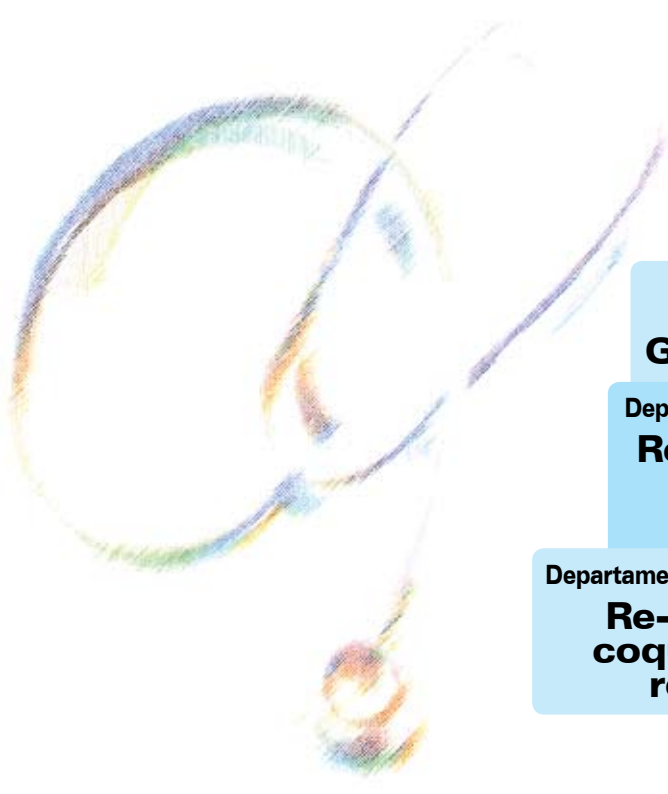


recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **64**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013
Março 2013



Departamento de
Reumatologia

Glicocorticoides

Departamento de Saúde Mental

**Reações dos pais
à internação do
filho em UTIs**

Departamento de Cuidados Primários

**Re-emergência da
coqueluche: novas
recomendações**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Reações dos pais à internação do filho em UTIs

Embora o avanço tecnológico dos dias atuais seja relevante, às vezes o pediatra se esquece que, além de oferecer os melhores recursos para o tratamento da criança, a família, especialmente os pais, também têm que ser compreendidos e orientados nesta situação de crise. Para isso, é importante que o profissional esteja ciente das diversas e sofridas fases pelas quais passam os pais quando da internação do filho em Unidade de Terapia Intensiva.

Ansiedade e medo

Durante as primeiras horas da internação, os pais tentam encontrar explicações e causas para a doença. As famílias experimentam muita ansiedade, medo e tensão. Ansiedade pelo equipamento e profissionais desconhecidos, medo de perder o filho, ou se este vai experimentar dor ou desconforto, e medo por não saber ainda lidar com esta

experiência nova e ameaçadora. Todres relata que mesmo os pais bem ajustados antes da internação do filho têm sérias dificuldades no reajuste psicológico, passando por diversas reações emocionais. Quando o diagnóstico e a etiologia são conhecidos, os pais procuram razões para explicar porque justamente seu filho foi acometido. Quando a etiologia não foi elucidada, a ansiedade é maior.

Inicialmente, a família imobiliza-se com sentimentos de medo, choque, negação e descrença, pânico, protesto, raiva, regressão, culpa, impotência frente à doença, depressão, irritabilidade e agressividade, pois se encontra despreparada para enfrentar a ansiedade e tensão criadas pelo evento estressante. A seguir, mobilizam os recursos disponíveis para lidar com a doença e a hospitalização, numa tentativa de restaurar o equilíbrio, devendo ser auxiliados e compreendidos nestas diversas fases.

Autora:

Sonia Maria Baldini

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

Gestão 2010-2013

Presidente:

Miriam Ribeiro de F. Silveira

Vice-presidente:

Renata de Luca

Secretário:

João Coriolano Rego Barros

Membros:

Ana Lucia Balbino Peixoto, Cecília Harumi Tomizuka, Denise de Sousa Feliciano, Fernanda Pilate Kardosh, Flávia Schimith Escrivão, Gislene do Carmo Jardim, Leonardo Marcos Posternak, Lilian dos Santos R. Sadeck, Marcia de Freitas, Rudolf Wechsler, Silvia Helena Temporini Gonçalves, Sonia Maria Baldini, Vera da Penha Martellini Rego Barros, Vera Quaglia Cerruti.

Primeira fase

Choque e negação: a negação é uma defesa que todos os pais usam em menor ou maior grau. Na sua forma extrema, os pais não ouvem o que a equipe tem a dizer, podendo apresentar sentimentos hostis, como raiva da equipe.

Frente ao prognóstico muitas vezes sem nenhuma esperança, distorcem as mensagens recebidas, dizendo que estão “recebendo informações conflitantes”, embora estas sejam bastante consistentes. Apresentam também sentimentos de desesperança, principalmente nas primeiras horas da internação. Alguns não acreditam nas informações e as distorcem conforme sua conveniência, para torná-las suportáveis.

O choque emocional e a negação experimentados pelos pais podem ser intensificados pela aparência física da criança, como resultado de trauma, manifestações dermatológicas da doença, curativos, tubos endotraqueais, drenos torácicos, cabos de monitorização, cateteres urinários etc. Esta fase de choque parental geralmente dura en-

quanto a criança está instável e pode ser intensificada pela privação de sono (dos pais).

Segunda fase

Angústia: as informações fornecidas nesta fase muitas vezes têm que ser repetidas horas depois e mesmo durante os vários dias subsequentes.

Os pais experimentam um estado de profunda angústia frente à possibilidade de morte do filho que é internado em UTI. Sentem-se impotentes para salvar-lhe a vida e mesmo para ajudá-lo a passar por esta situação.

Independentemente do seu nível sócio-econômico ou cultural, estas reações emocionais costumam provocar inibição intelectual. Neste momento, quaisquer explicações médicas sobre o estado da criança com certeza não vão ser compreendidas de imediato, sendo muitas vezes até distorcidas, aumentando ainda mais os desentendimentos.

Os pais devem ser compreendidos nesta regressão emocional e receber o apoio necessário, para que aos poucos possam ir entrando em contato com a

realidade tão dura e difícil, de acordo com seus recursos pessoais, os quais dependem da história de vida de cada um, de suas experiências prévias, de seu grau de maturação emocional e do apoio que recebem nesta situação da vida.

Se a criança falece ou apresenta sequelas, inicia-se o período de **luto**. Observa-se que os pais de crianças que faleceram, geralmente continuam a se culpar pela morte do filho durante vários meses após o óbito (Rothstein, 1980).

Terceira fase

Foi denominada **fase de expectativa e aceitação**: pode durar horas ou dias e corresponde ao período em que a criança já se encontra estável, porém ainda não apresenta melhora clínica significativa. Nesta fase, é de grande auxílio o fornecimento de informações sobre a possível evolução futura do caso; por exemplo, se a criança vai receber medicação intravenosa ou ficar com dreno torácico aproximadamente por quanto tempo etc.

Durante esta fase, podem ocorrer sentimentos

de raiva ou ciúmes da equipe que cuida da criança, provocando reações hostis contra a equipe em algumas famílias, ou retraimento e passividade em outras. Porém, embora com intenso sofrimento, os pais costumam aceitar a internação e o tratamento, às vezes com procedimentos bastante agressivos, reconhecendo a necessidade destas medidas na tentativa de salvar a vida da criança.

Pais difíceis

Alguns pais são especialmente difíceis, exibindo certos tipos de comportamento: super-reativos, simbióticos; dependentes, “pegajosos”; hostis, discordantes; autoritários, exigentes; desconfiados, não cooperativos; perturbações psiquiátricas.

Lidar com pais difíceis poderá gerar aversão do médico e abandono numa época em que a família mais necessitaria de apoio. A identificação precoce dos “pais-problema” é vital para o encaminhamento a um psiquiatra, que pode auxiliar não só aos pais como também à equipe que cuida da criança.

Referências bibliográficas

- Baldini, S.M.; Krebs, V.L.J.; Ceccon, M.E.J.R.; Vaz, F.A.C. Reacciones de los padres frente a la internación del niño enfermo en un centro de terapia intensiva. Arch. Pediatr. Urug., 69: 71-7, 1998.
- Baldini, S.M.; Krebs, V.L.J. Avaliação do grau de ansiedade dos pais à internação do filho em UTI pediátrica e neonatal. Revista Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 10 (3):108-113, 2002.
- Bluhm J. Helping families in crisis hold on. Nursing October 1987; 44-6.
- Halm, M.A. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. Heart Lung, 19 (1): 62-71, 1990.
- Rothstein, P. Psychological stress in families of children in a pediatric intensive care unit. Pediatr. Clin. North America, 27 (3): 613-21, 1980.
- Todres, J.D. Communication between physician, patient and family in the pediatric intensive care unit. Critical Care Medicine, 21 (9 suppl.): s383-385, sep 1993.
- Todres, J.D.; Earle, M. Jellinek, M.S. Enhancing communication: the physician and family in the pediatric intensive care unit. Pediatr. Clin. North Am., 41: 1395 - 404, 1994.
- Waller, D.A.; Todres, J.D.; Cassem, N.H.; Amderten, A. Coping with poor prognosis in the pediatric intensive care unit. Am. J. Dis. Child., 133 (2): 1121 - 5, 1979.