado e inconsolável, mas aqueles que vivenciam muito essa experiência (cerca de 10% a 20%) são chamados às vezes de bebês com cólicas ⁽²⁾.

Portanto, o choro é uma linguagem primitiva que vai além do gestual, pois envolve emoção e necessidades e com a conquista da articulação da linguagem falada, o choro tornou-se uma manifestação que para o adulto é assustadora e por vezes complicada, porque demanda observação e interpretação.

Esta expressão na criança está intimamente ligada à insegurança, dor e desconforto, é uma linguagem universal que os mamíferos têm como forma de expressão e escape na presença do sofrimento. Ele expressa a inquietação da criança com alguém ou algo, presente ou ausente, o que é saudável, concomitante à inquietação gerada no adulto que se vê preocupado em saciar o apelo da criança.

Portanto, é desafiador saber o que está acontecendo com a criança quando está chorando. Ele mobiliza os adultos a observar mais e a ser sensível em sua percepção em identificar o que está acontecendo com a criança.

Socialmente, o choro é interpretado “negativamente” por muitas culturas, no qual representa implicitamente fraqueza humana, pois se espera uma conduta “forte” sem emoções, quando não, somente emoções “positivas”. Mas para o familiar da criança, o choro representa dor, sofrimento e algo que ela quer, ou está sentindo algo, que eles ainda não descobriram o que possa ser, o que demanda dele, mais observação baseado na vivência e conhecimento sobre as atitudes da criança.

Quando as crianças são hospitalizadas, estas reagem, principalmente, à separação materna, por ser este o primeiro vínculo afetivo. Também descrevem que esta reação também é em relação à separação da família, do lar, à lesão corporal e à dor, pelo fato de estarem doentes e de continuar recentemente adquiridos ⁽³⁾.

Dessa forma, o choro da criança em ambiente hospitalar é a primeira reação expressa e visível no processo de hospitalização, não sendo somente em virtude de suas necessidades humanas básicas, mas de origem intrínseca da criança e também, oriundas dos fatores hospitalares que a estressam podendo ser atenuados pelos profissionais de saúde, principalmente pelos profissionais de enfermagem, pois são os que mais tempo interagem com a criança e sua família.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa a respeito do fenômeno da síndrome do jaleco branco em crianças internadas durante a prática do cuidado de enfermagem desde 1994 até os dias atuais. O cenário foi o setor de Emergência Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), no município de Niterói, RJ.

A luz de conceitos da fenomenologia e da observação participante durante o cuidado com as crianças hospitalizadas na emergência pediátrica, o presente relato de experiência, vem sugerir estratégias lúdicas e mais humanas, atenuando o medo em excesso, no qual é o gatilho do surgimento da síndrome do jaleco branco em crianças e promover o enfrentamento da dor, do medo e do sofrimento, inclusive favorecer o fortalecimento emocional.

A fenomenologia é a “ciência dos fenômenos”, entendendo por fenômeno o que

se mostra no seu ser de si mesmo à consciência, o que é, pois, imediatamente dado em si mesmo à consciência ⁽⁴⁻⁵⁾.

A pretensão da fenomenologia consiste em não separar o sujeito do fenômeno, mas reúne-os de maneira indissolúvel, na estrutura da experiência intencional, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e significação. Dessa forma, esses fenômenos são objetos gerados a partir de experiências e vivências das pessoas, mais especificamente suas essências (existência e significação). O sujeito será a fonte geradora do fenômeno e este sempre terá algo a dizer sobre o sujeito. Por isso, deve-se “perguntar” ao fenômeno: “o que ele quer dizer?” Para que seja possível obter respostas para a questão supramencionada, é preciso conhecer as variáveis que compõem o estudo de um fenômeno: sua essência, sua intuição e sua intencionalidade. Isso porque o fenômeno está no discurso existencial de cada pessoa e não pode ser descrito com uma única palavra, pois sua definição engloba um discurso. E, por mais que o discurso humano seja inesgotável, ele tende a ser suficiente para gerar um resultado, uma resposta ⁽⁵⁾.

Ressalta-se que não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, por se tratar de um relato de experiência, no qual busca trazer uma proposta mais humana e lúdica aos profissionais, familiares da criança e instituição envolvida, a partir da dinâmica e da vivência referente à Emergência Pediátrica, levando em consideração a visão fenomenológica a respeito da síndrome do jaleco branco em crianças internadas. Por conseguinte, descrevemos a experiência através da observação participante, na qual foi percebido o sofrimento e a expressão de extremo medo, dificultando o cuidado de enfermagem oferecido à criança, principalmente em se tratando de procedimento doloroso e invasivo.

Dessa forma, mudar a abordagem, primeiramente com a família, a fim de melhor cuidar da criança, é a estratégia educativa, possível e eficaz na conquista da parceria no cuidado. A família em sua dimensão cuidadora e educativa replica o conhecimento que adquire por toda vida. A prevenção de sequelas emocionais também faz parte do cuidado, inclusive a compreensão da realidade, explicar a criança o que está acontecendo e o que irá acontecer, sem fantasias, ou inverdades, pode parecer trabalhoso e pouco importante para muitos, mas é necessário para sua compreensão e colaboração durante o cuidado de enfermagem.

3. RESULTADOS

Manifestações do medo extremo que muda o comportamento da criança.

O medo como um fenômeno psíquico, de caráter afetivo. O medo é um estado emocional que resulta da tomada de consciência de que algo real, imaginário ou provocado pode ameaçar os indivíduos. A reação ao medo é acompanhada de indicadores fisiológicos que se manifestam de acordo com seu grau de intensidade. O medo será assim, à semelhança da ansiedade e da angústia, um sentimento de inquietação, de preocupação, dada a possibilidade de que algo desagradável possa ocorrer ⁽⁶⁾.

Sabe-se que o medo e o sofrimento é uma experiência única, individual e de caráter intrínseco, mas que pode ser aliviado com atitudes por parte dos adultos que sejam educativas e terapêuticas, desse modo, durante a observação participante, percebeu-se o fenômeno de extremo sofrimento e dor emocional, no entanto, em algumas situações, observa-se que a família diz à criança frases ameaçadoras que dificultam a colaboração dela, aumentando o medo e sofrimento. Percebe-se que na criança, a dor emocional vem antes da dor física, inclusive antes do procedimento ocorre uma manifestação extrema de reação contrária e de protesto em relação à dor iminente, no entanto, no momento da dor propriamente dita, muita das vezes, é observada pouca reação, e por vezes, ocorre a expressão facial de decepção por ela pensar que sentiria muito mais dor.

Conforme as entrevistadas (codinome de flores) a seguir, percebe-se o medo sentido pela criança representado em suas falas (em *itálico e negrito*) quando a criança (inicial do nome abreviada) vê o profissional de saúde com jaleco branco.

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 um aninho, quando ele veio transferido aqui do quinto 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, 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 para poder examiná-lo, senão não conseguia.

Dália – É o jaleco branco. **Ele tem pavor, acho que é isso. Tem mais nada.** **Eu acho que é**

ele trouxe, ou viu o quando ele vê essas roupinhas brancas passando ... **Desde lá do Getulinho**

de um dia pro outro, enfermeiro passando, **ele ... no dia que outra pessoa vinha falar com ele,**

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 de Dália).**

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: Nota-se que quando há a aproximação para aferir a temperatura axilar de H., mesmo dentro de sua limitação neurológica (sequela de choque anafilático), apresentava uma agitação motora, a saturação descia, 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.

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), apresentava uma agitação motora, a saturação descia, 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 choro até eu ir embora.

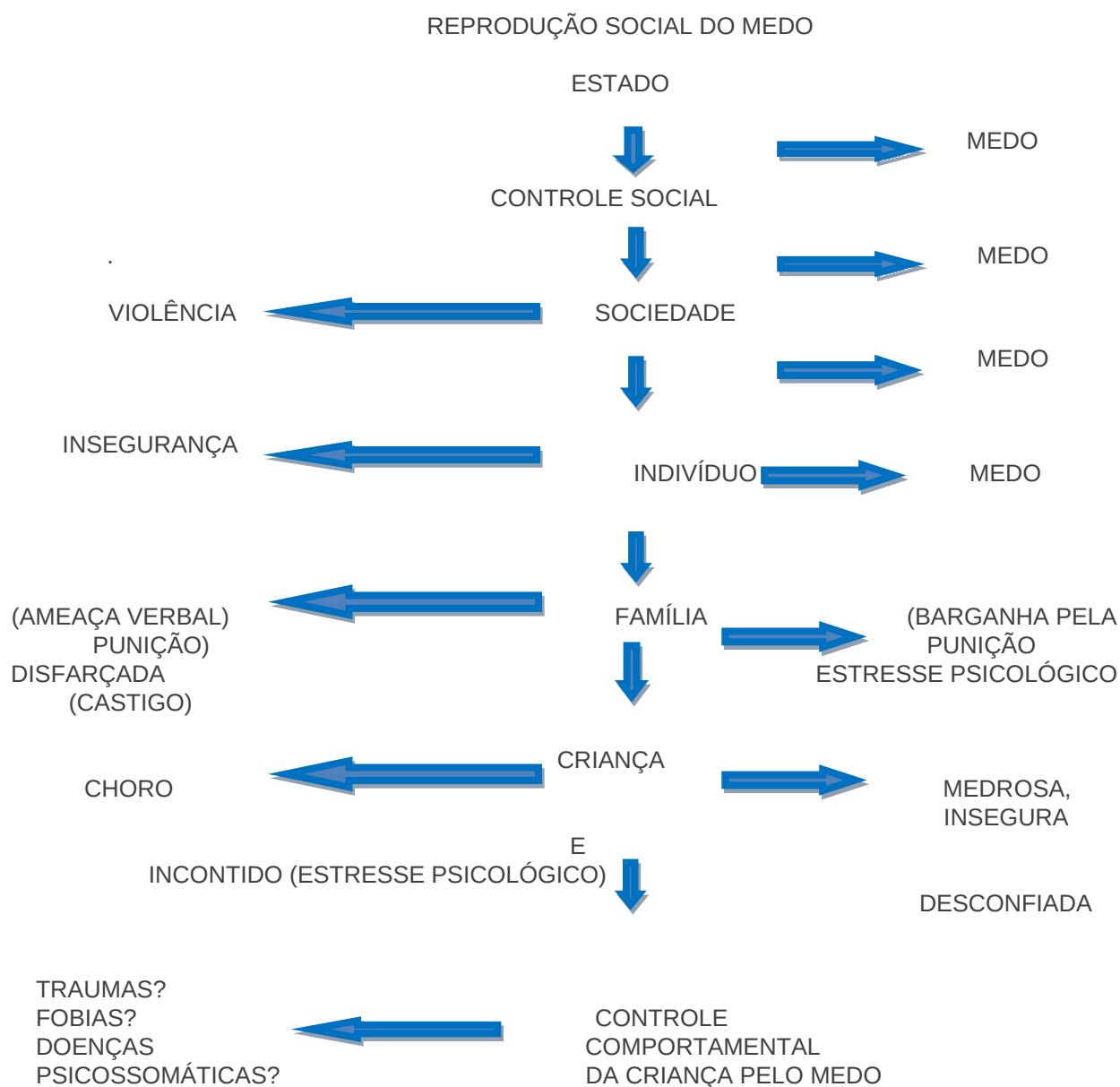
Nota-se que as entrevistas foram realizadas em épocas diferentes de internação, não havendo comunicação entre as participantes. Percebe-se que o medo do jaleco branco está presente na criança e que precisa ser desconstruído, pois pode representar dano psicológico, traumas e doenças psicossomáticas. O medo apontado pelas mães, leva-nos a reflexões sobre o significado construído e existente no jaleco branco tanto para crianças, quanto para seus familiares. O branco representa o somatório de cores que se anulam e se tornam em uma única cor que é o branco, ou seja, no branco não há estímulos visuais, pois as cores integram o mundo, ajudando na distinção de objetos e fenômenos. Ao ver o jaleco branco, parece que a criança reconhece o medo e a experiência dolorosa vivenciada no hospital. Nota-se que a criança aprende a ter medo das pessoas que vestem o jaleco branco criança aprende a ter medo de que estiver vestido de jaleco branco desde o início da vida. Parece haver uma analogia, entre o jaleco branco à dor, ao medo, ao sofrimento, no qual ela já conhece e que é inevitável.

Por muitas vezes, percebemos que independente da realização de procedimentos dolorosos, os familiares amedrontam as crianças com a imagem da injeção, do hospital e do profissional de enfermagem, a fim de obter o controle do seu comportamento, inclusive sua colaboração em procedimentos. O desafio da Enfermagem está na desconstrução da imagem do medo associado ao profissional de enfermagem trajado com jaleco branco, sua função social e com o real motivo dela estar ali, a doença.

Quando ocorre a aproximação de alguém trajado com jaleco branco, com o termômetro para por sob as axilas na aferição da temperatura. Observou-se em várias crianças lactentes e pré-escolares, que estas apresentavam sinais e sintomas reação

adrenérgica, com reação de luta e fuga, viravam seus rostos, suavam extremamente, apresentavam rubor facial, agarravam-se ao pescoço de seus familiares, choravam com lágrima e gritavam muito, corriam para o banheiro, mas não apresentavam eliminações fisiológicas, em outras, já ocorria liberação de esfíncter, tentavam fugir, mas a possibilidade da fuga da situação de dor e sofrimento que representava ter alguém de jaleco branco, não era possível, por se tratar de uma necessidade real.

Esquema representativo da reprodução social do medo. Niterói/Rio de Janeiro, 2014.



Fonte: Construído pela autora em 2014 e adaptado em 2015.

A cultura do medo reforçada pelos adultos.

Como o medo é uma emoção socialmente controlada, a vergonha surge como mecanismo social de condicionamento à sua própria expressão. Gera-se, pois, neste campo, um paradoxo que não deixa de ter repercussões não só no equilíbrio emocional, como também no cognitivo e comportamental. Neste sentido, a questão do medo social não deixa de ser um problema de saúde mental. Saúde mental visto que o medo social é um medo existencial que resulta de uma situação de insegurança e de vulnerabilidade, fragiliza o ser humano e retira-lhe a disponibilidade para se sentir bem consigo próprio ⁽⁶⁾.

O medo do jaleco branco em crianças é real, sendo observado e verbalizado pelas mães, o branco representa a ausência de estímulos. O branco representa o somatório de cores, conforme afirma o experimento de Isaac Newton com seu disco, onde a luz branca decomposta num prisma se decompõe nas cores do arco-íris. Ou seja, no somatório de cores todas se anulam para que o branco apareça desse modo, a criança parece interpretar que o branco se traduz em “ausência de estímulos” e o que elas percebem é a presença da dor, do sofrimento emocional e físico; do “castigo” prometido pelo familiar por não ter obedecido.

O branco nega uma identidade, a uniformidade do branco nega as emoções que são expressas em cores. As cores trazem segurança, trazem vida, são estímulos intensos averbais e é tudo o que a criança precisa, o mundo tem cor, tem vida, elas trazem para criança a familiaridade com o ambiente de casa e pessoas que a criança já conhece, com algo que a criança já conhece. Inclusive permite a ela fazer associações e aguçar a criatividade.

Este relato de observação de campo está baseado nos inúmeros casos reiteradamente que acontecem e são presenciados pelos profissionais de enfermagem e continuamente fortalecido com atitudes e palavras dos adultos. Este fenômeno vem sendo observado e o medo já é considerado uma necessidade humana básica, na qual já está incluída na sistematização NANDA, NIC e NOC, mas, no entanto, na prática, ainda é reproduzido cada vez mais o fortalecimento cultural do medo do hospital, o medo do profissional de enfermagem e o medo do jaleco branco desde a idade mais tenra.

O conflito da representação em que a criança faz do jaleco branco na

emergência pediátrica, a criança leva para todo e qualquer ambiente onde o procedimento doloroso é possível acontecer, quer seja no posto, na ação básica, quer seja em meio hospitalar, mesmo em cuidados indolores, como aferição de temperatura, percebe-se que a presença do profissional com jaleco branco desencadeia a dor emocional, mesmo sem a dor física e até o fenômeno, pois o jaleco branco está associado à possibilidade de dor e de sofrimento no cuidado.

Manifestações da criança de medo e sofrimento do fenômeno na presença do jaleco branco.

Percebe-se que o sofrimento infantil é algo inevitável, mas que pode ser atenuado e minimizado pelos profissionais envolvidos e pela família. Durante o procedimento doloroso, a criança apresenta luta com quem estiver perto e a segurando, sofre, quer fugir nas palavras e na ação, sente primeiro a dor emocional e depois a dor física, profere palavras e frases que deixam os adultos sensibilizados, principalmente o profissional de enfermagem por exprimirem sua dor e seu sofrimento, quando estes são inevitáveis.

A criança entra num processo em que a crise adrenérgica é classicamente visualizada, a maioria dos procedimentos, com seus sinais e sintomas, que são: taquicardia, queda da saturação, sudorese, palidez cutânea/ rubor facial, liberação de esfíncter, alteração da razão, e sem falar no choro e nos gritos que já é uma reação esperada. Pode ser uma reação de fuga, reação de retração, reação de negação, reação de precaução, reação de inibição. Tais reações fazem parte de outros complexos emocionais, mas dotadas de diferentes configurações. A caracterização de medo não é simples e nesse viés, seria diferente de outras emoções parecidas, de terror, de susto, de pavor. É uma tentativa de pensar a emoção a partir desse olhar, que não pode destacar ou minimizar a importância do aspecto social ⁽⁷⁾.

O fenômeno do jaleco branco na Emergência Pediátrica

O discurso fenomenológico pretende corresponder à encarnação do sentido em seus diversos lugares de manifestação, através da história. Uma palavra, uma frase, uma definição, nunca poderão dizer o que há a dizer. Temos necessariamente de recorrer ao discurso para nos aproximarmos o mais possível da densidade semântica

do fenômeno humano ⁽⁵⁻⁸⁾.

No sofrimento da criança, percebe-se que a maioria tem o conhecimento e o reconhecimento do medo e da experiência dolorosa com a aproximação da pessoa de branco e ou presença, mesmo que seja para realizar um procedimento indolor, como: aferir a temperatura axilar, e até conversar com o familiar. Parece haver um sentimento de desconfiança, temor, ou seja, parece haver analogia da pessoa de branco com a dor, de alguém que vai causar a dor. A partir daí, percebe-se manifestações de protesto, luta e fuga, face com rubor choro inicialmente sem lágrima, mas se não for desconstruída a ideia da possibilidade da dor, as lágrimas e o choro acontecem sem a presença da dor, apenas a possibilidade interpretada pela criança da presença do profissional com jaleco branco.

Este comportamento de extremo medo e sofrimento, nos leva ao questionamento a respeito da constante conduta ameaçadora dos adultos sobre as crianças em relação aos profissionais de enfermagem que cuidam e praticam procedimentos dolorosos, de como o excesso de medo pode influenciar no amadurecimento emocional da criança, se existe ligação com este fenômeno e a síndrome do jaleco branco em adultos, inclusive no aparecimento de fobias e doenças psicossomáticas ao longo de sua vida.

Ainda complementa suas ideias afirmando que, para se entender todos os momentos do fenômeno é preciso que o que o discurso fenomenológico seja significativo, pertinente, relevante, provocante e suficiente ⁽⁵⁻⁸⁾.

Percebe-se que por mais que se tente com atitudes mais humanas que aliviam o sofrimento da criança, quando o familiar tem uma conduta que vai de encontro ao que a equipe de enfermagem faz para aliviar o medo, além de dificultar e prolongar o procedimento, este desencontro de informações deixa a criança confusa e descrente em ambos. Por este motivo, sensibilizar o familiar para ter uma conduta diferente, utilizando a técnica de reforço positivo, na qual é encorajadora e fortalece as atitudes da criança com elogios, é primordial e determinante para que este seja um parceiro no cuidado emocional.

Nota-se, que quando é realizada a explicação pelos familiares sem inverdades e fantasias de tudo que vai acontecer com a criança, quando ela vai ao hospital, na possibilidade dela precisar ser ao procedimento doloroso, e solicitar a ajuda e colaboração dela, é perceptível que esta sofre menos e colabora mais com o procedimento. O enfrentamento de crianças que os pais previamente conversam

sobre o que pode acontecer quando vão ao hospital, é um facilitador no procedimento e no entendimento da criança a respeito da necessidade do procedimento. O diálogo fortalece a confiança da criança na família, nos profissionais de enfermagem e no estado de resiliência que precisa ser amadurecido.

O medo que a família sente na Emergência Pediátrica.

O medo 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 a ausência de cores, 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, foi observado este fenômeno em crianças de forma bem clara, o medo extremo do profissional com jaleco branco. Da mesma forma, foi identificado comportamento diferente e mais tranquilo, mais cooperativo com profissionais sem o jaleco. Todas as mães perceberam e identificaram o medo do jaleco branco pela criança.

Estratégias de enfrentamento da Síndrome do jaleco branco em crianças.

Como estratégias de abordagens em âmbito pediátrico, sugerimos o uso de jalecos que sejam coloridos, o uso da música e de cantigas infantis, fantoches e de brinquedos que possam desviar o foco da atenção, aos lactentes oferecer o dedo de luva com glicose para sugar. Em relação a crianças maiores, podemos conversar sobre atualidades, para meninos, carros e esportes, já menina, músicas, estética e beleza, etc. Desviar o foco da dor parece ser uma estratégia viável e possível. Estas são apenas algumas atitudes que podemos ter e lançar mão no dia a dia, pois são viáveis aos serviços de pediatria, ou seja, conversar com eles interagir antes, durante e depois de todo procedimento a ser realizado. O encorajamento em suas atitudes, é uma forma de apoiá-la e de confiança na sua participação no processo, elogiá-la em sua conduta é um diferencial que pode e deve ser incentivado, visando à segurança emocional e/ou profissional e a sua futura colaboração em procedimentos futuros.

4. DISCUSSÃO

Percebe-se que o medo é uma emoção e uma experiência que é vivida desde o início da vida. Dessa forma, ele tem seu caráter de preservação da vida, quando se encontra em equilíbrio, no entanto a exacerbação deste pode ser paralisante e até dar margem ao aparecimento de fobias e de doenças psicossomáticas. Entende-se que apesar de ser uma emoção, o choro também é aprendido, principalmente no meio familiar, através das diversas formas.

Nas entrelinhas da observação participante, percebe-se que os familiares reproduzem nas crianças a exacerbação do medo, com palavras, atitudes que exprimem o “seu próprio medo”, no qual foi identificado o fenômeno do jaleco branco em crianças, tanto através das falas com a criança e com os profissionais de enfermagem. Nas observações de campo percebe-se que as crianças apresentaram descompensação física e emocional.

O que leva aos seguintes questionamentos: que influências trazem a imposição da cultura do medo às crianças submetidas aos procedimentos dolorosos no aparecimento de fobias e de doenças psicossomáticas? Que influências trazem a imposição da cultura do medo no aparecimento da síndrome do jaleco branco na fase adulta? Até que ponto, impor o medo como forma de controle e de domínio da criança pelo adulto, pode prejudicar a criança e reforçar a reprodução do medo? Estes questionamentos inquietam os profissionais e nos levam a lançar mão de abordagens alternativas que atenuem este fenômeno.

A articulação da ludicidade, da musicoterapia, a sucção da luva com glicose, a luva inflada, entre outras, de acordo com a faixa etária, seguramente mostram que são ferramentas eficientes e eficazes na dispersão do foco do medo da dor física e emocional durante o procedimento invasivo. A implementação dessas abordagens humanas promovem o encorajamento do estado de resiliência, fortalecendo a estrutura emocional da criança, a fim de que ela se torne um adulto resiliente, capaz de gerenciar conflitos, sem que, com isso, tenha traumas, fobias, síndromes e doenças psicossomáticas.

5. CONCLUSÃO

Cabe aos profissionais de enfermagem reconstruir a sua própria imagem frente à criança e sua família, desviando o foco para a doença que é má e a causa e o motivo de estar ali, ela é quem produz sofrimento físico e emocional, causa sequelas, prejuízos à saúde e leva à morte. Atenuar a dor emocional pode diminuir consideravelmente, o sofrimento físico e facilitar a abordagem da equipe no momento do cuidado de enfermagem.

No tocante à vestimenta, sugerimos o uso do 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.

Ele também favorece a desconstrução da cultura do medo existente na sociedade, a respeito do profissional de enfermagem, na qual é associado à imagem da dor e do sofrimento desde a tenra idade. Ele também favorece a desconstrução da cultura do medo existente na sociedade, tendo como meio a educação em saúde para informar a criança da realidade dos acontecimentos e a função do profissional de enfermagem, no qual é associado à imagem da dor e do sofrimento desde a tenra idade.

Almeja-se suscitar reflexões a respeito da postura dos adultos frente ao medo da criança aos procedimentos dolorosos, e promover um ambiente e conduta encorajadora frente à dor e ao sofrimento, como forma de fortalecimento do estado de resiliência da criança, assim como, o seu fortalecimento emocional, prevenindo assim, doenças psicossomáticas e a síndrome do jaleco: profissionais adotem jalecos coloridos, abordagens mais lúdicas (músicas, brinquedos, entre outros), palavras e frases encorajadoras, agradecer o empenho da criança em colaborar nos mínimos detalhes e quando esta tiver alta, encorajar o desempenho dela durante a hospitalização e explicar o motivo de toda ação e que tudo o que foi realizado, contribuiu para que ela fosse embora restaurada da doença.

Por se tratar de grupo vulnerável e ter algumas limitações, justifica fomentar mais estudos e reflexões, merecendo mais atenção para redução do sofrimento emocional no tocante à família e às crianças hospitalizadas, visto existirem poucos estudos que retratem este fenômeno e estratégias como forma de enfrentamento no processo de trabalho.

Espera-se, com o estudo, contribuir com a otimização do cuidado à criança mediante a colaboração do familiar, levando em consideração que a família contribui na formação individual, pois imprime valores culturais, hábitos e sentimentos. Sendo o medo um sentimento dos mais primitivos, que vem sendo reforçado em demasia, principalmente, em se tratando dos procedimentos invasivos, anseia-se evitar a produção de fobias e iatrogênicas geradas na reprodução da cultura do medo, embutido em gestos, palavras e ações antes, durante e após os procedimentos dolorosos no setor de emergência e em demais serviços de pediatria.

REFERÊNCIAS

- ¹ Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descritores em Ciências da Saúde. Lista de significados - DeCS Server- list Exact. Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descritores em Ciências da Saúde. Lista de significados - DeCS Server- list Exact.
- ² Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância GRIP – Université de Montréal P.O.Box 6128, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3j7 Telefone: 514-343-6111, r. 5378 Fax: 514-343-6962 e-mail: cedje-ceecd@umontreal.ca site: www.excellence-earlychildhood.ca
- ³ Whaley LF, Wong DL. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- ⁴ Capalbo, C. Consideração sobre o método fenomenológico e a enfermagem. Em pauta – Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.192-97, out. 1990.
- ⁵ Figueiredo, Nélia Maria Almeida. Método e metodologia da pesquisa científica. 3ª edição Editora, Yendis – São Caetano do Sul – São Paulo, 2009.
- ⁶ Dias F. N. O medo social e os vigilantes da ordem emocional. Lisboa, Portugal: Instituto Jean Piaget; 2007.
- ⁷ Solomon R. C. The cross-cultural comparison of emotion. In: Marks J, Roger TA. Emotions in Asian Thought. Albany: State University of New York Press; 1995. p. 253-94.
- ⁸ Rezende, A. Concepção fenomenológica da Educação. São Paulo: Cortez, 1990.
- ⁹ Ministério da Saúde (BR). Cartilha do HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- ¹⁰ Arruda A. Representações Sociais: estudos selecionados. Paraná: PUCPR; 2014.
- ¹¹ Counselling for Patients and Family Members: A Follow-Up Study in the Emergency Department Eija Paavilainen, Mari Salminen-Tuomaala, Päivi Leikkola ISRN Nurs. 2012; 2012: 303790. Published online 2012 September 12. doi: 10.5402/2012/303790
- ¹² Caring in pediatric emergency nursing. Gillespie GL, Hounchell M, Pettinichi J, Mattei J, Rose L. Res Theory Nur Pract. 2012;26(3):216-32.
- ¹³ Emergency Department Experiences of Acutely Symptomatic Patients with Terminal Illness and Their Family Caregivers Alexander K. Smith, Mara A. Schonberg, Jonathan Fisher, Daniel J. Pallin, Susan D. Block, Lachlan Forrow, Ellen P. McCarthy J Pain Symptom Manage. Author manuscript; available in PMC 2011 June 1. Published in final edited form as: J Pain Symptom Manage. 2010 June; 39(6):

972–981. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.10.004

¹⁴ Improving parent-provider communication in the pediatric emergency department: results from the clear and concise communication campaign. Porter SC, Johnston P, Parry G, Damian F, Hoppa EC, Stack AM. *Pediatr Emerg Care*. 2011 Feb;27(2):75-80. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182094283.

¹⁵ Impact of patient and family communication in a pediatric emergency department on likelihood to recommend. Johnson MB, Castillo EM, Harley J, Guss DA. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Mar;28(3):243-6. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182494c83.

CAPÍTULO 06

FAMILIARES E REPRESENTAÇÕES DO MEDO E SOFRIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA NA EMERGÊNCIA: REEDUCAÇÃO COLABORATIVA NO CUIDADO

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.

DESCRIPTORES: 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.

RESUMEN: Problema: Las relaciones entre los niños hospitalizados en el contexto de emergencia familiar y, a menudo refuerzan la cultura del miedo a través de tuberías que demasiado miedo, especialmente cuando se someten a procedimientos dolorosos. **Objetivos:** analizar las representaciones sociales de la familia sobre el sufrimiento del niño de emergencia; identificar la cultura del miedo en el contexto de representación familiar y consecuencias; proyecto de manual a la familia como una herramienta facilitadora para minimizar el estrés psicológico del niño. **Método:** Un enfoque descriptivo, cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales se utilizó técnicas de recuerdo libre, entrevistas semiestructuradas y observación participante. Los datos fueron sometidos a análisis de Bardin y se clasifican en cinco categorías: 1) profesionales de la salud; 2) objetos extraños; 3) evento no deseable; 4) las bacterias y la infección hospitalaria y 5) miedo a la muerte del niño. El estudio de emergencia pediátrica de un hospital universitario en la ciudad de Niterói / RJ y cuyos sujetos eran miembros de la familia que acompañaron a los niños hospitalizados. **Conclusión:** Se puede observar en el día a día de emergencia, que los niños sufren dolor emocional, dolor físico antes, como el miedo excesivo del niño se anima cultural y aceptada por las familias. Deconstruir con la educación y el refuerzo positivo es una herramienta estratégica eficaz para promover la salud emocional a díada niño y su familia.

PALABRAS-CLAVE: Las relaciones familiares; El estrés psicológico; miedo; Enfermería de Urgencias; Niño hospitalizado.

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 o 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 emocional. 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 deixá-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 para 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 causa 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.

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 ambulatorios 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⁾.

3. 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 online (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 “Sufrimento 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
BDENF	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 nexo 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:

CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE

Quadro: 2 - Os atores 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.

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.

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 choro 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.

4. 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.

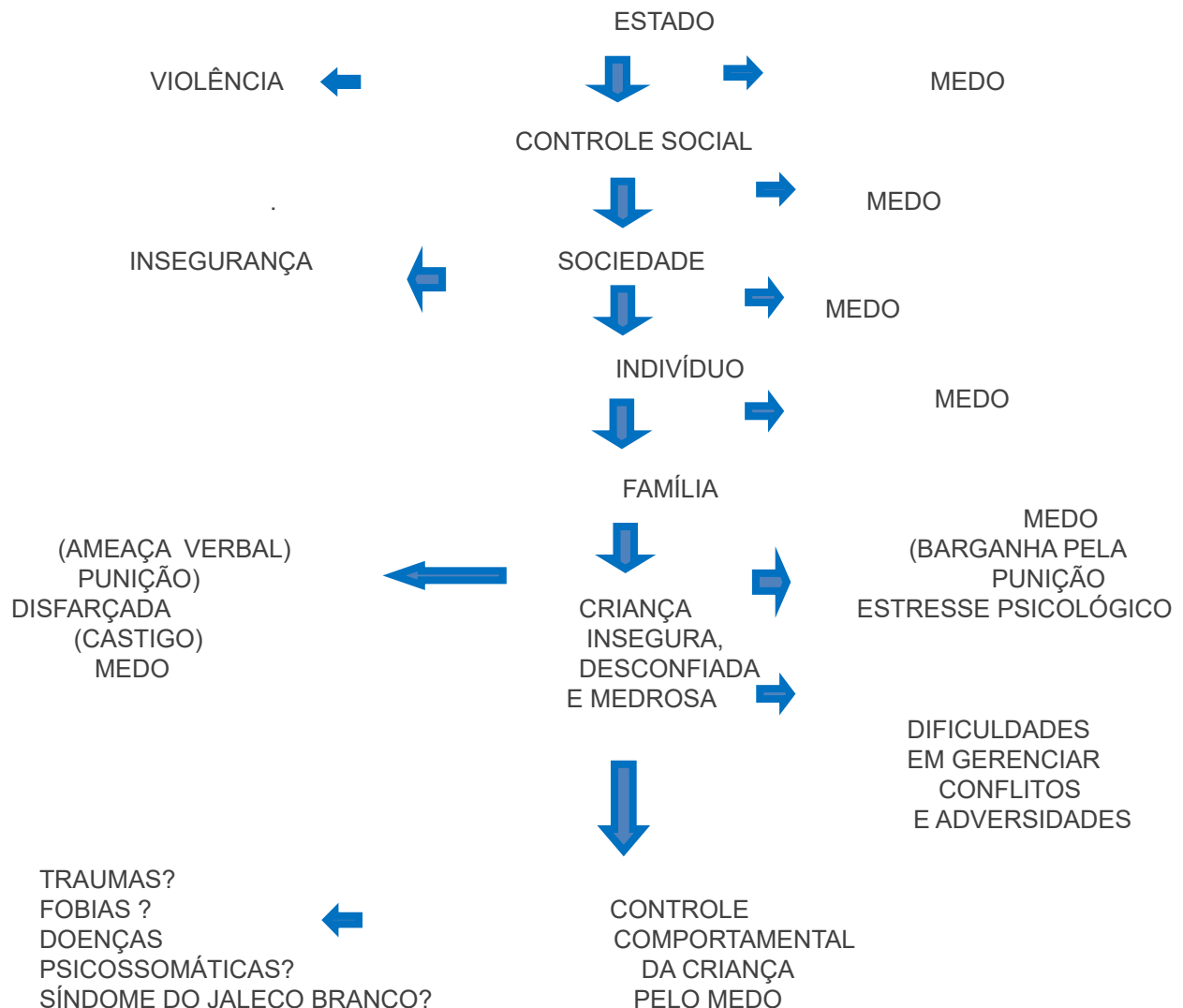
Percebe-se que no cotidiano das unidades de emergência, a criança sofre a dor emocional, antes da dor física, pois é culturalmente permitido a imposição da cultura do medo em crianças, na tentativa de “controlar seu comportamento”. A desmistificação dela e a substituição pela educação e pelo reforço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

5. CONCLUSÃO

Observou-se que a família espera da equipe de enfermagem: a receptividade, o acolhimento, o carinho no momento da admissão e 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 Desenvol. 1999;1(1/2):21-6.
- ² Gonzales, RM.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.

SOBRE O ORGANIZADOR

Vicente Arturo Lara Valencia é Doctor en Ciencia de Materiales pela instituição Ingeniería Ciencias Básicas, Centro de Enseñanza Técnica Industrial. E-mail: vicentelaval@gmail.com

