

D. TERESA

C 692808

R1114445

02/07/01

R\$ 5,75

(R)

FRANCISCA LUCÉLIA RIBEIRO DE FARIAS

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS OCASIONADAS PELA SEPARA
ÇÃO MÃE-FILHO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA
- UM PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO PELO ENFERMEIRO -

362
2380
1985

RIO DE JANEIRO

1985

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

D. TERESA.

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS OCASIONADAS PELA SEPARAÇÃO
MÃE-FILHO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA - Um Proces
so de Identificação pelo Enfermeiro.

FRANCISCA LUCÉLIA RIBEIRO DE FARIAS

Tese submetida ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem
Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre.

Aprovada por:

Prof.

Prof.

Prof.

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Outubro de 1985

Orientadora:

Dra. Tereza de Jesus Sena

FARIAS, FRANCISCA LUCÉLIA RIBEIRO DE

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS OCASIONADAS PELA SEPARAÇÃO MÃE-FILHO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA. Um Processo de Identificação pelo Enfermeiro.

Rio de Janeiro, UFRJ, Escola de Enfermagem Ana Néri, 1985.

xii, 115 f.

TESE: MESTRE EM ENFERMAGEM

1. Separação mãe-filho. 2 Alterações Comportamentais.
3. Relacionamento Enfermeiro/Criança. 4. Tese.

I. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÉRI

II. TÍTULO.

DEDICATÓRIA

À memória de meus pais.

À minha avó Otília

Aos meus irmãos

A Leandro e Fernando, o resultado de grande parte dos momentos em que não estivemos juntos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- . Ao professor Leomar Oliveira Garcia, pela calma e paciente orientação estatística.
- . À professora Maria de Lurdes Tanajura pela delicadeza e atenção com que realizou a revisão deste trabalho.
- . Às mães e às crianças que colaboraram na pesquisa.
- . Aos enfermeiros que com atenção e presteza colaboraram neste estudo.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram deste trabalho, em particular:

- . UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, pela oportunidade de cursar o mestrado.
- . FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE EDSON QUEIROZ - UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR) que contribuiu para minha formação profissional.
- . À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ADMINISTRATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENCARNACIÓN BLAYA - CLÍNICA PINEL, RS, por ter contribuído para ampliação dos meus conhecimentos.
- . Aos professores do Mestrado do E.E.A.N. da UFRJ, pelo ensino, dedicação e orientação fornecidos.

*

- . Hospital Infantil Professor Walter Telles, pelo meu aperfeiçoamento em Pediatria.
- . Aos médicos Psiquiatras, Dr. Luiz Carlos Holanda Valente, Dr. Fernando Villar Olsen e Dr. Orgmar Marques Monteiro Filho, pela oportunidade dada para minha formação profissional.
- . Às Enfermeiras Eliete Barroso e Luíza Soares de França, pelo apoio e pelo muito que me ensinaram.
- . A todas as colegas do Curso de Mestrado, pelo apoio em todos os instantes precisos e pelo convívio diário.
- . À amiga Luíza Muniz da Costa Vargens, pelo carinho, atenção e apoio nos momentos difíceis.

- . À colega do mestrado, Maria da Luz Silva, pelo apoio e interesse com que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho.
- . À sra. Cléa Guerra Peixe pelo trabalho de datilografia.
- . Ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar da UFRJ, sob a coordenação do Prof. Cílio Ziviani.

RESUMO

Neste trabalho usa-se a metodologia do tipo exploratório com o objetivo de identificar possíveis alterações comportamentais ocasionadas pela separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. O estudo foi desenvolvido no período de maio de 1984 a julho de 1985 em um Hospital Universitário Pediátrico do Rio de Janeiro. O teste estatístico de hipóteses apresentou como resultados - diferenças significativas nos tipos de comportamentos apresentados pela criança durante a hospitalização, quando não foi permitido a presença da mãe ou de pessoa substituta. A partir dos achados a autora conclui que: há necessidade de maior preparo da equipe de saúde que presta assistência neste campo; há carência, na prestação de cuidados psico-sociais na instituição estudada.

ABSTRACT

The research utilizes the exploratory type of methodology with the objective of identify possible behavioral changes occurred as a consequence of the mother-child separation during the child' hospitalization. The study was developed from may 1984 to july 1985, in University Pediatric Hospital-Rio de Janeiro. The statistical test of hypothesis shows that there is a significant diference in the behavior of hospitalizes children when they were away of their mother or substitutes. From there data, the researcher concluded that it is needed tho increment the preparation for psicossocial care of children of member of the health' and nursing' teams.

SUMÁRIO

	<u>Pág.</u>
I - INTRODUÇÃO	2
1.1 - O Problema	2
1.2 - Importância do Estudo	7
1.3 - Fundamentação Teórica	10
1.4 - Delimitação do Estudo	11
1.5 - Objetivos	11
1.6 - Hipóteses	11
1.7 - Definição de Termos	12
II - REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 - Aspectos Psicológicos da Hospitalização Infantil	16
2.2 - A Reação de Separação Mãe-filho.....	21
2.3 - Conduta de Enfermagem diante da Criança Hospitalizada	25
2.4 - Comportamentos e Condutas da Criança...	28
III - METODOLOGIA	31
3.1 - Modelo do Estudo	31
3.2 - Universo e Amostra	31
3.3 - Escolha do Instrumento para a Coleta de Dados	34
3.4 - Elaboração e Estruturação do Instrumen- to	34
3.5 - Instrumentos para Obtenção de Dados ...	35
3.6 - Procedimentos utilizados na Coleta de Dados	36
3.7 - Tratamento dos Dados	37
3.8 - Limitações	38

	Pág.
IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
VI - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	76
6.1 - Conclusões	76
6.2 - Sugestões	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	86
1 - Formulário para observação da Criança Hospitalizada	87
2 - Questionário para Entrevista com a Mãe ou responsável pela Criança Hospitalizada	91
3 - Formulário para Entrevista com o Responsável pela Criança Hospitalizada sobre o Enfermeiro	98
4 - Questionário para Avaliar a Percepção do Enfermeiro no cuidado à Criança Hospitalizada	102
5 - Teste de Hipótese Estatística para a Comparação de Duas Proporções Populacionais.....	107

.....

"Eu não sabia que minha história era
mais bonita que a de Robinson Crusôe."

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 - O Problema

Dentre todos os seres vivos, o ser humano é o mais frágil e dependente ao nascer. Nos primeiros anos de vida sofre transformações fundamentais, passando de um indivíduo profundamente dependente em suas necessidades básicas, a um ser pensante, com personalidade delineada, capaz de se comunicar, dar e receber amor. Esses primeiros anos de vida constituem, provavelmente, o período mais plástico do desenvolvimento humano. SPITZ (1979)⁴⁰, BOSTON (1975)⁵ referem três razões para o fato: a impotência do lactente, o caráter de transição, (razão da vulnerabilidade), do desenvolvimento durante os dois primeiros anos, e, por fim, a ausência de um organizador do ego, socialmente estabelecido.

Segundo PERNETTA (1982)³⁰, o recém-nascido não dispõe ainda de personalidade, só de impulsos instintivos. Não tem ego, falta-lhe a consciência de si mesmo, confunde-se com a mãe, não se distingue como pessoa à parte. Mas possui, porque recebeu dos pais por herança, os elementos com que formar sua personalidade, em outras palavras, é dotado de uma personalidade, em potencial. Com o desenvolvimento natural do organismo, num meio psicológico apropriado, essa capacidade inata vai-se expandindo até se realizar plenamente, (...) Caso permaneça desde o nascer no meio de pessoas e inter-relacione-se com elas. Só assim pode a criança desdobrar progressivamen

te essas capacidades e desse modo construir e conservar sua personalidade.

Seguindo esse pensamento, ABERASTURY (1974)¹ afirma que as condições psicológicas do meio em que a criança se desenvolve nos primeiros anos de vida exercem, na formação do caráter e do equilíbrio emocional, influências profundas e persistentes.

Para WINNICOTT (1957)⁴⁴, PERNETTA (1982)³⁰, os fatores internos e externos misturam-se e interpenetram-se de tal forma que se torna difícil discernir, precisamente, a influência de cada um deles na formação da estrutura da personalidade. Admite-se, contudo, que os fatores externos sobrepujam muito os fatores internos. Uma vez que, a personalidade forma-se pela assimilação ou interiorização do ambiente psicológico. A interiorização não é passiva. A criança não recebe apática e inerte, os fatos externos para formar sua personalidade. Ela manipula esses fatos, interage com eles e guarda o resultado como coisa sua. Assim, interioriza o ambiente para servir de suporte básico para sua vida futura.

Como ambiente favorável para crescer, GOLDFARB (1945)¹⁸ enumerou os seguintes requisitos:

1. Presença de laço afetivo entre a criança e uma pessoa específica.

2. Esse contato deve ser contínuo, tanto a longo prazo, como em termos dos detalhes diários da rotina.

3. O contato é uma fonte constante de estimulação. A criança é encorajada a balbuciar, a formar palavras, a sentar-se, a levantar-se, a andar...

4. Esse relacionamento com seus pais, exceto em casos muito raros, envolve um grau de correspondência. A criança aprende e é geralmente encorajada a aprender, regulando sua vida com o ambiente e suas próprias necessidades e desejos.

Os vários autores estudados afirmam que a mãe tem um papel importante na formação dos laços afetivos materno-infantis que contribuirão para o desenvolvimento emocional do seu filho.

A partir de um ano, mais ou menos, a criança encontra em sua mãe uma base de segurança para explorar o mundo circundante. (...) A chegada de uma pessoa estranha faz com que a criança se aproxime da mãe, estenda os braços e peça que ela a acolha e a segure, agarra-se a ela como forma de proteção (...) esse medo dos estranhos surge sempre no desenvolvimento da criança antes do aparecimento dos primeiros indícios de um medo de separação. A segunda metade do primeiro ano de vida é, com efeito, aquela em que ela também se mostra mais sensível aos efeitos de uma separação, isso não quer dizer que nas fases anteriores e posteriores de sua existência a criança não reaja de maneira alguma a uma ausência da mãe ou uma alteração do meio ambiente. Nesta fase a criança já está vinculada a um pequeno número de pessoas as quais já identifica perfeitamente (ZLOTOWICZ, 1976)⁴⁶.

A criança resente-se quando, por qualquer motivo, permanece distante da mãe. Principalmente no primeiro ano de vida, época em que ainda não fala e portanto não está em condição de inteirar-se da situação, de entender que essa ausência é transitória e julga que foi abandonada (PERNETTA, 1982)³⁰. À medida que a criança cresce, adquire segurança em relação

ã figura materna, já pode explorar seu ambiente e expandir suas capacidades cognitivas, ao mesmo tempo essas capacidades, crescentes, lhe permitem internalizar a imagem da mãe e entender que uma mãe temporariamente ausente não está perdida para sempre (THOMAN, 1972)⁴³.

Sabemos que a proximidade da criança à mãe é muitas vezes rompida no decorrer da existência, visto que tal fato faz parte da vida de todos os dias. Pode haver, sem dúvida, separações dramáticas, conseqüentes a uma doença que acometa a mãe ou a criança. Entretanto, se o caso for de separação por doença, a criança para seu benefício deverá ficar em companhia de uma pessoa que já lhe forneça cuidados habituais e com a qual já mantenha um apego afetivo. (ZLOTOWICZ, 1976)⁴⁶.

O assunto fica ainda mais delicado quando é a criança que se hospitaliza, porque essa situação engloba vários fatores adversos: mudança total do ambiente físico e psicológico (...) meio completamente estranho, onde tudo é imprevisível. Esses inconvenientes do internamento hospitalar fazem-se notar de modo mais intenso quando a criança não tem ainda cinco anos de idade e agravam-se quando a situação se prolonga ou se repete. É importante que nesse momento a mãe figure como acompanhante da criança (PERNETTA, 1982)³⁰.

No ambiente hospitalar, que, para a criança, é tão desconhecido quando ameaçador, a mãe — primeira e, freqüentemente, a única pessoa de quem recebe afeição real — deverá estar constantemente presente para ajudá-la a se adaptar. (BIERMANN, 1980)⁴.

Em conseqüência das mudanças constantes ocorridas no

hospital movidas pelas inevitáveis obrigações hospitalares, a criança não pode manter um contato duradouro com os membros da equipe de saúde (...). O hospital promove a satisfação dos requisitos físicos da criança, mas em geral se esquece dos psicológicos (D'ANDREA, 1962)¹⁰.

Se a criança ao adoecer, for abandonada à frieza dos berçários ou enfermarias, ao anonimato que aí reina, em que são em horários rígidos ou choros de angústia insistentes façam aparecer alguém que a retire do berço, então mais se agrava sua situação (PERNETTA, 1982)³⁰, visto que não há possibilidade de uma substituição da figura materna (ZLOTOWICZ, 1965)⁴⁶.

Somente os cuidados médicos proporcionados em condições ideais não bastam por si só para uma cura definitiva (...); há necessidade de ser visto também o lado emocional que está sendo afetado por essa situação (...), a hospitalização da criança sem a presença da mãe na grande maioria dos casos provoca o aparecimento de distúrbios psíquicos. (BIERMANN), 1980)⁴.

Para que se possam comprovar esses fatos, é necessário que se faça um estudo sobre as dificuldades apresentadas pela criança no período de hospitalização, estabelecendo uma comparação entre o comportamento apresentado pela criança antes de ser hospitalizada e durante a hospitalização.

De uma coisa ficamos certos: se não fornecermos dados suficientes para que os profissionais de saúde possam inteirar-se da real situação vivida pela criança enquanto hospitalizada pelo menos demonstramos que certas medidas adotadas no momento, pelas Instituições, podem piorar a situação.

1.2 - Importância do Problema

Os efeitos das experiências vivenciadas nos primeiros anos de vida têm sido objeto de um número crescente de estudos. Nesta área, proposições teóricas oriundas principalmente da psicanálise influenciaram de maneira marcante a visão do papel da experiência no desenvolvimento inicial do indivíduo. "*Quanto mais jovem o organismo, tanto mais severo o traumatizante efeito de um impacto ambiental*" (RIBBLE, 1959³⁴, SPITZ, 1979)⁴⁰.

Para a criança, a privação das relações objetais-relações dela com sua mãe — no primeiro ano de vida, é um fator muito prejudicial, que leva a sérios distúrbios emocionais. Em tal caso, as crianças apresentam um quadro clínico impressionante; inapetência, falta de receptividade orgânica à medicação, apatia, depressão anaclítica, depressão (...) e até mesmo coma. Elas parecem ter sido privadas de algum elemento vital à sobrevivência. Quando privamos crianças de suas relações com a mãe, sem proporcionar-lhes um substituto que a criança possa aceitar, nós a privamos de provisões libidinais — higiene, calor materno, afeto, alimento, que são fundamentais nesta fase de vida; a essas privações denominamos de carência afetiva (SPITZ, 1979)⁴⁰.

A criança, além do oxigênio, da água e do alimento, tem ainda outras necessidades básicas, como as suas necessidades psíquicas. A criança necessita de uma mãe — mãe única, ou seja, uma pessoa que tenha o encargo de lhe dispensar cuidados "*maternalmente*" (BRODY, 1956⁹, ROSENBLUTH, 1973)³⁵. Não alguém que apenas lhe dispense cuidados materiais e sim que lhe dê, além do leite e do agasalho, calor humano e afeto. Ne

cessita de estímulos através do contato físico, de atenção individualizada, como ser único e inigualável. Necessita de alguém que a atenda por ocasião dos seus desconfortos, que satisfaça suas necessidades na época adequada, respeitando sua individualidade, de tal modo que suas tensões se diluam (BRODY, 1956⁹, RIBBLE, 1959)³⁴.

Sabe-se, atualmente, fruto de numerosas observações, que a satisfação adequada das necessidades da criança é importante não só para o seu bem-estar imediato como também é vital ao desenvolvimento de uma personalidade equilibrada e ao seu ajustamento futuro (RIBBLE, 1959)³⁴.

Com base nessas afirmações, podemos acrescentar que, quando a criança se hospitaliza as pessoas que irão cuidar de sua saúde poderão influenciar em seu desenvolvimento emocional, podendo a influência ser tanto positiva quanto negativa - FREUD, A. (1977)¹⁴ postula que:

"a aproximação entre clientes pediátricos e equipe de saúde torna-se mais importante à medida que se intensifica, levando a crer, que a condição emocional dos seus clientes vai depender unicamente do seu estado físico mas, acima de tudo, da angústia de separação, dos medos e das ansiedades de perda que povoam as suas fantasias desde o nascimento (...) Na criança, todas as excitações passam pelo corpo, traduzindo-se por manifestações do sono, da digestão, do apetite; as perturbações físicas promovem mudança de humor, trazem inquietações e ansiedade. Portanto, é forçoso considerar os processos psicológicos da criança como um todo!"

Indo de encontro a esse pensamento, vemos como é complexo conhecer o ser humano. No entanto, esse conhecimento se faz necessário quando nos propomos a assisti-lo em suas necessidades básicas afetadas. Necessidades essas que como foi dito por ANNA FREUD (1977)¹⁴, "*devem ser vistas como um todo!*" Devemos, portanto, procurar dar esse atendimento individualizado

a cada pessoa, considerando as três etapas da vida — infância, idade adulta e velhice. O conhecimento mais profundo das reações, emoções e necessidades de cada uma dessas etapas da vida torna-se imperativo para a práxis da enfermagem.

Ainda é comum darmos cuidados de enfermagem à criança, como uma versão do cuidado de enfermagem ao adulto, não levando em consideração que ela é um ser em crescimento e em desenvolvimento, com características peculiares, afirma OLIVEIRA (1971)²⁷.

Diante desses fatos, merecem atenção especial as alterações psicomotoras apresentadas pela criança hospitalizada sem a presença da mãe ou pessoa substituta*; surge importante questão em relação ao desempenho da equipe de saúde: estarão esses profissionais preparados para uma abordagem adequada a fim de ajudar cada criança em particular nessa situação angustiante? Estarão esses profissionais mais preocupados em minimizar a quebra da interação mãe-filho decorrente da hospitalização?

Acreditamos que so refletindo melhor sobre esses questionamentos é que poderemos redefinir nossos objetivos e propósitos.

A hospitalização devida à doença, freqüentemente inevitável, constitui um dos perigos mais correntes e mais graves para a criança quando esta não pode ficar junto de sua mãe (...). A criança sente-se abandonada pela mãe, daí vem a manifestar grande ansiedade e apresentar o quadro clínico de isolamento afetivo (BIERMANN, 1980)⁴.

Embora seja pouco explicitado nesse trabalho, o objetivo principal foi articular um conjunto de conhecimentos que

* Vide pag. 17.

possam contribuir, para que o enfermeiro aumente seus conhecimentos acerca da regressão emocional ocorrida pela separação em crianças quando são hospitalizadas sem a presença da mãe. Ficamos convictos, porém, que é indispensável conhecer melhor os aspectos psicológicos que envolvem a pessoa humana quando é hospitalizada e, em especial, a criança que é a razão principal de nosso estudo.

1.3 - Fundamentação Teórica

O presente trabalho em sua fundamentação teórica se propõe a adotar um posicionamento eclético, pois considera a autora da pesquisa ser esta a posição que busca atingir uma visão mais completa da realidade. Diversas teorias psicológicas explicam a natureza e a razão das alterações comportamentais apresentadas pela criança hospitalizada sem a presença da mãe. Contudo, a intenção da pesquisa não é interpretativa, mas sim explicativa dos dados da realidade a serem estudados. Das teorias através das quais procurou a autora do trabalho explicar o desenvolvimento, na criança, de seus comportamentos e que foram estudadas nesta pesquisa, dentre outras, destacam-se: a Psicanálise e a teoria Behaviorista.

Segundo AJURIAGUERRA (1977)² "*não poderia existir o estudo ontogênico da criança sem ter em conta a psicanálise*". Já a teoria de SKINNER (1957)⁴², que é behaviorista, objetiva seus estudos a partir de comportamentos exteriorizados e observáveis através de verbalizações e comportamentos explícitos. Foi a partir da linha preconizada por SKINNER (1957)⁴² e com a contribuição de dados fornecidos por GRÜNSPUN (op.cit.)¹⁹ que se redigiu o instrumento desta pesquisa que foi adaptada a uma escala "Tipo LIKERT".

possam contribuir para que o enfermeiro aumente seus conhecimentos acerca da regressão emocional ocorrida pela separação em crianças quando são hospitalizadas sem a presença da mãe. Ficamos convictos, porém, que é indispensável conhecer melhor os aspectos psicológicos que envolvem a pessoa humana quando é hospitalizada e, em especial, a criança que é a razão principal de nosso estudo.

1.3 - Fundamentação Teórica

O presente trabalho em sua fundamentação teórica se propõe a adotar um posicionamento eclético, pois considera a autora da pesquisa ser esta a posição que busca atingir uma visão mais completa da realidade. Diversas teorias psicológicas explicam a natureza e a razão das alterações comportamentais apresentadas pela criança hospitalizada sem a presença da mãe. Contudo, a intenção da pesquisa não é interpretativa, mas sim explicativa dos dados da realidade a serem estudados. Das teorias através das quais procurou a autora do trabalho explicar o desenvolvimento, na criança, de seus comportamentos e que foram estudadas nesta pesquisa, dentre outras, destacam-se: a Psicanálise e a teoria Behaviorista.

Segundo AJURIAGUERRA (1977)² "*não poderia existir o estudo ontogênico da criança sem ter em conta a psicanálise*". Já a teoria de SKINNER (1957)⁴², que é behaviorista, objetiva seus estudos a partir de comportamentos exteriorizados e observáveis através de verbalizações e comportamentos explícitos. Foi a partir da linha preconizada por SKINNER (1957)⁴² e com a contribuição de dados fornecidos por GRÜNSPUN (op.cit.)¹⁹ que se redigiu o instrumento desta pesquisa que foi adaptada a uma escala "Tipo LIKERT".

1.4 - Delimitação do Estudo

Nosso objetivo nesse estudo é o de discutirmos as alterações psicomotoras apresentadas em criança hospitalizada sem a presença da mãe e que tivesse as seguintes características:

- . Não ser portadora de transtornos de ordem psíquica, não ser deficiente mental, não apresentar doenças degenerativas e não ter deformações físicas;
- . Estar compreendida na faixa etária de 1 a 6 anos de idade.

1.5 - Objetivos

1. Observar se a ausência da mãe, ou pessoa substituta, altera o desenvolvimento psicomotor da criança hospitalizada.
2. Investigar a percepção do enfermeiro como agente implementador do plano de cuidado que leve em conta o crescimento e o desenvolvimento da criança hospitalizada.
3. Propiciar subsídio ao enfermeiro para melhorar a assistência à criança hospitalizada, através dos resultados obtidos neste estudo.

1.6 - Hipóteses

- . A ausência da mãe ou pessoa substituta é causadora do aparecimento de alterações comportamentais nas crianças hospitalizadas.
- . O profissional de enfermagem vem prestando assistência necessária no sentido de minimizar os efeitos negativos da hospitalização, no crescimento e no desenvolvimento psicomotor da criança.

- . Uma assistência materno-infantil que leve em conta os aspectos psicológicos da hospitalização é um fator importante para reduzir as ocorrências de problemas psicomotores da criança hospitalizada.

1.7 - Definição de Termos

Torna-se preciso esclarecer alguns termos básicos que serão adotados neste trabalho.

Além dos comportamentos manifestados pelas crianças citadas pelos autores estudados, como esperados para as idades de 1 a 6 anos, encontrou-se a indicação de autores para outros comportamentos manifestados pela criança hospitalizada, como sendo sinais de perturbação. Foram eles:

- MUDEZ

"É a impossibilidade de a criança se exprimir pela linguagem falada". (GRÜNSPUN, 1979, p.266).

SOLOMON & PATCH (1975) situam o mutismo como relutância para verbalizar as idéias.

- TIMIDEZ

A timidez denota manifestações de insegurança da criança. Como distúrbio evolutivo, é vencida na etapa da escolaridade, mas, se aparecer como traço de personalidade, requer tratamento com maior duração. (GRÜNSPUN, 1979).

- AGRESSIVIDADE

AJURIAGUERRA (1977), aponta essa característica de agressividade como própria de crianças inadaptadas. Aparece em maior grau, ao final de um processo crescente. A criança pode manifestar sua agressividade ao comer, dormir, controlar esfincteres; posteriormente, em cólera, no plano escolar, socialmente expressando rechaço, negação ou oposição, sob a forma de brutalidade, destrutividade, vandalismo.

- COMPORTAMENTO ARREDIO

Esse comportamento se caracteriza pelo ensimesmamento, renunciando à luta. Pode ser considerado por uma baixa auto-imagem, muitas vezes devida à rejeição ou menosprezo dos pais. (GARRISON et alii, 1971).

- MASTURBAÇÃO

"É um ato de manipulação da área genital caracterizada por fricção que resulta em prazer erótico!" (GRÜNSPUN, 1979, p.322).

Segundo SOLOMON & PATCH (1975), a masturbação é comum às crianças, porém a ocorrência dessa prática sem consideração à presença de outras pessoas, ou porque elas estão ali, revela que existe geralmente a falta de um bom relacionamento afetivo no seu ambiente.

SEARS et alii (1975), em amplo estudo de entrevista com mães de pré-escolares, constataram que mais ou menos metade das crianças de classe média realizava o jogo sexual ou a manipulação dos genitais.

MALINOWSKI (1927) observou, em sua pesquisa, que nas ilhas Trobriand, onde o sexo não é reprimido, os pré-escolares são muito ativos no nível genital, com prática de muitos jogos sexuais. Essa colocação mostra uma situação oposta à cultura ocidental, onde se procura abafar o interesse, a atividade e a excitabilidade da criança, de modo geral.

- HUMOR

Atitude ou tendência emocional para reagir favorável ou desfavoravelmente a outras pessoas.

- PERCEPÇÃO

Processo pelo qual o indivíduo se torna consciente dos objetos e relação no mundo circundante, na medida em que essa consciência depende de processos sensoriais.

- SUCÇÃO DO POLEGAR

GRÜNSPUN (1979) explica que a sucção do polegar é um nome genérico pelo qual conhecemos esse hábito, mas na verdade, pode ser a sucção de qualquer um dos dedos. E que esse hábito está frequentemente associado à ^(*)insatisfação emocional. E continua afirmando o autor que "a sucção do polegar poderá ser: 1) prolongamento de um hábito como característica benigna de conduta; 2) sintoma de distúrbio emocional; 3) conduta francamente patológica!" (GRÜNSPUN, 1979, p.357-58).

- PESSOA SUBSTITUTA

É considerada "Pessoa Substituta" ou "Substituta" alguém ligada afetivamente à criança e que eventualmente assume o papel da mãe.

(*) Sugestão do Prof. C.Pernetta.

"Quem me dera ouvir de alguém a voz hu-
mana que confessasse não um pecado, mas
uma infância!"

FERNANDO PESSOA

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA2.1 - Aspectos Psicológicos da Hospitalização Infantil

A hospitalização é um dos eventos na vida moderna que envolve profunda adaptação do homem às várias mudanças que a contecem em seu "dia-a-dia". Esta adaptação pode ocorrer de forma mais fácil em certas pessoas; em outras, entretanto, pode apresentar-se de forma difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa assistência (MANZOLLI,1983)²⁵.

No decorrer dos últimos anos, vem-se desenvolvendo cada vez mais a literatura relacionada sobre a hospitalização infantil.

Ninguém duvida que a função do hospital consiste em auxiliar os doentes a recuperarem a saúde (...); no entanto, um certo número de dificuldades reais no cumprimento desta função, tem de ser enfrentada, a fim de se poder salvar a saúde mental (BARNES,1973)³. O hospital já é capaz de proporcionar satisfação aos requisitos físicos, porém quanto aos psicológicos e sociais deixa ainda muito a desejar (D'ANDREA,1976)¹⁰. A situação hospitalar está sendo desenvolvida de uma maneira muito impessoal e se dá mais atenção à doença do que aos sentimentos desencadeados no indivíduo pela hospitalização (PLANK,1966)³².

Quando um adulto se hospitaliza, suas atividades normais são interrompidas. Uma vez restabelecido, ele retoma as

antigas tarefas normalmente. Com crianças isto não ocorre. A criança em crescimento não pode interromper seu ciclo normal de desenvolvimento (...). O hospital tem que assumir tarefas que devam ser desenvolvidas de maneira tal que o ritmo de vida e de crescimento da criança possam continuar (PLANK, 1966)³².

ALCOCK (1977), citada por MANZOLLI (1983)²⁵, procurou conhecer como era a hospitalização de crianças em hospitais de ONTÁRIO, Canadá. Segundo a autora citada, a associação para cuidados de crianças hospitalizadas compilou uma bibliografia de mais de 400 publicações sobre a hospitalização infantil, especialmente sobre as necessidades e o desenvolvimento psicológico infantis. Concluiu que muitos hospitais de ONTÁRIO ignoraram o que tinha sido escrito acerca de como reduzir o trauma da hospitalização e ajudar a criança a continuar seu desenvolvimento, mesmo estando no ambiente hospitalar.

GEIST (1976)¹⁷ diz que foi realizada uma investigação minuciosa dos efeitos da hospitalização sobre as crianças e o resultado demonstrou que ela acarreta uma série de sequelas muito importantes e que, apesar de muitas crianças se mostrarem felizes no hospital, no entanto ao voltarem às suas casas apresentam transtornos de conduta mais ou menos prolongados. Para BARNES (1973)³ esses fatos só ocorrem porque o hospital organiza seu trabalho voltado somente para seus ideais, não importando com isso as consequências que possam resultar desse trabalho uma vez que essas manifestações só irão aparecer na criança depois do regresso ao lar. E continua essa autora, afirmando que as crianças não esquecem as experiências pelas quais passaram no hospital, elas persistem na sua memória até a idade adulta e contribui para perpetuar a imagem corrente do hospital.

HEINICKE & WESTHEIMER (1966) citado por BOWLBY (1984)⁶ postulam que: *"a duração do período de separação de uma criança de sua mãe é uma variável que verificou-se estar regularmente associada à perturbação crescente durante a separação e após o regresso ao lar!"*

De fato, afirma BIERMANN (1980)⁴, a equipe de saúde não poderia deixar de constatar que os cuidados médicos, mesmo sendo proporcionados em condições ideais, não bastam por si só para uma cura definitiva e que, continua esse autor, à medida que se tomou mais consciência da importância do psiquismo da criança, especialmente de suas necessidades no plano afetivo que constituem a base do seu bem-estar, físico e psíquico verificou-se que a sua hospitalização sem a presença da mãe ou de uma pessoa com a qual mantenha um vínculo afetivo pode provocar o aparecimento de distúrbios psíquicos.

BOWLBY (1982)⁸, referindo-se aos efeitos produzidos pelo trauma da hospitalização em crianças entre oito meses e cinco anos afirma: *"As crianças só deveriam ser hospitalizadas em caso de absoluta necessidade e tendo a mãe consigo no hospital!"* A permanência dos pais no hospital, ressalta OBERLANDER (1980)²⁶, favorece a adaptação da criança ao novo ambiente.

Para GRÜNSPUN (1979)¹⁹, esses distúrbios poderiam ser minimizados se nesse momento crítico a mãe estivesse presente no hospital com a criança e acrescenta: *"A mudança de ambiente, catástrofes locais ou familiares, além da carência afetiva, são fatores causadores de distúrbios emocionais na criança, os quais podem ser expressados por ela através de sentimentos agressivos, o que vem acrescentar uma frustração ainda maior!"* Para BOWLBY (1984)⁵, a mudança do meio ambiente implica em certas consequências, mas o que importa muito mais para a criança é se a mãe está presente ou ausente.

Muitas complicações oriundas da hospitalização podem ser evitadas se mantivermos o vínculo simbiótico mãe-filho inalterado neste período, pois esse relacionamento inicial é o ponto de partida para o desenvolvimento emocional do ser humano. Isto significa, entre outras coisas, que temos uma organização particular do ego e do mundo, que depende do vínculo simbiótico entre mãe e filho. Somente a partir dessa organização inicial é que nos vamos diferenciando gradativamente, até alcançarmos o desenvolvimento de identidade própria, e senso de realidade (SEGAL (1975)³⁸.

Baseando-se na psicanálise freudiana, toda uma geração de pediatras e de psicólogos para crianças, da qual ANNA FREUD, MELANIE KLEIN, ERICKSON, WINNICOTT, BOWLBY e ROBERTSON foram os mais ilustres representantes, estudaram os problemas próprios à primeira infância e afirmaram que desde os primeiros meses, a criança desenvolve em relação à sua mãe um relacionamento íntimo de natureza simbiótica que é determinante para a sua vida e seu desenvolvimento futuro. A aprendizagem dos primeiros passos lhe permite descobrir um ambiente mais vasto, acarreta o desaparecimento dessa simbiose em proveito de uma autonomia sempre maior. Todavia, a criança tem, ainda, necessidade da presença da mãe durante vários anos para se refugiar junto dela sempre que se sinta ameaçada (...), é importante que o vínculo simbiótico mãe-filho, unidade primeira necessária para uma futura relação saudável, possa ser mantido apesar da necessidade que a criança venha a apresentar de se hospitalizar (BIERMANN, 1980)⁴. Qualquer desvio no estabelecimento dessa simbiose é prognóstico certo de problemas futuros na personalidade do indivíduo (FREUD, A. 1977)¹⁴.

As crianças doentes sentem necessidade especial de manter relação afetiva com alguém (BIERMANN,1980)⁴. As pessoas que as assistem no hospital estão sempre muito ocupadas com tarefas burocráticas, além disso há uma mudança constante nos horários dessas pessoas, em virtude das obrigações e/ou escalas hospitalares. Essa mudança constante de pessoal na enfermaria não dá oportunidade para que se estabeleça uma relação afetiva entre a criança e quem a está assistindo. Com isso ela se sente desprotegida, por não poder identificar todas as outras pessoas, sofre muito com a falta da mãe (D'ANDREA, 1976)¹⁰. Com essa experiência de relação transitória com uma série de pessoas do meio hospitalar, cada uma das quais deixando-a, repete-se, desse modo, a experiência da perda original da mãe, o que, com o tempo, levará a criança a agir como se nem os cuidados maternos nem o contato com outros seres humanos tivessem muito significado. (...) Essas perdas sucessivas podem fazer com que a criança passe a não querer mais ligar-se afetivamente a ninguém (...) Isso pode gerar um bloqueio na capacidade para estabelecer e manter relações profundas, como as que se apresentam nas personalidades indiferentes e psicopáticas (BOWLBY,1984)⁶.

Dentre as diversas contingências relatadas, referentes à hospitalização da criança pelo problema da separação mãe-filho, ainda deparamos com a situação crítica de hospitalismo infantil.

Hospitalismo infantil é um nome proposto por SPITZ .. (1982)⁴⁰, que estudou os sintomas apresentados pelas crianças pequenas separadas das mães. Convém destacar, também, as observações posteriores realizadas por BAKWIN (1949) citado por

D'ANDREA (1962)¹⁰. Ele observou que crianças que permaneceram numa instituição hospitalar por algum tempo, apresentavam um quadro caracterizado por: palidez, apatia, fracas respostas aos estímulos ambientais, inapetência, perda de peso, aceleração do trânsito intestinal, sono agitado e predisposição para surtos febris sem causa demonstrável, apresentavam, em suma, características de criança carente não só física, mas também emocionalmente.

As observações feitas por vários autores levaram à conclusão de que o processo de hospitalismo pode chegar a determinado ponto, tornar-se irreversível, registrando assim características próprias do carente cultural, na área sensorial, intelectual, de comunicação, de conceitos, de discriminação e social. Também foi confirmado que o intenso hospitalismo tem sido causa de mortalidade infantil.

2.2 - A Reação de Separação Mãe-Filho

Além das características de hospitalismo e carência afetiva, nota-se em crianças hospitalizadas a chamada reação de separação que ocorre mais ou menos dos seis meses aos cinco anos de idade, refere (D'ANDREA, 1962)¹⁰. Para este autor, a característica marcante da reação de separação é observada na resposta de angústia das crianças quando são afastadas dos cuidados maternos, de todas as demais figuras substitutas e também do seu ambiente familiar e estão sendo cuidadas num lugar estranho, por uma sucessão de pessoas desconhecidas.

É de fundamental importância para nosso estudo e convém destacar aqui a observação realizada por BOWLBY (1984)⁶, que descreveu uma seqüência predizível de comportamentos a

presentados pelas crianças hospitalizadas, após o trauma da separação. Esta seqüência é dividida de acordo com a atitude predominante, em relação à mãe, em três fases: Protesto, Desespero e Desapego. Deve-se assinalar que, na realidade, cada uma dessas fases funde-se com a seguinte, de modo que uma criança pode permanecer durante dias ou semanas num estado de transição de uma fase para a outra, ou em alternância entre duas delas.

A fase inicial, a de Protesto, pode começar ou ser protelada; dura de algumas horas a uma semana ou mais. A criança parece intensamente aflita por ter perdido sua mãe e procura reencontrá-la. Seus comportamentos são: chora fortemente e olha ansiosa para qualquer vulto ou som que seja semelhante às características de sua mãe. Ao mesmo tempo, rejeita qualquer figura alternativa, embora, às vezes, se apegue a alguém da equipe de enfermagem.

Durante a fase de Desespero, que sucede à de Protesto, a preocupação da criança com sua mãe ausente é evidente, embora seu comportamento sugira uma crescente desesperança. Os movimentos físicos ativos diminuem ou cessam, podendo haver choro monótono e intermitente. Mostra-se retraída e inativa. Não solicita as pessoas ao seu redor e parece mergulhar num estado de profundo luto. A quietude da criança nesse estágio faz supor-se — e, às vezes, de maneira errônea — que tenha havido um declínio da aflição.

Na fase de Desapego, a criança já mostra interesse nas coisas que a cercam e por essa razão é freqüentemente acolhida como um sinal de adaptação. A criança já não rejeita o pessoal da equipe de saúde; aceita seus cuidados, alimento e

os brinquedos que eles lhe trazem, pode até sorrir e ser sociável. Para alguns, essa mudança parece satisfatória. No entanto, quando a mãe a visita, percebe-se que nem tudo está bem, pois nota-se a ausência de apego que é normal nessa idade. Não acolhe efusivamente a mãe, aparenta indiferença, tendo muitas vezes dificuldades em reconhecê-la. Permanece distante e apática, não demonstrando a alegria esperada nestas ocasiões. Ela parece ter perdido todo o interesse na mãe.

Ainda em relação à situação descrita, BOWLBY (1984)⁶ assinalou o fato de que uma criança, vivendo em um hospital ou qualquer outra instituição, que tenha atingido esse estado, pode deixar de mostrar-se perturbada quando qualquer um membro da equipe de saúde mude ou saia. Ela torna-se cada vez mais egocêntrica e, em vez de dirigir seus desejos e sentimentos para as pessoas, ela passa então a se preocupar com coisas materiais como, alimentos e brinquedos. Ela poderá apresentar-se alegre e adaptada a sua situação e, aparentemente, sem qualquer temor às pessoas estranhas. Mas essa adaptação é superficial; ela simplesmente deixou de importar-se com qualquer pessoa, defensivamente.

Frente a essa situação, WINNICOTT (1982)⁴⁵ comenta que essa aparente adaptação é um mecanismo de defesa utilizado pela criança como um meio de reduzir sua tensão resultante da frustração, e prossegue esse autor, afirmando que a criança pode-se acomodar com essa situação e no futuro apresentar uma tendência anti-social, originada pela perda sucessiva das pessoas com quem ela se relacionava.

Para KATE FRIEDLANDER (149) citada por LEOVICI (1980)²²,
"o caráter anti-social confirma a existência de dificuldade nas experiências precoces com a mãe!"

Segundo LEBOVICI (1980)²², somente a partir do momento em que a criança reconhece sua mãe como tal, e que ela se torna indispensável, é que a separação corre o risco de ser funesta.

Pelos fatos relatados podemos constatar que a carência materna modifica consideravelmente a conduta da criança bem como a sua retomada à vida posterior.

Consideramos, pois, ser necessário só internar a criança em caso de absoluta necessidade e, como diz PERNETTA (1980)³⁰ tendo a mãe consigo no hospital.

Em decorrência dessa situação tão grave que acomete as crianças quando são separadas de suas mães, LEBOVICI (1980)²² sugere que, quando a criança se hospitaliza, por motivos indispensáveis, é preciso que a instituição lhe proporcione um atendimento não somente no plano somático, mas, também, no plano das relações, e que seja satisfatório, em quantidade e em qualidade.

Relatou, ainda, que tudo isso tem uma repercussão financeira mas, neste como em outros casos, é preciso convencer os serviços administrativos da gravidade do que acaba de ser exposto acima, pois trata-se na verdade, dos únicos investimentos econômicos capazes de assegurar uma profilaxia que, como se sabe, é sempre menos dispendiosa e menos aleatória que a terapia ou a reabilitação de seqüelas emocionais da criança hospitalizada.

2.3 - Conduta de enfermagem frente à criança hospitalizada

A criança hospitalizada está predisposta a uma série de experiências desagradáveis, quer de exames para diagnósticos, quer do próprio tratamento que está realizando. PERNETTA (1980)³⁰, considera que a própria doença e a hospitalização são ocorrências na vida da criança muito difíceis de serem vividas, e acrescenta que, nessa situação, a criança necessita de apoio emocional, caso contrário a sua saúde mental pode ser afetada.

A OPAS/OMS (1973)²⁸, definindo as funções do enfermeiro em relação aos programas de saúde materno-infantil, coloca como primeira função do enfermeiro na área assistencial, a de identificar os problemas de saúde e as necessidades próprias de cada fase do crescimento e de desenvolvimento emocional da criança, desde a concepção até a adolescência.

Deste modo, para que o enfermeiro possa desempenhar o seu papel em relação à assistência à criança hospitalizada, precisa conhecer o processo de crescimento e de desenvolvimento infantil e as influências provenientes desses fatores no equilíbrio emocional da criança decorrentes da situação experimentada no momento, para que não haja solução de continuidade.

No entanto, sabe-se que o enfermeiro, durante seu processo de formação, aprende a identificar os agentes geradores de desequilíbrio na pessoa humana, porém observa-se que a preocupação com a doença em detrimento do emocional, é um fato notório na instituição hospitalar.

Dentro deste enfoque destaca PAIM (1979), citada por ES PÍRITO SANTO (1984)¹³, que o enfermeiro pode lidar adequadamente com as ansiedades oriundas da insegurança emocional, desde que possua uma percepção ampla e cientificamente fundamentada acerca dos sinais e sintomas que podem expressá-las.

MARLOW (1973), citado por RIBEIRO et alii (1983)³³, enumera as seguintes razões pelas quais o enfermeiro precisa compreender e entender sobre o crescimento e o desenvolvimento emocional da criança:

- Saber o que esperar de uma criança em particular, em cada faixa etária e quando surgirem outros comportamentos mais maduros;

- Utilizar o conhecimento e o nível de desenvolvimento da criança para guiá-la quanto a um comportamento mais maduro;

- Saber a necessidade da criança de acordo com sua faixa etária, e formular um plano de assistência de enfermagem que atenda a cada criança em particular;

- Compreender e entender melhor a razão de determinados comportamentos apresentados pelas crianças de diferentes faixas etárias.

- Ensinar às mães como observar e como utilizar seus conhecimentos sobre o desenvolvimento e crescimento da criança.

Como no nosso estudo não tivemos mães presentes, o enfermeiro é um profissional que muito pode ajudar a criança na sua socialização, na educação dos hábitos higiênicos, na promoção de lazer e recreação, tendo em vista tor-

nar a criança mais independente de determinados cuidados básicos de enfermagem, contribuindo assim para a sua saúde integral.

De acordo com os fatos mencionados acima, cabe ainda ao enfermeiro empreender esforços, de modo que o crescimento e o desenvolvimento emocional da criança não sejam prejudicados pela situação de hospitalização, devendo para isso estabelecer uma relação terapêutica, constituída de sentimentos de empatia e compreensão e oferecer um ambiente terapêutico capaz de permitir à criança expressar seus sentimentos através de suas ações.

Acredita-se que, através do conhecimento científico e do desenvolvimento de uma percepção ampla, aplicados à prática no relacionamento terapêutico, possa o enfermeiro identificar precocemente as alterações emocionais sofridas pela criança hospitalizada sem a presença da mãe.

Para DANIEL (1983)¹¹, "a atuação da equipe de enfermagem transcende a de meros executores de ordens; estende-se à posição de co-participantes junto aos demais profissionais da área de saúde no plano global de prevenção, tratamento e reabilitação!" Portanto, a enfermeira deverá estar alerta para ser sempre um profissional com responsabilidade. Como afirma DANIEL (1983)¹¹, "possui conhecimentos próprios e ainda os adquiridos de outras ciências, capacitando-a para uma atuação dinâmica, criativa e técnica!"

Considerando-se a importância do conhecimento das fases de desenvolvimento pré e pós-natal para que o enfermeiro possa prestar uma assistência adequada à criança hospitalizada, convém salientar MANZOLLI (1983)²⁵, que afirma ser

ser necessário introduzir no currículo de enfermagem além de Psicologia Geral, Psicologia da Infância e da Adolescência, disciplinas essas que deveriam ser oferecidas no ciclo pré-profissional. Sem o conhecimento específico de psicologia, que sirva de subsídio para a implementação da assistência de enfermagem, o desempenho do enfermeiro pode tornar-se ineficaz para a problemática em questão. Segundo EPSTEIN (1974)¹², somente desta maneira a enfermagem concorrerá para a formação de uma sociedade melhor.

Acredita-se que, sendo o enfermeiro conhecedor das necessidades emocionais infantis e tendo experiências acerca do comportamento manifestado pela criança em qualquer faixa etária, poderá então, dessa forma, minimizar ou eliminar as alterações de comportamento apresentadas por ela, enquanto hospitalizada sem a presença da mãe ou pessoa substituta.

2.4 - Comportamentos e Condutas da Criança

Abordaremos de forma genérica alguns comportamentos e condutas da criança que devem ser conhecidos, observados e identificados em casa ou em situação de hospitalização. PIÈRON (1966) define comportamento como "*a maneira de ser e de agir dos animais e seres humanos, as manifestações objetivas de sua atividade global.*" Quanto ao termo "*conduta*", também encontrado "*Lato sensu*" como refere OSÓRIO (1974)²⁹

"não se restringe unicamente à área da sociabilidade, mas abrange todo o complexo comportamental da criança, como sejam sua conduta alimentar, sono, motricidade em geral, linguagem, controle esfinteriano, seus hábitos e manipulações, sua atitude consigo mesma e com seu ambiente familiar, escolar ou social e assim por diante!"

Como motivo de escolha de foco da pesquisa sobre o com
portamento manifestado pela criança hospitalizada, volta-se a
recorrer a uma fundamentação teórica da corrente psicanalíti
ca. AJURIAGUERRA (1977, p.149)² discorre sobre as desorgani
ções dizendo que:

"as desorganizações funcionais podem ter um início precoce,
por falta geral de contatos referenciais, ou afetos, ou por
transtornos das primeiras relações. Quando estes transtor-
nos são maciços e se produzem durante o período de matura
ção, podem ocasionar mudanças equivalentes aos causados por
síndromes lesionais!"

Segue o autor referindo que, quando os distúrbios de re
lação ocorrem mais tarde, podem ter como consequência a alte
ração da conduta, funcionando em nível neurótico ou psicótico;
produzir desorganizações na área da motricidade ou na área da
linguagem. Estes transtornos, segundo o mesmo autor, não se ex
plicam por uma simples ação externa, mas é preciso considera-
rem-se tensões, forças e conflitos internos da criança em de
senvolvimento. Não se dão à margem da ação de impulsos de re
lação com o objeto, ou à margem de cargas afetivas. O desenvol
vimento infantil dependerá de vários fatores, como por exem-
plo: da tolerância às frustrações, da criança suportar angús-
tia, de ser capaz de assumir fenômenos próprios da infância,
de não se fixar em uma inadaptação do processo de desenvolvi
mento e de não se privar de organizar mecanismos de defesa.

Para OSÓRIO (1974)²⁹, o sintoma implica a exterioriza
ção de uma perturbação somática ou psíquica, revelando que "al
go não vai bem" na evolução da criança. Para MAC BRYDE 1975 p.2)
"a rigor, os sintomas são subjetivos, percebidos apenas pela pessoa doen
te. Os sinais, ao contrário, são observados por outros e, em alguns casos,
pelo próprio paciente!"

"Um sintoma" — esclarece KNOBEL (1973,p.84), "*nunca significa necessariamente enfermidade, mas constitui sinal de alarma: pode ser que estejamos frente a algum problema de difícil solução!*"

Com referência ao termo "*distúrbio*", tão encontrado na literatura psicológica, foi referido por OSÓRIO (1974)²⁹ como denominação que está em desuso na linguagem psiquiátrica infantil e que está sendo utilizado sem critérios. Na Classificação Internacional de Doenças da OMS (apud SALOMON & PATCH, 1975, p.674-80)³⁷, "*os distúrbios de conduta*", ao que parece, estariam ligados aos distúrbios de sociabilidade, não abrangendo os transtornos específicos da conduta, como: alimentar, sono, etc.

A título de esclarecimento, a expressão "*distúrbios de conduta*" era classicamente usada, em psiquiatria e psicologia, para descrever os fenômenos que a criança apresentava no ambiente, dificultando seu ajustamento. Os estudos eram puramente descritivos e demonstravam um interesse empírico no comportamento da criança. A primeira colaboração científica na definição e classificação dos distúrbios de conduta, coube a POTTER (apud GRÜNSPUN, 1976)²⁰, que evidenciou suas causas subjacentes, considerando-as sintomáticas como resposta a fatores biológicos e ambientais. POTTER propôs uma classificação psiquiátrica, agrupando-os em duas categorias fundamentais: defeitos físicos e desajustamentos mentais — nomes que se tornaram clássicos e aceitos oficialmente pelo Departamento de Higiene Mental do Estado de Nova York.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 - Modelo do Estudo

A pesquisa foi conduzida por um modelo que pode ser classificado como exploratório.

Essa pesquisa visou a conhecer as possíveis alterações comportamentais apresentadas com mais frequência nas crianças enquanto hospitalizadas sem a presença da mãe ou de pessoa substituta.

3.2 - Universo e Amostra

Como universo do presente trabalho, foram considerados os enfermeiros, crianças hospitalizadas sem a presença da mãe e a mãe dessas mesmas crianças.

Esse trabalho foi realizado em um Hospital Universitário Pediátrico do Rio de Janeiro.

- A escolha deu-se ao fato de ser um Hospital de Assistência e Ensino que:

- . presta assistência médico-hospitalar, quer no campo preventivo, quer no curativo;
- . proporciona campo de ensino aos alunos matriculados nos cursos de enfermagem, de medicina, de serviço social e de nutrição e dietética;
- . proporciona meios para a investigação e o desenvolvimento das ciências da saúde;

possui no serviço de enfermagem enfermeiros que, além de exercerem suas funções assistenciais, colaboram diretamente com o ensino das Escolas de Enfermagem.

O serviço de enfermagem é constituído por 19 (dezenove) enfermeiros, 18 (dezoito) auxiliares de enfermagem, 7 (sete) técnicos de enfermagem, 8 (oito) auxiliares operacionais e duas secretárias.

Há nesse hospital um total de 90 (noventa) leitos para atender as doenças pediátricas. No período em que estávamos realizando nosso estudo, esse número de leitos foi reduzido, ficando a média mensal de atendimento variável entre 20 (vinte) e 25 (vinte e cinco) o total de crianças que eram hospitalizadas. Esse fato deveu-se às greves nas Universidades Autárquicas, o que levou o atendimento a dar prioridade apenas aos casos considerados graves.

- AMOSTRA

A amostra utilizada neste estudo tem a composição apresentada na tabela abaixo, onde aparece, também a relação entre esta e o universo, podendo-se constatar, de modo claro, o seu alto grau de representatividade.

Tabela I

Dimensionamento da Amostra e sua Relação com o Universo

Especificação	NÚMERO DE ELEMENTOS		$\frac{(B)}{(A)} \times 100$
	Do Universo (A)	Da Amostra (B)	
Crianças Hospitalizadas	20	20	100
Enfermeiros	19	18	95
Mães de Crianças Hospitalizadas	20	20	100
TOTAL	59	58	99

No processo de identificação da amostra de enfermeiros para a presente pesquisa, selecionaram-se todos os enfermeiros, num total de 19 (dezenove), sendo que um deles recusou-se a participar de nosso estudo, perfazendo um total de 18 (dezoito) enfermeiros, correspondendo a 95% do universo de enfermeiros do hospital, os quais ocupavam cargo de chefia, de supervisão de unidade e de assistência de enfermagem direta.

Para comparação da atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança, bem como a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esses profissionais, foram abordadas as mães das crianças que faziam parte de nossa amostra, as quais também forneceram informações necessárias para a análise do comportamento da criança antes de ser hospitalizada.

Para o processo de seleção da amostra das crianças hospitalizadas, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- A) Não estar acompanhada pela mãe, durante a hospitalização.
- B) Não ser portadora de transtornos de ordem psíquica, não ser deficiente mental, não sofrer de doenças crônicas degenerativas e nem apresentar deformações físicas.
- C) Estar compreendida na faixa etária de 1 a 6 anos de idade.

Tomando-se por base o dia de sua chegada ao hospital, essas crianças foram observadas por um período de 8 (oito) - dias consecutivos.

3.3 - Escolha do Instrumento para a Coleta de Dados

Os instrumentos que empregamos nesta pesquisa foram elaborados a partir de outras pesquisas já realizadas, com adaptação de alguns itens voltados para estudos similares a este aqui descrito. Nossa intenção foi de mantermos maior fidedignidade dos dados questionados.

3.4 - Elaboração e Estruturação do Instrumento

Para alcançarmos os objetivos deste estudo foram aplicados 4 (quatro) tipos de instrumentos de coleta de dados, a saber:

- . Entrevista com a Mãe ou Responsável pela criança hospitalizada;
- . Formulário para observação da criança hospitalizada;
- . Formulário para entrevista com o responsável pela criança hospitalizada sobre o enfermeiro;
- . Questionário para avaliar a percepção do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada.

A primeira parte dos questionários foi composta somente com questões específicas para cada grupo entrevistado e a parte restante contém uma escala que foi elaborada com base nos diferentes autores consultados, contendo uma abordagem comum para todo o grupo entrevistado.

No formulário para a observação da criança, adotou-se o critério de selecionarem-se apenas comportamentos mais apropriados para observação dentro de uma enfermaria, uma vez que a pesquisa seria realizada em um hospital.

Os questionários elaborados no início da pesquisa, sofreram algumas modificações, à medida que o pré-testamos, notada

mente no sentido de redação e ordenação das perguntas a fim de que ficassem mais em acordo com os objetivos e hipóteses traçados.

3.5 - Instrumentos para obtenção de dados

Descrição

. Em relação à criança

Além da observação realizada por 3 (três) horas diárias a fim de verificarmos o comportamento da criança na enfermaria, também fazíamos um resumo do seu prontuário médico, onde anotávamos as observações registradas sobre o comportamento dela no horário em que não estávamos presente.

A elaboração do questionário empregado para a observação da criança, obedeceu ao mesmo critério adotado na elaboração do questionário empregado para entrevistar a mãe; isto se fez, visando analisar se o comportamento apresentado em casa pela criança era o mesmo que apresentava enquanto hospitalizada.

. Em relação à mãe da criança

Entrevistamos a mãe da criança por dois motivos:

- Por ser a pessoa adequada para prestar informações sobre a criança, especialmente sobre seus hábitos, costumes e desenvolvimento psicomotor;
- obtermos informações sobre a atitude do enfermeiro frente ao comportamento apresentado pela criança hospitalizada, e, com isso, fazermos uma comparação entre o que foi percebido pela mãe e o que foi dito pelo enfermeiro.

. Em relação ao enfermeiro

O questionário aplicado ao enfermeiro, foi elaborado com dados considerados importantes para a observação e o atendimento desse profissional, pois inclui perguntas relacionadas com possíveis alterações psicomotoras que podem acometer a criança quando é hospitalizada sem a presença da mãe.

As ações executadas pelo enfermeiro, junto à criança hospitalizada, e por ele respondidas, foram comparadas com as respostas dadas pelas mães dessas crianças sobre os cuidados dispensados à criança por esses profissionais.

Essa abordagem se fez necessária, para verificarmos qual a atitude do enfermeiro, frente ao comportamento apresentado pela criança hospitalizada sem a presença da mãe.

3.6 - Procedimentos Utilizados na coleta de dados

Os dados foram coletados mediante perguntas feitas e registradas em questionários padronizados. Sistemáticamente, a entrevistadora, no início da entrevista informava aos entrevistados que se tratava de uma pesquisa e assegurava-lhes o não registro de nome e endereço dos mesmos, isto é, garantia-lhes que as informações prestadas ficariam em sigilo.

Embora o estudo tenha sido sigiloso, efetuamos uma lista nominal dos entrevistados, a fim de evitarmos duplicidade nas entrevistas realizadas.

Elaboramos nosso trabalho a partir da literatura lida, onde procuramos observar quais eram as alterações psicomotoras mais comuns apresentadas pelas crianças quando eram hos

pitalizadas sem a presença da mãe, e também verificar, nessa situação, qual era a conduta adequada do enfermeiro para esse fim.

Essa pesquisa, iniciada em maio de 1984, foi interrompida no período de agosto a novembro dadas as impossibilidades por motivo de greve ocorridas nas universidades autárquicas, impedindo, assim, as observações para a realização da pesquisa.

3.7 - Tratamento dos dados

Na parte referente ao tratamento dos dados procedeu-se à tabulação manual dos dados constantes nos questionários. Foram elaboradas tabelas de múltipla entrada, onde foram cruzadas as variáveis pertinentes ao estudo.

O tratamento estatístico dos dados fornecidos constou de:

- . Diagramas;
- . Porcentagens;
- . Testes de hipóteses Estatísticas

Os dados dos instrumentos aplicados, tais como, "Formulário para observação da criança hospitalizada" (ANEXO 1), - "Entrevista com a mãe ou responsável pela criança hospitalizada" (ANEXO 2), "Formulário para entrevista com o responsável pela criança hospitalizada sobre o Enfermeiro" (ANEXO 3) e "Questionário para avaliar a percepção do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada" (ANEXO 4), foram agrupados em tabelas, também de múltipla entrada, considerando-se os cruzamentos necessários às proposições levantadas.

O tratamento estatístico acima referido pareceu-nos o suficiente para a consecução dos objetivos e hipóteses estabelecidas.

3.8 - Limitações

Constituíram limitações nesta pesquisa:

. O estudo não ter sido comparativo entre crianças hospitalizadas com a mãe presente e crianças sem a mãe presente. A não utilização deste grupo em nosso estudo deveu-se ao fato de que não é costume, na cidade do Rio de Janeiro, os hospitais admitirem a mãe com o filho na situação em que selecionamos nossa amostra.

Apesar dessa limitação indicada, a presente pesquisa justifica-se, face à significação do assunto que, como este, representa contribuições para minimização do problema da separação mãe-filho, gerado pela hospitalização da criança.

Pretendemos com este estudo despertar o profissional de saúde para a importância dessa situação no crescimento e desenvolvimento emocional da criança hospitalizada.

"A espantosa realidade das coisas é
a minha descoberta de todos os dias!!

FERNANDO PESSOA

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO EANÁLISE DOS RESULTADOS

Serão apresentados, inicialmente, os dados apurados com auxílio dos formulários "Para Observação da Criança Hospitalizada" (ANEXO 1) e de "Entrevista com a Mãe ou Responsável pela Criança Hospitalizada" (ANEXO 2), com o sentido de verificar se o comportamento apresentado em casa pela criança era o mesmo que ela mantinha enquanto hospitalizada; por essa razão denominamos de "ANTES" ao comportamento apresentado pela criança antes da internação, e de "DURANTE" ao comportamento manifestado por ela enquanto internada.

A tabela 9 apresenta os dados referentes à "Entrevista com o Responsável pela Criança Hospitalizada sobre o Enfermeiro" (ANEXO 3) e "Questionário para avaliar a percepção do Enfermeiro no cuidado à Criança Hospitalizada" (ANEXO 4). Estes dados servirão para realizar uma comparação entre a percepção da mãe sobre a assistência dada pelo enfermeiro e informações do enfermeiro de como ele presta essa assistência. Estes dados serão comparados, visando compreender a atuação do enfermeiro na clínica pediátrica.

As tabelas inseridas no texto, contêm uma escala com os seguintes itens: "NUNCA", "RARAMENTE", "ALGUMAS VEZES", "COM FREQUÊNCIA" e "SEMPRE". Neste estudo, serão citados apenas os itens que apresentaram as maiores incidências. Os outros itens contidos nas tabelas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,

19 e 20, encontram-se em anexo e contêm os demais dados coletados.

Os dados apresentados nos questionários como, idade da mãe ou responsável, situação conjugal, grau de escolaridade, ocupação, tempo de aleitamento, número de filhos, renda familiar, diagnóstico da criança e dados referentes ao enfermeiro e que não foram analisados neste estudo, encontram-se em anexo para estudos posteriores da autora ou de pessoas interessadas. Descreveremos neste trabalho apenas os dados mais significativos para nossa investigação.

Descrição dos Resultados

As tabelas de número 1 a 8 apresentam os resultados gerais obtidos com a aplicação dos formulários de "Observação da Criança Hospitalizada" (ANEXO 1) e de "Entrevista com a Mãe ou Responsável pela Criança Hospitalizada" (ANEXO 2).

A fim de facilitar a leitura dessas tabelas julgamos conveniente mostrar, de modo sucinto, como elas serão analisadas e para exemplo, consideramos a tabela 1 - "Comparação entre o comportamento apresentado pela criança, antes e durante a hospitalização, no que se refere ao SONO", onde se constata que das 20 (vinte) crianças observadas 14 (quatorze) tinham "Sempre sono normal", dos quais, "Durante" a internação, 7 (sete) tiveram "sono normal" apenas "Algumas vezes", 6 (seis) tiveram "Sono normal" "Com freqüência" e apenas 1 (um) teve "Sempre" "sono normal". Esta é a leitura da última linha da tabela 1. A leitura das demais tabelas será feita desse mesmo modo.

Com o objetivo de facilitar essa leitura e resumir, de modo compreensível, os resultados obtidos, faremos a leitura das 9 (nove) tabelas, levando em consideração apenas aqueles resultados que apresentarem frequências significativas.

Tabela I

Comparação entre o comportamento apresentado pela criança, Antes e Durante a Hospitalização, no que se refere ao SONO

SONO	SEMPRE			
	Antes	F	Durante	F
Normal	14	70%	1	5%
Tranquilo	14	70%	1	5%

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada.

A Tabela I demonstra ter havido sensível modificação de comportamento, pois que 70% das crianças tinham "Sempre" "Sono normal" "ANTES" e, durante a hospitalização, somente em 5% foi constatado ter "Sempre" "Sono normal". Com referência a "Sono tranquilo", a situação manteve-se nessa mesma proporção, conforme se pode constatar na tabela acima.

Tabela 2

Comparação entre o comportamento apresentado pela criança, Antes e Durante a Hospitalização, no que se refere à ALIMENTAÇÃO

ALIMENTAÇÃO	SEMPRE			
	Antes	%	Durante	%
Come de tudo	16	80	2	10
Come sozinho	9	45	3	15

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada.

A Tabela 2 refere-se à variável ALIMENTAÇÃO. Observe-se que "ANTES" 80% das crianças que "Sempre" "Comiam de tudo" "Durante" a hospitalização foi constatado que apenas 10% permaneceram "Sempre" "Comendo de Tudo". E 45% das que "ANTES" "Sempre" "Comeram sozinhas", "Durante" a internação apenas 15% continuaram com esse comportamento.

Observe-se que houve uma sensível modificação de conduta na criança para esse habito já adquirido.

Tabela 3

Comparação entre o comportamento apresentado pela criança,
Antes e Durante a Hospitalização, no que se refere à
MOTRICIDADE.

MOTRICIDADE	NUNCA				SEMPRE			
	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%
Fica de pé	9	45	4	20	8	40	3	15
Anda	5	25	5	25	15	75	5	25
Engatinha	15	75	20	100	4	20	-	

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entrevista com a Mãe ou Responsável pela Criança Hospitalizada.

Na Tabela 3, os dados demonstram que 45% das crianças observadas "Antes", "NUNCA" "Ficavam de Pé" e "Durante" a hospitalização apenas 20% "NUNCA" "Ficaram de Pé" notando-se assim uma modificação no comportamento anterior, mas 25% continuaram com a conduta de "ANTES". Observe-se também que "ANTES" 40% delas "Sempre" "Ficavam de Pé" e que "Durante" apenas 15% mantiveram essa conduta. Com referência as que "Andavam", verificou-se que 65% das que "ANTES" "Sempre" "Andavam", "Durante" a internação apenas 25% permaneceram com esse comportamento.

Em relação às que "Engatinhavam", os dados percentuais foram bem significativos; note-se, 20% das crianças que "ANTES" "Sempre" "Engatinhavam", "Durante" a hospitalização cessaram essa atividade, e 75% das que "ANTES" "NUNCA" "Engatinhavam", "Durante" o período em que se encontravam hospitalizadas, esse percentual foi para 100%, ou seja, toda a nossa amostra não apresentou essa conduta.

Segue a representação gráfica desta tabela.

COMPARAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO APRESENTADO PELA CRIANÇA
"ANTES" E DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO, NO QUE SE RE-
FERE À MOTRICIDADE.

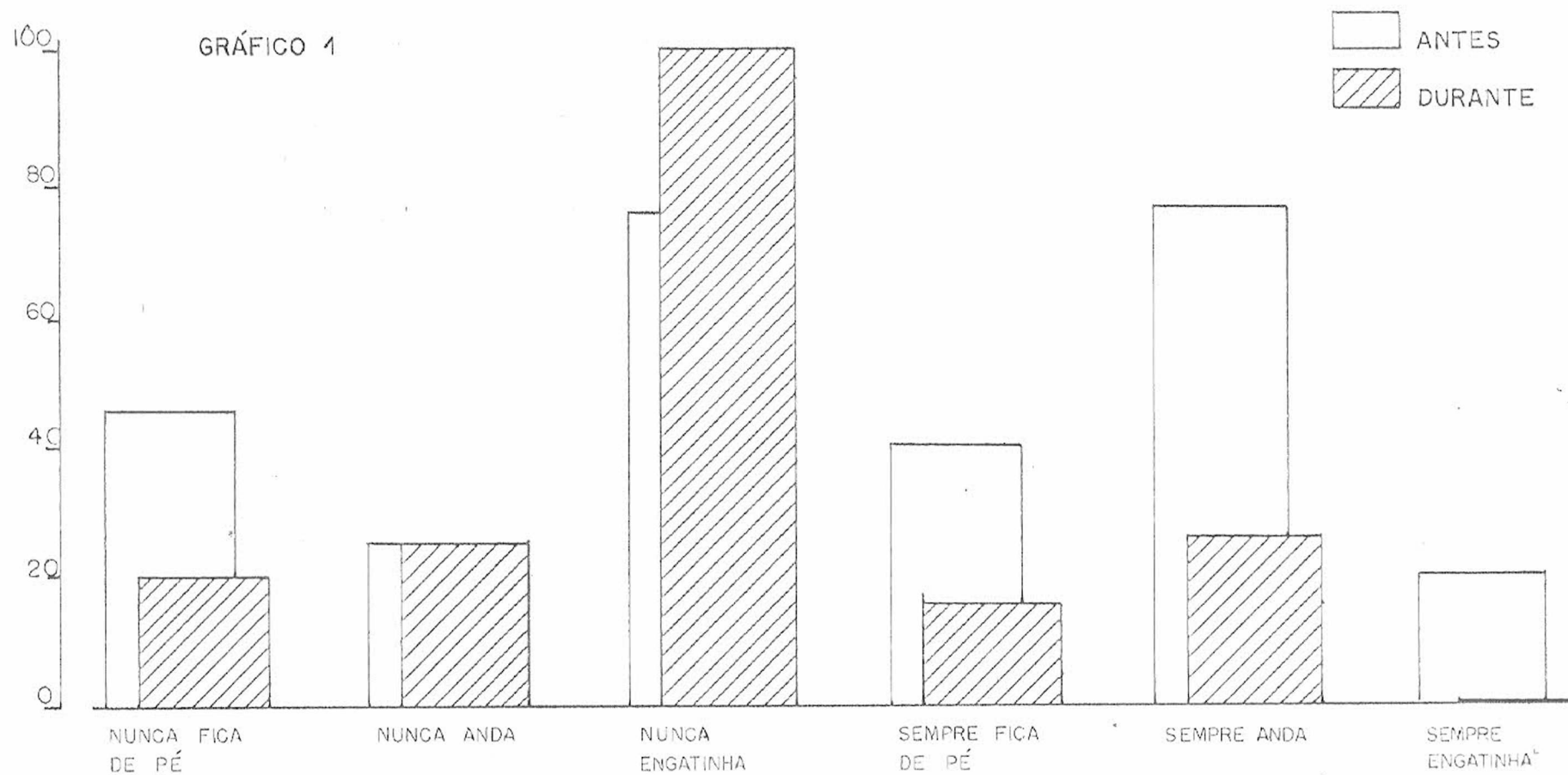


Tabela 4

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança, Antes e Durante a hospitalização, no que se refere à LINGUAGEM

LINGUAGEM	NUNCA				SEMPRE			
	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%
Balbucia	18	90	17	85	2	10	-	-
Diz palavras soltas	16	80	13	65	2	10	-	-
Forma frases	6	30	9	45	14	70	3	15
Apresenta mudez	20	100	14	70	-	-	-	-

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entrevista com a Mãe ou Responsável pela Criança Hospitalizada

Pelos dados da tabela 4, observa-se que houve uma modificação na conduta da criança, pois 90% delas "ANTES" "NUNCA" "Balbuciavam", 80% "NUNCA" "Diziam palavras soltas" e 30% "NUNCA" "Formavam Frases" e "Durante" a hospitalização os dados percentuais foram para, 5% delas "Balbuciaram", 15% "Disseram palavras soltas" e também 15% "Formaram frases". Apesar dos resultados, questiona-se sobre a necessidade sentida pela criança hospitalizada sem a presença da mãe ao emitir essas mensagens verbais.

Com referência a "Apresenta Mudez" constatou-se que "Antes" todas as crianças de nossa amostra, ou seja, 100% delas "NUNCA" "Apresentaram Mudez" e que "Durante" a hospitalização 30% manifestaram essa conduta. Observe-se, também, que 10% das que "ANTES" "Sempre" "Balbuciavam", 10% das que "Sempre" "Diziam palavras soltas", "Durante" o período em que se

encontravam internadas cessaram esse comportamento. Quanto a 70% das crianças que "ANTES" "Sempre" "Formaram Frases", como se pode observar na tabela 4, apenas 15% permaneceram com essa conduta "Durante" a hospitalização.

A seguir, a representação gráfica dos dados ora comentados.

COMPARAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO APRESENTADO PELA CRIANÇA
"ANTES" E DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO, NO QUE SE RE-
FERE À LINGUAGEM.

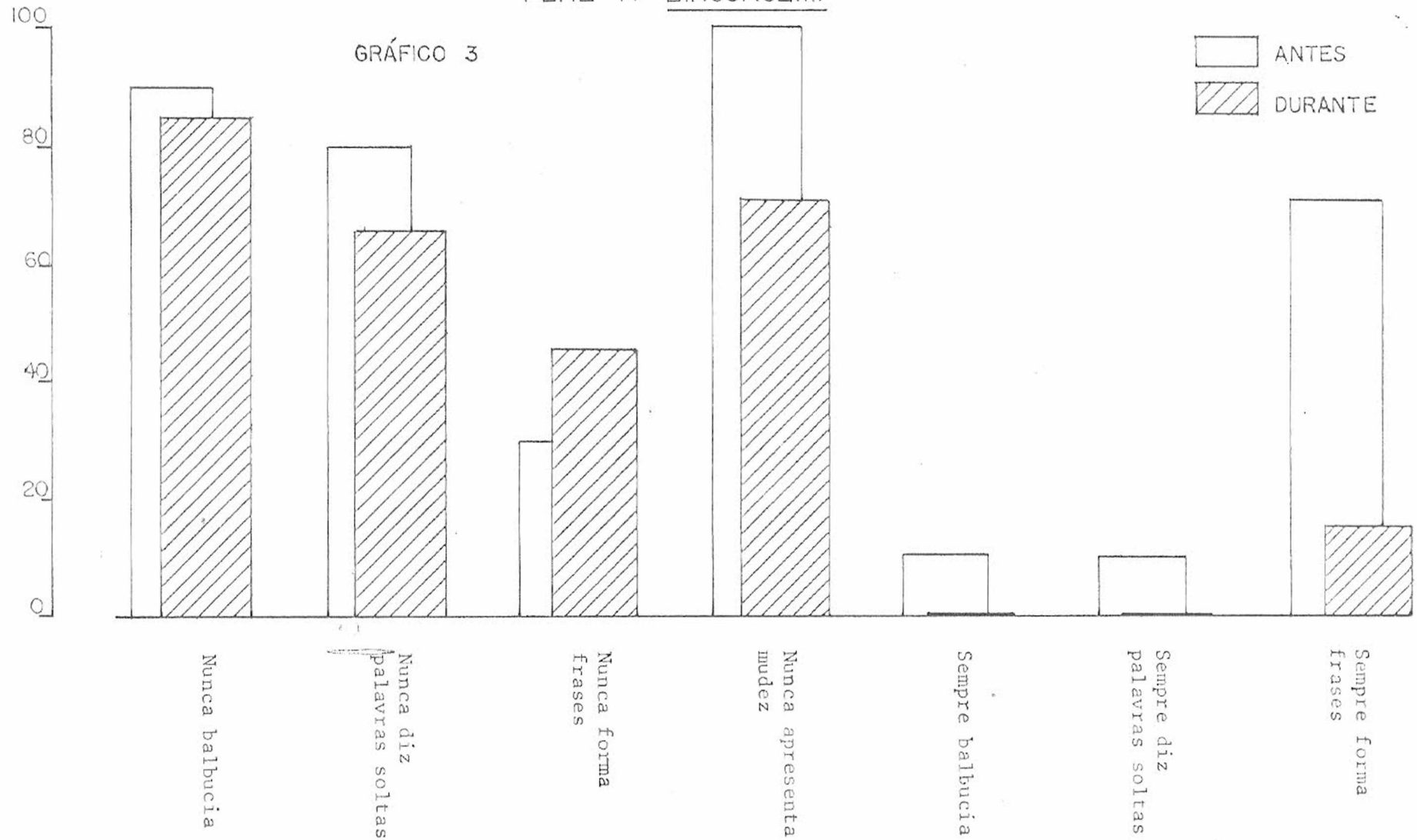


Tabela 5

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança,
Antes e Durante a Hospitalização, no que se refere à
SOCIABILIDADE

SOCIABILIDADE	NUNCA				SEMPRE				ALGUMAS VEZES			
	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%
Participa das Atividades Re _u creativas	3	15	20	100	13	65	-	-	-	-	-	-
Comporta-se de modo arre _u dio	19	95	16	80	1	5	1	5	-	-	-	-
Brinca com ou tras crianças	3	15	14	70	14	70	-	-	1	5	-	-
Brinca sozinha	1	5	16	80	-	-	-	-	10	50	-	-
Não brinca	9	45	-	-	-	-	1	5	-	-	-	-

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entreuvista.

Observando-se a tabela 5, verifica-se que "ANTES" da hospitalizaução somente 15% das crianças "NUNCA" "Participaram de Atividades Recreautivas" e "Durante" 100% delas, ou seja, toda a nossa amostra, "NUNCA" "Participaram de Atividades Recreativas"; note-se que esses dados são bem relevantes, "ANTES" 65% dessas crianças "Sempre" "Participaram das Atividades Recreativas" e "Durante" o período em que se encontravam inuternadas nenhuma criança exibiu essa conduta..

Com referência a "Comporta-se de Modo Arredio" observou-se que "ANTES" 95% delas "NUNCA" apresentaram esse comportamento e que "Duurante" a hospitalização notou-se que 15% das crianças "Comportaram-se de Modo Arredio".

Verifica-se também que "Brinca com outras crianças" alcançou os seguintes percentuais, somente 15% não adotava esse comportamento "ANTES" e "DURANTE" esse percentual foi para 70% o número das que "NUNCA" "Brincaram com outras crianças"; note-se que "Antes" 70% delas "Sempre" "Brincavam com outras crianças".

Quanto a "Brinca sozinho" os dados demonstraram que apenas 5% das crianças "ANTES" exibiam esse comportamento e "Durante" a hospitalização 80% apresentaram essa conduta; observe-se que, "Antes" somente 50% dessas crianças "Algumas Vezes" "Brincavam sozinhas".

Com referência à variável "Não brinca" "ANTES" apenas 45% das crianças "NUNCA" apresentaram esse comportamento e "Durante" a hospitalização 55% apresentaram essa conduta, sendo que, 5% delas ... "Sempre" exibiram essa conduta enquanto hospitalizadas.

O gráfico que se segue ilustra os dados descritos.

COMPARAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO APRESENTADO PELA CRIANÇA "ANTES" E DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO, NO QUE SE REFERE À SOCIABILIDADE.

GRÁFICO 2

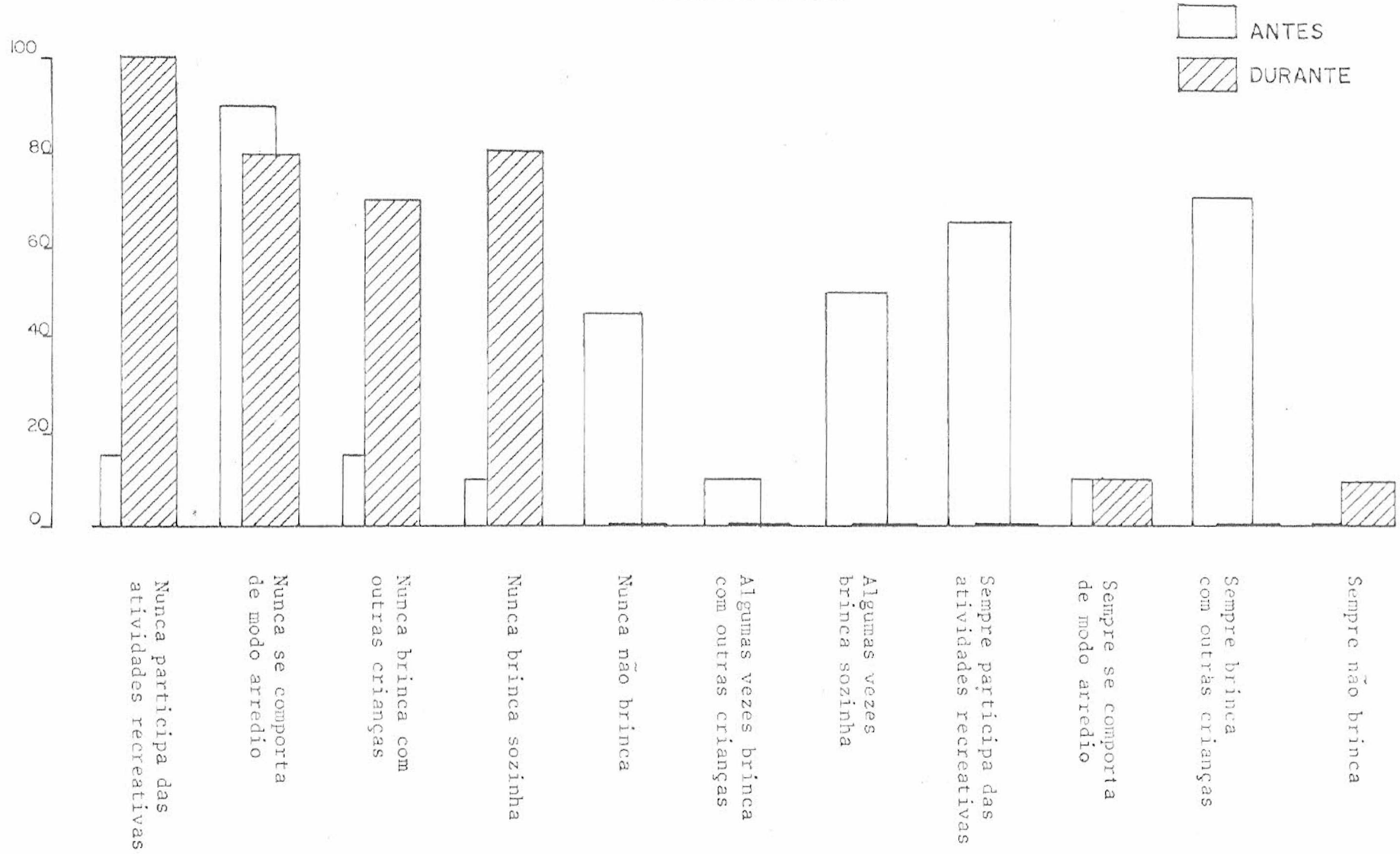


Tabela 6

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança,
Antes e Durante a hospitalização, no que se refere à
SEXUALIDADE

COMPORTAMENTO	NUNCA		RARAMENTE				ALGUMAS VEZES					
	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%	Antes	%	Durante	%
Manipula os órgãos genitais	19	95	17	85	1	5	2	10	-	-	1	5

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entrevista.

A tabela 6 demonstra que, 95% das crianças "ANTES", "NUNCA" manipulavam os órgãos genitais e "Durante" a hospitalização 10% delas aderiram essa prática; observe-se que "ANTES" apenas 5% delas exibiam "Raramente" essa conduta e que "Durante" a internação foi para 10% o número das que "Raramente" a apresentava. Note-se também que "Durante" o período em que se encontravam hospitalizadas 5% delas "ALGUMAS VEZES" manipularam os órgãos genitais.

Tabela 7

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança, Antes e Durante a hospitalização, no que se refere ao HUMOR

COMPORTAMENTOS		Apresenta Timidez	Apresenta Agressividade	Apresenta Apatia
NUNCA	Antes %	- -	13 65%	20 100%
	Durante %	- -	19 95%	- -
RARAMENTE	Antes %	10 50%	6 30%	- -
	Durante %	- -	- -	- -
ALGUMAS VEZES	Antes %	- -	- -	- -
	Durante %	- -	- -	- -
COM FREQUÊNCIA	Antes %	- -	- -	- -
	Durante %	13 65%	- -	14 70%
SEMPRE	Antes %	- -	- -	- -
	Durante %	- -	- -	5 25%

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entrevista.

Tabela 7 (cont.)

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança, Antes e Durante a Hospitalização, no que se refere ao HUMOR

COMPORTAMENTOS		Apresenta Tristeza	Apresenta Alegria	Apresenta Choro
NUNCA	Antes %	14 70%	- -	- -
	Durante %	- -	17 85%	- -
RARAMENTE	Antes %	6 30%	- -	11 55%
	Durante %	- -	- -	- -
ALGUMAS VEZES	Antes %	- -	- -	8 40%
	Durante %	- -	- -	6 30%
COM FREQUÊNCIA	Antes %	- -	3 15%	- -
	Durante %	14 70%	- -	10 50%
SEMPRE	Antes %	- -	17 85%	- -
	Durante %	6 30%	- -	4 20%

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário de Entrevista com a mãe ou responsável pela Criança Hospitalizada.

Na tabela 7 verifica-se que 50% das crianças "ANTES" "RARAMENTE" "Apresentavam Timidez" e durante a internação 65% manifestaram "Com Frequência" essa conduta. Em relação a.. "Agressividade" esse comportamento diminuiu seu percentual, visto que, "ANTES" apenas 65% das crianças "NUNCA" apresenta

ram esse comportamento e "Durante" a hospitalização esse percentual foi para 95% as que "NUNCA" exibiram essa conduta. O comportamento "Apresenta Apatia" demonstrou que das 20 crianças observadas, ou seja, 100% de nossa amostra, que "ANTES" "NUNCA" manifestaram essa conduta, "Durante" a internação foi constatado que 70% delas "Apresentaram-se Apáticas" "Com Frequência", sendo que 20% "Sempre" "Apresentaram Apatia" no período em que se encontravam hospitalizadas. "Tristeza" foi uma variável manifestada "Com Frequência" em 70% das crianças durante a internação, sendo que, 30% delas "Sempre" "Apresentaram-se tristes" no ambiente hospitalar, "Antes" 70% dessas crianças "NUNCA" manifestaram essa conduta e 30% a apresentaram apenas "Raramente". "Apresenta Alegria" registrou um índice percentual bastante significativo, observou-se que, "ANTES" 85% das crianças "Sempre" apresentavam esse comportamento, sendo que, 15% o manifestava "Com Frequência", entre tanto "Durante" a internação constatou-se que o mesmo percentual de crianças que "ANTES" "Sempre" "Apresentava Alegria", ou seja, 85%, "NUNCA" manifestaram essa conduta enquanto hospitalizadas. Com referência a "Apresenta Choro", verificou-se que, "ANTES" 55% das crianças "Raramente" o apresentavam, 40% delas o apresentava "Algumas Vezes" e "Durante" a hospitalização os dados percentuais foram para 50% o número de crianças que "Apresentavam Choro" "Com Frequência", para 30% as que "Apresentavam Choro" "Algumas Vezes" e para 20% as que "Sempre" manifestaram essa conduta.

Os demais comportamentos mantiveram-se inalterados.

Tabela 8

Comparação entre o comportamento apresentado pela Criança, Antes e Durante a hospitalização, no que se refere aos HÁBITOS E MANIPULAÇÕES

COMPORTAMENTOS		HÁBITOS E MANIPULAÇÕES		
		Usa Chupeta	Evacua na calça e/ou cama	Urina na calça e/ou cama
NUNCA	Antes %	14 70%	10 50%	9 45%
	Durante %	15 75%	5 25%	4 20%
RARAMENTE	Antes %	- -	3 15%	- -
	Durante %	- -	4 20%	4 20%
ALGUMAS VEZES	Antes %	- -	- -	3 15%
	Durante %	- -	- -	- -
COM FREQUÊNCIA	Antes %	- -	- -	- -
	Durante %	- -	9 45%	9 45%
SEMPRE	Antes %	6 30%	5 25%	5 25%
	Durante %	5 25%	- -	- -

Fonte: Formulário para observação da Criança Hospitalizada e Questionário para entrevista.

A tabela 8 refere-se à variável HÁBITOS E MANIPULAÇÕES (Usa chupeta; Chupa o dedo; Chupa a língua; Rói as unhas; Puxa Pelos e Cabelos; Mantém relação de Dependência com algum

objeto; Evacua na calça e/ou cama e Urina na Calça e/ou cama.
(ANEXO 1)

Verifica-se nessa tabela que a oscilação no comportamento das crianças foi uma constante. Podemos observar que "ANTES" 30% dessas crianças "Sempre" "Usaram chupeta" e "Durante" a internação apenas 25% mantiveram "Sempre" o hábito. Em relação à "Evacua na calça e/ou cama" constatou-se que "ANTES" 50% das crianças "NUNCA" apresentaram essa conduta e que "Durante" a hospitalização 25% manifestaram esse comportamento; note-se também que apenas 25% "ANTES" mantinham "Sempre" esse hábito e "Durante" esse percentual foi 45% as que "Com Frequência" passaram a "Evacuar na calça e/ou cama". Com referência a "Urina na calça e/ou cama" observa-se que "ANTES" 45% delas "Nunca" "Urinaram na calça e/ou cama" e "Durante" 25% exibiram essa conduta e que 25% das que "ANTES" "Sempre" manifestaram esse comportamento "Durante" a internação foi constatado que esse percentual foi para 45% o número de crianças que apresentaram esse hábito "Com frequência". Por eses dados pode-se concluir que em relação a esses hábitos tabulados houve uma regressão no comportamento da criança durante o período em que ela se encontrava hospitalizada.

A tabela 9 apresenta uma comparação entre a atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança e a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esse profissional.

Tabela 9

Atitude do Enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança e a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esse profissional

		(A) SONO		
		Conversa com a criança antes de ela adormecer	"Pega" a criança no colo	Deixa a criança sozinha no berço
		<u>NUNCA</u>	<u>RARAMENTE</u>	<u>SEMPRE</u>
Mãe	%	13 65%	11 55%	12 60%
Enfermeiro	%	4 20%	2 10%	9 45%
		(B) SOCIABILIDADE		
		Proporciona atividades recreativas para a criança	Estimula a participação da criança em atividades recreativas	Estimula a participação da criança em atividades de grupo
		<u>NUNCA</u>	<u>NUNCA</u>	<u>NUNCA</u>
Mãe	%	12 60%	13 65%	13 65%
Enfermeiro	%	6 30%	4 20%	5 25%
		(C) LINGUAGEM		
		Procura entender a linguagem da criança	Conversa com a criança	
		<u>NUNCA</u>	<u>NUNCA</u>	
Mãe	%	13 65%	14 70%	
Enfermeiro	%	3 15%	2 10%	

Continua...

Tabela 9 (cont.)

Atitude do Enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança e a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esse profissional.

		(D) SEXUALIDADE	
		Permite a manipulação dos órgãos genitais	Procura desviar a atenção da criança
		<u>NUNCA</u>	<u>COM FREQUÊNCIA</u>
Mãe		10	14
%		50%	70%
Enfermeiro		3	12
%		15%	60%
		(E) ELIMINAÇÕES	
		Orienta a criança a utilizar o vaso sanitário	Repreende a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou na cama
		<u>NUNCA</u>	<u>COM FREQUÊNCIA</u>
Mãe		17	8
%		85%	40%
Enfermeiro		5	5
%		25%	25%
		(F) MOTRICIDADE	
		Deixa que a criança se locomova livremente	
		<u>COM FREQUÊNCIA</u>	
Mãe			1
%			5%
Enfermeiro			8
%			40%

Continua...

Tabela 9 (cont.)

Atitude do Enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança e a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esse profissional

		(G) HÁBITOS E MANIPULAÇÕES
		Deixa a criança chupar o dedo
		<u>ALGUMAS VEZES</u>
Mãe		10
%		50%
Enfermeiro		5
%		25%

Fonte: Questionário para entrevista com o Responsável pela Criança Hospitalizada sobre o Enfermeiro e Questionário para Avaliar a Percepção do Enfermeiro no cuidado à Criança Hospitalizada.

Em relação ao comportamento SONO, constatou-se que, 20% dos enfermeiros informaram que "NUNCA" "Conversavam com as crianças antes de elas adormecerem", sendo que, 65% das mães afirmaram que essa atitude "NUNCA" foi demonstrada por esses profissionais. Quanto a "Pega" a criança no colo", 55% das mães informaram que "Raramente" os enfermeiros "Pegavam a criança no colo"; no entanto, somente 10% dos enfermeiros responderam "Raramente" demonstrar essa conduta. "Deixa a criança sozinha no berço" foi uma variável que 60% das mães responderam ser uma conduta adotada "Sempre" pelo enfermeiro; no entanto, apenas 45% dos profissionais confirmaram esse comportamento

Em relação à SOCIABILIDADE, 60% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Proporciona atividades para a criança" sendo que apenas 30% desses profissionais confirmaram essa resposta. "Estimula a Participação da criança em atividades

recreativas", 65% das mães responderam que "NUNCA" o enfermeiro exibe essa conduta, sendo que apenas 25% deles afirmaram "NUNCA" manifestarem esse comportamento. Quanto a "Estimula a criança em atividades de grupo", 65% das mães afirmaram que o enfermeiro "NUNCA" o faz, sendo que apenas 25% desses profissionais responderam "NUNCA" o fazerem.

Com referência à LINGUAGEM, constatou-se que, 65% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Procuram entender a linguagem da criança"; no entanto, apenas 15% dos enfermeiros confirmaram essa resposta. Quanto a "Conversa com a criança", 70% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" demonstra essa conduta; no entanto, apenas 10% dos enfermeiros responderam que "NUNCA" "Conversavam com as crianças".

Em relação à SEXUALIDADE, 50% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Permite a manipulação dos órgãos genitais" e que diante dessa situação 70% das mães disseram que o enfermeiro "Com freqüência" "Procura desviar a atenção da criança"; no entanto, esses profissionais afirmaram que apenas 15% "NUNCA" "Permite a manipulação dos órgãos genitais" e 60% "Com Freqüência" "Procura desviar a atenção da criança".

Com referência à ELIMINAÇÕES, 85% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Orienta a criança a utilizar o vaso sanitário" e também 40% das mães afirmaram que esse profissional "Com Freqüência" "Repreende a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou cama"; no entanto, apenas 25% dos enfermeiros afirmam que "NUNCA" "Orientam a criança a utilizar o vaso sanitário" e que também somente 25% deles... "Com freqüência" "Repreendem a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou cama".

Com relação à MOTRICIDADE, apenas 5% das mães responderam que "Com freqüência" o enfermeiro "Deixa que a criança se locomova livremente", enquanto que 40% desses profissionais afirmaram que "Com freqüência" adotam essa conduta.

Quanto aos HÁBITOS E MANIPULAÇÕES, 50% das mães responderam que apenas "Algumas vezes" os enfermeiros "Deixam a criança chupar o dedo", sendo que 25% desses profissionais responderam "Algumas vezes" apenas permite esse comportamento.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Numa primeira abordagem dos dados desta pesquisa verificam-se que houve diferenças significativas entre o comportamento apresentado pela criança "Antes" de ser hospitalizada e "Durante" a hospitalização. Observou-se que o comportamento mantido em casa por ela junto dos familiares foi modificado e as modificações ocorridas "Durante" o período em que ela se encontrava hospitalizada foram consideradas estatisticamente como significativas. Tal constatação levou-nos a supor que provavelmente as alterações psicomotoras apresentadas pela criança hospitalizada sem a presença da mãe tenham ocorrido pela ruptura da ligação dela com seu ambiente familiar e, principalmente, pela separação da mãe, figura importante nessa fase de desenvolvimento infantil. Afirma PERNETTA (1982)³⁰ que, quando a criança é hospitalizada no primeiro ano de vida, época em que ainda não fala, e portanto não está em condições de inteirar-se da situação, julga que foi abandonada. Para a criança, a ausência da mãe equivale à carência emocional, diz SPITZ (1979)⁴⁰ e prossegue esse autor afirmando que, essa situação leva a criança à deterioração progressiva que se manifesta primeiramente por uma interrupção no seu desenvolvimento psicológico; iniciam-se, então, disfunções psicológicas paralelas e mudanças somáticas. No estágio seguinte, isso acarreta uma predisposição crescente

infecção e, finalmente, quando a privação emocional se es tende ao segundo ano de vida, pode levar a uma taxa extremamente alta de mortalidade. ✓

Com base nessas afirmações, optou-se por discutir dentre os dados encontrados os mais significativos, separa damente.

Em relação à Tabela 1, Comparação entre o comportamento apresentado pela criança, Antes e Durante a hospitalização, no que se refere ao SONO, foram "Sono normal" e "Sono tranquilo" assinalados "Antes", com um percentual de 70% e "Durante" a hospitalização observou-se que apenas 5% das crianças mantinham esse comportamento. Para PERNETTA (1982)³⁰ a carência afetiva dá origem a essas manifestações, visto que a criança apresenta resistência em ir para a cama, custa a conciliar o sono, dorme pouco, acorda alta noite inquieta ou apavorada. Já CRUNSPUN (1979)¹⁹ afirma que o sono pode ser afetado por: // ✓

- a) Moléstias somáticas desde os sintomas prodrômicos, incluindo fome e sede;
- b) calor ou frio excessivos;
- c) desconfortos motivados pelo exterior: ruídos, agitação do ambiente e roupas desagradáveis (principalmente plásticos).

A tabela 2 aborda a comparação entre o comportamento apresentado pela criança, Antes e Durante a hospitalização, no que se refere à Alimentação. Os dados apurados apresentaram alto percentual, 80% para crianças que "ANTES" "Sempre" "Comeram de tudo" e 45% para as que "ANTES" "Sempre" "Comeram sozinhas": observou-se que "DURANTE" a hospitalização esses percentuais baixaram chegando a 10% apenas o número de crianças que "Sempre" "Comiam de tudo" e para 15% as que "Sempre" "Comiam sozinhas", constatando-se assim uma regressão no comportamento que "ANTES" já havia sido incorporado por ela. Para PERNETTA (1982)³⁰ esse é um dado que também tem origem na carência afetiva. SOLOMON (1979)³⁹ é bem claro em sua afirmação quando diz que, aceitação ou não da alimentação é um meio que a criança utiliza para aborrecer e opor-se a determinadas situações. Segundo os trabalhos de LEHMAN, De LORAND e de SCHWARTZ, citados por GRÜNSPUN (1979)¹⁹, falando sobre os hábitos alimentares, reitera a situação descrita afirmando que a perda de apetite pode ter a seguinte etiologia:

- a) Problemas no ajustamento da criança ante alguma situação de sua própria vida. Assim, qualquer circunstância que desperte medo, raiva, excitação e ansiedade, origina atitude de rejeição.
- b) Medo decorrente de experiências por que tenha passado pode gerar também essa situação.

Convém destacar que, satisfazendo uma necessidade vital, o alimento, na quantidade necessária, na maneira adequada e na forma desejada, atendendo às necessidades biológicas e emocionais, se constitui num fator de organização interna, e sua carência ou administração inadequada vai interferir nes

sa organização. A frustração intensa e contínua dessas necessidades vitais provoca distúrbio na organização do sistema perceptivo e discriminatório, perdendo a criança suas referências de vida pela invasão da ameaça de morte que a frustração desmedida encerra, desencadeando-se conflitos internos que a criança é incapaz de controlar, afirma WINICOTT (1957)⁴⁴ (...). A falta de atendimento adequado provoca distanciamento entre a necessidade e o objeto que a satisfaz, desorientando a criança e, na medida em que se intensifica esta situação, ela se torna incapaz de discriminar a si mesma e ao objeto.

Assim, avaliamos a importância que tem para a criança a natureza do vínculo que estabelece com a mãe, a primeira pessoa de quem depende para satisfação de suas necessidades. SPITZ (1979)⁴⁰ lembra que, aparentemente simples, essa satisfação de necessidades se torna complexa, visto que, entram em jogo também as necessidades da mãe, de como se sente ao cuidar da criança. (...) É nesse aprendizado do dia a dia que a mãe vai conhecer os rumos pessoais do crescimento infantil, qual a sua necessidade do momento, como se estabelece seu horário alimentar, quais suas preferências, quais as suas situações e os seus sinais de ansiedade (...) e na medida em que a mãe o conhece, compreende e procura segui-lo, é que a criança encontra as condições necessárias ao seu desenvolvimento.

É, a partir desse vínculo, que possibilita à criança a vivência de que dentro dela existe uma imagem boa do adulto voltada para a satisfação de suas necessidades, que organiza sua vida mental. Então, o alimento, ao mesmo tempo que satisfaz a fome, leva consigo uma imagem, cuja qualidade vai depen

der do vínculo que foi estabelecido. Se a criança não conseguir estabelecer esse vínculo, formas bastante sérias de distúrbios podem ocorrer. SPITZ (1979)⁴⁰ nos fala das crianças em "Marasmo", que, criadas em instituição hospitalar, não conseguiram estabelecer um vínculo afetivo com uma pessoa, já que eram cuidadas por várias, sem que qualquer uma delas pudesse dedicar um tempo maior a cada uma. Em que pese a consideração de que essas crianças recebiam o alimento regularmente, é de se supor que, dificilmente, eram atendidas, cada uma, quando tinham fome ou em qualquer outra necessidade do momento.

Ao examinar-se a tabela 3, referente à MOTRICIDADE, tem-se que, 40% das crianças "ANTES" "Sempre" "Ficavam de Pé", 15% "Sempre" "Andavam" e 20% "Sempre" "Engatinhavam". "Durante" a internação houve significativas alterações nos dados percentuais, notando-se, uma regressão em todas as condutas citadas. Note-se que, apenas 15% delas continuavam "Ficando de Pé" "Sempre", 25% permaneceram "Andando" "Sempre" e 20% das que "Antes" "Sempre" "Engatinhavam" o deixaram de fazer.

Neste aspecto, cumpre destacar STEINCHNEIDER (1981)⁴¹ ao afirmar que, nesta etapa de aquisição motora, o estímulo materno desempenha o papel único e insubstituível.

GRÜNSPUN (1979)¹⁹ considera que é com o início da marcha voluntária que a criança começa a se tornar independente, visto que, o afastamento das coisas que a rodeiam faz-lhe sentir a necessidade de experimentar ao mesmo tempo um grande número de objetos novos.

Sabe-se que, se durante esse processo surgirem dificuldades que a tornem insegura, ela pode regredir a etapas an

teriores do seu desenvolvimento. O fato de não se oferecerem condições para criança andar ou engatinhar, para SPITZ (1979)⁴⁰ significa que estamos mantendo num estágio regressivo com prejuízos severos para seu crescimento e desenvolvimento motor.

KOLB (1976)²¹ afirma que a restrição da atividade motora provoca conflito acompanhado de raiva. É através das suas atividades motoras que a criança exprime sua ação. A motricidade constitui o meio pelo qual o ego adquire competência e segurança em suas funções, visto que é através da tentativa e realizações de ações que o ego estabelece conceitos acerca do mundo exterior.

Observando-se a tabela 4, relativa à LINGUAGEM, constata-se que, "Durante" a hospitalização 5% das crianças balbuciaram, 15% "Disseram palavras soltas" e 15% "Formaram frases"; note-se que esses comportamentos "ANTES" não eram manifestados por elas, o que nos leva a compartilhar do pensamento de SPITZ (1979)⁴⁰ quando expressa que, à medida que as manifestações da criança se tornam cada vez mais inteligíveis, pelo fato de que pode provocar respostas que satisfaçam suas necessidades, ela torna-se capaz de apreender uma conexão entre o que ela faz e as respostas dos que a cercam. Com isto, a criança dominou o que KARL BÜHLER (1934) citado por SPITZ (1979)⁴⁰ chamou de "O apelo" — "a capacidade de voltar-se para o meio que a circunda e de satisfazer suas necessidades".

Constatou-se, também, que "Durante" o período em que se encontravam hospitalizadas 30% das crianças "Apresentaram Mudez" conduta esta que "Antes" não era adotada por elas. Pelas nossas observações podemos confirmar que poucos são os enfermeiros que "Conversam com a criança" e diante desse fa

to convém citar GRÜNSPUN (1979)¹⁹ que afirma ser a "Mudez" a impossibilidade de a criança se exprimir pela linguagem falada. Questiona-se esse fato, com quem poderia ela se comunicar, se os enfermeiros estão sempre muito ocupados com trabalhos burocráticos e a mãe que seria a pessoa oportuna para realizar essa função não está presente? Sobre essa situação KOLB (1976)²¹ é bem claro em sua afirmação quando diz que, *"a linguagem não se desenvolve em ambiente onde ninguém fala"*.

Cabe ainda mencionar que 10% das crianças "ANTES" "Sempre" "Balbuciavam" e 10% "Sempre" "Diziam palavras soltas" "Durante" a internação cessou esse comportamento. Como observa-se na tabela 9, os enfermeiros, em sua maioria, opinaram que "NUNCA" "Procuraram entender a linguagem da criança" e isso faz constatar porque as crianças abandonaram sua conduta já incorporada, uma vez que não são estimuladas pelo ambiente.

Outro fato importante é que 70% das crianças que "ANTES" "Sempre" "Formaram frases", apenas 15% continuaram com essa conduta. Diante dos dados, acredita-se que essas crianças procuravam, de alguma forma, comunicar suas necessidades pois, como menciona GRÜNSPUN (1979)¹⁹, a linguagem num mundo em que a comunicação verbal é básica, esta aquisição vai integrar a criança no seu mundo familiar. Acredita-se que dessa maneira estavam as crianças tentando verbalizar suas idéias, mesmo que não fossem atendidas.

Ao verificar-se a tabela 5, relativa à SOCIABILIDADE, tem-se que 85% das crianças "Durante" a hospitalização "NUNCA" "Participaram de atividades recreativas", sendo que 65% delas "ANTES" "Sempre" o faziam. Convém mencionar que as ati

vidades recreativas existentes no hospital eram quase nenhu ma, pois durante o período em que realizamos nossa observaç õ es ta mos pudemos notar que poucas vezes, sem dia nem horário estipulaç õ es ta mos, aparecia uma Recriadora para andar pelo pátio com as crianças, sem que nessa atividade pudéssemos notar que tivesse a finalidade de, como o que diz PERNETTA (1982)³⁰ estimular o crescimento e o desenvolvimento, a coordenação muscular, as faculdades intelectuais, a iniciativa individual, a capacida de cri ada ra e a expressão corporal artística. O que notamos foi que a recriadora funcionava com objetivo de que, no entende re de PERNETTA (1982)³⁰ seria a única vantagem de distrair as crianças e dar folga aos encarregados de cuidá-las. Destacamos ainda as crianças que "Comportaram-se de modo arredo" "Durante" a hospitalização, visto que, 15% delas adotaram esse comportamento, levando-nos a acreditar que a manifestação dessa conduta se deva ao ambiente estranho onde estavam vi ven do e pela maneira impessoal como eram tratadas. Neste as pe cto cumpre destacar o que disse GARRISON et alii (1971)¹⁶ quando enfoca que esse comportamento pode ser considerado por uma baixa auto-imagem, muitas vezes devido à rejeição ou me nos pre zo do ambiente.

Quanto à variável "Brinca com outras crianças" verificou-se que "Durante" o período em que se encontravam internadas 70% delas "NUNCA" manifestaram essa conduta, sendo que esse mesmo percentual, ou seja, 70% "Antes", "Sempre" "Brincaram com outras crianças". Para GRÜNSPUN (1979)¹⁹, na fase pré-escolar a criança tem necessidade de se socializar com ou tras da mesma idade, isto é, precisa ter companheiros para jogar ou brincar.

A falta de atividades socializadoras em um hospital pediátrico é um dado que dificulta a criança manter relações interpessoais normais.

Dentro deste enfoque KOLB (1976)²¹ afirma que se reformulou a hipótese de que a deficiência primária nas esquizofrenias é devido à carência de socialização apropriada durante o começo da vida, causando uma permanente incapacidade de desenvolver padrões maduros de relações interpessoais.

Quanto a "Brinca sozinha", 80% delas "Durante" a hospitalização exibiram esse comportamento, apesar de termos observado que os brinquedos utilizados por elas eram mínimos.

Outro dado observado foi que 5% das crianças, "Durante" o período em que se encontravam hospitalizadas, "Sempre" "Não brincaram". Acredita-se que a falta de estímulo para essa atividade tenha contribuído para que muitas crianças ficassem confinadas em seus berços.

MANZOLLI (1983)²⁵ diz que embora não trabalhe diretamente na formação de lazer e recreação é um assunto que não convém ao enfermeiro ficar alheio, especialmente por ser essa atividade uma necessidade humana que contribui para a saúde integral da pessoa.

Lembra, porém, que através do brinquedo o enfermeiro pode verificar como a criança percebe sua hospitalização, sendo também um meio de reduzir o medo, remover a apatia e ajudá-la a recuperar ou a manter o equilíbrio emocional.

Ao examinar-se a tabela 6, relativa à SEXUALIDADE, verifica-se que 95% das crianças "ANTES", "NUNCA" "Manipulavam os órgãos genitais" e 5% adotavam essa conduta "Raramente",

no entanto "Durante" a hospitalização 10% das crianças apresentaram "Raramente" esse comportamento e 5% delas o apresentava "ALGUMAS VEZES". Para LEOVICI (1980)²² a masturbação infantil é uma das atividades auto-erótica da criança que não deve ser tratada com punições, visto que representa o começo do que mais tarde será a vida sexual normal. Dentro desse pensamento, KLEIN, citada por LEOVICI (1980)²² afirma que a masturbação infantil não deve ser impedida por meio de vigilâncias severas e que, a restrição dessa atividade na criança pode ser até nefasta.

Quanto à tabela 7, que diz respeito ao HUMOR, observa-se que "ANTES" 65% das crianças "NUNCA" "Apresentavam agressividade" sendo que 30% a apresentavam "Raramente" e 5% apenas as que demonstravam essa conduta "Com Freqüência". No entanto "Durante" a hospitalização 95% das crianças "NUNCA" "Apresentaram Agressividade" e que apenas 5% a apresentava "Algumas Vezes". GRÜNSPUN (1979)¹⁹ diz que o início da socialização se caracteriza por uma agressividade que é normal. E que a agressividade só é considerada um distúrbio de conduta quando significa ataque, destruição e hostilidade. Para FREUD, A. (1977)¹⁴, toda manifestação de independência da criança se caracteriza por uma agressividade a qual é considerada por essa autora como normal e construtiva. Em relação a "Apresenta TIMIDEZ", observou-se que "ANTES" da hospitalização 50% das crianças apresentavam essa conduta apenas "Raramente" e que "Durante" a hospitalização 65% manifestaram "Com Freqüência" esse comportamento. Referindo-se a essa conduta GRÜNSPUN (1979)¹⁹ afirma que a timidez pode surgir desde o mo

mento em que a criança passa a diferenciar os estranhos das pessoas da família e que esse comportamento representa uma insegurança da criança quando é afastada dos pais.

Quanto a "Apresenta Apatia" constatou-se que "ANTES" da internação toda a nossa amostra, ou seja, 100% das crianças "NUNCA" "Apresentavam Apatia" e "Durante" a hospitalização 70% "Com Freqüência" apresentaram essa conduta e que 25% delas "Sempre" mantinham esse comportamento. KOLB (1976)²¹ afirma que a apatia é um desligamento emocional sob forma de indiferença e que deve ser encarada como uma reação protetora e defensiva.

Em relação à "Apresenta tristeza", observou-se que 70% das crianças "ANTES" "NUNCA" "Apresentavam Tristeza", e que 30% apresentava essa conduta apenas "Raramente", no entanto, "Durante" a hospitalização 70% das crianças "Apresentaram Tristeza" "Com Freqüência" e 30% delas apresentava "SEMPRE" esse comportamento. SPITZ (1979)⁴⁰ diz que esse comportamento é muito comum em crianças quando são separadas dos pais e estão vivendo em ambientes estranhos e são cuidadas por pessoas desconhecidas. Quanto a "Apresenta Alegria" verificou-se que "ANTES" 15% das crianças apresentavam "Com Freqüência" - esse comportamento e que 85% o apresentava "SEMPRE", note-se que, "Durante" a hospitalização 85% das crianças "NUNCA" "Apresentaram Alegria" as demais, ou seja, 5% apresentava essa conduta "Raramente", 5% apresentava "ALGUMAS VEZES" e apenas 5% demonstrava essa conduta "Com Freqüência". Com base nas afirmações de BOWLBY (1984)⁷ e de SPITZ (1979)⁴⁰, podemos dizer que a alegria só se manifesta na criança quando esta se sen

te amada, querida e encontra reciprocidade do meio ambiente. Em relação a "Apresenta choro", observou-se que "ANTES" 5% das crianças "NUNCA" manifestaram essa conduta, 55% apresentaram "Raramente" e 40% "ALGUMAS VEZES" apresentavam esse comportamento, observe no entanto que "Durante" a hospitalização 30% das crianças "Apresentaram choro" "Algumas Vezes", 50% apresentaram "Com Freqüência" e 20% delas "Sempre" apresentaram essa conduta. Para BOWLBY (1984)⁶ o choro representa uma forma de Protesto da criança às coisas que lhe são desagradáveis.

A tabela 8, referente aos HÁBITOS e MANIPULAÇÕES, demonstra que 70% das crianças "ANTES" "NUNCA" "USAVAM CHUPETA" sendo 30% delas mantinham "Sempre" esse hábito, e que "Durante" a hospitalização apenas 25% permaneceram "Sempre" "Usando chupeta". GRUNSPUN (1979)¹⁹ afirma que desde os primeiros meses de vida, a criança pode manter vários hábitos e manipulações e que as características desses hábitos dependem da cultura em que a criança está inserida. Quando a "Evacua na calça e/ou cama" verificou-se que 50% das crianças "ANTES" "NUNCA" apresentavam esse comportamento, sendo que 15% apenas apresentavam esse hábito "Raramente" e 25% o manifestava "Com Freqüência", no entanto "Durante" a hospitalização apenas 25% das crianças "NUNCA" "Evacuaram na calça e/ou cama" sendo que 20% o fazia "Raramente" e 45% das crianças apresentaram "Sempre" esse comportamento. Em relação ao item "Urina na calça e/ou cama" observou-se que 45% das crianças "ANTES" "NUNCA" apresentaram essa conduta sendo que 15% apresentaram esse hábito "ALGUMAS VEZES" e 25% delas o fazia "Com Freqüência", no

te-se que, "Durante" a hospitalização apenas 20% "Nunca" "Urinavam na calça e/ou cama" e 20% o faziam "Raramente" e 45% delas apresentavam "Com Freqüência" essa conduta. De acordo com os dados acima descritos convém citar PERNETTA (1980)³⁰ quando menciona que:

A eliminação da urina (Micção) e a de fezes (defecação), constituem, nos primeiros meses de vida atos puramente reflexos. Mais tarde vão pouco a pouco submetendo-se à ação da vontade. Não cabe, portanto, ensinar o controle da micção e da defecação, pois isto acontece espontaneamente, como uma aquisição biológica e evolutiva.

Por outro lado, LEBOVICI (1980)²² ao falar sobre a educação esfinteriana diz que:

Esta educação não deve iniciar-se muito cedo e, de qualquer maneira, nunca antes de a motricidade ter sido completamente adquirida, a fim de que a criança não tenha a sensação de que se abusa de seu estado de impotência. As atitudes obsessivas como querer a limpeza quando a criança ainda não tem condições de fazê-la, evacuações em horários fixos e a ajuda de manobras coercitivas prejudicam emocionalmente a criança.

Pelo que foi exposto, e, partindo da situação em que se encontra atualmente a prática profissional da enfermagem, propôs-se esta investigação, especificamente em um hospital pediátrico, onde se encontram crianças internadas sem a presença da mãe.

Inicialmente, ao fazer-se uma comparação entre a atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança e a percepção da mãe sobre os cuidados dispensados por esse profissional, constatou-se que, em relação à variável SONO, tabela 9, 65% das mães informaram que os enfermeiros "NUNCA" "Conversavam com as crianças antes de elas adormecerem" sendo que apenas 20% desses profissionais confirmaram "NUNCA" adotarem essa conduta. "Pegar a criança no colo" foi um dado que 55% das mães responderam ser uma atitude "raramente" exibida pelos enfermeiros e que foi confirmada apenas por 10% desses profissionais. Quanto a "Deixa a criança sozinha no berço", 60% das mães responderam que os enfermeiros "Sempre" agem dessa maneira, no entanto, apenas 45% desses profissionais confirmaram adotar esse comportamento. Nota-se, no entanto, que manter uma relação afetiva com a criança é uma prática frequentemente aprendida durante a formação profissional de enfermagem.

No item b, da tabela 9, no que se refere à SOCIALIZAÇÃO, 60% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Proporciona atividades para a criança", sendo que 30% desses profissionais confirmaram "NUNCA" adotar essa conduta. FARIAS (1977) apud MANZOLLI (1983)²⁶, diz que, no Brasil, a hospitalização faz restrições no atendimento da necessidade de recreação do paciente, e acrescenta que a maioria dos enfermeiros não considera ser sua responsabilidade proporcionar recreação ao paciente internado. Quanto a "Estimula a participação em atividades recreativas", 65% das mães responderam que essa conduta "NUNCA" é demonstrada pelos enfermeiros; no entanto, apenas 25% deles confirmaram essa resposta. Outro dado foi, "Estimula a criança em atividades de grupo" onde

65% das mães responderam que "NUNCA" o enfermeiro o faz, enquanto que apenas 20% desses profissionais responderam "NUNCA" o fazer. Para PERNETTA (ob.cit.) as atividades recreativas estimulam o crescimento e o desenvolvimento, a coordenação muscular, as faculdades intelectuais e a iniciativa individual, portanto, afirma MANZOLLI (ob.cit.): o enfermeiro não pode fazer alheio a essa necessidade humana.

Quanto ao item c, referente à LINGUAGEM, 65% das mães responderam que os enfermeiros "NUNCA" "Procuram entender a linguagem da criança" e 70% disseram que eles "NUNCA" "Conversam com a criança"; no entanto, apenas 15% desses profissionais confirmaram "NUNCA" "Procurarem entender a linguagem da criança" e 10% apenas "NUNCA" "Conversarem com a criança". PERNETTA (1983)³⁰, enfocando a importância no treino da palavra, diz que: *"É a linguagem que permite exprimir os sentimentos e idéias e realizar todas as operações cerebrais. Exercitá-la favorece de modo considerável o desenvolvimento intelectual e a socialização."*

Tratando-se, portanto, ser através da linguagem que a criança pode interagir com seu meio ambiente, o enfermeiro deve então utilizar seus conhecimentos e habilidades de comunicação para estimular a criança à vocalização e com isso levá-la a ampliar a capacidade mental. Convém ainda destacar PERNETTA (1983)³⁰ que diz, que a linguagem deve ser estimulada em todas as ocasiões e também que esta é um fenômeno cultural que deve ser ensinada.

Verificou-se ainda com relação à SEXUALIDADE, item d, que 50% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Permite a manipulação dos órgãos genitais" e em decorrência dessa situação 70% responderam que "Com Frequência" esses pro

fissionais "Procuram desviar a atenção da criança"; no entanto, as respostas dos enfermeiros foi que apenas 15% "NUNCA" "Permitem a manipulação dos órgãos genitais da criança" e 60% a porcentagem dos que "Com Freqüência" "Procuram desviar a atenção da criança". SOLOMON (1979)³⁹ diz que a criança que se masturba sem preocupar-se com a presença de outras, geralmente possui um relacionamento afetivo insuficiente com seu ambiente e que a crítica ou punição podem piorar o sintoma.

Esta afirmação reforça o mencionado por PERNETTA (1983)³⁰ quando fala da automanipulação dos órgãos genitais, muito comum na criança de ambos os sexos em qualquer faixa etária, a qual ele diz que *"É um fenômeno inteiramente normal e não requer nenhuma providência. Desaconselha terminantemente qualquer repreensão ou medida restritiva!"*

Ao verificar-se a tabela 9, item E, relativa às ELIMINAÇÕES, 85% das mães responderam que o enfermeiro "NUNCA" "Orienta a criança a utilizar o vaso sanitário"; no entanto, 40% das mães afirmaram que esses profissionais "Com freqüência" "Repreendem a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou cama"; no entanto, os enfermeiros responderam que apenas 25% "NUNCA" "Orientam a criança a utilizar o vaso sanitário" e que o número dos que "Com Freqüência" "Repreendem a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou na cama" é de apenas 25%. PERNETTA (1983)³⁰ diz, que é importante treinar a criança a utilizar o vaso, quando ela quiser urinar ou defecar, isto deve ser feito depois de ela ter atingido o domínio voluntário desses atos. E, continua esse autor afirmando que, num ambiente onde predomina a limpeza e a ordem e no

qual as pessoas sejam afetuosas e compreensivas, o treino não oferece maiores obstáculos.

Neste aspecto, principalmente, deve o enfermeiro demonstrar uma atitude de naturalidade e bom humor, e agir sem pressa, pois como adverte PERNETTA (1983)³⁰ que o nervosismo e a impaciência nessa conduta, são prejudiciais para a criança, podendo ela mais tarde comportar-se de modo insensato em relação aos hábitos higiênicos.

A tabela 9, item f, aborda a MOTRICIDADE, evidenciando que apenas 5% das mães responderam que "Com freqüência" o enfermeiro "Deixa a criança se locomover livremente", note-se, porém que 40% desses profissionais responderam que "Com freqüência" adotam essa conduta. Neste aspecto cumpre destacar KOLB (ob.cit.) onde diz que, "*é através das atividades motoras que a criança exprime sua ação*".

Convém lembrar, nessa situação, que é importante o enfermeiro estimular a criança que está iniciando a marcha e mesmo a que já anda, a movimentar-se, visto que, a motilidade constitui proveitoso exercício natural, útil para o desenvolvimento do organismo e, portanto, não deve ser negado à criança em crescimento e em desenvolvimento, para que não haja prejuízos decorrentes da falta desta atividade.

Observando-se a tabela 9, item g, referente aos HÁBITOS e MANIPULAÇÕES, verifica-se que 50% das mães responderam que os enfermeiros apenas "Algumas vezes" "Deixaram a criança chupar o dedo", enquanto que apenas 25% desses profissionais confirmaram essa resposta. Para GRUNSPUN (1979)¹⁹ esse hábito está freqüentemente associado à satisfação emocional e a sucção do polegar poderá ser: 1) prolongamento de um hábito com

características benignas de conduta. 2) Sintoma de distúrbio emocional, ou 3) Conduta francamente patológica.

Impõe-se deste modo que o enfermeiro avalie com atenção a situação vivida pela criança enquanto hospitalizada e só depois então tome uma decisão visando a não causar transtornos emocionais à criança.

Parece-nos oportuno, portanto, destacar que os enfermeiros pediátricos expandam suas atenções aos aspectos psicológicos da hospitalização infantil pela separação mãe-filho e empreendam esforços para melhorar sua prática profissional, a qual precisa estar fundamentada em princípios científicos e sobretudo em ações práticas, através de um relacionamento terapêutico essencialmente voltado para atender as necessidades emocionais da criança que está sob seus cuidados.

Desse modo, tem-se que, o profissional de enfermagem deve ampliar mais seus conhecimentos na área de saúde mental, a fim de executar ações de enfermagem mais concretas que possibilitem a evidenciar precocemente sinais e sintomas de um distúrbio emocional. Através de um aperfeiçoamento contínuo e de um amadurecimento emocional nesta área, o enfermeiro se beneficiará através de um crescimento profissional que reverterá em uma melhor qualidade no cuidado de enfermagem.

CAPÍTULO VI
CONCLUSÕES E SUGESTÕES

6.1 - A partir do estudo realizado pode-se concluir que:

- As crianças hospitalizadas sem a presença da mãe ou pessoa substituta apresentaram alterações de comportamento referentes ao ritmo de desenvolvimento das habilidades psico motoras e das interações sociais e afetivas.

- Os enfermeiros pediátricos constantes da amostra de mostraram, de acordo com a percepção da mãe, que nunca ou ra ramente desenvolvem os cuidados psicossociais da criança hos pitalizada.

- O ambiente institucional, capaz de influenciar a as sistência prestada, vem afastando cada vez mais o profissio nal de enfermagem de suas atribuições prioritárias, fazendo-a relegar a plano secundário a assistência na área materno-in fantil.

6.2 - Sugestões

Aos Diretores de Hospitais Infantis:

- Favorecer e estimular a presença da mãe durante o pe ríodo de hospitalização da criança, independentemente do diag nóstico e da faixa etária;

- Prover o quadro de enfermagem com número adequado de enfermeiros qualificados para a assistência materno-infantil com vistas a prestar apoio e a oferecê-lo às mães para o a

tendimento às crianças em suas necessidades emocionais.

Às Chefes de Serviço de Enfermagem Pediátrica:

- Prover e estimular a participação dos enfermeiros em cursos sobre saúde mental, psicologia do desenvolvimento e estimulação essencial à criança em todas as etapas do desenvolvimento infantil.

- Estimular a formação e a manutenção de grupos da equipe e especialmente com os enfermeiros, visando manutenção de um relacionamento terapêutico e um amadurecimento emocional desses profissionais.

Aos Enfermeiros que trabalham em Pediatria:

- Refletir e desenvolver estudos sobre o significado da assistência de enfermagem prestada à criança, levando em conta seu crescimento e desenvolvimento emocional em qualquer faixa etária.

Às Escolas de Enfermagem:

- Desenvolver com maior intensidade, nos currículos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, conteúdos que enfoquem os aspectos psicológicos da hospitalização infantil com ênfase na manutenção da unidade mãe-filho.

- Propiciar meios para que os estudantes planejem assistência de enfermagem individualizada, tendo em vista cada etapa do crescimento e desenvolvimento infantil.

Aos Pesquisadores de Enfermagem:

- Prosseguir o estudo em instituições que permitam a presença da mãe com o filho hospitalizado a fim de verificar se nesta situação a criança também apresenta alterações de ordem psicomotoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERASTURY, A. et alii. Psicosis Infantiles y Otros Quadros Graves de la Infancia. Buenos Aires, Paidós, 1974.
2. AJURIAGUERRA, J. de. Manual de Psiquiatria Infantil. Barcelona, Toray-Masson, 1977.
3. BARNES, E. As Relações Humanas no Hospital. Coimbra, Livraria Almedina, 1973.
4. BIERMANN, G. A Criança e a Hospitalização. Documento Roche nº 3, IN: Revista Geográfica Universal, Ed. Bloch, mar. 1980.
5. BOSTON, M. Recent Research in Developmental Psychology. J. of Child Psychoterapy. 4:15-33, 1975.
6. BOWLBY, J. Apego. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
7. _____. Separação. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
8. _____. Formação e Rompimento dos Laços Afetivos. São Paulo, Martins Fontes, 1982.
9. BRODY, S. Patterns of Mathering. New York. International Universities Press, 1956.
10. D'ANDREA, F.F. Aspectos Psicológicos da Hospitalização Infantil. Rev. Bras. Enf. 15(5): 417-423, 1962.
11. DANIEL, L.F. Atitudes Interpessoais em Enfermagem, São Paulo, EPU, 1983.
12. EPSTEIN, C. Interação Efetiva na Enfermagem. São Paulo, EPU, 1978.

13. ESPÍRITO SANTO, Teresinha de Jesus M. Segurança Emocional como Necessidade Humana Básica - Atuação do Enfermeiro junto ao Cliente em Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, UNI-RIO, Agosto de 1984, 127 p. (Tese submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro, UNI-RIO, como parte dos requisitos à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem) Escola de Enfermagem, UNI-RIO, 1984.
14. FREUD, Anna. O Ego e os mecanismos de Defesa. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 1977.
15. _____. O Tratamento Psicanalítico de Crianças. Rio de Janeiro, Imago, 1984.
16. GARRISON, Karl et alii. Psicologia da Criança: Estudo Geral e Meticuloso do Desenvolvimento e da Socialização. São Paulo, Ibrasa, 1971.
17. GEIST, H. Cómo Atender al Niño antes y Después de la Hospitalización. Buenos Aires, Paidós, 1976.
18. GOLDFARB, W. Effects of Psychological Deprivation in Infancy and Subsequent Stimulation. Amer. J. Psychiat. 102:18-33, 1945.
19. GRUNSPUN, H. Distúrbios Neuróticos da Criança. São Paulo, Atheneu, 1979.
20. KNOBEL, Maurício. Infancia, Adolescência y Família: orientação sobre Salud Mental. 2a.ed. Argentina, Franica, 1973.
21. KOLB, L.C. Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976.
22. LEOVICI, S. & SOULE, M. O Conhecimento da Criança pela Psicanálise, Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
23. MACBRYDE, Mitchell C. & BLACKLOW, R. Sinais e Sintomas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975.

24. MALINOWSKY, B. Prenuptial Intercourse Between to Diseases in the Trobriand Islands: Psychanal. Rev. N.W. Melane sia, 14, 20-36, 1972.
25. MANZOLLI, M.C. Relacionamento em Enfermagem - aspectos psicológicos. São Paulo, Sarvier, 1983.
26. OBERLANDER, R. Parents Care Units Bring Home to the Hospital. Hospitals, 54(21): 1-5, 1980.
27. OLIVEIRA, Gedalva G. de. Assistência de Enfermagem à - Criança. Rev. Bras. Enf. 14(1-2): 319-324, 1971.
28. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Primer informe enseñanza de enfermería materno infantil en las escuelas de enfermería de America Latina. Washington, 1973.
29. OSÓRIO, Luiz Carlos. Distúrbios de Conduta. Rev. AMRIGS. 18(4):267-273, 1974.
30. PERNETTA, César. Amor e Liberdade na Educação da Criança. São Paulo, Byk-Prociens, 1982.
31. PIÉRON, Henri - Dicionário de Psicologia. Porto Alegre, Globo, 1966.
32. PLANK, Emma. El Cuidado Psicologico Del Niño Enfermo en el Hospital. Buenos Aires, Paidós, 1966.
33. RIBEIRO, M.N.F. & LIMA, J.D. O Desenvolvimento da Criança: Implicações no Ensino e Exercício da Enfermagem Pediátrica. Rev. Enf. Moderna. 1(4):12-13, 1983.
34. RIBBLE, M. Derechos del Niño. Buenos Aires, Editorial Nova, 1959.
35. ROSENBLUTH, D. Seu Bebê. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
36. _____. Seu Filho de 2 anos. Rio de Janeiro, Imago, 1973.

37. SEARS, R. et alii. Patterns of Child Rearing. New York, Harper e Row, 1957.
38. SEGAL, H. Introdução à Obra de Melanie Klein, Rio de Janeiro, Imago, 1975.
39. SOLOMON, P. & PATCH, V.D. Manual de Psiquiatria. São Paulo, Atheneu, 1975.
40. SPITZ, R.A. O Primeiro Ano de Vida. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1979.
41. STEINSCHNEIDER, R. Cadernos de Enfermagem-Pediatria. Rio de Janeiro, Masson, 1981.
42. SKINNER, B.F. Verbal Behavior. New York, Appleton, 1957.
43. THOMAN, R.B. Changin Views of the Being and Becoming of Infants. In: Thoman (ed) Origins of the infant's Social Responsiveness, 1979.
44. WINNICOTT, D.W. Mother and Child - A primer of first relationships. New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1957.
45. _____. O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
46. ZLOTOWICZ, M. Os Medos Infantis. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

BIBLIOGRAFIA

1. ALENCAR, R.M.L.S. A Criança na Família e na Sociedade. Petrópolis, Ed. Vozes, 1982.
2. BETTELHEIM, B. A Psicanálise dos Contos de Fadas. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1980.
3. BOWLBY, J. Cuidados Maternos e Saúde Mental. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
4. BLEGER, J. Temas de Psicologia. São Paulo, Martins Fontes, 1982.
5. DOWEK, R.C. A Inter-relação Mãe-Filho e os Efeitos da Separação Pós-Natal - Uma revisão. *Jornal de Pediatria*. 43(6):383-390, 1979.
6. FAGIN, Claire M. Enfermeria Psiquiátrica Infantil. México, Interamericana, 1973.
7. FERREIRA, A.N.H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
8. GRÜNSPUN, H. Distúrbios Psiquiátricos da Criança. São Paulo, Atheneu, 1978.
9. HAMACHEK, D.E. Encontros com o Self. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
10. KERLINGER, F.N. Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais, Ed. EPU, São Paulo, 1980.
11. KLEIN, M. O Sentimento de Solidão. Rio de Janeiro, Imago, 1979.
12. KLEIN, M. & RIVIERE, J. Amor, Ódio e Reparação. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

13. KLEIN, M. & RIVIERE, J. Inveja e Gratidão. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
14. MANZOLLI, M. C. et alii. Psicologia em Enfermagem. São Paulo, Sarvier, 1981.
15. MORAES, E. O ensino de Enfermagem Pediátrica ao Nível - de Graduação. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo. 15(2): 193-195, 1981.
16. MORAES, E. et alii. Relacionamento entre Estudantes de Enfermagem e Crianças Hospitalizadas: Análise de duas Experiências. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo. 11(3): 221-260, 1977.
17. _____. Estudantes de Enfermagem Assistem Crianças Doentes utilizando "Entrevista com Brincadeira". Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo. 13(1):29-39, 1979.
18. PETRILLO, M. y SANGER, S. Cuidado Emocional Del Niño Hospitalizado. México, La Prensa Médica Mexicana, 1971.
19. PONTALIS, J.B. & LAPLANCHE, J. Vocabulário da Psicanálise. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1983.
20. RESENDE, E.M. & MANZOLLI, M.C. Efeitos da Hospitalização Infantil no Condicionamento Verbal. Rev. Bras. Enf. 14(1-2):101-111, 1971.
21. RIVIÉRE-PICHON, E. Teoria do Vínculo. São Paulo, Martins Fernandes, 1983.
22. RODRIGUES, A. Psicologia Social. Petrópolis, Ed.Vozes, 1978.
23. ROGER, C. Tornar-se Pessoa. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
24. SOLOMON, D.V. Como Fazer uma Monografia. Belo Horizonte, Interlivros, 1979.

25. SARANO, J. O Relacionamento com o Doente. São Paulo, EPU, 1978.
26. SEVERINO, A.J. Metodologia do Trabalho Científico, São Paulo, Cortez e Moraes Ltda. 1976.

ANEXOS

- 1 - Formulário para Observação da Criança Hospitalizada.
- 2 - Questionário para Entrevista com a Mãe ou Responsável pela Criança hospitalizada.
- 3 - Formulário para Entrevista com o Responsável pela Criança hospitalizada sobre o Enfermeiro.
- 4 - Questionário para Avaliar a Percepção do Enfermeiro no cuidado à Criança hospitalizada.
- 5 - Teste de Hipótese Estatística para a Comparação de Duas Proporções Populacionais.

.....

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERI

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA V10103V104

Hospital:

V105

Data da Internação:

V10611

Unidade de Internação:

V112

Idade: anos.

V11316

Sexo:

V117

Diagnóstico Médico:

V118

Período de Observação:

V119

Características Gerais do Comportamento manifestado pela criança hospitalizada:

Comportamento Manifestado	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Sono:</u>					
Normal					<u>V120</u>
Tranquilo					<u>V121</u>
Insuficiente					<u>V122</u>
Irregular					<u>V123</u>

cont.

Comportamento Manifestado	Nunca	Rara- mente	Algumas Vezes	Com fre- quência	Sempre
<u>Alimentação:</u>					
Come de tudo					V124
Tem preferência por determina- dos alimentos.					V125
Recusa os alimentos oferecidos					V126
Rumina os alimentos					V127
Come sozinho					V128
<u>Motricidade:</u>					
Fica de pé					V129
Anda					V130
Engatinha					V131
<u>Linguagem:</u>					
Balbucia					V132
Diz palavras soltas					V133
Forma frases					V134
Apresenta mudez					V135
Tem problemas quanto à arti- culação da palavra					V136
Apresenta problemas quanto ao som das palavras					V137
Tem problemas quanto ao ritmo da fala					V138

cont.

Comportamento Manifestado	Nunca	Rara- mente	Algumas Vezes	Com fre- quência	Sempre
<u>Sociabilidade:</u>					
Participa das atividades recrea- tivas					V139
Quando vai para as atividades recreativas fica ausente, sem participar					V140
Comporta-se de modo arredo					V141
Brinca com outras crianças					V142
Brinca sozinha					V143
Não brinca					V144
<u>Sexualidade:</u>					
Manipula os órgãos genitais					V145
<u>Humor:</u>					
Apresenta timidez					V146
" agressividade					V147
" apatia					V148
" tristeza					V149
" alegria					V150
" choro					V151

Comportamento Manifestado	Nunca	Rara- mente	Algumas Vezes	Com fre- quência	Sempre
<u>Hábitos e Manipulações:</u>					
Usa chupeta					V152
Chupa dedo					V153
Chupa a língua					V154
Roe unhas					V155
Puxa pelos e cabelos					V156
Mantém relação de dependência com algum objeto					V157
Urina na calça e/ou cama					V158
Evacua na calça e/ou cama					V159

Observações Complementares:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERI

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista com a mãe ou responsável pela Criança Hospitalizada.

Início da entrevista às _____

V20103

Término da entrevista às _____

V204

1. Aspectos gerais de identificação: do Entrevistado.

Sexo:

V205

- (1) Masculino
- (2) Feminino

Idade: anos

V20607

Grau de Instrução:

V208

- (1) Analfabeto
- (2) Lê e escreve
- (3) 1º grau incompleto
- (4) 1º grau completo
- (5) 2º grau incompleto
- (6) 2º grau completo
- (7) Superior incompleto
- (8) Superior completo
- (9) Não respondeu

Situação Conjugal:

V209

- (1) Vive com o pai(a mãe) da criança
- (2) Vive com outro(a) que não é o pai(mãe) da criança
- (3) Vive sem companheiro(a)
- (4) Não respondeu

Número de filhos:

V21011

2. Qual o total da renda familiar.
Enquadra sua renda?

V212

- (1) Não possui renda
- (2) Até 1 salário mínimo
- (3) De 1 salário mínimo a 3
- (4) De 3 salários mínimos a 5
- (5) De 5 salários mínimos a 9
- (6) De 9 salários mínimos a 15
- (7) Acima de 15 salários mínimos
- (8) Não respondeu

Você desempenha alguma atividade remunerada?

V213

- (1) sim
- (2) não

Em caso positivo. Onde você desempenha essa atividade:

V214

- (1) Em casa
- (2) Fora de casa
- (3) Não se aplica
- (4) Não respondeu

Quantas horas você passa fora de casa:

V215

- (1) De 2 a 4 horas
- (2) De 4 a 6 horas
- (3) De 6 a 8 horas
- (4) Mais de 8 horas
- (5) Não se aplica
- (6) Não respondeu

3. Informações a respeito da criança:

Posição da criança entre os irmãos:

V216

- (1) Primeiro filho (caso tenha irmãos)
- (2) Intermediário
- (3) Último filho
- (4) Filho único
- (5) Não respondeu

Com quem você deixa a criança quando vai trabalhar:

V217

- (1) Leva para o trabalho
- (2) Deixa em creche ou escola
- (3) Deixa em casa com outra pessoa
- (4) Não se aplica
- (5) Não respondeu

Que tipo de leite foi dado à criança quando nasceu:

V218

- (1) Só materno
- (2) Só industrializado
- (3) Materno e industrializado

Como se comportava a criança durante a amamentação no seio:

- (1) mamava com prazer

V219

- (2) mamava sonolento

V220

- (3) mamava só num seio

V221

- (4) Não se satisfazia

V222

- (5) nunca "pegou" o seio

V223

- (6) não se lembra

V224

Qual a sua conduta com a criança durante a amamentação no seio:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| (1) Acariciava a criança | <u>V225</u> |
| (2) Sentia prazer em amamentar | <u>V226</u> |
| (3) Mudava de seio | <u>V227</u> |
| (4) Achava importante amamentar | <u>V228</u> |

Amamentou a criança no seio até que idade? V22932

A partir de que momento você notou que a criança a reconheceu?

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| (1) Antes do 3º mês | <u>V233</u> |
| (2) Durante o 3º mês | |
| (3) Durante o 4º mês | |
| (4) Durante o 5º mês | |
| (5) Do 6º mês em diante | |
| (6) Não a reconheceu no 1º ano | |
| (7) Não se lembra | |
| (8) Outras. Especifique: _____ | |
- V234

Assinale as respostas mais correspondentes ao comportamento da criança antes da hospitalização.

Comportamento manifestado pela criança:	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre	
<u>Sono:</u>						
Normal						
Insuficiente						V235
Tranquilo						V236
Irregular						V237
						V238
<u>Alimentação:</u>						
Comia de tudo						V239
Tinha preferência por determinados alimentos						V240
Recusava alimentos oferecidos						V241
Ruminava os alimentos						V242
Comia sozinha						V243
<u>Motricidade:</u>						
Ficava de pé						V244
Andava						V245
Engatinhava						V246

Comportamento manifestado pela criança:	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Linguagem:</u>					
Balbuciana					V247
Dizia palavras soltas					V248
Formulava frases					V249
Apresentava mudez					V250
Tinha problemas quanto à articulação da palavra					V251
Apresentava problemas quanto ao som das palavras					V252
Tinha problemas quanto ao ritmo da fala					V253
<u>Sociabilidade:</u>					
Participava das atividades recreativas					V254
Quando ia para as atividades recreativas ficava ausente, sem participar.					V255
Comportava-se de modo arredio					V256
Brincava com outras crianças					V257
Brincava sozinha					V258
Não brincava					V259
<u>Sexualidade:</u>					
Manipulava os órgãos genitais.					V260

Comportamento manifestado pela criança:	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Em relação ao Humor:</u>					
Apresentava timidez					V261
" agressividade					V262
" apatia					V263
" tristeza					V264
" alegria					V265
" choro					V266
<u>Hábitos e Manipulações:</u>					
Usava chupeta					V304
Chupava o dedo					V305
Chupava a língua					V306
Roía as unhas					V307
Puxava pelos e cabelos					V308
Mantinha relação de dependência com algum objeto					V309
Urinava na roupa e/ou cama					V310
Evacuava na roupa e/ou cama					V311
					V312

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERIFORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL
PELA CRIANÇA HOSPITALIZADA SOBRE O ENFERMEIRO

- No momento da admissão da criança, quais os profissionais da equipe de saúde que os receberam:

- (1) Médico
- (2) Psicólogo
- (3) Nutricionista
- (4) Assistente Social
- (5) Enfermeiro
- (6) Outros. Especifique: _____

V357

V358

- Foi fornecida alguma orientação e/ou esclarecimento durante o período de internação da criança?

- (1) Sim
- (2) Não

V359

- Quem prestou essas orientações e/ou esclarecimentos?

- (1) Médico
- (2) Psicólogo
- (3) Nutricionista
- (4) Assistente Social
- (5) Enfermeiro
- (6) Auxiliar de Enfermagem

V360

- Que tipo de orientação e/ou esclarecimentos foram dados?

(1) Rotina hospitalar

V361

(2) Tratamento a ser dispensado à criança

V362

(3) Cuidados pós-alta

V363

(4) Outros. Especifique: _____

V364

(5) Não respondeu

V365

- Como você percebe a relação da equipe de enfermagem com a criança hospitalizada, quanto aos seguintes aspectos:

V40103

V404

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
<u>Sono:</u> Favorece ambiente tranquilo					
Conversa com a criança antes dela adormecer					
Conta estórias para criança					
Embala a criança					
"Pega" a criança no colo					
Deixa a criança sozinha no berço					
<u>Alimentação:</u> Dá alimentação na boca da criança					
Estimula a criança para que se alimente					
Deixa que a criança se alimente sozinha					

V405

V406

V407

V408

V409

V410

V411

V412

V413

cont.

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Motricidade:</u>					
Estimula a movimentação da criança					V414
Quando no berço, a criança fica contida					V415
Deixa que a criança se locomova livremente					V416
<u>Linguagem:</u>					
Procura entender a linguagem da criança					V417
Conversa com a criança					V418
<u>Sociabilidade:</u>					
Proporciona atividades recreativas para a criança					V419
Estimula a participação da criança em atividades recreativas					V420
Estimula a participação da criança em atividades de grupo					V421
<u>Sexualidade:</u>					
Permite a manipulação dos órgãos genitais					V422
Procura desviar a atenção da criança					V423

cont.

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Hábitos e Manipulações:</u>					
Deixa a criança chupar o dedo					V424
Deixa a criança roer as unhas					V425
Deixa a criança chupar a língua					V246
Deixa a criança usar a chupeta					V427
Deixa a criança estabelecer e/ou manter relação de dependência com algum objeto					V428
<u>Eliminações:</u>					
Troca a roupa da criança toda vez que ela urina e/ou evacua					V429
Orienta a criança a utilizar o vaso sanitário					V430
Repreende a criança quando faz suas eliminações no berço					V431

Prezado(a) Colega

Como deve ser de seu conhecimento, cada vez mais os profissionais da área Biomédica procuram encontrar meios para a recuperação mais rápida e eficiente dos clientes sob seus cuidados.

O objetivo de melhorar a assistência dispensada às crianças em geral, e às hospitalizadas em particular, nos leva a solicitar sua colaboração, respondendo ao formulário anexo. Sua identidade será preservada e suas respostas, juntamente com as de outras pessoas nas mesmas condições, serão de grande valor e utilidade na avaliação do que pode e deve ser feito, por esses profissionais de saúde, para ajudar as crianças hospitalizadas a manterem o seu desenvolvimento dentro da normalidade física e psicológica.

Agradecemos antecipadamente sua colaboração no preenchimento do formulário.

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias
Mestranda da Escola de Enfermagem
Ana Neri - UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERIQUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO DO
ENFERMEIRO NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

- De uma maneira geral você considera que o enfermeiro está preparado para o atendimento à área materno-infantil.

- (1) Sim
- (2) Não

V313

- Que tipo de treinamento você recebeu para esse trabalho.

- (1) Curso de especialização
- (2) Curso de aperfeiçoamento
- (3) Nenhum treinamento
- (4) Outros. Especifique: _____
- (5) Não respondeu

V314

V315

- De um modo geral, você acha que os enfermeiros prestam orientações e/ou esclarecimentos às crianças e/ou responsáveis na admissão, internação e alta hospitalar.

- (1) Sim
- (2) Não

V316

- Que tipo de orientações e/ou esclarecimentos costumam ser dadas às crianças e/ou responsáveis

- (1) Rotina hospitalar
- (2) Tratamento a ser dispensado à criança
- (3) Cuidados pós-alta
- (4) Outros. Especifique: _____
- (5) Não respondeu

V317

V318

- Por quem são prestadas essas orientações e/ou esclarecimentos;

(1) Médico

V319

(2) Psicólogo

V320

(3) Nutricionista

V321

(4) Assistente Social

V322

(5) Enfermeiro

V323

(6) Auxiliar de Enfermagem

V324

- Assinalé nas colunas, as alternativas que melhor correspondam a sua percepção sobre as seguintes afirmações:

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Sono:</u>					
Favorece um ambiente tranquilo					V325
Conversa com a criança antes dela adormecer					V326
Conta estórias para a criança					V327
Embala a criança					V328
"Pega" a criança no colo					V329
Deixa a criança sozinha no berço					V330
<u>Alimentação:</u>					
Dá alimentação na boca da criança					V331
Estimula a criança para que se alimente					V332
Deixa que a criança se alimente sozinha					V333

cont.

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Motricidade:</u>					
Estimula a movimentação da criança					V334
Quando no berço, a criança fica contida					V335
Deixa que a criança se locomova livremente					V336
<u>Linguagem:</u>					
Procura entender a linguagem da criança					V337
Conversa com a criança					V338
<u>Sociabilidade:</u>					
Proporciona atividades recreativas para a criança					V339
Estimula a participação da criança em atividades recreativas					V340
Estimula a participação da criança em atividades de grupo					V341
<u>Sexualidade:</u>					
Permite a manipulação dos órgãos genitais					V342
Procura desviar a atenção da criança					V343

cont.

Atitude do enfermeiro em relação ao comportamento apresentado pela criança.	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Com frequência	Sempre
<u>Hábitos e Manipulações:</u>					
Deixa a criança chupar o dedo					V344
Deixa a criança roer as unhas					V345
Deixa a criança chupar a língua					V346
Deixa a criança puxar os pelos e cabelos					V347
Deixa a criança usar a chupeta					V348
Deixa a criança estabelecer e/ou manter relação de dependência com algum objeto					V349
<u>Eliminações:</u>					
Troca a roupa da criança toda vez que ela urina e/ou evacua					V350
Orienta a criança a utilizar o vaso sanitário					V351
Repreende a criança quando faz suas eliminações na roupa e/ou na cama					V352

TESTE DE HIPÓTESE ESTATÍSTICA PARA A COMPARAÇÃO
DE DUAS PROPORÇÕES POPULACIONAIS

O presente teste consiste em testar a hipótese nula H_0 , $\pi_1 - \pi_2 \leq 0$, contra a alternativa, H_1 , $\pi_1 > \pi_2$.

A variável de teste é a diferença entre as proporções amostrais p_1 e p_2 , isto é, $p_1 - p_2$.

Operacionalização do Teste

1. Hipóteses e nível de significância

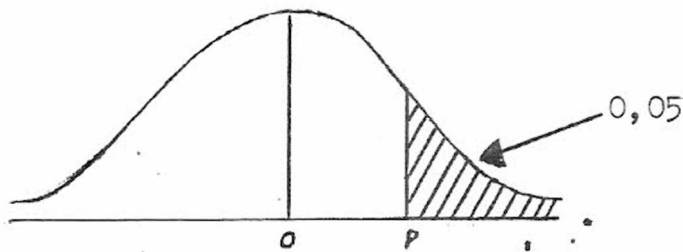
$$H_0: \pi_1 - \pi_2 \leq 0$$

$$H_1: \pi_1 > \pi_2$$

$$\alpha = 0,05$$

2. Diagrama e Regra de Decisão

2.1 - Diagrama



2.2 - Regra de Decisão

Se $(p_1 - p_2) \leq p$, aceita-se H_0 ; se $(p_1 - p_2) > p$, rejeita-se H_0 .

3. Cálculo do Valor Crítico, $p = (\mu_1 - \mu_2) + t_{v; 1-\alpha} \cdot s_p$

a) Para "Sono Normal ou Tranquilo"

$$\mu_1 - \mu_2 = 0$$

$$v = 20 - 1 = 19$$

$$1 - \alpha = 0,95$$

$$t_{19; 0,95} = 1,7291$$

$$s_p = \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}} = \sqrt{\frac{0,7(0,3)}{20} + \frac{0,05(0,95)}{20}}$$

$$s_p = \sqrt{0,0105 + 0,002375} \Rightarrow s_p = 0,113$$

$$p = 0 + 1,7291(0,113) \Rightarrow p = 0,195$$

4. Conclusão

Sendo $p_1 - p_2 = 0,70 - 0,05 = 0,65 > 0,195$, rejeita-se H_0 , i.e., a proporção de crianças que apresentavam SONO NORMAL ou TRANQUÍLO "ANTES" da hospitalização é, estatisticamente, superior à constatada "DURANTE" a hospitalização.

b) Para "Sempre Comeu de Tudo"

1) Cálculo do Valor Crítico, p .

$$s_p = \sqrt{\frac{0,80(0,20)}{20} + \frac{0,10(0,90)}{20}} \Rightarrow s_p = 0,112$$

$$p = 0 + 1,7291(0,112) \Rightarrow p = 0,193$$

2) Conclusão

Sendo $p_1 - p_2 = 0,80 - 0,10 = 0,70 > 0,193$, rejeita-se H_0 .

c) Para "Formavam Frases"

1. Cálculo do Valor Crítico, p

$$s_p = \sqrt{\frac{0,7(0,3)}{20} + \frac{0,15(0,85)}{20}} \Rightarrow s_p = 0,130$$

$$p = 0 + 1,7291(0,130) \Rightarrow p = 0,225$$

2. Conclusão

Sendo $p_1 - p_2 = 0,7 - 0,15 = 0,55 > 0,225$, rejeita-se H_0 .

d) Para "Sempre brincavam com outras crianças".

1. Cálculo do Valor Crítico, p

$$s_p = \sqrt{\frac{0,7(0,3)}{20} + \frac{0,3(0,7)}{20}} \Rightarrow s_p = 0,145$$

$$p = 0 + 1,7291(0,145) \Rightarrow p = 0,251$$

2. Conclusão

Sendo $p_1 - p_2 = 0,7 - 0,3 = 0,4 > 0,251$, rejeita-se H_0 .

Simbologia Adotada

f_1 = proporção populacional referente a ANTES da hospitalização

f_2 = proporção populacional referente a DURANTE a hospitalização

n_1 = número de elementos da amostra referente a ANTES da hospitalização

n_2 = número de elementos da amostra referente a DURANTE a hospitalização.

α = nível de significância

$v = g.l$ = graus de liberdade

s_p = desvio padrão da distribuição amostral das diferenças $p_1 - p_2$

p_1 = proporção amostral referente a ANTES da hospitalização

p_2 = proporção amostral referente a DEPOIS da hospitalização

p = valor crítico referente à diferença $p - p$

$t_{v; 1-\alpha}$ = valor crítico da distribuição "t" de Student.