

AÇÕES DESEMPENHADAS PELAS MÃES DURANTE A  
VISITA A SEUS FILHOS HOSPITALIZADOS

por

I N G R I D E L S E N

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS - SC.

1979

I N G R I D E L S E N

AÇÕES DESEMPENHADAS PELAS MÃES DURANTE A  
VISITA A SEUS FILHOS HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada à Uni  
versidade Federal de Santa Ca  
tarina para obtenção do Grau  
de Mestre.

FLORIANÓPOLIS - SC.

1979

Esta dissertação foi julgada .A.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .A.provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

*(Lucia Hisako Takase Gonçalves)*

Dr.<sup>a</sup> Lúcia Hisako Takase Gonçalves

(Orientadora e Coordenadora do Curso)

*(Olga Rosária Eidt)*

Dr.<sup>a</sup> Olga Rosária Eidt

(Coorientadora)

Apresentação perante a banca examinadora composta das professoras:

*(Lucia Hisako Takase Gonçalves)*

Dr.<sup>a</sup> Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Presidente

*(Olga Rosária Eidt)*

Dr.<sup>a</sup> Olga Rosária Eidt - Examinadora

*(Mariana Fernandes de Souza)*

Dr.<sup>a</sup> Mariana Fernandes de Souza - Examinadora

## AGRADECIMENTOS

- Ao Hospital Infantil Edith Gama Ramos, campo de estudo do presente trabalho.
- À Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Coordenadora do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- À Dra. Olga Rosária Eidt, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Ao Prof. Evaristo Manoel Pereira, pela contribuição com a análise estatística.
- À Dra. Wanda de Aguiar Horta, Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- À Mestra Alacoque Lorenzini, Membro da Comissão Coordenadora do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- À Profa. Lydia Ighes Rossi, Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

- ~A Enfa. Leony Lourdes Claudino dos Santos, Professora de Fundamentos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- A Enfa. Maria de Lourdes Silva Cardoso, Professora de Enfermagem Médica da Universidade Federal de Santa Catarina.
- ã Psicóloga Vera Lúcia Rocha, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina,
- AS Acadêmicas de Enfermagem: Selma Regina de Farias, Helena Maria Faraco, Nair Terezinha Grandó, Marlene Catarina de Andrade, Suzan Benildes Backs, Nausicaá da Silva e Diana Virgínia Bittencourt de Castro.
- ã Maria Sálete Inacio, Secretária do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Aos Funcionários Administrativos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- A todos os que auxiliaram na realização deste trabalho.

A fé em Deus,  
a confiança nas pessoas e  
a esperança de uma assistência gloo  
bal â criança transformaram uma as<sup>^</sup>  
piração em realidade.

À minha família,  
pelo carinho, amor e com-  
preensão.

## RESUMO

Neste trabalho procurou-se identificar as ações de de sempenhadas pelas m<sup>ie</sup>s durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil.

As variáveis analisadas foram: idade da mãe, grau de escolaridade, número de filhos vivos e convivência ou não com o pai da criança.

O método constou de observação e entrevista, tendo sido estudadas 25 (vinte e cinco) mães.

Verificou-se que o maior número de ações relacionou-se com o atendimento das necessidades básicas da criança na área psico-social. Entre as ações dirigidas à equipe de saúde destacaram-se as solicitações de informação sobre o fi lho e material para assistí-lo. Houve acentuado número de ações não relacionadas com a criança.

No estudo das variáveis, apenas as ações na área psico-social relacionaram-se com o grau de escolaridade da mãe e o número de filhos vivos, existindo uma correlação in versa entre o número de ações psico-sociais e as dirigidas à

equipe de saúde.

Os dados demonstraram que as mães prestaram cuidados acentuadamente afetivos e solicitam a equipe de saúde para obter informações sobre o estado de saúde da criança , informar seus hábitos e costumes e solicitar material para prestar-lhe os cuidados.

0 grande número de outras ações evidencia a necessidade de um estudo para determinar as possíveis causas determinantes deste comportamento.

## ABSTRACT

In the present study we have attempted to classify the behavior of mothers when they visit their children who are hospitalized. The variables analyzed were: the mother's age, educational level, and the number of children still living.

The method consisted of observation and interviews involving twenty-five mothers, in a children's hospital in Florianópolis .

The results showed that most of the mother's actions were related to meeting the child's basic psycho-social needs. Among their actions directed to the hospital staff, what predominated was seeking information about the child and resources for his comfort and recovery. There were also a large number of actions, totally extraneous to the child.

Among the variables, it was only in the psycho-social area that there was a correlation with the mother's educational level (a positive correlation) and the number of

children Ca negative correlation) with an increase in psychosocial activities, there was a decrease in involvement with the hospital staff.

From the data that was gathered, it appears that the mother's role in the hospital is mainly an affective one, and that her contacts with the staff largely involve asking for information about the child's progress, requesting material, and providing information regarding the child's habits.

The large number of apparently irrelevant actions would point to a need for a further study to determine the possible causes of such behavior.

## INDICE

	Página
1 - INTRODUÇÃO	01
2 - ESTUDO EXPLORATORIO	18
3 - SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS	21
3.1. <u>Dependente</u>	21
3.2. <u>Independentes</u>	22
4 - OBJETIVOS	24
4.1. <u>Geral</u>	24
4.2. <u>Específicos</u>	24
5 - MATERIAL, MÉTODO E PROCEDIMENTOS	25
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
7 - CONCLUSÕES	77
8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA	80
- ANEXOS	

## 1 - INTRODUÇÃO

É de fundamental importância o conhecimento das características da criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento para todos os que se dedicam à assistência a este grupo etário da população.

Da característica evolutiva da criança decorre sua condição de dependência da família e do ambiente sócio-cultural. AUGUSTÓ<sup>4</sup> quando discorre sobre a pediatria social e a enfermeira pediatra ressalta que "é incontestável que o meio tem uma influência contínua sobre a criança e que muitas vezes ela própria exerce influência para a mudança do seu meio".

A vulnerabilidade da criança a toda sorte de agravos físicos, mentais e psico-sociais é demonstrada por numerosos autores que enfatizam a necessidade de uma assistência global à mesma, visando não apenas o presente mas, e principalmente, seu futuro até a maturidade.

A assistência à saúde da criança ocupa posição de destaque no Programa Materno Infantil que vem sendo desenvol-

vido no país o que demonstra a crescente preocupação do governo com os problemas que afetam este grupo, As estratégias adotadas no sentido de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade do grupo infantil tem constado de medidas de saneamento do meio ambiente, a higiene e complementação alimentar, imunizações, educação sanitária e controle do crescimento e desenvolvimento da criança. Concomitantemente, vêm sendo desenvolvidos esforços no sentido de melhorar as condições gerais de vida, trabalho e educação da população, as quais se refletirão positivamente na elevação do seu nível de saúde.

Paralelamente a estes trabalhos que visam a melhoria da saúde física e do meio ambiente, está surgindo uma nova mentalidade no sentido de integrar os aspectos da saúde mental, o que vem ao encontro do conceito de assistência global à criança, de acordo com MARCONDES<sup>29</sup>.

A assistência global implica em atender a criança em suas necessidades bio-psico-sociais, levando-se em conta sua idade e o meio em que vive.

De acordo com ALCÂNTARA<sup>^</sup>, a satisfação das necessidades afetivas da criança depende do atendimento às suas necessidades biológicas fundamentais; da proteção contra doenças e outras fontes de desconforto físico; do sentimento de segurança decorrente de saber-se amada e aceita e de um ambiente familiar harmonioso e que favoreça o desenvolvimento de suas potencialidades físicas, mentais e sociais.

A medida que as necessidades afetivas da criança forem satisfeitas, ela desenvolverá a capacidade de retribuir o amor e terá maior facilidade em se adaptar ao meio e evoluir

para uma adulticie sadia. Estas experiências são vividas pe la criança no meio familiar, o qual satisfaz suas primeiras necessidades bio-psico-sociais.

FONSECA<sup>21</sup> define a família como sendo a unidade permanente em todas as sociedades do mundo que, embora diferente em sua estrutura, mantém seu caráter institucional através dos tempos e continua sendo o primeiro elemento a influenciar a formação física, mental e social da criança.

A importância do relacionamento familiar como fator de desenvolvimento normal ou patológico é bem caracterizada por FERREIRA<sup>20</sup>. Salaria a autora ser necessário ao desenvolvimento dos aspectos cognitivo, afetivo e social da criança, a formação de uma interação recíproca, sintónica e sincrónica entre a figura de maior importância, geralmente a mãe, e a criança. Isto é, o comportamento da criança deve influir de alguma forma sobre a mãe ou sua substituta, que emite respostas adaptadas "a ação da criança, estimulando-a e dando-lhe tempo para que reaja, numa cadeia harmônica de interação. Esta relação especial que a criança desenvolve inicialmente com a mãe, é compartilhada gradativamente com o pai e, só mais tarde, se estende aos irmãos.

Conforme ANDRY<sup>2</sup>, as relações interfamiliares constituem, na verdade, um triângulo, formado pela mãe-filho-pai, as quais estão sujeitas a constantes frustrações mútuas, seja pela chegada de outros irmãos, seja porque algum dos três elementos deixou de responder adequadamente às necessidades do outro.

0' reconhecimento da importância da qualidade dos

cuidados proporcionados pelos pais aos filhos na infância, segundo BOWLBY<sup>10</sup>, é de fundamental significação no futuro de sua saúde mental.

De acordo com ISSNER<sup>26</sup>, para a criança, a família e aquela que lhe dá amor, segurança e a atende em suas necessidades, não importando a pessoa (mãe, avó ou quem a substitua) . O importante, na realidade, é o tipo de relacionamento estabelecido entre a criança e a pessoa que a assiste mais diretamente.

Na família tradicional, em nossa cultura, as primeiras relações da criança se estabelecem com a mãe, razão pela qual sua influência no comportamento presente e futuro assume papel preponderante.

Para RIBBLE<sup>^</sup>, o cuidado materno é a continuação das ligações existentes durante o período prê-natal adicionadas do desenvolvimento físico, psicológico e emocional. Inclui toda série de atos pelos quais a mãe emocionalmente saudável mostra, de forma consistente, seu amor a seu filho, estimulando assim, instintivamente, reações emocionais positivas.

Os benefícios para a criança decorrentes do cuidado materno se refletem, segundo a referida autora, na melhor adaptação às modificações fisiológicas que ocorrem em seu organismo e no desenvolvimento gradual de um sentimento de segurança emocional, ensinando-a a amar e ser amada.

Segundo BARBOSA<sup>7</sup>, "a criança depende da mãe para satisfação de suas necessidades básicas, tanto na esfera física quanto psíquica, mas o grau e a qualidade deste rela ^

cionamento variam com a idade. Múltiplas são as funções maternas a desempenhar, desde o provimento da alimentação e dos demais cuidados que visam assegurar-lhe a sobrevivência, até a manipulação, o acalento e a apresentação dos objetos que lhe conferem afeto e segurança, além de estimular-lhe o desenvolvimento psico-motor",

B.OWLBY<sup>10</sup> considera como fatores importantes para o desenvolvimento da saúde mental da criança o "calor, a intimidade e o relacionamento constante da mãe (ou sua substituta) no qual ambos encontram satisfação e gozo",

Para SPIFF<sup>48</sup>, a relação mãe e filho é uma transição do fisiológico ao psicológico, passando do completo parasitismo intra-uterino à simbiose com a mãe, no primeiro ano, para terminar num estágio onde se desenvolvem relações hierárquicas. Este relacionamento é "sui generis" devido às diferenças entre as estruturas psíquicas da mãe e do filho e do meio no qual cada um vive. Entre ambos ocorre uma relação circular na qual cada um é influenciado pelo outro, relação esta que deve satisfazer tanto a mãe quanto o filho,

A importância dos cuidados maternos no crescimento e desenvolvimento da criança estão documentados nos trabalhos de FREUD e BURLINGHAN<sup>22</sup> ao comparar as crianças criadas em creches e orfanatos às crianças que cresceram no seio da família. Foi verificado que as internadas em instituições levam vantagens nos primeiros anos de vida no que concerne ao crescimento físico devido ao fato do mesmo ser menos influenciado pelas relações familiares, Ao passo que o desenvolvimento

ficou prejudicado em função da falta dos laços afetivos com a mãe ou a família. As consequências mais marcantes da privação materna, identificadas pelas autoras, foram a insensibilidade afetiva e o exagerado desejo na busca de uma imagem materna que acompanha estas crianças por toda vida.

SPITZ e WOLF<sup>48</sup>, ao estudarem a evolução das crianças que foram institucionalizadas após um contato constante de no mínimo seis meses com suas mães, observaram diferentes etapas no seu comportamento. No primeiro mês de afastamento, as crianças tornavam-se chorosas, exigentes e procuravam a atenção dos observadores. Este quadro agravou-se gradativamente a ponto de no segundo mês, perderem peso, os choros de transformarem em gritos, e haver estacionamento do desenvolvimento motor. Já no terceiro mês, as crianças se tornaram apáticas, gementes, mais susceptíveis a doenças intercorrentes, com acentuada perda de peso, regressão motora, além de apresentarem uma face característica de rigidez. Os autores denominaram este quadro de depressão analítica. Quando as crianças retornavam a seus lares ou eram entregues a mães substitutas adequadas, dentro de um período de três a cinco meses, verificava-se regressão rápida dos sintomas.

Entretanto, BOWLBY<sup>49</sup> refere a existência de privação materna mesmo em crianças que convivem com suas mães, nos casos em que as mesmas são incapazes de proporcionar cuidados amorosos. Classifica a privação materna em dois grandes tipos: a parcial e a absoluta. Ambas apresentam efeitos de intensidade variável. A vulnerabilidade da criança aos efeitos da privação materna decresce lentamente, segundo o desen

volvimento de sua capacidade de compreensão e de relacionamento com outras pessoas.

Os problemas da privação materna na área hospitalar têm sido estudados por médicos, psicólogos, enfermeiros, sociólogos e psiquiatras.

BARBOSA<sup>7</sup>, analisando os aspectos psico-sociais da assistência à criança, descreve a "clínica do hospitalismo" como sendo o quadro que acomete certas crianças internadas em instituições, separadas de sua mãe. Este quadro basicamente apresenta a mesma sintomatologia e evolução do observado por SPITZ e WOLF e seu aparecimento pode ocorrer em diferentes momentos da hospitalização e não necessariamente por ocasião da internação.

ESCARDÕ (apud BARBOSA)<sup>7</sup> define o "hospitalismo" como sendo "a soma dos prejuízos que a pessoa humana recebe pelo fato de permanecer internada num hospital que leva em conta sua condição de enfermo, paciente ou condutor de doenças, porém marginalizadas as determinantes de sua unidade estrutural bio-psico-social"; e acrescentar "O hospital atua patogenicamente, não pelo que nele há, senão pelo que nele falta".

São apontados por BARBOSA<sup>7</sup> como fatores que influem nas conseqüências da hospitalização: a situação psicofetiva da criança e seu relacionamento com a mãe, sua personalidade e capacidade de adaptação, a atitude da equipe hospitalar, as rotinas e normas vigentes no hospital, as experiências vividas durante a hospitalização, bem como a duração da mesma.

ROBERTSON<sup>42</sup> ao estudar alguns destes aspectos cha-

ma a atenção para a incapacidade do adulto em compreender a intensidade dos sentimentos de uma criança que perde os cuidados da pessoa em quem deposita sua fé e total confiança. Enfatiza ainda que, devido à dificuldade da criança de situar-se no tempo ela vivencia uma separação materna, por mais curta que seja, no entender dos adultos, como vim abandono definitivo.

Quanto à equipe de saúde, o autor afirma ser prejudicial a fragmentação da assistência prestada à criança no hospital. O fato da criança entrar em contato com vários elementos da equipe, impede sua fixação em uma pessoa capaz de lhe dar a segurança que sua condição exige.

.AUGUSTO<sup>4</sup>, ao analisar a problemática da criança hospitalizada lembra que o ambiente hospitalar exerce influência sobre a criança, uma vez que as diferentes pessoas que o assiste podem desconhecer seus hábitos e costumes.

D'ANDREA<sup>15</sup>, por outro lado, afirma que o hospital promove a satisfação das necessidades físicas da criança, porém, em geral, se esquece de atender as necessidades psicológicas.

A hospitalização da criança de baixa idade, segundo os autores, deve ser uma medida adotada somente quando houver uma necessidade premente que a justifique, tendo em vista as agressões psíquicas que pode determinar. Assim sendo, quando ela se torna necessária, devem ser adotadas medidas de prevenção no sentido de reduzir ao máximo as consequências nefastas decorrentes da separação da família.

BAKWIN e BAKWIN<sup>^</sup> afirmam que a hospitalização só

deve ocorrer após sérias considerações sobre a natureza da doença e o tipo de lar onde vive a criança, e que todos os esforços devem ser feitos no sentido de humanizar a assistência à criança.

\* PLANK<sup>38</sup> é de opinião que a hospitalização não deve ser um fator nocivo para a saúde mental da criança e cita como medida a ser adotada, a permanência da mãe junto à criança; quando isto não for possível, o hospital deve assegurar à criança uma assistência a mais maternal possível.

\* BLAKE<sup>8</sup> declara que compete à enfermagem cooperar com os demais elementos da equipe de saúde na busca de soluções para prevenir traumas psicológicos à criança hospitalizada. Reconhece que vários são os empecilhos na realização deste trabalho, entre os quais o excesso e a diversificação das atividades assumidas pela enfermagem e a falta de conscientização dos profissionais quanto à importância do atendimento das necessidades emocionais das crianças.

SEIDL<sup>46</sup> alerta para o fato de que os hospitais tradicionalmente assumem todas as funções de ajuda física, psicológica e social junto aos pacientes, porém, é chegada a hora dos mesmos reconhecerem que algumas destas funções necessitam ser compartilhadas com os familiares, competindo ao hospital o apoio e a promoção de meios para que isto seja efetivado.

TESCK<sup>49</sup> defende o direito do paciente de ter junto a si uma pessoa de sua família ou alguém a quem ele se considere particularmente ligado, desde que a separação provo

que solução de continuidade em sua integridade pessoal ou perturbe seu equilíbrio emocional.

Várias são as medidas que vêm sendo recomendadas pelos autores no sentido de facilitar a adaptação da criança ao hospital e ao mesmo tempo concorrer para a manutenção de sua saúde mental. Entre estas podem ser criadas:

- a internação da mãe juntamente com seu filho, orientação esta que aos poucos vem sendo introduzida nas instituições hospitalares (LISBOA)<sup>28</sup> (DOWLER) ;<sup>16</sup>
- o preparo gradativo dos pais e crianças para a internação através de programas educativos, procurando transformar a hospitalização em uma experiência, emocional e psicologicamente positiva para pais e filhos (BROWN)<sup>13</sup>.
- permissão para os pais desenvolverem cuidados com a criança internada a fim de participarem do seu tratamento; HOHLE<sup>24</sup>;
- a autorização para as crianças receberem e manterem objetos e presentes trazidos pelos pais a fim de se sentirem ligadas a seu lar (WAECHTER)<sup>51</sup>;
- a educação dos pais quanto à forma de se relacionarem com a criança de forma construtiva. As mentiras, assim como o "sair sem se despedir" devem ser evitados uma vez que isto afeta o grau de confiança que a criança deposita em seus pais (GEIST)<sup>23</sup>;
- a manutenção de uma clima de respeito à integridade do binômio mãe e filho (EIDT)<sup>17</sup>;
- a liberalização dos horários de visitas a fim de per

- mitir aos pais verem seus filhos com freqüência e desta forma assegurar à criança que ela é amada e que não foi esquecida (.GEIST)<sup>23</sup>;
- a assistência de enfermagem individualizada, ao invés de numerosas pessoas cuidando da mesma criança (BOWLBY)<sup>10</sup> ;
  - a limitação de técnicas e procedimentos terapêuticos agressivos e traumatizantes ao estritamente necessário;
  - a permissão à livre expressão da ansiedade por parte da criança (MORAES)<sup>34</sup> ;
  - utilização de jogos terapêuticos (PLANK)<sup>39</sup> ;
  - a prevenção de emoções súbitas e desnecessárias à criança (ALCÂNTARA)<sup>1</sup>;
  - a diminuição, ao máximo, de restrições impostas à criança (BARBOSA)<sup>7</sup> ;
  - a seleção rigorosa e capacitação do pessoal que atua junto à criança hospitalizada e seus pais (OLIVEIRA)<sup>17</sup> ;
  - a promoção de uma ambiente onde predomine o aspecto familiar (WAECHTER)<sup>51</sup> ;
  - permissão de licenças para a criança passar os fins de semana com a família, principalmente nos casos de longa permanência (BARBOSA)<sup>7</sup> .

Como se pode verificar, a presença dos pais e sua participação nos cuidados a seu filho hospitalizado vem merecendo, por parte dos autores, uma atenção especial tendo em vista sua relevância na prevenção de problemas futuros.

LLORENS, (.apud BARBOSA)<sup>7</sup> declara "ser" a visitados

pais um direito que estes possuem e não um favor que o hospital lhe presta".

A forma pela qual o hospital tem procurado manter a unidade da família quando a criança se encontra hospitalizada foi descrita por BORROWS<sup>9</sup>. Cita que, entre outros requisitos indispensáveis, é imprescindível o desenvolvimento do espírito de equipe entre pacientes, pais e profissionais além da existência de condições mínimas de infra estrutura.

CHONG<sup>1</sup>, em seu trabalho, reafirma a idéia das relações triangulares que ocorrem no hospital, cujos ângulos : pais, médicos e enfermeiros, são interdependentes entre si. Declara ainda que por mais amor que um elemento da equipe de enfermagem dê a criança, não há uma real substituição do amor materno. Cita como aspectos impeditivos à realização das visitas no hospital no qual trabalha, a falta de facilidade para a mãe que visita seu filho; problemas de ordem financeira e emocional; o número exagerado de restrições impostas pelo hospital aos visitantes e o ressentimento de certas enfermeiras em relação às mães por julgarem que as mesmas estão assumindo suas tarefas.

AUFHAUSER<sup>^</sup> declara que, embora se reconheça a importância do relacionamento mãe e filho, continua a dúvida quanto à forma de auxiliar e orientar a mãe a desempenhar seu papel junto ao seu filho hospitalizado. Conclui afirmando ser mais fácil e gratificante para o profissional assumir o papel da mãe e enfermeira. Contudo, a clara compreensão sobre o trauma que se infligiria à mãe e à criança, deve prevenir a enfermagem de cometer tal erro.

ARMSTRONG e BROWDER<sup>3</sup> citam que a permanência diária dos pais junto à criança deve ser, no mínimo, de seis horas e que as mães, quando devidamente preparadas, se transformam em pessoas emocionalmente estáveis e prontas a colaborar. Por outro lado, ressalta que além dos benefícios para a criança, a equipe de saúde tem muito a aprender através da observação do relacionamento mãe e filho.

Segundo FAGIN<sup>19</sup>, os pais, quando convenientemente orientados, podem auxiliar na prestação de cuidados a seus filhos, permitindo à equipe de enfermagem dedicar-se as outras crianças mais carentes de afeição e assistência. É esta, segundo a autora, uma forma da comunidade, através dos familiares, desenvolver atitudes positivas em relação ao hospital e ao serviço de enfermagem.

ROSSEAU<sup>44</sup> relata que o simples contato físico com a mãe e o ouvir da voz de um familiar tem mais sucesso com a criança no pós-operatório que qualquer medicação para acalmá-la.

HOHLE<sup>24</sup> relata a experiência positiva vivenciada em um hospital no qual as mães são estimuladas a permanecer junto a seus filhos e participar dos seus cuidados. Refere ser uma situação ideal de ensino e que a permanência da mãe não exige necessariamente maior número de pessoal de enfermagem,

A vantagem de se utilizar a presença dos pais para desenvolver programas educativos é reforçada por vários estudos. LEIFER<sup>27</sup> refere ser a educação dos pais uma responsabilidade da enfermagem. Enquanto que MORLEY<sup>36</sup> lembra que

os conhecimentos adquiridos pelos mesmos durante a internação dos seus filhos e a maneira pela qual são recebidos pela equipe de saúde, formarão suas atitudes frente ao cuidado da saúde.

A decisão de aceitar os pais participando ativamente dos cuidados físicos e emocionais da criança implica numa série de mudanças por parte do hospital e sua equipe administrativa e técnica, os quais tem apresentado, em maior ou menor grau, uma certa resistência.

<sup>40</sup>POST aponta as seguintes razões para os hospitais não aceitarem a participação mais efetiva dos pais nos cuidados a seus filhos hospitalizados:

- a falta de conhecimento sobre as necessidades emocionais da criança por parte dos elementos da equipe de saúde;
- a filosofia arcaica que ainda domina certos hospitais quanto à prioridade da ordem e limpeza sobre a comodidade e bem estar da criança;
- a necessidade de elementos da equipe de enfermagem se envolverem emocionalmente com as crianças\* chegando a competir pelo seu carinho com as próprias mães;
- problemas inerentes à personalidade dos pais que chegam a dificultar o relacionamento com a equipe;
- os custos provenientes da permanência dos pais no hospital\*

SEIDL<sup>46</sup>, partindo da premissa (¾ que os pais necessitam participar do cuidado de seus filhos hospitalizados, fez um estudo junto a equipe de enfermagem no sentido de verifi-

car qual o grupo de profissionais que oferece maior resistência à introdução de programas desta ordem. Constatou que as enfermeiras com maior grau de escolaridade apresentaram atitudes mais positivas, assim como as equipes lideradas por estas mesmas enfermeiras. Aqueles profissionais que atendiam diretamente a criança e que se viam ameaçados em sua posição social dentro da estrutura hospitalar, foram os que mais resistência apresentaram à mudança.

MAHAFFY<sup>31</sup>, ao investigar a possibilidade de melhorar a assistência à criança, envolvendo a mãe nos cuidados a seu filho, afirma que a maioria dos hospitais não auxilia os pais a discernir quanto ao papel que devem desempenhar no hospital e que a equipe de saúde nem sempre facilita a comunicação com os mesmos.

Vários autores relatam as diferentes atitudes assumidas pela equipe de saúde frente aos pais das crianças hospitalizadas e a reação dos mesmos à internação de seus filhos. FAGIN<sup>19</sup> afirma que os pais são vistos mais como inimigos do hospital e da própria criança do que como uma parte integrante da vida do paciente. Por outro lado, os pais se sentem sozinhos e temem deixar seus filhos aos cuidados de estranhos. O desconhecimento dos costumes, práticas e rotinas do hospital somados aos seus sentimentos, chegam a confundir os pais que desenvolvem atitudes muitas vezes inadequadas.

GEIST<sup>23</sup> apresenta as diferentes maneiras dos pais reagirem à hospitalização dos filhos. Estas compreendem desde temores reais fundamentados e sentimentos de culpa, até a ansiedade desproporcional em relação ao caso. Estas reações são demonstra -

das através de comportamentos inadequados tais como: recusa em visitar o filho, excessiva sensibilidade e senso crítico exagerado dirigido à equipe de saúde.

São referidos por ROUSSEAU<sup>44</sup> os pais que "incomodam" a enfermagem e os que rejeitam a criança. Para a autora, são exatamente estes pais que mais necessitam da ajuda da equipe para vencer suas ansiedades.

Pode-se encontrar uma explicação para o comportamento dos pais e familiares no trabalho de ISSNE<sup>45</sup> que aponta a doença, separação e morte, como fatores que rompem a unidade familiar. Ao se aplicar isto à situação da hospitalização da criança, observa-se que todos estes elementos estão presentes, inclusive a possibilidade da morte, o que justifica plenamente as reações muitas vezes inadequadas dos familiares.

Identificada a importância da presença dos pais junto a seu filho hospitalizado e face ao nosso desconhecimento do papel por eles desempenhados, torna-se necessário o estudo do comportamento da família durante a visita à criança.

Optou-se no presente estudo, pesquisar as ações maternas, por ser a mãe a pessoa com quem a criança mantém um maior relacionamento nos primeiros anos de vida. Isto, aliado ao fato de ser a mãe aquela que geralmente tem mais disponibilidade de tempo para visitar a criança no hospital.

Com base na literatura consultada e na experiência profissional, bem como nos contatos mantidos com os elementos da equipe de saúde, surge uma série de indagações

quanto às atividades desenvolvidas pelas mães junto a seus filhos hospitalizados. Que tipos de ações as mães desempenham? Objetivam estas ações assegurar a continuidade da assistência à criança? Com estas ações as mães demonstram amor e carinho a seu filho? Transmitem segurança emocional à criança? Estão as mães desejosas de compartilhar com a equipe de saúde o cuidado de seu filho? Demonstram suas ações desejo de adquirir conhecimentos para prestar melhor assistência a seu filho? Ou são reflexos de sua ansiedade ou sentimento de culpa que, ao invés de auxiliar a criança, prejudicam seu tratamento? Estão as mães disputando com a equipe de enfermagem a assistência à criança? Ou as mães utilizam de forma inadequada os momentos já tão escassos da visita desenvolvendo ações não relacionadas às necessidades da criança?

Em síntese, quais são as ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados?

## 2 - ESTUDO EXPLORATÓRIO

Foi realizado um estudo prévio sobre as ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados, visando a obtenção de maiores conhecimentos sobre a situação a ser estudada, definição dos instrumentos, identificação de possíveis fatores intervenientes, bem como a seleção da metodologia mais adequada a ser adotada na coleta de dados. O referido estudo, desenvolvido em 3 (três) dias consecutivos, consistiu da observação das ações desempenhadas por 48 (quarenta e oito) mães que visitavam seus filhos hospitalizados no horário estabelecido pelo regulamento do hospital para a visita de familiares.

O método adotado foi o da observação contínua de várias mães concomitantemente, realizada por duas enfermeiras doentes e uma estudante da última fase do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia.

A avaliação dos resultados obtidos demonstra que as mães realizaram 21 (vinte e um) tipos de ações, as quais foram class

sificadas em 3 (três) grupos de acordo com a natureza das mesmas. O critério adotado para a primeira classificação das ações desenvolvidas pelas mães a seus filhos no momento da visita hospitalar, baseou-se no quadro referencial de MOHANA, (Apud HORTA)<sup>25</sup>, onde descreve as necessidades humanas básicas e as categoriza em psico^biológicas, psico-sociais e psicoses' - pirituais. Já para a classificação das ações do segundo grupo, selecionou-se aquelas desenvolvidas pela mãe que, embora pertinentes ao seu filho, eram dirigidas à equipe de saúde. Finalmente, no terceiro grupo, foram colocadas todas aquelas ações não classificadas anteriormente.

Os dados observados e classificados segundo os critérios descritos encontram-se no ANEXO1\*

Quanto ao método utilizado para a coleta de dados, identificou-se que o da observação contínua provocou o constrangimento de algumas mães. Por outro lado, por não ter sido previamente estabelecido o tempo para a duração da observação e do registro das ações, ficou impossibilitada a observação de um certo número de ações desempenhadas pela mãe, devido ao fato da observadora estar registrando as ações ocorridas no mesmo momento em que novas ações eram desenvolvidas. A utilização do tempo de observação e o registro das ações demonstraram a necessidade de padronização dos mesmos, a fim de organizar a coleta dos dados referentes às ações observadas no estudo definitivo. ■\*-

Verificou-se também que, devido ao restrito tamanho das salas, só poderiam permanecer nelas, ao mesmo tempo, duas observadoras.

Constatou-se ainda, durante o estudo exploratório, a periodicidade com que as mães visitavam seus filhos e o tempo médio de hospitalização destes, fatores relevantes para a realização do presente estudo.

### 3 - SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS

#### 3.1. Dependente

Ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados.

Para efeito deste trabalho, as ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados significam todas as manifestações da mãe expressas através de um verbo, desde sua chegada a unidade na qual seu filho estava internado para diagnóstico e/ou tratamento clínico até o momento de sua saída desta unidade, nos dias e horários estabelecidos pelo hospital para visita dos familiares. Escolheu-se trabalhar com "ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados" porque, através de entrevistas com profissionais que assistem a criança, de experiências adquiridas em trabalhos com crianças hospitalizadas e de um amplo estudo da literatura nacional e internacional relacionadas a este tema, deduziu-se a necessidade de adquirir informações sobre como é utilizado pela mãe, em nos-

so meio, o período de visita a seu filho internado; o objetivo seria a fim de verificar se suas ações correspondem ao preconizado pelos autores como sendo formas de auxiliar a criança em seu ajustamento ao ambiente hospitalar e assegurar a continuidade dos cuidados maternos, ou se demonstram ansiedade ou sentimento de culpa por parte das mães pelo fato de seus filhos estarem doentes e hospitalizados.

Estas ações, segundo o estudo exploratório foram classificadas em:

- Ações relacionadas com o atendimento direto à criança em suas necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais;
- Ações pertinentes "a criança, porém dirigidas à equipe de saúde
- Outras ações onde foram agrupadas aquelas relacionadas com visitantes, pacientes internados ou mesmo as de ordem pessoal.

### 3.2. Independentes

Foram selecionadas para estudo as seguintes variáveis independentes:

#### 3.2.1. Idade da mãe

Com base nas observações preliminares, constatou-se que as mães mais jovens desenvolveram grande número de ações não relacionadas com o atendimento das necessidades básicas da criança, razão pela qual acreditou-se poder a idade

influenciar no tipo de ações desempenhadas pela mãe.

### 3.2.2. Convivência ou não com o pai da criança.

Esta variável foi selecionada tendo em vista vários estudos entre os quais o de RIBBLE<sup>41</sup> que salienta a importância do papel do pai na manutenção do equilíbrio emocional da família e no relacionamento mãe e criança.

### 3.2.3. Grau de escolaridade

Determinou-se a inclusão do grau de escolaridade baseado no pressuposto de que um nível de escolaridade mais elevado possibilita às mães maiores oportunidades de aprendizagem sobre as características da criança com uma conseqüente maior preocupação pelo atendimento de suas necessidades básicas.

### 3.2.4. Existência de um ou mais filhos vivos

Acreditou-se que, quanto maior o número de filhos, mais experientes sentir-se-iam as mães, tendo assim, melhores condições de desempenhar maior número de ações relacionadas com o atendimento das necessidades básicas da criança hospitalizada.

## 4 - OBJETIVOS

### I 4.1. Geral

Identificar as ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados.

### 4.2. Específicos

4.2.1. Identificar as ações desempenhadas pelas mães relativas ao atendimento das necessidades básicas de seu filho.

4.2.2. Identificar as ações desempenhadas pelas mães junto à equipe de saúde.

4.2.3. Verificar outras ações desempenhadas pelas mães no período destinado à visita.

4.2.4. Verificar se há relação entre as ações psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais e aquelas dirigidas à equipe de saúde e a idade, número de filhos vivos, a escolaridade da mãe e a convivência com o pai da criança.

4.2.5. Verificar se há correlação entre os diferentes tipos de ação: psico-biológicas, psico-sociais, psico-espirituais e dirigidas à equipe de saúde.

## 5 - MATERIAL, MÉTODO E PROCEDIMENTO

5.1. Utilizou-se como população para a pesquisa, as mães de crianças internadas em um hospital infantil de Florianópolis.

### 5.1.1. Critérios para seleção da amostra;

A primeira escolha foi no sentido de identificar todas as mães de crianças na faixa etária entre 2 (dois) meses e 5 (cinco) anos e que tinham possibilidade de visitar seus filhos.

O limite mínimo de idade estabelecido deve-se ao fato das crianças com idades inferiores a dois meses estarem internadas em um berçário onde a entrada dos pais é proibida. Estabeleceu-se o limite máximo de idade considerando-se a maior dependência da criança dos cuidados maternos nesta faixa etária.

Numa segunda etapa, visando a uniformidade da amostra, foram excluídas as mães cujos filhos encontravam-se internados

nas seguintes condições:

- em apartamentos ou em situações que permitissem a presença constante de um acompanhante;
- na sala de emergência e unidade de terapia intensiva , tendo em vista seu ambiente estressante e as próprias condições de alto risco, resultando em maior insegurança das mães, além de limitar a oportunidade de cuidarem de seus filhos.
- em salas de isolamento cujo acesso era proibido aos pais;
- em tratamento cirúrgico, tendo em vista ser a cirurgia mais um fator gerador de ansiedade na mãe e maior rotatividade de ocupação dos leitos hospitalares com consequente diminuição do tempo de permanência.

O estudo foi efetuado no período de 26/6/79 a 5/8/79, tendo sido controladas um total de 50 (.cinquenta) mães, conforme se observa no ANEXO VIII. No decorrer dos trabalhos foram excluídas 25 (vinte e cinco) mães, tendo em vista os seguintes fatores: alta da criança antes da mãe ter realizado a terceira visita (quinze mães); a mãe não ter visitado a criança (oito mães); um óbito e uma mãe que visitava seu filho em horário que não o oficialmente estabelecido. Desta forma, a amostra ficou constituída de 25 (vinte e cinco) mães.

## 5.2. Método de coleta de dados

Foram utilizadas como métodos de coleta de dados, a observação das ações das mães durante a visita a seus filhos hospitalizados e a entrevista das mesmas ao término das observações.

### 5. 2 .1. Observação

Baseados em consulta bibliográfica e no estudo exploratório optou-se pela coleta de dados através do método da observação não participante. A mãe foi observada sistematicamente durante 1 (um) minuto, a intervalos regulares de 5 (cinco) minutos, desde o momento de sua chegada a unidade até sua retirada. As observações foram realizadas durante as três primeiras visitas das mães a seus filhos hospitalizados em unidades de internação\*. Esta determinação foi fundamentada no trabalho de VERHONICK<sup>50</sup> que recomenda como mínimo satisfatório três dias de observação a fim de se obter uma amostra significativa das possíveis ações desempenhadas pelas mães. A duração da observação, assim como os intervalos, foram estabelecidos tendo em vista a necessidade de se padronizar a observação e o tempo de registro, assegurar liberdade à mãe e evitar aglomeração nas salas, problemas estes constatados quando da realização do estudo exploratório.

### 5.2.2. Entrevista

A entrevista, necessária para a obtenção dos dados relacionados à mãe, foi efetuada pela observadora ao se concluir a terceira visita realizada por esta a seu filho. Foi escolhida esta ocasião a fim de impedir que o conheci-

---

\* Previamente à hospitalização da criança na unidade de internação ela passa um período de tempo internada no serviço de emergência de acordo com suas necessidades de saúde.

mento de estar sendo objeto de estudo alterasse as ações das mães. A realização da entrevista foi individual e em lugar apropriado.

### 5.3. Instrumentos de coleta de dados

Foram elaborados dois instrumentos para a coleta dos dados; a ficha de observação e um formulário.

#### - Ficha de Observação

Este instrumento, com base no de VERHONICK<sup>e</sup>, continha os dados de identificação da mãe e da criança e espaço para o registro do horário das observações e as ações desempenhadas pelas mães,

#### - Formulário

Considerando o objetivo que se propôs atingir, através da entrevista/foi elaborado um formulário contendo perguntas referentes à idade da mãe, número de filhos vivos, grau de escolaridade e o fato de conviver ou não com o pai da criança.

#### 5.3.1. Teste dos instrumentos

Ambos os instrumentos foram testados nas unidades de internação do mesmo hospital no qual se desenvolveu posteriormente a coleta de dados, tendo os mesmos sido aplicados em seis mães, seguindo-se os critérios propostos para a seleção da amostra, o teste evidenciou a necessidade de alterações nos instrumentos a fim de se assegurar sua validade.

### 5,3,2. Instrumentos definitivos

#### - Ficha de Observação

A ficha de observação, em sua forma definitiva, foi dividida em três partes: a primeira destinada a identificação da criança e outras informações; a segunda ao registro do horário e das ações observadas e a última foi utilizada para a classificação das ações (ANEXO 11). Para cada uma das três visitas da mãe, utilizou-se uma nova ficha de observação.

#### -\* Formulário

Este instrumento, preenchido por ocasião da entrevista constou de informações para a identificação das mães e aquelas relacionadas as variáveis independentes estudadas nesta pesquisa (ANEXO 11).

### 5.4. Procedimento para a coleta de dados

Para a coleta de dados foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

#### 5.4.1. Treinamento das observadoras

As observadoras, duas enfermeiras docentes e sete estudantes do curso de graduação, que já haviam concluído a disciplina de enfermagem pediátrica, foram treinadas para a coleta de dados através de um programa de orientação teórico-prática (ANEXO iv). Esta preparação tinha como objetivo fundamental a capacitação técnica e científica

das observadoras a fim de se garantir a confiabilidade dos dados. O programa teórico abordou os objetivos da pesquisa, os requisitos exigidos de um observador ; técnicas da observação, anotação e entrevista e o guia instrucional (ANEXO V) ; a parte prática constou da realização de duas observações e entrevistas no campo sob supervisão da pesquisadora.

O treinamento das observadoras, bem como sua supervisão durante a coleta de dados? foi feita pela pesquisadora, cujas funções se encontram definidas no ANEXO VI.

#### 5.4.2. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada nos dias destinados à visita dos familiares, respectivamente terças-feiras, quintas-feira e domingos, no horário das 15:00 h. às 16:30 h.

Cada observadora tinha a responsabilidade de observar, no máximo, duas mães no mesmo período.

Um exemplo de ficha de observação preenchida, visando facilitar a compreensão desta fase de coleta de dados, está representado ao ANEXO VII.

Ao completar a terceira visita, a mãe foi entrevistada pela observadora para preenchimento do formulário .

#### 5.4.3. Controle da Execução

Foi elaborada uma ficha de controle de visitas das mães a fim de se assegurar a continuidade da coleta de dados, sendo a mesma preenchida pela pesquisadora, no início

cio e término dos horários de visitas das mães,

Este instrumento foi construído a partir do trabalho de BARBOSA<sup>7</sup> e destinou-se ao registro da identificação das crianças cujas mães obedeciam aos critérios da amostra, data da primeira, segunda e terceira visita das mães e as ocorrências surgidas que impediram a coleta de dados. (ANEXO VIII)

#### 5.5. Procedimentos utilizados no tratamento dos dados

Os dados obtidos visando atingir o proposto nos objetivos 4.2.1; 4.2.2 e 4.2.3 foram analisados de modo essencialmente qualitativo ao passo que os referentes aos objetivos 4.2.4 e 4.2.5 receberam tratamento estatístico.

O índice de ação foi definido através da fórmula:

$$I_j = \frac{100 n_j}{N}$$

em que :

$I_j$  é o índice de ação do tipo  $J$ ;

$N$  é o número observado de ações desenvolvidas pela criança ; e

$n^j$  é o número observado de ações do tipo  $j$

Assim;

- o índice de ação psico-biológica é dado por;

$$I_{\text{psico-biológica}} = \frac{100 n_{\text{psico-biológica}}}{N}$$

- o índice de ação psico-social se expressa por;

$$I_B = \frac{100 n_B}{N}$$

- o índice de ação dirigida à equipe de saúde tem por expressão:

$$\frac{T}{B} = \frac{100 n_B}{N}$$

Foram usadas as provas estatísticas de Kruskal-Wallis, Mann Whitney , tendo sido adotado o nível de confiança de 95% correspondente ao erro I de 5%; os testes foram bicaudais.

## 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho são apresentados e discutidos em 3(três) etapas: a primeira, relativa à estrutur amostrai, a segunda às ações desempenhadas pelas mães durante a visita aos seus filhos hospitalizados ; a última tra ta das relações entre as ações desempenhadas e as variáveis propostas^bem como da correlação entre os diferentes tipos de ações: psico-biológicas, psico-sociais, psico-espirituais e aquelas dirigidas à equipe de saúde.

### 6.1. Estrutura amostrai quanto às variáveis independentes:

Apresenta-se a amostra referente às características das variáveis: idade, grau de escolaridade, número de filhos vivos e convivência com o pai da criança.

A seguir, é apresentada a distribuição segundo cada uma das variáveis:

TABELA 1 - Distribuição das mães que visitavam seus filhos in  
temados em um hospital infantil, segundo a idade.  
Fpólis, 19 79.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO DE MÃES,
Menos de 21 anos	5
21 1- 30 anos	14
30 anos e mais	6
TOTAL	25

Observa-se nesta tabela que o maior número de mães pertence ao grupo etário de 21 1- 30 anos, grupo que se encontra na idade fértil e que, portanto, estão susceptíveis a novas gestações.

TABELA 2 - Distribuição das mães que visitavam seus filhos in  
temados em um hospital infantil, segundo o grau  
de escolaridade. Fpólis., 19 79.

ESCOLARIDADE	NÚMERO DE MÃES
Analfabeta e	
19 Grau Incompleto	18
19 Grau Completo	7
TOTAL	25

Constata-se na tabela 2 que a maioria das mães apresenta grau de escolaridade correspondente ao primeiro grau incompleto ou são analfabetas e a ausência de mães com escolaridade a nível de 2º ou 3º grau. Isto deve servir de alerta para programas de educação nos hospitais a fim de adequarem os mesmos ao nível de compreensão e cultura das mães.

TABELA 3 - Distribuição das mães que visitavam seus filhos internados em um hospital infantil, segundo o número de filhos vivos. Fpólis., 19 79.

NÚMERO DE FILHOS	NÚMERO DE MÃES
1 filho	3
2 filhos	13
3 filhos	5
4 filhos e mais	4
TOTAL	25

São as mães com dois filhos as que apresentam maior frequência quando se analisa a amostra com relação ao número de filhos.

Outrossim, observa-se que o menor número de mães é o que possui apenas um filho.

Relacionando-se o número de filhos com a idade das mães, constata-se que há coerência entre ambos.

TABELA 4 - Distribuição das mães que visitavam seus filhos internados em um hospital infantil, segundo a convivência com o pai da criança. Fpolis., 1979.

CONVIVÊNCIA COM O PAI	NÚMERO DAS MÃES
Sim	24
Não	1
TOTAL	25

Apenas uma mãe declarou não conviver com o pai da criança. Tendo em vista este número, a variável "convivência com o pai da criança" deixou de ser estudada.

#### 6.2. Ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados.

As ações desempenhadas pelas mães durante o horário de visita a seus filhos internados em um hospital infantil, classificadas de acordo a natureza das mesmas, são apresentadas nos quadros 1, 2 e 3.

QUADRO 1 - Ações relacionadas com o atendimento das necessidades básicas psico-biológicas e psico-sociais da criança, desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil. Fpolis., 1979.

AÇÕES	MÃES																									TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
Alimenta	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	23	
Hidrata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17	
Oferece meios de conforto e abrigo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	
Troca fraldas/conduz sanitário	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	
Veste	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	18	
Dá medicamentos conforme ordem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	4	
Faz higiene (limpeza boca/mão)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	
Solicita o pai no cuidado físico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9	
Examina o corpo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	18	
Presta cuidado em relação ao ambiente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12	
Área Psico-Biológica																											
Área Psico-Social																											
Abraga a criança	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14	
Beija	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	25	
Acaricia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	23	
Comunica-se verbalmente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	
Dá colo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	24	
Despede-se	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13	
Traz uma lembrança de casa/nresente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3	
Brinca	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16	
Oferece chupeta	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13	
Passeia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	
Sorri	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	
Embala	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	19	
Solicita o pai no cuidado emocional	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	
Solicita o familiar no cuidado emocional	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	8	
Conversa com a família sobre a criança	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14	
Observa a criança	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13	

De acordo com o quadro número 1<sub>f</sub>, as ações mais executadas pelas mães na área psico-biológica são as relacionadas com a alimentação. É bom lembrar, no entanto, que o horário de refeição das crianças menores de um ano coincide com o horário da visita e, portanto, da observação. No que se refere às crianças maiores de um ano, o horário da alimentação não coincide com o das visitas mas, mesmo assim, estas crianças recebiam frutas e goloseimas trazidas pelas mães. Embora não fosse objetivo do presente estudo avaliar as ações quanto à forma como foram desempenhadas, cumpre registrar que um determinado número de mães alimentavam seu filho de forma inadequada, isto é, com técnica da mamadeira inadequada, deixando entrar ar, ofereciam maçã em seguida ao leite e davam à criança excesso de balas e biscoitos.

Outra ação da mesma área realizada com grande frequência pelas mães é "examinar o corpo da criança". Isto pode demonstrar a preocupação da mãe com relação às condições de integridade física e/ou higiene da criança.

Observa-se ainda que a ação desempenhada por um menor número de mães é aquela relacionada com a administração de medicamentos. Segundo MORLEY<sup>35</sup>, WAECHTER<sup>31</sup> e outros, as mães devem ser estimuladas e incentivadas a administrar os medicamentos (na medida de suas capacidades) ao seu filho com a finalidade de proporcionar maior contato entre ambos, além de desenvolver o aprendizado das mães para sua futura execução a nível domiciliar.

Verifica-se também, pelo quadro, a não realização de ações relacionadas com os cuidados corporais como banho,

higiene da genitália e região peri-anal pelas mães durante a visita. Estas ações executadas normalmente no lar pelas mães, teriam sua aprendizagem reforçada se fossem realizadas em âmbito hospitalar e sob supervisão da equipe de saúde.

Com relação às ações da área psico-social, a atitude de "beijar a criança" foi a única expressa por todas as mães entre todas as ações observadas nas diferentes áreas.

Ainda nesta área, e em ordem decrescente de frequência, foram observadas ações relativas a "dar colo", "acariciar", "comunicar-se verbalmente" e "passear com a criança".

A tentativa do envolvimento do pai ou outro familiar na atenção à criança é uma das ações que poucas mães executaram, embora seja preconizada pelos autores como sendo de grande importância para garantir a segurança emocional da criança e muito útil no seu ajustamento hospitalar.

As ações na área psico-espiritual não foram observadas. Uma possível explicação para ausência de ações nesta área pode ser encontrada no horário de visitas que não coincide com horário comumente destinado às orações.

QUADRO 2 - Ações relativas à equipe de saúde desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil. Fpolis., 1979.

AÇÕES	MÃE																									TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Recebe orientações sobre cuidados e terapia																										
Recebe informações sobre o estado de saúde da criança																										
Deixa a criança com funcionária ao sair																										
Solicita material para prestar cuidados																										
Observa a funcionária prestar cuidados a seu filho.																										
Auxilia a funcionária a medicar ou verificar sinais vitais.																										
Solicita informações sobre a criança																										
Informa sobre hábitos e costumes da criança																										
Expõe sua preocupação sobre o estado da saúde da criança.																										
Apresenta queixas ao funcionário sobre a assistência prestada a seu filho.																										

De acordo com o quadro 2 a equipe de saúde é solicitada por um grande número de mães; o que demonstra a necessidade da mãe de obter informações sobre o estado do seu filho. O recebimento de informações e orientações provenientes da equipe de saúde não corresponde em igual número às solicitações das mães.

Observa-se também que as mães que dirigiam um grande número de solicitações à equipe de saúde foram aquelas que apresentaram mais queixas sobre a assistência prestada a criança. São estas que necessitam apoio, conforme ROSSEAU<sup>44</sup>.

Chama a atenção para o fato de uma mãe não ter apresentado nenhuma ação dirigida à equipe em todos os movimentos em que foi observada e que outras três mães que solicitaram informações e orientações sobre seu filho, não as tenham recebido por parte da equipe de saúde.

Salienta-se que, a coleta de dados sobre hábitos e costumes da criança não esteja sistematizada no momento da internação, as mães sentem a importância da continuidade dos cuidados dados no lar e relatam espontaneamente à equipe, informações quanto a vida diária da criança.



Com relação às ações descritas no quadro 3 sob o título "Outras ações desempenhadas pelas mães" constata-se que apenas duas relacionam-se com os filhos hospitalizados. Ambas podem ser consideradas como altamente negativas. Trata-se do "faltar com a verdade para com a criança" e "sair sem se despedir" ações estas que, de acordo com GEIST<sup>^</sup> e BRIGHT<sup>^</sup> diminuem a confiança que os filhos depositam nos pais, gerando uma sensação de insegurança.

Embora a visita não seja diária e de pouca duração, muitas mães ainda diminuem este período de permanência com seu filho, prestando cuidados a outras crianças. Esta constatação mostra a necessidade do esclarecimento dos pais e familiares sobre a importância de sua permanência junto à criança hospitalizada pelo maior tempo possível para que ela sinta que é amada, protegida e para que possa desenvolver um relacionamento sadio e de confiança com as pessoas.

Um grande número de mães, de acordo com o ANEXO VIII, deixam de visitar sistematicamente seu filho hospitalizado ou delegam a visita ao marido ou a outro familiar.

Resta ainda uma indagação quanto à frequência elevada das mães que conversam assuntos diversos com os visitantes. Seria o fato das mães encontrarem apoio entre as pessoas do seu próprio nível cultural?

TABELA 5 - Frequência das ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil, segundo sua natureza. Fpolis, , 1979.

MÃES	AÇÕES PSICO-BIOLÓGICAS	AÇÕES PSICO-SOCIAIS	AÇÕES DAS A EQUIPE	OUTRAS AÇÕES	TOTAL
1	22	62	9	12	105
2	3	23	5	6	37
3	10	42	18	7	77
4	9	58	4	19	90
5	13	35	7	12	67
6	19	59	13	9	100
7	4	45	7	12	68
8	5	31	9	14	59
9	6	44	9	16	75
10	4	22	12	10	48
11	25	43	5	5	78
12	10	42	2	16	70
13	9	34	8	14	65
14	13	32	13	12	70
15	15	40		10	65
16	10	20	13	15	58
17	3	25	11	18	57
18	9	65	15	9	98
19	16	36	14	13	79
20	8	40	6	15	69
21	8	80	8	15	111
22	19	71	5	13	108
23	6	35	19	06	66
24	16	53	11	9	89
25	16	52	7	23	98
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>1089</b>	<b>230</b>	<b>310</b>	<b>1907</b>

Evidencia-se nesta tabela que todas as mães apresentaram maior frequência no desenvolvimento de ações psicossociais quando comparadas com os demais grupos de ações.

TABELA 6 - Índices das ações desempenhadas pelas mães, durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil. Fpõlis., 1979.

MÃES	ÍNDICE DE AÇÃO			
	PSICO-BIOLÓGICA	PSICO-SOCIAL	DIRIGIDA A EQUIPE DE SAÚDE	OUTRAS AÇÕES
1	21,0	59,0	8,6	11,4
2	8,1	62,2	13,5	16,2
3	13,0	54,5	23,4	9,1
4	10,0	64,4	4,4	21,1
5	19,4	52,2	10,4	17,9
6	19,0	59,0	13,0	9,0
7	5,9	66,2	10,3	17,6
8	8,5	52,5	15,3	23,7
9	8,0	58,7	12,0	21,3
10	8,3	45,8	25,0	20,8
11	32,1	55,1	6,4	6,4
12	14,3	60,0	2,9	22,9
13	13,8	52,3	12,3	21,5
14	18,6	45,7	18,6	17,1
15	23,1	61,5	0,0	15,4
16	17,2	34,5	22,4	25,9
17	5,3	43,9	19,3	31,6
18	9,2	66,3	15,3	9,2
19	20,3	45,6	17,7	16,5
20	11,6	58,0	8,7	21,7
21	7,2	72,1	7,2	13,5
22	17,6	65,7	4,6	12,0
23	9,1	53,0	28,8	9,1
24	18,0	59,6	12,4	10,1
25	16,3	53,1	7,1	23,5

Surgem, em segundo lugar em frequência, aquelas classificadas como "outras ações". Este resultado deve alertar os profissionais que assistem a criança para o fato de que nem sempre a presença da mãe durante a visita a seu filho hospitalizado significa prestação de cuidados maternos. Quais são os fatores que estão influenciando a conduta da mãe? Será o desconhecimento sobre o papel que lhe compete desempenhar junto a seu filho hospitalizado? Ou a inexistência de um programa de orientação sistematizada? Ou a curta permanência das mães junto ao filho hospitalizado, durante as visitas, faz com que as mesmas se sintam isoladas dos cuidados que devem ser prestados ao seu filho? Ou ainda, a visita da mãe ao filho é utilizada para satisfazer e/ou acalmar suas próprias angústias e sentimento de culpa, levando-a a não atender as necessidades de seu filho?.

Um fator de grande relevância a ser considerado nesta análise, é a inexistência de um programa sistematizado de orientação contínua às mães, objetivando o ensino de procedimentos e atitudes que devem ser desenvolvidos por elas, a fim de auxiliar seu filho hospitalizado.

### 6.3. Relações entre as ações desempenhadas e as variáveis: número de filhos vivos, idade e grau de escolaridade das mães.

6.3.1. índices das ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados .

### 6.3.2. Provas estatísticas

Optou-se pela utilização de testes não-paramétricos (distribution-free test), de larga utilização nas ciências do comportamento<sup>33 47</sup>, considerados os seguintes aspectos que os recomendam e estão presentes nos dados em estudo :

- a) desnecessidade de conhecimento da forma de distribuição da população;
- b) medidas expressas em escalas menos complexas que as de razão ou intervalo; e
- c) utilização de amostras de tamanho reduzido.

Para testar a relação entre os tipos de ação e as variáveis "idade da mãe" e "número de filhos vivos", utilizou-se a prova de Kruskal-Wallis e, no teste da relação entre "ações" e a variável "escolaridade da mãe", por ser esta última dicotomizada, foi usado o teste de Mann-Whitney.

A correlação entre as ações, desenvolvidas pelas mães foi examinada, duas a duas, mediante o emprego do coeficiente de correlação por postos de Kendall. Testou-se depois se a correlação entre dois dos índices - quando significativa - independia do terceiro, através do coeficiente de correlação parcial por postos de Kendall.

#### - Prova de Kruskal-Wallis;

Destina-se a prova a decidir se as diferenças entre as amostras são apenas casuais ou decorrentes de efetiva diferenciação entre as populações que representam.

A estatística estudada para testar a hipótese nula-não há diferença entre os escores médios de cada amostra - define-se por <sup>33</sup> :

$$H = \frac{12 \sum_{i=1}^c \frac{R_i^2}{n_i}}{N(N+1)}$$

onde :

c é o número de amostras;

n<sub>i</sub> é o número de observações na amostra i ;

$N = \sum_{i=1}^c n_i$  é o número total de observações; e

R<sub>i</sub> é a soma dos postos na amostra i.

Quando n<sub>i</sub> > 3, H apresenta<sup>33</sup> distribuição aproximadamente  $\chi^2$  com grau de liberdade igual a c - 1.

O poder-eficiência do teste de Kruskal-Wallis aproxima-se de 95,5 quando comparado com a prova F.

#### - Prova de Mann-Whitney ;

Sua finalidade é verificar se duas amostras pertencem ou não à mesma população.

Testa-se a hipótese de nulidade - as duas amostras não diferem em suas medidas - através da estatística U, que se define pela seguinte fórmula<sup>47</sup>:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1$$

ou

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2$$

onde :

$n^{\wedge}$  é o número de observações no menor grupo;

$n_2$  é o número de observações no maior grupo;

$R_1$  é a soma dos postos atribuídos às observações do menor grupo; e

$R_2$  é a soma dos postos atribuídos às observações do maior grupo.

Para grandes amostras ( $n^{\wedge} > 20$ ), U distribui-se normalmente com média igual a

$$\mu_U = \frac{n_1 \cdot n_2}{2}$$

e desvio padrão:

$$\tau_U = \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2 (n^{\wedge} + n_2 + 1)}{12}}$$

Para  $n^{\wedge} < 20$ , têm-se tabulados os valores críticos de U para diversos níveis de significância.

O poder-eficiência da prova de Mann-Whitney, quando comparada com a prova t, tende para 95,5% se N (igual a  $n_1 + n_2$ ) aumenta.<sup>32</sup>

- Coeficiente de Correlação por Postos de Kendall:

O grau de correlação entre duas variáveis X e Y é dado por<sup>47</sup>:

$$T = \frac{s}{\sqrt{N(N-1)}}$$

onde :

S é a soma dos escores 1 e -1 atribuídos aos pares de postos da variável Y quando se apresentam, respectivamente, na ordem natural ou inversa, estando ordenadas as medidas da variável Y em relação às medidas da variável X; e

N é o número de medidas das variáveis X ou Y.

Para testar a significância de  $x$ , usa-se a propriedade de  $x$ , quando  $N > 10$ , é distribuído normalmente com média

$$\mu_x = 0$$

e desvio padrão igual a

$$\sigma_x = \sqrt{\frac{2(2N + 5)}{9N(N - 1)}}$$

O poder eficiência de  $\tau$ , se comparado ao coeficiente  $r$  de Pearson é, aproximadamente, igual a 91%<sup>35</sup>.

- Coeficiente de Correlação Parcial por Postos de Kendall:

Para determinar a correlação entre X e Y, eliminados os efeitos da variável Z, determina-se o coeficiente<sup>47</sup>:

$$\tau_{XY:Z} = \frac{\tau_{XY} - \tau_{ZY} \cdot \tau_{XZ}}{\sqrt{(1 - \tau_{ZY}^2)(1 - \tau_{XZ}^2)}}$$

- Nível de Confiança:

Em todos os casos :

- a) o nível de confiança adotado foi de 95%, correspondendo ao erro tipo I de 5% ( $\alpha = 0,05$ ); e
- b) Os testes foram bicaudais.

### 6.2.3. A Ação Psico-biológica

#### - Relação com a idade da Mãe:

A Tabela 7 registra os índices de ação psico-biológica - e os postos correspondentes - segundo as idades das mães.

Para testar a hipótese nula - as médias de ações psico-biológicas são iguais nos diversos grupos de idade - usou-se a prova de Kruskal-Wallis.

Tem-se então:

$$H = \frac{12}{25 \times 26} \left( \frac{68^2}{5} + \frac{191^2}{14} + \frac{66^2}{6} \right) - 3 \times 26$$

$$H = 0,583$$

Este valor é menor que o do  $\chi^2$  para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5% (5,99). Não se pode rejeitar, portanto, a hipótese nula.

Conclui-se, então, que as ações psico-biológicas das mães não estão relacionadas com a idade.



A hipótese nula - as médias de ações psico-biológicas não se diferenciam segundo o número de filhos vivos - foi examinada também, pelo teste de Kruskal-Wallis.

A estatística H é dada por:

$$H = \frac{12}{25 \times 26} \left[ \frac{54}{3} + \frac{174}{13} + \frac{53}{5} + \frac{44}{4} \right] - 3 \times 26$$

$$H = 2,247$$

TABELA 8 - índice das ações psico-biológicas desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil e seus postos, segundo o número de filhos vivos. Fpõlis., 1979.

1 FILHO		2 FILHOS		3 FILHOS		4 FILHOS E MAIS	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
13,0	12	5,9	<b>2</b>	<b>8,0</b>	4	5,3	<b>1</b>
18,6	19	7,2	3	8,5	7	8,3	<b>6</b>
21,0	23	<b>8,1</b>	5	<b>11,6</b>	<b>11</b>	16,3	15
		9,1	<b>8</b>	13,8	13	20,3	<b>22</b>
		9,2	9	18,0	18		
		<b>10,0</b>	<b>10</b>				
		14,3	14				
		17,2	16				
		17,6	17				
		19,0	<b>20</b>				
		19,4	<b>21</b>				
		23,1	24				
		32,1	25				
<b>R<sub>1</sub>:</b>		<b>R<sub>2</sub>:</b>		<b>R<sub>3</sub>:</b>		<b>R<sub>4</sub>:</b>	
54		174		53		44	

O valor obtido é menor que o do  $\chi^2$  para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5% (7,82). Não se pode, por conseguinte, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que a ação psico-biológica das mães não está relacionada com o número de filhos vivos.

~ Relação com a Escolaridade da Mãe

Registraram-se na Tabela 9 os índices de ação psico-biológica (e seus postos) discriminados conforme a escolaridade da mãe.

Examinou-se a hipótese nula - as medidas das ações psico-biológicas não diferem segundo a escolaridade da mãe - mediante o teste de Mann-Whitney.

A estatística U é dada por:

$$U = 7 \times 18 + \frac{7 \times 8}{2} - 77$$

$$U = 77$$

ou

$$U = 7 \times 18 + \frac{18 \times 19}{2} - 248$$

$$U = 49$$

O menor valor calculado de U (.49) é comparado com o valor tabulado (C30) para o nível de significância de 5%. Sendo o valor calculado maior, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que a ação psico-biológica não está relacionada com a escolaridade da mãe.

TABELA 9 - Índice das ações psico-biológicas desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil e seus postos, segundo a escolaridade da mãe. Fpólis, 19 75.

ANALFABETA E 19 GRAU INCOMPLETO		19 GRAU COMPLETO	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
5,3	<b>1</b>	5,9	<b>2</b>
<b>8,0</b>	4	7,2	3
<b>8,1</b>	5	8,5	7
8,3	<b>6</b>	9,2	9
9,1	<b>8</b>	14,3	14
<b>10,0</b>	<b>10</b>	17,3	17
<b>11,6</b>	<b>11</b>	32,1	25
13,0	<b>12</b>		
13,8	13		
16,3	15		
17,2	16		
18,0	18		
18,6	19		
19,0	<b>20</b>		
19,4	<b>21</b>		
20,3	<b>22</b>		
<b>21,0</b>	23		
23,1	24		
	<b>R<sub>2</sub>:</b>		<b>R<sub>1</sub>:</b>
	248		77

Pelas tabelas 1, 8 e 9, verifica-se que as variáveis independentes estudadas: idade, número de filhos vivos e grau de escolaridade não tem relação com as ações desempenhadas pelas mães no atendimento às necessidades psico-biológicas de seu filho. De acordo com a bibliografia estudada, esta conclusão merece uma reflexão especial pois autores como ROUSSEAU<sup>44</sup>, MARLOW<sup>30</sup>, HOHLE<sup>24</sup> demonstram que a mãe tem prazer em desempenhar estes tipos de ações junto a seu filho hospitalizado, vendo pois nisto a oportunidade de participar de seus cuidados, bem como diminuir suas angústias e ansiedades em relação à doença e à hospitalização.

A constatação de que as mães apresentam baixos índices de ações psico-biológicas não estará relacionada com as normas e rotinas do hospital, onde a assistência às necessidades psico-biológica é da competência da equipe de enfermagem, enquanto que os referentes ao atendimento da área psico-social, fugindo a esta rotina sistematizada das atividades acima colocadas, oferecem maior oportunidade e liberdade para o seu desenvolvimento pelas mães?

Outra indagação que se nos apresenta prende-se ao fato de que o desempenho das ações psico-biológicas dependem de uma delegação da parte da equipe de enfermagem para sua realização, bem como da existência de condições e recursos materiais para a mãe poder desenvolver estas ações. Por exemplo, para ministrar a mamadeira ela depende do horário hospitalar de refeições e necessita solicitá-la ao pessoal de enfermagem. Para dar uma fruta, mesmo que a mãe a traga de casa,

ela precisa conseguir utensílios na copa, a qual se encontra em local distante de certas salas.

Pela análise e discussão acima, surge uma dúvida que merece ser esclarecida. Será que o número restrito de ações observadas na área psico-biológica é decorrente de limitações proveniente das normas e estruturas administrativas que cerceiam a mãe de prestar este tipo de ações junto a seu filho? Ou será que as mães supõem serem estas atividades uma obrigação do hospital e por isso a realizam em número limitado? Ou ainda, será que o período de noventa minutos, em dias alternados, não oferece oportunidade para que ela desenvolva cuidados com seus filhos, relacionados com ações da área psico-biológica?

#### 6.3.4. A ação Psico-social

##### - Relação com a Idade da Mãe

Os índices de ações psico-sociais e seus postos - são registrados na Tabela 10, após classificados, conforme a idade da mãe.

A hipótese nula - não há diferença significativa entre as médias de ações psico-sociais nos diversos grupos de idade - foi testada através da prova de Kruskal-Wallis.

A estatística H é dada por:

$$H = \frac{25 \times 26 \times 5 \times 14 \times 6}{62^2} \times \left( \frac{02}{62} \right)^2 + \frac{Mi!}{62} - 3 \times \left( \frac{26}{62} \right)^2$$

$$H = 1,297$$

Sendo este valor menor que o do  $\chi^2$ , para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5% (5,99), não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é pela inexistência de relação entre a ação psico-social e a idade da mãe,

#### - Relação com o Número de Filhos Vivos

Tem-se na Tabela 11 a distribuição dos índices de ação psico-social - e seus respectivos postos - conforme o número de filhos vivos de cada mãe estudada.

Para testar a hipótese nula - as médias de ações psico-sociais dos diversos grupos não se diferenciam significativamente - utilizou-se a prova de Kruskal - Wallis.



TABELA 11 - índice das ações psico-sociais desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil e seus postos, segundo o número de filhos vivos, Fpölis, 19 79.

1 FILHO		2 FILHOS		3 FILHOS		4 FILHOS E MAIS	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
45,7	4	34,5	<b>1</b>	52,3	7	43,9	<b>2</b>
54,5	11	52,2	<b>6</b>	52,5	<b>8</b>	45,6	3
59,0	15,5	53,0	9	58,0	13	45,8	5
		55,1	<b>12</b>	58,7	14	53,1	<b>10</b>
		59,0	15,5	59,6	17		
		60,0	18				
		61,5	19				
		62,2	<b>20</b>				
		64,4	<b>21</b>				
		65,7	<b>22</b>				
		<b>66 ,2</b>	23				
		66,3	24				
		72,1	25				
<b>R1*</b>		<b>R2 5</b>		<b>R3:</b>		<b>R4:</b>	
30,5		215,5		59		<b>20</b>	

0 valor da estatística H é:

$$H = \frac{12}{25 \times 26} \left[ \frac{(30,5)}{3} + \frac{(215,5)}{13} + \frac{59}{5} + \frac{20}{4} \right] 3 \times 26$$

$$H = 8,374$$

Este valor é maior que o do  $\chi^2$  para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5% (7,821). Pode-se então, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que a ação psico-social está relacionada com o número de filhos vivos da mãe. Confrontando os índices observados, vê-se que a maior média de ações pertence ao grupo de mães com 2 filhos e a menor ao grupo de mães com 4 e mais filhos.

Pelo exposto, pode-se deduzir que não há relação entre um maior número de filhos e o desenvolvimento de ações psicossociais por parte da mãe. Este dado deve ser considerado nos futuros programas educativos a serem desenvolvidos com mães de crianças hospitalizadas. Outra variável a ser considerada no planejamento acima citado, é a orientação especial que devem merecer as mães com apenas um filho,

A explicação para o fato das mães com mais de quatro filhos desempenharem menos ações psico-sociais, talvez <sup>11</sup> encontre respaldo no estudo de BRECKENRIDGE e MURPHY, quando referem existir estágios de vida na família de acordo com a idade dos filhos. Desta forma, uma família com filhos em diferentes idades, portanto com necessidades variadas, exige por parte da mãe uma diversificação de ações ao invés de individualizar os cuidados a seu filho hospitalizado,

#### - Relação com a Escolaridade da Mãe:

A Tabela 12 mostra os índices de ação psico-social (e seus respectivos postos) distribuídos segundo a esco

laridade da mãe.

A hipótese nula - não há diferença significativa entre as medidas de ações psico-sociais dos dois grupos de escolaridade - foi estudada mediante aplicação da prova de Mann-Whitney.

Tem-se, então, para valor da estatística U:

$$U = 7 \times 18 + \frac{7 \times 8}{2} - 132$$

$$U = 22$$

ou

$$U = 7 \times 18 + \frac{18 \times 9}{2} - 193$$

$$U = 104$$

Contrasta-se o menor valor calculado de U (22) com o valor tabulado (30) para o nível de significância de 5%. Sendo o valor calculado menor que o tabulado, rejeita-se a hipótese nula.

TABELA 12 - índice das ações psico-sociais desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil e seus postos, segundo a escolaridade da mãe- Fpolis., 1979.

ANALFABETA' E		19 GRAU COMPLETO	
19 GRAU IMCOMPLETO			
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
34,5	1	52,5	8
43,9	2	55,1	12
45,6	3	60,0	18
45,7	4	65,7	22
45,8	5	66,2	23
52,2	6	66,3	24
52,3	7	72,1	25
53,0	9		
53,1	10		
54,5	11		
58,0	13		
58,7	14		
59,0	15,5		
59,0	15,5		
59,6	17		
61,5	19		
62,2	20		
64,4	21		
	Rp :		V
	193		132

Conclui-se, então, que a ação psico-social está relacionada com a escolaridade da mãe, sendo maior entre as mães com 19 grau completo que entre aquelas analfabetas ou com 19 grau incompleto.

Esta tabela evidencia que embora o maior número de mães possuam o 19 grau incompleto, são as mães de 19 grau completo que desempenham a maior média de ações psico-sociais.

Tratando-se o presente estudo de ações das mães, desenvolvidas junto a seus filhos hospitalizados, é de grande importância avaliar o nível de escolaridade desta população, pois o mesmo pode servir como um dos indicadores de cultura. De acordo com PIOVESAN, (apud EIDT)<sup>18</sup> "a cultura é a maneira de sentir, pensar e agir de um povo e dos artefatos por eles produzidos", disso deduz-se que as ações e a conduta do ser humano estão relacionadas com seu nível cultural. Quanto maior o nível de escolaridade das mães, maior a possibilidade de acesso a outras fontes de educação que não sejam as formais, tradicionais. Assim, a mãe poderá ter mais facilidade de obter informações de como atender seu filho na área psico-social através de propaganda, leitura e palestras.

Observa-se que estes meios de comunicação têm apresentado de uma maneira sistemática, amplas informações das necessidades da criança na área psico-social.

#### 6.2.5. A ação dirigida à equipe de saúde

##### - Relação com a Idade da Mãe:

Tem-se na Tabela 13, a distribuição dos in

TABELA 13 - Índice das ações dirigidas à equipe de saúde, de  
sempenhadas pelas mães durante a visita a seus  
filhos internados em um hospital infantil e seus  
postos, segundo a idade da mãe. Fpõlis, 1979 .

MENOS DE 21 ANOS		21 1- 30		30 anos e MAIS'	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
2,9	<b>2</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	4,4	3
10,3	<b>10</b>	4,6	4	6,4	5
10,4	<b>11</b>	7,2	7	7,1	<b>6</b>
18,6	<b>20</b>	<b>8,6</b>	<b>8</b>	15,3	• 17,5
23,4	23	8,7	9	19,3	<b>21</b>
		<b>12,0</b>	<b>12</b>	28,8	25
		12,3	13		
		12,4	14		
		13,0	15		
		13,5	16		
		15,3	17,5		
		17,7	19		
		22,4	<b>22</b>		
		25,0	24		
	<b>R1 :</b>		<b>R2 *</b>		<b>R3:</b>
	<b>66</b>		181,5		77,5 ■

dices de ação dirigida à equipe de saúde e seus respectivos postos), segundo a idade da mãe,

A hipótese nula - não há diferença significativa entre as medidas de ações dos diversos grupos de idade - foi examinada mediante o emprego da prova de Kruskal-Wallis.

Tem-se para valor da estatística H:

$$H = \frac{12}{25 \times 26} \left[ \frac{66^2}{5} + \frac{(.181,5)^2}{14} + \frac{(77,5)^2}{6} \right] - 3 \times 26$$

$$H = 0,005$$

Como o valor de H é menor que o valor do  $\chi^2$ , para 2 graus de liberdade e nível de confiança de 5% (5,99), não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que a ação dirigida à equipe de saúde não está relacionada com a idade da mãe.

#### - Relação com o Número de Filhos Vivos:

A Tabela 14 registra os índices de ação dirigida à equipe de saúde distribuídos segundo o número de filhos vivos que as mães possuem.

A hipótese de nulidade - inexistência de diferença significativa entre as médias de ação dos diversos grupos foi estudada através do teste de Kruskal-Wallis.

TABELA 14 - Índice das ações dirigidas à equipe de saúde, de  
sempenhadas pelas mães durante a visita a seus  
filhos internados em um hospital infantil e seus  
postos, segundo o número de filhos vivos. Fpõlis,  
19.79, .

1 FILHO		2 FILHOS		3 FILHOS		4 FILHOS E MAIS	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
$\hat{O}_{CH}$	<b>8</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	8,7	9	7,1	<b>6</b>
18,6	<b>20</b>	2,9	<b>2</b>	<b>12,0</b>	<b>12</b>	17,7	19
23,4	23	4,4	3	12,3	13	19,3	<b>21</b>
		4,6	4	12,4	14	25,0	24
		6,4	5	15,3	17,5		
		7,2	7				
		10,3	<b>10</b>				
		10,4	<b>11</b>				
		13,0	15				
		13,5	16				
		15,3	17,5				
		22,4	<b>22</b>				
		28,8	25				
<b>v</b>		$R_2$ :		$R_3$ :		$R_4$ :	
51		138,5		65,5		70	

Tem-se para valor da estatística:

$$H = \frac{12}{25 \times 26} \left[ \frac{51^2}{3} + \frac{(138,5)^2}{13} + \frac{(.65,5)^2}{5} + \frac{70^2}{4} \right] - 3 \times 26$$

$$H = 3,704$$

Não se pode rejeitar a hipótese nula, porquanto o valor de  $H$  é menor que o do  $\chi^2$  (7,82) para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%.

Conclui-se, portanto, que inexistente relação entre a ação dirigida à equipe de saúde e o número de filhos vivos que a mãe possui.

~ Relação com a escolaridade da Mãe:

Encontra-se na Tabela 15 a distribuição dos índices de ação dirigida à equipe de saúde, segundo a escolaridade das mães.

Para testar a hipótese nula - inexistência de diferença significativa entre as medidas de ação dos dois grupos de escolaridade - utilizou-se a prova de Mann-Whitney.

Assim, tem-se:

$$U = 7 \times 18 + \frac{7 \times 8}{2} - 63$$

$$U = 91$$

ou

$$U = 7 \times 18 + \frac{18 \times 19}{2} - 262$$

$$U = 35$$

O menor valor calculado de U (35) é maior que o valor correspondente tabulado (.30). Não se pode rejeitar, portanto, a hipótese nula.

Conclui-se que a ação dirigida à equipe de saúde não está relacionada com a escolaridade da mãe.

TABELA 15 - índice das ações dirigidas à equipe de saúde, de  
sempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil e seus postos, segundo a escolaridade da mãe. Fpolis,, 1979.

ANALFABETA E 19 GRAU INCOMPLETO		19 GRAU COMPLETO	
ÍNDICE	POSTO	ÍNDICE	POSTO
<b>0,0</b>	<b>1</b>	2,9	<b>2</b>
4,4	3	4,6	4
7,1	<b>6</b>	6,4	5
<b>8,6</b>	<b>8</b>	7,2	7
8,7	9	10,3	<b>10</b>
10,4	<b>11</b>	15,3	17,5
<b>12,0</b>	<b>12</b>	15,3	17,5
12,3	13		
12,4	14		
13,0	15		
13,5	16		
17,7	19		
18,6	<b>20</b>		
19,3	<b>21</b>		
22,4	<b>22</b>		
23,4	23		
25,0	24		
28,8	25		
	<b>R<sup>2</sup>:</b>		<b>R<sup>1</sup> :</b>
	262		63

6.3. Resultados relativos ao objetivo 4.2.5 quanto ao estudo da existência de correlação entre os diferentes tipos de ações desempenhadas pelas mães :

6.3.1. Correlação entre a Ação psico-biológica e a Ação Psico-social:

A Tabela 16 apresenta os postos dos índices de ação ordenados em correspondência aos postos do índice de ação psico-biológica.

A correlação entre as ações é dada pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall, cujo valor é:

$$T = \frac{zn}{0,5 \times 25 \times 24}$$

$$\tau = -0,123$$

Para testar a significância de  $\tau$ , determinamos o valor de  $z$ . Tem-se, então:

$$z = \frac{\tau - \mu_{\tau}}{a_{\tau}}$$

$$z = \frac{-0,123 - 0}{0,143}$$

$$z = -0,860$$

Como o valor absoluto do  $z$  calculado (0,860) é menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que não existe correlação entre a ação psico-biológica e a ação psico-social.

TABELA 16 - Postos dos índices de ação, ordenados segundo os postos do índice das ações psico-biológicas de - sempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil.Fpolis., 1979.

MÃE	POSTO DO ÍNDICE DE AÇÃO		
	PSICO-BIOLÓGICA	PSICO-SOCIAL	DIRIGIDA A EQUIPE DE SAÚDE
17	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>21</b>
7	<b>2</b>	23	<b>10</b>
<b>21</b>	3	25	7
9	4	14	<b>12</b>
<b>2</b>	5	<b>20</b>	16
<b>10</b>	6	5	24
<b>8</b>	7	<b>8</b>	17.5
23	<b>8</b>	9	25
18	9	24	17.5
4	<b>10</b>	<b>21</b>	3
<b>20</b>	<b>11</b>	13	9
3	<b>12</b>	<b>11</b>	23
13	13	7	13
<b>12</b>	14	18	<b>2</b>
25	15	<b>10</b>	<b>6</b>
16	16	<b>1</b>	<b>22</b>
<b>22</b>	17	<b>22</b>	4
24	18	17	14
14	19	4	<b>20</b>
6	<b>20</b>	15,5	15
5	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>11</b>
19	<b>22</b>	3	19
<b>1</b>	23	15,5	<b>8</b>
15	24	19	<b>1</b>
<b>11</b>	25	<b>12</b>	5

6.3.2. Correlação entre a Ação psico-biológica e a  
Ação dirigida à Equipe de Saúde:

Aplicando-se o coeficiente de correlação por postos de Kendall aos dados das colunas 2 e 4 da Tabela 16 ,  
tem-se :

$$\tau = \frac{-52}{0,5 \times 25 \times 24}$$

$$\tau = -0,197$$

Testando-se a significância de  $\tau$  , obtém-se:

$$z = \frac{-0,197}{0,143}$$

$$z = -1,380$$

O valor absoluto do z calculado (1,380) é menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%. Não se pode rejeitar, portanto, a hipótese nula.

A conclusão é de que inexistente correlação entre a ação psico-biológica e a ação dirigida à equipe de saúde.

6.3.3. Correlação entre a Ação Psico-social e a  
Ação dirigida à Equipe de Saúde:

Para aplicação do coeficiente de correlação por postos de Kendall, organizou-se a Tabela 17, em que os índices de ação dirigida à equipe de saúde estão ordenados relativamente aos postos dos índices de ação psico-social.

TABELA 17 - Postos dos índices das ações psico-sociais e dirigidas à equipe de saúde, desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos internados em um hospital infantil. Fpõlis., 1979.

MÃE	POSTO DO ÍNDICE DE AÇÃO	
	PSICQ-SOCIAL	DIRIGIDA A EQUIPE DE SAÚDE
16	<b>1</b>	<b>22</b>
17	<b>2</b>	<b>21</b>
19	3	19
14	4	20
<b>10</b>	5	24
5	<b>6</b>	<b>11</b>
13	7	13
<b>8</b>	<b>8</b>	17.5
23	9	25
25	<b>10</b>	6
3	<b>11</b>	23
<b>11</b>	<b>12</b>	5
20	13	9
9	14	<b>12</b>
<b>1</b>	15.5	<b>8</b>
<b>6</b>	15.5	15
24	17	14
<b>12</b>	18	<b>2</b>
15	19	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>20</b>	16
4	<b>21</b>	3
<b>22</b>	<b>22</b>	4
7	23	<b>10</b>
18	24	17.5
<b>21</b>	25	7

Tem-se, então, para valor de  $T$  :

$$T = \frac{-117}{0,5 \times 25 \times 24}$$

$$r = -0,390$$

A significância de  $x$  é testada pela distribuição normal padronizada. Assim:

$$z = \frac{-0,390}{0,143}$$

$$z = -2,727$$

Sendo o valor absoluto do  $z$  calculado maior que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5% , rejeita-se a hipótese nula.

Conclui-se, então, que a ação psico-social e a ação dirigida à equipe de saúde são correlacionadas inversamente (o coeficiente de correlação tem sinal negativo), isto é, quanto maior a ação psico-social desenvolvida pela mãe menor a ação dirigida à equipe de saúde.

Para eliminar os possíveis efeitos da ação psicobiológica sobre a correlação determinada, calculou-se o índice de correlação parcial por postos de Kendall.

Tem-se, então, em valor absoluto:

$$T_{SE.B} = \frac{x_{SE} \cdot r_{RS} \cdot t_{BE}}{\sqrt{(1 - r_{RS}^2) \cdot d \cdot x_{BE}^2}}$$

$$T_{SE.B} = \frac{0,390 - 0,123 \times 0,197}{\sqrt{[1 - (0,123)^2] \cdot [0,197]^2}}$$

$$T_{SE.B} = 0,376$$

Como o valor (absoluto) encontrado é pouco inferior ao valor (absoluto de  $T_{gE}$  (0,390), pode-se concluir que a correlação (inversa) entre a ação psico-social da mãe e sua ação dirigida à equipe de saúde é, praticamente, independente da ação psico-biológica.

A evidência de que as mães que desempenham maior número de ações na área psico-social dirigem-se com menor frequência à equipe de saúde, conduz a várias hipóteses. A primeira delas está relacionada com o fato de que as mães estão repetindo, no hospital, as ações que costumam realizar no lar com seus filhos. Assim, a mãe, por estar acostumada a estimular seu filho, tem uma previsão das respostas que este poderá desenvolver quando cuidado por ela, levando-a a dispor de parâmetros de conduta esperada. Isto lhe serve de referência para indicar o estado de saúde da criança, uma vez que a presença das respostas esperadas significa o bem-estar do seu filho.

Uma explicação para as mães que desenvolvem menos ações psico-sociais dirigirem-se mais frequentemente à equipe de saúde, pode ser uma demonstração da ansiedade quanto ao estado do seu filho.

Outro questionamento que pode ser feito, está relacionado com o fato de que a mãe evita estimular o filho com receio que o mesmo chore quando de sua saída da unidade.

A mãe pode também estar repetindo no hospital, condutas de padrão cultural da família.

Com relação aos itens acima analisados, a equipe de saúde necessita ser alertada no sentido de que solicitações

freqüentes à equipe de saúde não significam, necessariamente, melhor assistência da mãe à criança.

## 7 - CONCLUSÕES

Do presente estudo conclui-se que:

7.1. As mães de criança de 2 (dois) meses a 5 (cinco) anos internadas em um hospital infantil de Florianópolis, desempenham ações relativas ao atendimento das necessidades psicobiológicas e psico-sociais da criança, durante o período destinado à visita dos familiares.

Na área psico-biológica, as ações desenvolvidas pelo maior número de mães foram as relacionadas com a alimentação, vestuário e exame do corpo da criança. A administração de medicamentos, de acordo com ordens do serviço de enfermagem, foi a ação realizada por menor número de mães.

Quanto ao atendimento das necessidades psico-sociais do seu filho hospitalizado, constatou-se que as mães desempenharam um grande número de ações, sendo que "beijar a criança", foi uma atitude expressada por todas elas, seguidas de "dar colo", "acariciar" e "passear com a criança". A ação desenvolvida por menor número de mães foi a de trazer pre-

sentos- ou objetos que manteriam a criança em contato com o lar.

As mães não executaram ações na área psico-espiritual, durante o período de observação.

7.2. As ações das mães, dirigidas à equipe de saúde, consistiram em pedir informações sobre o estado de saúde de seus filhos, referir seus hábitos e costumes e solicitar material para a prestação de cuidados. Deixar a criança com a funcionária ao sair da unidade e apresentar queixas sobre a assistência prestada a seu filho, foram as ações realizadas por menor número de mães.

7.3. Entre as outras ações executadas por elevado número de mães durante a visita a seus filhos, estão as relativas a conversar assuntos diversos e observar visitantes e pacientes.

7.4. Constatou-se existir relação entre as ações da área psico-social e o grau de escolaridade das mães, sendo que aquelas com 19 grau completo desenvolveram maior número de ações nesta área.

Verificou-se, igualmente, relação entre as ações na referida área psico-social e o número de filhos. As mães com dois filhos foram as que apresentaram maior número de ações, ao passo que as com 4 filhos, executaram o menor número.

Não foi observada relação entre as ações psico-biológicas e aquelas dirigidas à equipe de saúde com a idade, número de filhos vivos e grau de escolaridade das mães.

7.4. Quanto à correlação entre os diferentes tipos de ação das mães, constatou-se que apenas as ações da área psico

social apresentavam uma correlação inversa com aquela dirigida à equipe de saúde, isto é, quanto maior o número de ações desenvolvidas para o atendimento das necessidades psicossociais da criança, menor o número de solicitações à equipe de saúde.

## 8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

1. ALCÂNTARA, Pedro de & MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica . 5.ed. São Paulo, Savier, 1975. 660 p. l.v.
2. ANDRY, R.G. Funciones paterna y materna y deliquência Cuadernos de salud pública, Ginebra, OMS, 14<sup>^</sup>, p.31-45, 1963.
3. ARMSTRONG AND BROWDER. The nursing care of children. 2. ed. Philadelphia, Pennsylvania, F.A. Davis Company , 1964. 664 p.
4. AUGUSTO, M. Enfermagem. O Jornal brasileiro de enfermagem. Rio de Janeiro, out. 1978, 19, p. 3-4.
5. AUFHAUSER, Trude R. Child in the hospital. Aorn J. -, 13 p.75-8, May. 1971.
6. BAKWIN, H & BAKWIN, R.M. Hospital Care. In: \_\_\_\_\_ . Clinical management of behavior disorders in children. 3.ed. Philadelphia and London, 1967. p.121-29
7. BARBOSA, L.T. Aspectos psico-sociais da assistência à

criança. Nestlé, Serviço de Informação Científica ,  
p. 1-30

8. BLAKE, F.G. Introduction: the nurse's role in preventive mental health programs of the future. In: \_\_\_\_\_ .  
The child, his parent and the nurse. U.S.A., J.B. Lippincott Company, 1954. p. 1-28.
9. BORROWS, Josephine M. The child and his family. Nurs Times, 69, p. 1266-68, Sept. 1973.
10. BOWLBY, John, Los cuidados maternos y la Salud mental.  
Publication Científica, Washigton, 164. ago. 1968.
11. BRECKENRIDGE, M.S & MURPHY, M.N. The home and family as bakground for growth and development. In: \_\_\_\_\_  
Growth an development of the young child. 7. ed.  
Philadelphia andLondon, W. B Saunders, 1964. p. 37-93.
12. BRIGHT, Florence. The pediatic nurses and parental anxiety. Nurs. Forum. 4<sup>^</sup>:30-47, 1965.
13. BROWN, M.J. Preadmission orientation for children and parents.  
Can. Nurse, 67. p. 29-31, Feb.1971.
14. CHONG, S. The relationship between the nursing staff and parents of hospitalized children. Berita Jururawat,  
12 p.25-29, 1972.
15. D'ANDREA, Flávio Fortes. Aspectos psicológicos da hospi\_ talização. Rev. Bras. Enf., p.417-23, s.d.
16. DOWEK, R.C. A inter-relação mãe e filho e os efeitos da

- separação pós-natal - uma revisão. Jornal de Pediatria, 46(6):383-90, jun. 1979.
17. EIDT, Olga Rosária, Novas tendências no ensino de enfermagem pediátrica. Publicação Darrow, p.100-4, 1970.
  18. \_\_\_\_\_. Influência de ações das mães no estado nutricional de crianças de 0 a 12 meses. Porto Alegre, 1976. Tese de livre docência apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
  19. FAGIN, Claire. Why not involve parents when children are hospitalized? Amer. J. Nurs. 62^(6):78-9, June, 1962.
  20. FERREIRA, Maria Clotilde Rossetti. Interação familiar: desenvolvimento normal ou patológico da criança. Pediatria Moderna, p. 171-85, ago., 1976.
  21. FONSECA, Athayde. Necessidades básicas da família. Jornal de Pediatria, 3jKl-2) : 45-7 , fev. 1974.
  22. FREUD, A. &.BURLINGHAN, D. Meninos sem lar. 3.ed. Rio de Janeiro, Cultura, 1961. 184 p.
  23. GEIST, H, Como atender al niño antes y despues de la hospitalización, Buenos Aires, Editora Paidos, 19 76.
  24. HOHLE, B.M. We admit parents too. s.d.t.
  25. HORTA, W. de Aguiar. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Enf. Novas Dimens ., 1 (5):266-8 , 1975.
  - 26 .ISSNER, Natalie. The family of the hospitalized child. Nursing Clinics of North América, 1 ( 1 ) : 5-26 , Mar. 1972 .

27. LEIFER, G. Enfermería pediátrica. 2 ed. México, Intera \_  
mericana, 1974\* 224 p.
28. LISBOA, Antônio Márcio J. Programa de hospitalização  
conjunta Mãe-filho. Jornal de Pediatria, 38 (7-8):  
191-94. Jul./ago. 1973.
29. MARCONDES, Eduarda. Os fatores Bio-Psico-Sociais do cres\_  
cimento. Jornal de Pediatria, 40 (.11-121 : 349-55, 1975.
30. MARLOW, Dorothy R. Enfermería pediátrica. 4.ed. México,  
Interamericana, 1975. 828 p,
31. MAHAFFY, Perry R. The effects of hospitalization on Chil\_  
dren admitted for tonsillectomy and adenoidectomy. Nurs.,  
Res. 14(1):12-9, 1965.
32. MOOD, A. M. On the assymptotic efficiency of certain non-  
parametric two-sample tests, Ann.Math.Statist., 25:51f  
522, 1954.
33. MOSTELLER, Frederick & ROURKE, Robert E.K. Sturdy Statistics.  
Addison-Wesley, Massachusetts, 1973.
34. MORAES, E. Manifestações de tensão e comportamento de  
adaptação de crianças hospitalizadas. Rev. Bras.Enf.  
26(3):160-72, 1973.
35. MORAN, P. A. P. Partial and multiple rank correlation.  
Biometrika, 38 : 26-32, 1951.
36. MO RLE Y, David. Prioridadès em la salud infantil. Mèxi^  
co, Editorial Pax-México, 1977. 414 p.
37. OLIVEIRA, G.G. Assistência de Enfermagem à criança. Rev.  
Bras. Enf. , 17(5): 318-24, 1964.

38. PLANK, E.N. Abandonment; deepest fear of hospitalized children. Hosp. Top. 43 93-9 Sept. 1965.
39. \_\_\_\_\_. El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital. Buenos Aires, Editorial Paidós, s.d, 106 p. 1 v.
40. POST, Shirley. Hospitalization of children under five. Canad. Nurse, 62(7):34-7, Jul. 1966,
41. RIBBLE, Margaret A. Os direitos da criança. Rio de Janeiro, Imago, 1970, 125 p.
42. ROBERTSON, James. Some responses of Young children to the loss of maternal care. Nurs. Times, 382-86, Apr. 18, 1953.
43. ROSSI, Lydia Ighes et alii. Situação da assistência de enfermagem ao grupo materno-infantil em Santa Catarina. Curitiba, 1979. Trabalho apresentado no 1º encontro de enfermagem da Região Sul,
44. ROSSEAU, O. Mothers do help in pediatrics. Amer. J. Nurs. 67(4):798-800, Apr. 1967.
45. SCAHILL, Mary. Preparing children for procedures and operations. Nurs.Outlook, 36-8, June. 1969.
46. SEIDL, Fredrick W. Pediatric nursing personnel and parent participation: a study in attitudes. Nurs. Res., 1:40-4 Jan/Feb. 1969.
47. SIEGEL, Sidney. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo, 1975.

48. SPITZ, René A. El primer año de vida del niño. 3 ed. Madrid, Aguilar, 1978. 131 p.
49. TESCK, E.C. de B. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente Hospitalizado " a participação de familiares. Enf. Novas Dimens. 1(6): 351-53, 1976.
50. VERHONICK, Phyllis J. Métodos de estudios descriptivos en enfermería. Enfermería, Organización Panamericana de la Salud, 219, 1971.
51. WAECHTER, Eugenia H. & BLAKE, Florence G. Enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro, Xnteramericana , 1979. 764 p.

Estudo exploratório realizado nas unidades de internação de um hospital infantil de Florianópolis, Junho - 1979 .

1 - Ações desempenhadas pelas mães e relacionadas com o atendimento das necessidades básicas.

1.1. Ações das mães relacionadas com o atendimento das necessidades psico-sociais:

- Pega ao colo - Solicita ao pai que segure a
- Abraça                      criança.
- Conversa                    - Passeia
- Embala                      - Canta
- Brinca                      - Acaricia

1.2. Ações das mães relacionadas com o atendimento das necessidades psico-biológicas:

- Oferece líquidos
- Alimenta a criança
- Limpa o ouvido da criança
- Troca fraldas

2 - Ações dirigidas à equipe de saúde:

- Expõe suas preocupações sobre a criança
- Solicita informações sobre a criança
- Apresenta queixas à funcionária
- Recebe orientações quanto ao cuidado do seu filho.
- Observa a funcionária quando esta presta cuidados a seu filho.

**3. Outras ações:**

- Conversa com outras mães sobre seus filhos
- Observa outras crianças
- Conversa sobre assuntos diversos.

FICHA DE OBSERVAÇÃO

Mãe nº: \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_ Observadora : \_\_\_\_\_

Registro da Criança: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Visita:        nº 1 ( )                    nº 2 ( )                    nº 3 ( )

Horário	Ações desempenhadas pelas mães	Classificação das Ações*

\* A classificação das ações será feita posteriormente

Código: Pb - psico-biológica  
 Ps - psico-social  
 Pe - psico-espiritual  
 Es - Ação dirigida à equipe  
 0 - Outras ações

FORMULARIO

Mãe nº: \_\_\_\_\_ Data ; \_\_\_\_\_ Entrevistadora: \_\_\_\_\_

Registro da Criança: \_\_\_\_\_ Saia: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

1 - Idade da mãe: \_\_\_\_\_

2 - Nº de filhos: \_\_\_\_\_

3 - Grau de Escolaridade:

Analfabeta ( )

1º Grau incompleto ( ) completo (.)

2º Grau incompleto ( ) completo ( )

3º Grau incompleto ( ) completo ( )

4 - Convivência atual com o pai da criança:

Sim ( ) Não ( )

Observações :

ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DAS OBSERVADORASObjetivos

Ao término do treinamento a observadora deverá ser capaz de coletar os dados e registrá-los de forma objetiva, clara e exata.

Programa

Total de horas: 5 (cinco)

- Teórico:
1. Objetivos da pesquisa
  2. Métodos de observação
  3. Método adotado para a presente pesquisa
  4. Requisitos de um observador
  5. Técnica da observação
  6. Técnica da entrevista
  7. Guia instrucional
  8. Funções da pesquisadora

Prático: Realizar no mínimo duas observações no hospital sob supervisão da pesquisadora

Local: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Unidade de Internação do Hospital Infantil.

GUIA INSTRUCIONAL

- 1 - Apresentar-se às 14:45 horas na unidade de internação número **2**, para recebimento do material e distribuição das tarefas.
- 2 - Anotar o horário de chegada e saída da mãe na ficha de observação.
- 3 - Obedecer rigorosamente o tempo determinado para a observação (um minuto),
- 4 - Anotar as ações desempenhadas pelas mães imediatamente após sua observação, de forma clara, precisa e exata.
- 5 - Deixar em branco o espaço destinado à classificação das ações.
- 6 - Obedecer o intervalo previsto de 5 minutos entre cada observação.
- 7 - Procurar saber a razão do afastamento da mãe no caso do mesmo ocorrer.
- 8 - Rer ler atentamente as anotações feitas ao término da observação diária, fazendo as necessárias correções,
- 9 - Assinar a ficha de observação no local destinado à observadora.
- 10 - Entrevistar a mãe ao término da terceira observação para preencher o formulário.
- 11 - Entregar à pesquisadora a ficha de observação e o formulário ao término do horário de visitas.

FUNÇÕES DA PESQUISADORA

- 1 - Chegar com antecedência de uma hora no hospital a fim de identificar as crianças que foram admitidas após o último dia de visita, altas e óbitos ocorridos.
- 2 - Estudar os prontuários e visitar as crianças para selecionar as mães de acordo com os critérios estabelecidos para a amostra.
- 3 - Preencher os dados de identificação das fichas de observação das crianças cujas mães foram selecionadas.
- 4 - Preencher a ficha de controle de visitas das mães no referente à admissão, altas, óbitos e, outras ocorrências.
- 5 - Receber as observadoras, distribuindo as tarefas e o material.
- 6 - Controlar a chegada das mães, comunicando "à observadora responsável pela observação.
- 7 - Fazer o remanejamento das observadoras quando isto se fizer necessário.
- 8 - Manter-se atenta para solucionar problemas eventuais.
- 9 - Receber das observadoras> ao término da visita\* as fichas de observação e os formulários\*
- 10 - Preencher a ficha de controle de visitas anotando a da-

ta da visita da mãe ou as observações pertinentes\*

- 11 - Ler atentamente as anotações das fichas de observações, identificando as ações das mães e classificando-as de acordo com os objetivos propostos. Utilizar para isso o espaço destinado à classificação.
- 12 - Guardar no arquivo as fichas de observação e formulários na parte correspondente a cada mãe,
- 13 - Preparar o material para o próximo dia de observação.

FICHA DE OBSERVAÇÃO (exemplo)

Mãe nºj \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Observadora: \_\_\_\_\_

Registro da Criança: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Visita:            nº 1 ( X )            nº 2 ( )            nº 3 ( )

Horário	Ações desempenhadas pelas mães	Classificação das Ações*
15:00	<i>Pega a criança ao colo; beija-a; fala com a mesma</i>	<i>Ps, Ps, Ps</i>
15:05	<i>Solicita à funcionária fraldas para trocar a criança, troca fraldas;</i>	<i>Es Pb</i>
15:10	<i>Oferece a mamadeira de leite para a criança ; conversa ao mesmo tempo com outra visitante sobre assuntos diversos ;</i>	<i>Pb 0</i>
15:15	<i>Solicita à funcionária informações sobre o estado de saúde da criança;</i>	<i>Es</i>
15:20	<i>Brinca com a criança; fala com a mesma, acaricia-a;</i>	<i>Ps, Ps, Ps ■</i>
15:25	<i>Passeia com a criança no corredor, observa as crianças através dos visores;</i>	<i>Ps 0</i>
15:30	<i>Coloca a criança no berço, ajusta-lhe os cobertores, oferece a chupeta;</i>	<i>Pb Ps</i>
15:35	<i>Pega a criança ao colo; beija-a embala-a; oferece líquidos ;</i>	<i>Ps, Ps, Ps Pb</i>

\* A classificação das ações será feita posteriormente

Código: Pb - psico-biológica  
Ps - psico-social  
Pe - psico-espiritual  
Es - Ação com a equipe de saúde  
0 - Outras ações.

## FICHA DE CONTROLE DE VISITA DAS MÃES

MÃE	UNIDADE	SALA	REGISTRO DA CRIANÇA	DATAS DAS VISITAS			OBSERVAÇÕES DAS INTERCORRÊNCIAS
				1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	
1	2	A		26/06	28/06	01/07	
2	2	A		28/06	01/07	03/07	
3	2	A		28/06	01/07	03/07	
4	2	B		28/06	01/07	03/07	
5	2	C		28/06	01/07	03/07	
6	2	C		01/07	03/07	05/07	
7	2	A		01/07	03/07		Alta.
8	2	C		03/07	05/07	08/07	
9	2	A		03/07			Alta.
10	2	C		05/07	08/07	10/07	
11	2	A		05/07	19/07		Alta.
12	2	B		08/07			Continua internada. Sem receber visita da mãe.
13	2	C		08/07	10/07	12/07	
14	2	A		08/07			Alta.
15	2	C		08/07	10/07		Óbito em 12/07.
16	2	A					Alta antes da 1. <sup>a</sup> visita.
17	2	B					Criança nunca recebeu visita. Continua internada.
18	3	C		08/07			Recebia visita do pai.
19	2	A		10/07	12/07	15/07	
20	2	A		15/07	22/07		Continua internada. Só o pai a visita.
21	3	D		10/07	12/07	17/07	
22	2	C		10/07	15/07	19/07	
23	2	A		12/07			Alta.
24	2	C		15/07	19/07	22/07	
25	2	A		15/07	17/07	19/07	
26	2	A		15/07	17/07	19/07	
27	2	A					Alta antes da 1. <sup>a</sup> visita.
28	3	C		15/07	17/09		Alta
29	2	B		15/07	17/07	19/07	
30	2	B					Recebia visita da mãe fora do horário.
31	2	A		17/07			Alta.
32	2	C		17/07	19/07	22/07	
33	2	A		17/07	19/07	22/07	
34	2	A		17/07	19/07	22/07	
35	2	C					Só o pai visita a criança. Continua internada.
36	2	A		19/07	22/07	24/07	
37	2	A		19/07	22/07	24/07	
38	2	A		19/07	22/07	24/07	
39	2	B					Continua internada. A mãe nunca a visita.
40	2	B					Continua internada. Não recebe visitas.
41	3	C		22/07	24/07	26/07	
42	3	C					Não recebia visitas. Teve alta.
43	3	C		24/07			Alta.
44	3	C		24/07	26/07		Alta a pedido
45	3	B		26/07	31/07	02/08	
46	2	C		26/07			Alta.
47	2	C					Alta antes da 1. <sup>a</sup> visita.
48	2	B		29/07	02/08		Alta.
49	2	B		29/07			Alta
50	2	B		29/07	02/08	05/08	

Nota: A coluna Registro encontra-se em branco para resguardar a identidade dos elementos pesquisados.