

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA PARA A
DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA

POR

EDILZA MARIA RIBEIRO SCHMITZ

FLORIANÓPOLIS - SC

1982

Esta dissertação foi julgada .a. adequada 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.

Eloita P. Neves

Dra. Eloita Pereira Neves

(Orientadora)

Ecy Lima Barreto

Dra. Ecy Lima Barreto

(Coorientadora)

Lucia Hisako Takase Gonçalves

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

(Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta dos professores:

Eloita P. Neves

Dra. Eloita Pereira Neves - Presidente

Angela Maria Brasil Biaggio

Dra. Angela Maria Brasil Biaggio - Examinadora

Esther Moraes

Dra. Esther Moraes - Examinadora

À minha mãe pela sua amizade e exemplo como mulher lutadora e estudiosa.

AGRADECIMENTOS

As pessoas e entidades que de modo direto ou indireto contribuíram para a realização deste trabalho e especialmente:

- À Dra. ELOITA PEREIRA NEVES, pelo espírito científico, incentivo e dedicação na orientação deste trabalho.
- À Dra. ECY LIMA BARRETO, pela disponibilidade, orientação específica e apreciação crítica durante a elaboração do relatório da dissertação.
- À Dra. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES, pela atenção e apoio.
- Às Enfermeiras LYDIA IGNES ROSSI, MARIA INEZ BEZ KROEGER e MARILENE SCHMARCZEK; às Psicólogas ANGELA M.B. BIAGGIO e DENISE DUQUE TUBINO; à Assistente Social CARMEN REGINA DE SOUZA, pela análise crítica e sugestões valiosas no desenvolvimento da EAMCH.
- À Enfermeira MARIA DE LOURDES SOUZA, pela colaboração na revisão das tabelas.
- Aos Professores JOSÉ F. D. B. G. FLETES e CRISTIANO JOSÉ CASTRO DE ALMEIDA CUNHA, pela colaboração no tratamento estatístico dos dados.
- À VALMIRA DUBIELA, pela cooperação no encaminhamento dos dados para tratamento estatístico em computador.

Pela atenção e disponibilidade na prestação de serviços

- LIA LEAL, na revisão da redação.
- ANA MÂRCIA DE FREITAS e MILTHE ALBERTI SANTOS, na datilografia.
- ROSA MARIA PEREIRA MARTINS, nas providências administrativas.

Pela colaboração amiga e incentivo

- SILVIA LÚCIA FERREIRA
- MARIA DAS NEVES ALVES CARTAXO

- ANA MARIA PEREIRA NUNES

- MARIA TEREZA GIRARD

Aos diretores, chefes do Serviço de Enfermagem e Funcionários da portaria do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelas condições proporcionadas na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

CAPÍTULO	Página
1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Objetivos.....	14
1.2. Definição de termos.....	15
1.3. Suporte teórico.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1. Conceitos de ansiedade e aspectos da fenomenologia de ansiedade.....	19
2.2. Escalas de ansiedade.....	27
2.3. Fontes de ansiedade da mãe da criança hospitaliza- da.....	42
3. METODOLOGIA	
3.1. Tipo de pesquisa.....	56
3.2. Caracterização do local da pesquisa.....	56
3.3. População e amostra.....	57
3.4. Desenvolvimento do instrumento.....	59
3.4.1. Elaboração da escala básica.....	59
3.4.2. Procedimentos desenvolvidos visando o aper- feiçoamento da escala básica.....	61
3.4.3. EAMCH - forma final.....	65
3.5. Procedimentos.....	68
3.5.1. Coleta de dados.....	68
3.5.2. Análise dos dados.....	70
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	71

4.1. Dados descritivos dos sujeitos da amostra.....	73
4.2. Teste estatístico de semelhança das amostras.....	81
4.3. Resultados da determinação da validade e confiabilidade da EAMCH.....	82
4.4. Medidas de tendência central e variabilidade calculadas para a EAMCH.....	84
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	85
5.1. Discussão das características demográficas e sociais da população amostral.....	86
5.2. Discussão dos resultados referentes a validade e confiabilidade da EAMCH.....	88
5.3. Consideração sobre outras características estruturais da EAMCH.....	95
5.4. Discussão dos resultados das medidas de tendência central e variabilidade da EAMCH.....	97
5.5. Conclusões.....	98
6. CONTRIBUIÇÃO, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.	
6.1. Contribuição.....	101
6.2. Implicações.....	101
6.3. Limitações.....	102
6.4. Recomendações.....	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

SUMÁRIO DOS ANEXOS

	Página
1. Forma 1 da EAMCH	115
2. Guia para validação da forma 1 da EAMCH.....	124
3. Resultado da validação aparente e de conteúdo da forma 1 da EAMCH.....	129
4. Forma 2 da EAMCH.....	130
5. Programa de treinamento dos entrevistadores.....	142
6. Forma final da EAMCH.....	146
7. Formulário para caracterização demográfica e social da população amostral.....	157

RESUMO

Neste trabalho a autora desenvolveu um instrumento para a determinação da ansiedade das mães de crianças hospitalizadas (EAMCH). Foram estabelecidas as validades aparente, de conteúdo e concorrente, bem como a confiabilidade pelo método de consistência interna.

Para o desenvolvimento do instrumento foi utilizado, como suporte teórico, o conceito de ansiedade de IZARD (1973:47) e o de fontes de ansiedade de BRIGHT (1965:34).

Após uma série de revisões, a EAMCH foi aplicada a uma população amostral de 175 mães de crianças hospitalizadas para testagem dos itens. A EAMCH com 35 itens foi aplicada às mães por três entrevistadoras, juntamente com o "Formulário para Levantamento de Características Demográficas e Sociais" da população amostral e IDATE A - Estado (parte I do Inventário de Ansiedade Traço - Estado) de SPIELBERGER et alii (1970). Este inventário foi traduzido e validado para o português por Biaggio e Natalício, sendo utilizado, neste trabalho, para determinação de validade concorrente com a EAMCH.

Os resultados obtidos demonstraram que: a) o coeficiente alfa obtido pela EAMCH foi satisfatório; b) a maioria dos itens da EAMCH obteve coeficientes de correlação item-total satisfatórios; e c) a correlação obtida entre os escores da EAMCH e IDATE A - Estado foi moderada.

Finalmente, procurou-se identificar características técnicas da EAMCH que poderiam ter influenciado negativamente nos coeficientes de validade e confiabilidade obtidos pelo instru -

mento. Indicam-se revisões consideradas necessárias, visando au
mentar a validade e confiabilidade da EAMCH.

ABSTRACT

This research work was centered on the development of an instrument to determine the degree of anxiety that mothers of hospitalized children have (EAMCH).

The following aspects were established: face validity, content validity, and concurrent validity, as well as reliability (internal consistency).

As theoretical support for the instrument developed, we utilized the concept of anxiety proposed by Izard (1973: 47) and the concept of sources of anxiety proposed by Bright (1965: 34).

After a series of revisions, the scale was given to a sample of 175 mothers of hospitalized children to test the items.

The scale made up of 35 items was given to the mothers by three interviewers, along with a "Form" to establish demographic and social characteristics of this sample as well as the A - State scale of Spielberger et al's State-Trait Anxiety Inventory (1970). This inventory was translated and adapted to Portuguese by Biazzio and Natalicio, (1979) and was utilized in our research to determine concurrent validity of the EAMCH.

The results demonstrated that: a) the alpha coefficient for the EAMCH was satisfactory; b) a great majority of items contained in the EAMCH had satisfactory item-total score correlation coefficients; and c) the correlation obtained between the scores on the EAMCH and on the STAI - A - State scale moderate.

Finally, we tried to identify technical characteristics of the EAMCH which could have influenced negatively on the validity and reliability obtained by the instrument.

Further revisions are suggested in order to increase the validity and reliability of the EAMCH.

CAPÍTULO - 1

INTRODUÇÃO

DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA PARA A DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.

INTRODUÇÃO

São conhecidos múltiplos fatores estressantes que envolvem a hospitalização infantil entre os quais se destacam: separação da família, afastamento da criança do seu ambiente familiar, experiências traumáticas decorrentes da doença e dos procedimentos assistenciais. Esses fatores tem sido constantes no processo da hospitalização infantil e vem preocupando, de forma crescente, profissionais de saúde e estudiosos do comportamento, os quais tem enfatizado a necessidade de programas assistenciais que considerem a interdependência do somático e psíquico da criança.

Nossa prática profissional junto às crianças hospitalizadas levou-nos a refletir sobre a separação mãe-filho, fator capaz de influir decisivamente no curso da hospitalização infantil.

A permanência da mãe junto ao filho é decisiva como forma de favorecer o desenvolvimento físico, emocional e intelectual da criança. Através da mãe a criança desenvolve sua identidade e a capacidade de interação com o meio. Enquanto a mãe atende as necessidades do filho através dos cuidados físicos e afetividade expressa, ela está servindo de referência da realidade e de mediadora entre os mundos interno e externo da criança (BARROS, 1978). Da mesma forma que a criança desenvolve uma forte necessidade psicológica de manter proximidade com a mãe, esta tem uma forte

necessidade psicobiológica de manter proximidade com o filho (BOWLBY, 1960:90).

Do ponto de vista da mãe e segundo (SPITZ, 1979), a sua afeição pelo filho o torna uma fonte de interesse contínuo para ela. Do filho se originam prazer, entretenimento e auto-realização. Quando a criança nasce já existe amor da mãe pelo filho, desenvolvido no período de convivência entre ambos, durante a gestação (HARLOW, 1978: 65). Porém, este sentimento de amor se intensifica a partir do segundo mês de vida da criança, quando esta já começa a apresentar fixação visual, a sorrir e a comunicar-se. Por volta do fim do terceiro mês, o amor maternal é suficientemente forte a ponto de a ausência da criança ser sentida como desagradável e a idéia de perder o filho tornar-se uma perspectiva intolerável para a mãe (ROBSON e MOSS, 1970: 984).

Os dois sistemas afetivos da mãe e filho, operam simultaneamente e são difíceis de separar sob circunstâncias físicas e de desenvolvimento normais. Mesmo depois de a criança ter alcançado um estado de relativa separação física e psicológica da mãe, a função desta, de cuidado e conforto, é fonte de satisfação para ambos. A separação mãe-filho diminui ou elimina as trocas psicobiológicas vitais e realizadoras para ambos (BEE, 1978). A ausência parcial da mãe provoca, na criança, ansiedade e sentimentos de vingança, com conseqüente culpa e depressão. Isto é altamente prejudicial ao desenvolvimento e à organização interna, física e psicológica da criança, sobretudo até a idade pré-escolar. A privação total da mãe pode ter como conseqüência, para a criança anulação ou diminuição de sua capacidade de adaptação social (BARROS, 1977). Para a mãe, a separação de seu filho provoca tensões emocionais pela perda da supervisão, da função estimuladora e de aten

dimento da criança. Na criança ocorre tensão emocional pela perda de sua fonte de segurança, amor e enriquecimento cognitivo (BEE, 1978). Além disto, algumas mães sentem a separação do filho como algo terrível e, geralmente, com a conotação de que o filho não precisa mais dela, ou seja, que a está abandonando (BARROS, 1977). É pois, inevitável que a doença com conseqüente hospitalização, gerando separação mãe-filho, produza tensões emocionais em ambos.

Autores como BRIGHT (1965), GEIST (1966), BARNES (1973), ROY (1967) e GOHSMAN (1957) citam a ansiedade como a emoção que provavelmente está dominando a criança, sua mãe e outros familiares durante a hospitalização da criança.

BRIGHT (1965: 34), estudando trabalhos de Fagin, Barckley e Campbell, Backin, Prugh et alii, cita que as maiores fontes de ansiedade para os pais, durante a hospitalização da criança são: atmosfera hospitalar, subordinação da mãe à enfermeira com conseqüente perda da confiança em suas habilidades como mãe, medo da responsabilidade pela doença da criança e regressão do comportamento apresentado pela criança. Segundo a mesma autora, a ansiedade, em muitos casos, pode interferir na habilidade dos pais de oferecer segurança, estimulação e atenção à criança, além de poder ser transferida para a mesma. Para BRIGHT (1965: 31), a fonte mais significativa de ansiedade da criança é a ansiedade dos pais. Por outro lado, a ansiedade da criança consome grande parte de sua energia, necessária ao processo de recuperação.

GOHSMAN (1965: 14) ressalta o papel da ansiedade dos pais, e em especial da mãe, de aumentar excessivamente a problemática da criança hospitalizada, que já enfrenta tensões emocionais decorrentes da separação de seus pais, troca de residência, sujei

ção a procedimentos dolorosos, fadiga e dor.

Considerando que a ansiedade tem sido caracterizada como emoção dominante na hospitalização, deve-se enfatizar que:

- a) em nossa cultura a mãe é a pessoa que mais diretamente se relaciona com a criança;
- b) mãe e filho interdependem principalmente no plano físico e psicológico;
- c) a função de cuidado, estimulação e supervisão é realizadora para a mãe e fonte de segurança para a criança;
- d) a separação mãe-filho, provocada pela hospitalização, determina diferentes graus de sofrimento e impotência na mãe e no filho;
- e) a principal fonte de ansiedade da criança hospitalizada de até seis anos, é a ansiedade de seus familiares e especialmente de sua mãe;
- f) a mãe excessivamente ansiosa agrava a problemática da criança hospitalizada e dificulta a sua recuperação.

PORTNOY declara que a ansiedade, produzida por múltiplos fatores da cultura atual, aumenta em intensidade, enquanto que a intervenção, para alívio desta ansiedade, torna-se aguda e crescentemente menos efetiva. Alerta também para o fato de que, embora sendo os elementos que mais convivem com a criança e seus familiares, durante a hospitalização da criança, os enfermeiros voltam-se para o cuidado clínico da criança doente e falham na avaliação do nível de ansiedade do paciente pediátrico e seus familiares.

É, pois, imprescindível que os enfermeiros pediátricos,

estejam conscientes dos problemas que a ansiedade traz à díade mãe-filho e conscientes de que, para um atendimento integral da criança hospitalizada, a mãe desta criança deve ser auxiliada a superar sua ansiedade. Diminuir a ansiedade da mãe é também diminuir e prevenir a ansiedade da criança hospitalizada e proporcionar bem-estar e equilíbrio emocional a ambos, tão necessários em situações de crise tais como a da hospitalização.

Segundo BRIGHT (1965: 33) há três fases no processo de resolução da ansiedade. A primeira fase é a identificação da condição. A segunda fase é a identificação das causas da ansiedade e, finalmente, a terceira fase é a de tomada de medidas para reduzi-la.

Porém, como os enfermeiros pediátricos poderão determinar a presença da ansiedade na mãe da criança hospitalizada e a extensão desta ansiedade? Certamente que a observação do comportamento das mães das crianças hospitalizadas permitirá ao enfermeiro inferir certos indícios da presença de ansiedade, sem contudo determinar a intensidade desta ansiedade. Quando, por outro lado, o enfermeiro pediátrico tiver sob sua responsabilidade a assistência de dezenas de crianças e suas famílias, é possível que lhe passe despercebida a problemática de algumas delas. Ou ainda, quando a mãe for excessivamente introvertida, não contatar ou contatar superficialmente com o enfermeiro, como poderá este enfermeiro conhecer a situação emocional da mãe frente à hospitalização de seu filho?

Parece-nos, pois, de fundamental importância que os enfermeiros pediátricos disponham de instrumentos válidos e confiáveis para determinar a presença, intensidade e as causas da an

siedade da mãe da criança hospitalizada para que, conseqüentemente a esta determinação possam intervir no sentido de ajudar as mães ansiosas a diminuir esta ansiedade.

Todavia, observou-se, após consulta de uma série de trabalhos de estudiosos de ansiedade, ENDLER & OKADA (1975), - SPIELBERGER et alii (1979), SUINN (1969), ZUNG (1971) e de trabalhos de profissionais ligados a assistência da criança doente, AMARAL (1981), GODFREY (1955), SKIPPER et alii (1968), que os primeiros não desenvolveram instrumentos específicos para a medida da ansiedade da mãe da criança hospitalizada e os últimos, em bora preocupados com o problema, não chegaram a formalizá-lo como instrumento. Assim sendo, acreditamos ser necessário e imprescindível o desenvolvimento de instrumentos que, especificamente, determinem a presença, intensidade e as causas de ansiedade da mãe da criança hospitalizada e, em conseqüência, se tomem medidas para reduzi-la.

1.1 - OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivos:

- Desenvolver uma escala cujos itens discriminem as fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965: 34)
- Determinar a validade aparente, de conteúdo e concorrente para a referida escala.
- Testar os itens da escala aplicando-os a mães de crianças hospitalizadas.
- Determinar a confiabilidade da escala após testagem dos itens, utilizando o método de consistência

interna.

- Descrever as características da população amostral.

1.2 - DEFINIÇÃO DE TERMOS

Ansiedade da mãe: estado emocional complexo, ocasionado pelas fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965), e que inclui emoções de medo, distresse, raiva, vergonha e culpa, conscientemente percebidos e expressos pela mãe, que ocorre na situação de hospitalização de seu filho. (Baseada em IZARD, 1973: 47 e BRIGHT, 1965: 34).

1.3 - SUPORTE TEÓRICO

Este trabalho fundamenta-se no aspecto fenomenológico de conceito de ansiedade de IZARD (1973: 47) e nas referências de BRIGHT (1965: 34) sobre fontes de ansiedade da mãe da criança hospitalizada.

IZARD (1973: 47-53) define ansiedade como uma combinação variável ou um padrão complexo e variável de emoções fundamentais, que tem como componentes: medo, distresse, raiva, vergonha e culpa e uma emoção positiva de interesse-excitação. A ansiedade, como outras emoções fundamentais, tem aspectos neurofisiológicos, motor-expressivo e fenomenológico. A nível neurofisiológico a ansiedade é definida em termos de atividade eletroquímica do sistema nervoso. A nível motor-expressivo, a ansiedade é primariamente atividade facial e secundariamente atividade corporal, gestural, visceral e algumas vezes vocal. A nível fenomenológico é essencialmente experiência motivadora e/ou experiência signi

ficativa para o indivíduo, com propósito imediato. Ou seja, a ansiedade pode ser fonte de poder, de manutenção construtiva e vida criadora ou ser experimentada como apreensão, dificuldade, incerteza, insegurança, como ameaça ao eu físico e/ou psicológico, propiciando grande redução das alternativas comportamentais. Da combinação variável, e portanto flexível, das emoções componentes da ansiedade decorre o fato de que nem todas estas emoções componentes da ansiedade estão obrigatoriamente presentes em um determinado evento da vida humana ou ocorrem todas com a mesma intensidade. Assim, a forma como os componentes da ansiedade interagem pode ser algo que varie de indivíduo ou varie de situação para situação em um dado indivíduo.

Para IZARD (1973: 53-58), vários tipos de interação pessoa-ambiente e vários tipos de processos individuais podem iniciar ou ativar a ansiedade, tais como; atividade perceptual ou excitação dos órgãos dos sentidos por eventos ou objetos externos, atividade hormonal, atividade motor-esquelética, bem como memória, imaginação e ideação nos centros cerebrais.

Na hospitalização da criança, a ansiedade experimentada pelas mães pode resultar principalmente da atmosfera hospitalar, do medo da responsabilidade pela doença do filho, da subordinação da mãe à enfermeira com conseqüente perda da confiança nas suas habilidades como mãe e da regressão comportamental da criança (BRIGHT, 1965: 34)

O termo "atmosfera hospitalar" inclui, para BRIGHT - (1965: 34), terminologia, equipamentos, pessoas e procedimentos peculiares a um hospital. Os sentimentos de culpa podem surgir, mesmo que a doença do filho esteja fora de seu controle, enquanto

a substituição do cuidado que a mãe dispensa ao filho, pela enfermagem, determina frequentemente os sentimentos de impotência e ansiedade da mãe. Já o termo regressão comportamental refere-se àqueles comportamentos que a criança havia apresentado em fases anteriores do seu desenvolvimento e volta a apresentar no hospital, tais como: retornar a chupar bico, tomar mamadeira ou usar fralda.

Outros detalhes da proposta conceitual e da caracterização da ansiedade de IZARD (1973) serão apresentados no capítulo 2 deste trabalho.

CAPÍTULO - 2

REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo são apresentadas e discutidas: propostas conceituais e aspectos da fenomenologia da ansiedade; características de escalas de ansiedade; estudos relacionados com fontes de ansiedade e trabalhos que abordam especificamente a problemática da determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada.

2.1 - CONCEITOS DE ANSIEDADE E ASPECTOS DA FENOMENOLOGIA DA ANSIEDADE

A ansiedade é uma experiência vivida por indivíduos de qualquer grupo etário, econômico ou cultural, em algum momento de sua existência. SPIELBERGER (1972: 3) ressalta a importância da ansiedade como uma influência poderosa na vida contemporânea, uma vez que parece ser fato cotidiano, "ela grita nas manchetes, resmunga nas propagandas, fala suavemente no quarto de pensão, sussurra em segredo cada dia diante do espelho de barbear-se e da penteadeira, e ainda é revelada nas negras estatísticas de crime, suicídio, alcoolismo e divórcio".

As manifestações de interesse sobre o fenômeno da ansiedade estão refletidas na literatura, artes, religião e, principalmente, nas ciências médicas e comportamentais. A importância dada ao fenômeno ansiedade vê-se justificada pelo fato de ser considerada como responsável por sintomas psicológicos e psicossomáticos debilitantes com efeitos comportamentais inadequados. Muitos auto

res, alguns dos quais serão relacionados abaixo, vêm investigando, de forma teórica ou empírica diversa, o evento "ansiedade". Para SPIELBERGER (1972: 4) falta, entre os estudiosos, concordância em relação à natureza da ansiedade, sobre as condições que provocaram seu aparecimento e sobre os efeitos de experiências anteriores tornando o indivíduo mais vulnerável a ela. A pesquisa de ansiedade segundo o mesmo autor é caracterizada por confusão semântica e descobertas contraditórias.

PESSOTI (1978: 3) aborda o problema da divergência da definição de ansiedade que ora é entendida como um processo passageiro, ora como característica de personalidade, incluindo ou não aspectos cognitivos, alterações fisiológicas, estados anteriores, processos determinantes e/ou desencadeantes, fenomenologia normal ou patológica e negação de benefício.

A abordagem da problemática da ansiedade é principalmente diversificada face às várias concepções: psicanalítica, comportamental, existencialista ou cognitiva, o que não é objetivo do presente trabalho.

Da diversidade de abordagem resulta a impossibilidade de se tratar a ansiedade como um fenômeno uniforme e universal.

FREUD (1936) considerou a ansiedade como "algo sentido" ou estado afetivo desagradável. Distinguiu três tipos de ansiedade: ansiedade objetiva, considerada pelo autor como sinônimo de medo, envolvendo uma complexa reação interna a dano ou injúria, antecipada a um perigo; ansiedade neurótica, que difere da ansiedade objetiva, na medida em que a fonte do perigo evoca uma reação mais interna do que externa. Neste caso, a ansiedade neurótica exerce maior pressão sobre o ego do que ocorre na ansiedade obje

tiva, pois a pessoa não sabe o que teme e não consegue livrar-se da ansiedade; ansiedade moral, que é vivenciada pelo ego como um sentimento de vergonha ou de culpa e tem sua origem no superego ou consciência. Para FREUD (1936), os três tipos de ansiedade possuem a qualidade de serem desagradáveis e agirem como um sinal de aviso para o ego em situação de ameaça de perigos potenciais. O sinal de ansiedade leva o indivíduo a preparar-se para fugir, enfrentar ou defender-se da ameaça.

Segundo FREUD (1959) a ansiedade se constitui não só um produto da experiência de impotência, mas a própria previsão ou antecipação de impotência iminente. O objeto temido, em qualquer forma de ansiedade, é, na verdade, a iminência da impotência. Já a ameaça é sinal de sofrimento.

FREUD (1925-1926) ainda caracterizou o estado de ansiedade por apreensão ou expectativa ansiosa e por fenômeno de descarga eferente, cujos sintomas incluíam palpitação cardíaca, distúrbios de respiração, sudorese, tremor, arrepios, vertigens. As qualidades subjetivas da ansiedade, os sentimentos de expectativa apreensiva ou medo foram enfatizados por FREUD (1925-1926) principalmente em suas últimas formulações. Já os fenômenos de descarga fisiológico-comportamental (eferente), embora considerados, uma parte essencial do estado de ansiedade e um importante contribuinte para a sua qualidade desagradável, foram de pequeno interesse. FREUD (1925-1926) acreditava que a ansiedade experimentada em situações traumáticas era inata, uma espécie de memória herdada. Nas situações não perigosas, a percepção da ameaça permite ao indivíduo aprender respostas de ansiedade.

Para MAY (1978), a ansiedade pode assumir todas as for

mas e intensidade, pois é a reação básica do ser humano a um perigo que ameaça a sua existência ou um valor que ele identifica como sua existência. Este autor fez distinção entre ansiedade e medo. Considerou que no medo o indivíduo conhece o que o ameaça, à semelhança do conceito de ansiedade objetiva de Freud. Na ansiedade, o indivíduo se sente ameaçado e sua capacidade de percepção torna-se, em geral, embotada, e este indivíduo não sabe o que fazer para enfrentar o perigo. O indivíduo pode experimentar ansiedade de diversas formas entre as quais, ter dor de cabeça, compressão no peito e confusão generalizada.

Segundo SULLIVAN (1972: 29-31), o conceito de ansiedade tem como conseqüente as relações sociais, uma vez que a ansiedade é uma preocupação por desaprovação nas relações sociais e, de forma contrária, a segurança se fundamenta nos sentimentos de aprovação, recompensa ou punição.

Para MANDLER (1973: 194-212), o distresse cíclico do recém-nascido, ou distresse que o recém nascido experimenta em função do nascer e separar-se da mãe, retroalimenta futuras respostas para o distresse e é a base original da experiência de ansiedade. Porém, uma série de condições cognitivas e ambientais transformam a experiência original, conservando apenas um núcleo que é o estado geral de insegurança. Para este autor, a ansiedade aparece quando o organismo é interrompido em uma seqüência de passos de uma ação definida ou na execução de um plano organizado, não tendo um comportamento alternativo disponível. A incapacidade para completar a seqüência ou a inviabilidade para alternar a seqüência completa produz insegurança. Em um plano ou ação que foi iniciada mas não foi completada, o sujeito não sabe o que fazer e o resul-

tado é insegurança, confusão, desconforto, ou seja, ansiedade. Também, se não houver comportamentos substitutos ou outra condição disponível, surge ansiedade. Por sua vez comportamentos organizados inibem ou controlam a ansiedade. MANDLER (1973: 201) inclui a culpa no evento ansiedade. A pessoa culpada sente-se ansiosa sobre alguma ação passada, real ou imaginária e está continuamente instigando uma seqüência de ações para desfazer o que não pode ser desfeito e para a qual não há uma seqüência de ações alternativas. As variáveis sociais e culturais podem influenciar a ansiedade dos membros da sociedade por apontar seqüências de ações ou plano que têm alta probabilidade de interrupção ou interromper determinadas seqüências por várias razões, ou ainda sustentar somente a alternância com seqüências impróprias.

PERLEY. (1976: 218-19) associou a ansiedade a três estados fundamentais da mente, os quais ameaçam a identidade da pessoa e que todos experimentamos, de uma forma ou de outra, quais sejam: sentimento de incapacidade, sentimentos de isolamento e sentimento de insegurança. Ou seja, a ansiedade decorre de um processo seqüencial a partir da ameaça à auto-imagem. Posteriormente ocorrem diminuição da vigilância mental e perceptual para a ameaça, reações fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autônomo, sentimentos de tensão, nervosismo e apreensão, gerando comportamentos que podem ser bem ou mal sucedidos. Os sentimentos vivenciados podem ser expressos por reações como raiva, choro, inquietude, fuga e pânico. PERLEY (1976: 212-20) classificou a ansiedade em graus leve, moderado e intenso, em função da maior ou menor habilidade do indivíduo de focalizar o que está acontecendo a ele numa situação particular. A autora evidenciou ainda reações físicas e psicológicas comportamentais associadas a ansieda

de, tais como: anorexia ou apetite exagerado, insônia ou sonolência, apatia, fadiga ou hiperatividade, poliúria, diarreia ou constipação, palidez, dor torácica, raiva, recusa da realidade da situação, pseudo-jovialidade e tranqüilidade, choro, culpa, dificuldades sexuais e desgostos consigo mesmo.

GRINKER (1972: 129), após estudos do comportamento de soldados da 2^a Guerra Mundial e de indivíduos sob tensão, sugeriu que a ansiedade leve a moderada são facilitadoras e estimuladoras de um melhor desempenho. Mas, quantidades excessivas de ansiedade produzem distúrbios no desempenho, ineficácia e freqüentemente sérias conseqüências, como a incapacidade de manter os níveis normais de estabilidade emocional. Para GRINKER (1972: 131) a ansiedade se reatrolimenta e desta forma vai-se intensificando. À medida que a ineficácia do comportamento se torna mais clara, a ansiedade aumenta e os indivíduos se tornam mais ansiosos à medida que vêem sua própria incapacidade. GRINKER (1972:134) dimensionou quatro fases para a ansiedade: vigilância, apreensão, ansiedade livre e pânico. A ansiedade livre é crônica, destrutiva e quase sempre neurótica. Já no pânico ocorre a desorganização total do comportamento.

SPIELBERGER (1972: 13-7) defendeu a necessidade de distinção da ansiedade como um estado transitório ou como um traço relativamente estável da personalidade. Os estados de ansiedade se caracterizam por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de tensão e apreensão, acompanhados por ou associados a ativação ou estímulo do sistema nervoso autônomo. A ansiedade como um traço decorre de um motivo ou disposição comportamental adquirida. Predis põe o indivíduo a perceber uma ampla extensão de circunstâncias, objetivamente não perigosas, como sendo ameaçadoras e a responder a estas com reações de ansiedade - estado, despro

porcionais em intensidade à magnitude de perigos objetivos.

SPIELBERGER (1972: 18) pressupõe a existência de processos cognitivos para avaliação de estímulos internos ou externos como ameaçadores. Se a situação estímulo for avaliada cognitivamente como perigosa ou ameaçadora, uma reação ansiedade estado é evocada. A ansiedade traço reflete resíduos da experiência passada que de algum modo determinam diferenças individuais em predisposição para ver certas situações como perigosas e a respondê-las com estados de ansiedade.

Para SKINNER (1978: 177), a ansiedade assume uma conotação essencialmente negativa. O autor expressa que: "o padrão emocional da ansiedade parece não ter um propósito útil. Interfere no comportamento normal do indivíduo e pode mesmo desorganizar o comportamento de evitação que, de outra forma, pode ser eficiente na lida das circunstâncias. A ansiedade pode variar de um ligeiro aborrecimento até um terror extremo. Esta condição inclui tanto respostas das glândulas e músculos lisos, quanto mudanças bem marcadas no condicionamento operante".

SHARON (1978: 28-31), diferendo da posição de SKINNER e corroborando com a posição de GRINKER (1972: 129-34) é a favor de um grau moderado de ansiedade para melhoria do desempenho nas tarefas simples. Quanto às tarefas mais difíceis, estas seriam prejudicadas pela diminuição da capacidade de discernimento, aumento de respostas equivocadas e descoordenadas. Para este autor, culpa e ansiedade estão freqüentemente associadas, embora a primeira ocorra com maior freqüência em indivíduos com elevada autoestima e a segunda está muito ligada a pessoas imaturas e com baixa auto-estima.

Para IZARD (1973: 47), a ansiedade não pode ser tratada como fenômeno unipolar, unidimensional ou unifatorial. O autor define ansiedade como uma combinação ou padrão complexo e variável de emoções fundamentais que tem como componentes cinco emoções negativas ou sejam medo, distresse, raiva, vergonha e culpa, e uma emoção positiva, ou seja, interesse-excitação. Este processo emocional complexo inclui os aspectos neurofisiológico, motor-expressivo e fenomenológico.

IZARD (1973: 50) aplica o conceito de sistema para análise da ansiedade quando aceita o princípio de interação e influência mútua entre seus componentes. Assim, interesse pode oscilar com medo quando o indivíduo explora algum objeto ou situação desconhecida. Da mesma forma, o distresse pode ampliar o componente medo em alguns indivíduos e o componente vergonha em outros. Por outro lado, nem todas as emoções componentes da ansiedade estão obrigatoriamente presentes em um evento da vida humana. Assim, certos indivíduos podem experimentar mais culpa, sendo esta, neste caso, um componente proeminente na condição de ansiedade. A interação entre as emoções componentes da ansiedade determina-lhe as características de generalidade e flexibilidade. Também, como emoção, a ansiedade influencia e regula os outros sistemas da personalidade frequentemente ativando ou agindo como amplificadora ou atenuadora de processos homeostáticos, diretivos (fome, sede, calor, sexo) e cognitivos.

Segundo IZARD (1973: 54), o processo de ativação da ansiedade ocorre da seguinte forma: em primeiro lugar, cada indivíduo traz consigo programas neurais inatos que podem ser caracterizados por uma sensibilidade seletiva para certas condições ambientais. Este princípio de sensibilidade seletiva pode operar algo

diferentemente nos estágios de desenvolvimento humano, com aumento da maturidade, pela aquisição de padrões ambientais, que podem ser psicologicamente estimulados através de atividades cognitivas. O fator sócio-cultural, incluindo a aprendizagem formal e experiências semelhantes, pode influenciar o processo emocional da ansiedade. Desta forma, a ansiedade pode ser ativada ou modificada em função de numerosos processos intrapessoais, sociais ou das relações pessoa-ambiente.

Considerando-se a abordagem dos autores estudados neste capítulo, e na tentativa de sumarizar aspectos fundamentais destas abordagens, pode-se dizer que:

- a ansiedade tem sido tratada principalmente como emoção negativa;
- a ansiedade, se intensa, compromete o bem-estar psicológico do indivíduo, ocasionando apreensão, tensão e determinando, por outro lado, diminuição da autoestima e segurança;
- a ansiedade altera a percepção dos dados situacionais, gera impotência e compromete o desempenho.

2.2 - ESCALAS DE ANSIEDADE

A heterogeneidade das propostas conceituais de estudos da ansiedade determina, obviamente, diferentes formas de mensurá-la. CATTELL (1972: 24-25) caracterizou a pesquisa sobre ansiedade em duas fases:

- a - a que pretende medir ansiedade como um conceito uni

tário, tendo como problema a exclusão de entidades tais como distresse, depressão, medo, culpa;

- b - a que permite prerrogativas semânticas, medindo ansiedade como entidade composta por fatores que podem ser identificados através de procedimentos de análise fatorial.

Embora o significado conceitual da ansiedade, no século XX, inclua os aspectos orgânico - funcionais (principalmente os fisiológicos) que comprometem a funcionalidade do comportamento e abranja os processos cognitivos e perceptivos, entendidos como antecedentes dos estados ansiosos (PESSOTT, 1978: 105), os instrumentos propostos pelos estudiosos de ansiedade estão, quase sempre, voltados para análise isolada destes aspectos. Ou seja, na mensuração da ansiedade os autores dificilmente têm incluído concomitantemente a mensuração das variáveis neurofisiológicas, psicológicas e comportamentais.

GRINKER (1972: 133), por exemplo, avaliou a ansiedade de indivíduos ex-aviadores combatentes de guerra, inicialmente através de uma medida fisiológica que analisava a rapidez com que o ácido hipúrico, degradado no fígado, aparecia na corrente sanguínea. Em função da rapidez desta degradação, o indivíduo seria classificado em níveis crescentes de ansiedade, ou seja, nos níveis de vigilância, apreensão, ansiedade livre e pânico. Posteriormente, GRINKER (1972: 134-7) correlacionou a estimativa de níveis de ansiedade pela análise da degradação de ácido hipúrico, com estudo de variáveis psicológicas e comportamentais. Neste estudo a ansiedade era estimada através de: observação sistemática e descrição do comportamento dos ex-aviadores combatentes

de guerra; entrevistas com estes indivíduos; auto-avaliação dos sujeitos estudados e da correlação dos níveis de ansiedade estimados para os sujeitos com outros indicadores fisiológicos, tais como aumento da pressão sanguínea, batimentos cardíacos e níveis de secreção adrenocortical. Seis meses após a análise dos sujeitos, seus protocolos foram reexaminados como forma de verificar a confiabilidade dos métodos empregados, tendo sido estes considerados satisfatórios.

CATTELL (1972: 24), analisando trabalhos de psicólogos e pesquisadores, apontou 800 espécies de respostas que em algum momento tinham sido utilizadas para a mensuração dos componentes comportamentais e/ou psicológicos da ansiedade.

Alguns pesquisadores, abaixo citados, têm investigado o fenômeno da ansiedade através das chamadas escalas de ansiedade.

A *Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS), de Janet Taylor, tem tido uma larga aplicação como medida de ansiedade geral, além de ser considerada como marco referencial para o desenvolvimento de instrumentos de ansiedade. A TMAS, foi construída com o propósito de medir estado interno de motivação, operacionalizado através de sintomas manifestos de ansiedade. BENDING (1956) desenvolveu uma forma abreviada para a TMAS, com 20 itens, retirados de um conjunto de 50 itens propostos por Taylor. BENDING (1956) verificou que em relação à validade, os resultados da comparação entre as formas inicial e abreviada não apresentavam diferenças significativas e a forma abreviada era mais facilmente aplicada. Dentre os estudos que têm empregado a TMAS incluem-se:

- a - SUINN (1964), que correlacionou a aceitação do próprio indivíduo e aceitação deste indivíduo pelos de

mais com níveis de ansiedade determinados pela TMAS e obteve escores de 0,35, significativo a nível de 0,001;

- b - CERVIN (1956), que estudou "comportamento social e suas relações com ansiedade, neuroticismo e solidariedade de grupo. Este autor obteve correlação 0,07 entre a TMAS e a Escala de Psicopatia do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M M P I), que mede neuroticismo, e obteve correlação de 0,40 entre a TMAS e escores atribuídos a sujeitos avaliados em função da solidariedade.

CATTELL & SCHEIER (1963) elaboraram uma escala para mensuração da ansiedade, a *Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) - Anxiety Scale*, traduzida para o português como Escala de Auto-Análise de CATTEL & SCHEIER. Nesta escala, determinados fatores revelam os estados de ansiedade, ou seja:

- a - fator 0, discriminado por 12 itens, caracteriza a culpabilidade ansiosa depressiva traduzida por sentimentos de indignidade, auto-acusação e depressão;
- b - fator Q_3 , discriminado por oito itens, caracteriza falta de integração, ou a solidez do ego;
- c - fator Q_4 , discriminado em 10 itens, caracteriza a medida em que a ansiedade está vinculada à pressão do Id, decorrente de suas necessidades insatisfeitas, tais como sexo, necessidade de consideração e receio de situações difíceis;
- d - fator C, discriminado por seis itens, caracteriza a situação de energia do ego quando da utilização de

mecanismos de ajustamento.

Não se dispõe dos dados de validade e confiabilidade obtidos para a Escala de Auto-Análise ou de Ansiedade da CATTEL & SCHEIER (1963)

ZUNG (1971) desenvolveu dois instrumentos a serem utilizados conjuntamente, para avaliar a ansiedade como desordem clínica: o *Anxiety Status Inventory* (ASI) e a *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS). Como desordem clínica, a ansiedade é assemelhada à neurose e frequentemente associa-se a sintomas somáticos. Nas duas escalas são abordados 20 critérios diagnósticos, sendo 15 somáticos e cinco afetivos. Estes critérios diagnósticos são: ansiedade, medo, pânico, desintegração mental, apreensão, tremores, dores corporais, fácil fadigabilidade, fraqueza, inquietude, palpitação, vertigem, desmaio, dispnéia, parestesia, náusea e vômito, frequência urinária, transpiração, insônia, rubor na face e pesadelos. Na SAS, o indivíduo se auto-avalia em função dos critérios mencionados e na ASI um observador avalia o indivíduo testado segundo estes mesmos critérios. Objetivando padronizar seus instrumentos, ZUNG (1971) aplicou as duas escalas em amostras de 225 indivíduos portadores de desordens psiquiátricas e 100 indivíduos normais. A validade concorrente, utilizando a correlação de Pearson momento-produto, foi determinada entre as escalas ASI e TMAS, tendo obtido a correlação (r) de 0,33, entre a SAS e TMAS $r= 0,30$ e entre a ASI e SAS $r= 0,74$, para os pacientes com diagnóstico de desordens psiquiátricas. A consistência interna das escalas ASI e SAS foi determinada pelo método das duas metades, tendo obtido a correlação de 0,83 para a ASI e 0,74 para a SAS.

SUINN (1969), acreditando na aplicabilidade de terapia do comportamento para tratamento da ansiedade, referida por diversos autores, procurou medir uma forma específica da ansiedade que ocorre nas situações de teste. A *Suinn Test Anxiety Behavior Scale* (STABS) é uma escala de 50 itens que descreve situações comportamentais as quais podem estimular diferentes níveis de ansiedade em indivíduos em situação de teste. Como os itens descrevem situações comportamentais, o terapeuta ou o pesquisador pode escolher aqueles itens mais significativos e usá-los para hierarquizar a ansiedade do indivíduo estudado. Isto pode ocorrer depois de o indivíduo se classificar quanto à ansiedade sentida para cada item, uma vez que a escala é auto-aplicada. Diferentes amostras de comportamento e situações estão contidas na escala, de modo que a sua aplicabilidade é vasta. Os escores totais da escala são calculados por simples somatória global, de valores de um a cinco, correspondente um a "não ansioso" e cinco a "muito ansioso", nos 50 itens. Altos escores na escala indicam altos níveis de ansiedade de indivíduo em situação de teste.

A STABS foi testada em 158 estudantes universitários americanos (amostra I) e 75 estudantes universitários havaianos (amostra II), para determinação da sua validade e confiabilidade. A validade de construto foi determinada:

- a - pelo método de comparação com medidas de variável similar, ou seja, com a *Test Anxiety Scale* de SARASON, sendo obtida uma correlação de $r = 0,59$, nível de significância, $p = 0,001$ para a amostra I e $r = 0,60$, $p = 0,001$ para amostra II;

- b - correlacionando-se os resultados obtidos pelos su

jeitos na STABS e as notas obtidas por eles nos seus testes acadêmicos, tendo os escores que refletiam desempenho na STABS correlacionado significativamente com os resultados dos exames do curso, $r = 0,24$ e, $p = 0,05$ para a amostra I e $r = 0,28$, $p = 0,02$ para a amostra II. A confiabilidade foi determinada através do método de teste e reteste sendo encontrado um coeficiente de $0,74$ após seis semanas de intervalo para a amostra I e $0,78$ após quatro semanas de intervalo para a amostra II.

Já SPIELBERGER, GORSUCH e LUSHENE (1970) elaboraram o *State - Trait Anxiety Inventory (STAI)*, que contém duas escalas distintas de auto-relato para medir respectivamente os conceitos de estado de ansiedade e de traço de ansiedade. O STAI foi traduzido e adaptado para o português por Biaggio e Natalício, tendo esta forma sido denominada Inventário de Ansiedade Traço - Estado - (IDATE). A Escala de Ansiedade Traço se propõe medir diferenças individuais quanto à tendência para reagir a vários tipos de pressão psicológica com diferentes graus de intensidade de estado de ansiedade. A Escala de Ansiedade Estado se propõe medir o estado emocional transitório ou condição de organismo caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos. As Escalas de Ansiedade Traço do STAI (*trait form* - em inglês) ou IDATE (A Traço - em português) possuem 20 itens afirmativos que requerem que os indivíduos descrevam como geralmente se sentem. Nas escalas de Ansiedade de Estado (*state form* em inglês e A - Estado em português) contendo também 20 itens, os indivíduos são solicitados a relatar como se sentem num determinado momento. A amplitude possível para os escores do STAI ou IDATE varia de um mínimo de 20 a um má

ximo de 80 em cada uma das escalas. O indivíduo responde a cada item avaliando-se a si próprio numa escala de quatro pontos categorizados da seguinte forma:

- 1 - absolutamente não;
- 2 - um pouco;
- 3 - freqüentemente;
- 4 - muitíssimo.

As escalas de Ansiedade Estado (original e traduzida) possuem 10 itens computados diretamente, ou seja, a avaliação 4 indica alto nível de ansiedade (itens 3,4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) e 10 itens computados inversamente, pois os altos escores indicam baixa ansiedade (itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20). Tanto para a forma original em inglês, STAI, como para a forma traduzida para o português, IDATE, foram determinadas a validade e a confiabilidade de ambas as escalas. Dentre os dados de confiabilidade obtidos para o STAI, destacam-se os seguintes:

- a - no teste e reteste, efetuado com uma população de estudantes universitários de graduação que foram retestados depois de uma hora, e neste intervalo foram submetidos a algumas condições experimentais, tais como período de relaxamento, teste de Q.I. e um filme que explorava acidentes graves e morte. As correlações de teste e reteste para o *trait form* do STAI foi de 0,76 (N= 109 fem.) Para a *state form* do STAI obteve-se a correlação de 0,16 (N= 109 fem.), isto porque a medida de estado de ansiedade deve refletir a influência de fatores situacionais;
- b - coeficiente alfa, computado pela fórmula KR-20 mo

dificada por Cronbach, para amostra de estudantes de segundo grau, de 0,91 para a *trait form* do STAI e 0,89 para *state form* do STAI;

- c - correlações item restante com amostra de estudantes de 2º grau, do sexo feminino variou de 0,27 (item 9) a 0,72 (item 15) para a *state form* do STAI (N = 187) e entre 0,19 (item 14) a 0,78 (item 8), para a *trait form* do STAI (N = 187).

A validade para a Escala STAI foi determinada através de:

- a - validade concorrente estabelecida com outras escalas tais como a IPAT - *Anxiety Scale* ($r = 0,75$), a TMAS ($r = 0,80$) e a lista de Adjetivos Afetivos de Zukerman ($r = 0,52$) e correlação entre a *trait* e *state form* do STAI ($r = 0,30$)
- b - validade de construto que vem sendo verificada desde 1967 através da aplicação do STAI a vários grupos em diversas situações experimentais, tais como em situação de tensão e relaxamento.

Dentre os dados de confiabilidade obtidos para a forma traduzida da escala IDATE, destacamos:

- a - teste e reteste obtidos com uma amostra de 29 estudantes universitários com intervalo de duas semanas sendo que os valores obtidos foram de 0,74 para a Escala de Ansiedade Estado e 0,83 para a Escala de Ansiedade Traço.

- b - coeficiente alfa computado pela fórmula KR - 20 modificada por Cronbach, obtida com uma amostra bilíngüe brasileira feminina de 0,88 para a Escala de Ansiedade Estado e 0,87 para a Escala de Ansiedade Traço;
- c - correlação item-restante obtida com amostra de 100 sujeitos brasileiros, universitários, variou entre 0,25 a 0,70 para a Escala de Ansiedade Estado e entre 0,31 a 0,63 para a Escala de Ansiedade Traço.

Dentre os dados de validade obtidos para o IDATE destacamos:

- a - validade concorrente estabelecida entre sujeitos brasileiros bilíngües para as escalas STAI e IDATE, obtendo-se correlações de 0,69 para a Escala de Ansiedade Estado e 0,77 para a Escala de Ansiedade Traço;
- b - validade de construto que está sendo avaliada em pesquisas nas quais as duas escalas do IDATE estão sendo administradas sob condições de tensões e neutras.

ENDLER & OKADA (1975: 320) entendem a ansiedade traço de forma semelhante a SPIELBERGER (1972: 13-7), ou seja, como condição não flutuante do indivíduo, uma predisposição latente para responder com ansiedade às situações de estresse. Porém ENDLER & OKADA (1975: 319) consideram instrumentos como STAI ou a TMAS medidas unidimensionais da ansiedade traço, pois parecem preocupar-se primariamente com situações de ameaça interpessoal ou ao ego ou com a adequação pessoal. Argumentando a necessidade de medir

ansiedade de forma mais abrangente, ENDLER & OKADA (1975: 320-22) elaboraram o *S-R Inventory of General Trait Anxiousness*. Este instrumento, que é auto-aplicado, enfatiza a importância de aspectos situacionais da ansiedade tentando explicar ou prever o comportamento individual e pressupõe que ansiedade traço é multidimensional, opondo-se à característica unidimensional. O *S-R Inventory of General Trait Anxiousness* contém 36 itens e emprega uma amostra de quatro situações gerais e nove modos de respostas. As quatro situações gerais são:

- a - o indivíduo envolvido em interação com outras pessoas;
- b - o indivíduo frente a situações que envolvem perigo de dano físico;
- c - o indivíduo frente a situações incomuns;
- d - o indivíduo frente a situações da vida diária.

Os nove modos de respostas são:

- a - procurar gostar desta experiência;
- b - transpirar;
- c - ter sentimento de inquietude;
- d - sentir-se excitado ou emocionado;
- e - sentir desconforto no estômago;
- f - sentir-se tenso;
- g - sentir prazer nesta situação;
- h - ter aumento de batimentos cardíacos;
- i - sentir-se ansioso.

Para cada situação, frente aos nove itens o indivíduo deve optar por uma das cinco alternativas de resposta, que variam numa escala gradativa de 1, 2, 3, 4, 5. ENDLER & OKADA (1975: 321-7) aplicaram seu instrumento a 386 indivíduos normais, 125 indivíduos neuróticos e 45 indivíduos psicóticos da cidade de Toronto, no Canadá. A validade concorrente foi estabelecida com as escalas *trait form* do STAI e TMS, porém estes dados não foram relatados por ENDLER & OKADA (1975) no artigo que descreve o *S - R Inventory of General Trait Anxiousness*. O coeficiente alfa foi computado para as quatro situações com todas as amostras. O coeficiente alfa variou de 0,71 a 0,83 para as situações interpessoais, de 0,80 a 0,83 para as situações que envolvem perigo de dano físico, de 0,69 a 0,86 para as situações incomuns e de 0,62 a 0,85 para as situações da vida diária.

Segundo as conclusões dos autores, os resultados por eles obtidos indicam que o *S - R Inventory of General Trait Anxiousness* é uma medida confiável e multidimensional da ansiedade traço, pelo menos nas situações de interação e em situações que envolvem risco de dano físico.

WATSON & FRIEND (1969) elaboraram duas escalas para medir a ansiedade social: a *Fear of Negative Evaluation Scale* (FNE) e a *Social Avoidance and Distresse Scale* (SAD). Para os autores, a ansiedade social foi definida:

- a - como experiência de distresse, desconforto, medo e ansiedade em situações sociais;
- b - como fuga deliberada de situações sociais;
- c - como medo de receber avaliação negativa de outros.

Os dois primeiros itens foram combinados para compor a SAD e o último para compor a FNE. A SAD está dividida em duas subescalas: de fuga social e distresse social. As escalas SAD e FNE que contêm 28 e 30 itens respectivamente devem ser aplicadas conjuntamente. A validade concorrente foi determinada utilizando-se a correlação momento-produto de Pearson e o coeficiente obtido para as subescalas da SAD foi de 0,75 ($N = 205$, $p \leq 0.01$) e entre as escalas SAD e FNE foi de 0,51 ($N = 205$, $p \leq 0.1$). A confiabilidade foi determinada pelo KR - 20 obtendo-se coeficientes de 0,94 para as escalas SAD e FNE e pelo método de teste-reteste efetuado com uma amostra de 154 estudantes universitários de Toronto, obedecendo o intervalo de um mês, obtendo-se correlações de 0,78 para FNE e 0,68 para a SAD.

IZARD (1973: 85-8) para confirmar sua proposta conceitual de ansiedade como uma instável e variável combinação das emoções fundamentais de medo, distresse, raiva, vergonha, culpa e interesse - excitação, abordadas no nível fenomenológico, elaborou, em 1969, a *Differential Emotion Scale* (DES). A DES era, inicialmente um instrumento de 67 adjetivos que descreviam emoções fundamentais. A escala foi aplicada a 622 estudantes americanos para que descrevessem e graduassem as emoções que estivessem sentindo no momento. Desta forma o autor pode caracterizar a variabilidade e flexibilidade da ocorrência das emoções no ser humano, ou seja, um indivíduo pode sentir, em determinado momento, forte medo, médio distresse, nenhuma culpa. Após esta testagem, IZARD aumentou o número de adjetivos de 67 para 72. Reaplicou a escala ampliada e posteriormente passou a usá-la em testagens onde os sujeitos eram colocados experimentalmente em situações geradoras de ansiedade, tais como assistir filmes trágicos ou dramáticos,

realizar testes difíceis, recordar cenas que lhes tinham provocado a ansiedade. Nestas testagens IZARD verificou que apenas a emoção positiva de interesse-excitação não apareceu com frequência significativa nos testes da DES.

SIMPSON (1971) aplicou a DES utilizando apenas 33 adjetivos que descreviam emoções fundamentais e obteve resultados semelhantes aos obtidos por IZARD, (1973: 85-8). Posteriormente, IZARD agrupou os 33 adjetivos da DES utilizados por SIMPSON (1971) com 20 termos da *state form* do STAI de SPIELBERGER et alii (1970); os quais IZARD denominou abreviadamente como A, como o objetivo de ampliar a terminologia que representava as emoções componentes da ansiedade. O instrumento DES + A continha termos que descreviam 10 emoções fundamentais (interesse-excitação, prazer-alegria, surpresa-espanto, distresse-angústia, desgosto-revolta, raiva-cólera, vergonha-humilhação incluindo vergonha e culpa, medo-terror, desprezo-escárnio, propostas como emoções fundamentais por autores como Ekman, Sorenson & Fresen, Izard, Snyder & Katchn, cujos trabalhos são citados por IZARD, 1973: 84) uma não emoção (fadiga - sonolência) e termos da *state form* do STAI de SPIELBERGER et alii (1970).

Após testagens da DES + A com grupos de estudantes que experimentalmente viviam ou reviviam situações de ansiedade IZARD (1973: 90-3) obteve confirmação que das seis emoções teorizadas como componentes da ansiedade (medo, distresse, raiva, vergonha, culpa, interesse-excitação), apenas a emoção de interesse-excitação demonstrou pequenos escores de ansiedade. Para o autor, esta exceção poderia ser explicada dada a natureza positiva do interesse-excitação no padrão emocional da ansiedade, considerado negativo

em sua essência.

Uma escala que procura medir a ansiedade referente ao evento hospitalização é a *Hospitalization Anxiety Scale* (HAS) de LUCENTE & FLECK (1972). Estes autores conceituaram ansiedade como desprazer, percebido como resultado da mudança de ambiente e da ameaça à segurança do indivíduo. Este estado pode ser verbalizado ou ser percebido através de manifestações comportamentais, detectadas por um observador experimentado. LUCENTE & FLECK (1972: 308-11) aplicaram a escala a 408 pacientes hospitalizados em clínicas médico-cirúrgicas e analisaram os dados concluindo que: a ansiedade existente era igual à ansiedade comunicada; que os níveis de ansiedade correspondiam às manifestações de ansiedade e que a escala proposta tinha amplitude suficiente para abranger os sintomas relatados pelos indivíduos hospitalizados. A HAS foi aplicada a 408 pacientes médico-cirúrgicos juntamente com a TMAS. A HAS era preenchida concomitantemente por médicos, enfermeiros, entrevistador e pelo paciente de forma que o paciente recebia avaliações diversas. Os avaliadores atribuíram escores para cada item da HAS e o valor 5 correspondeu a muito ansioso, 3 a moderadamente ansioso e 1 a bastante tranqüilo. Escores de uma média e meia foram definidos como ansiedade média, escores menores que meia média foram definidos como indicativos de baixa ansiedade e escores maiores que uma média e meia foram considerados como indicativos de alta ansiedade. Os autores não referem procedimentos para estabelecimento da validade e confiabilidade do instrumento mas citam que a correlação obtida com a TMAS foi significativa.

2.3 - FONTES DE ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Autores que estudam a situação emocional de pais e filhos, durante a hospitalização da criança, têm enfatizado a existência de fatores capazes de produzir ansiedade nestes pais e seus filhos internados.

GOFMAN et alii (1957: 630-3) após entrevistar 168 pais de crianças hospitalizadas, relacionou os seguintes fatores como capazes de produzir ansiedade:

- a - a discussão a respeito da criança, efetuada pelos profissionais de saúde que assistem a criança, numa linguagem cheia de palavras estranhas e referências técnicas;
- b - a pouca informação dos pais sobre o motivo da internação de seu filho, sobre a doença da criança e sobre procedimentos a serem empregados no tratamento da mesma;
- c - a falta de informação ou informação deficiente acerca das rotinas da enfermagem onde a criança está internada e sobre os cuidados a ela prestados.

FRAIBERG (1972) aponta como causa de ansiedade dos familiares da criança hospitalizada fatores semelhantes aos levantados por GOFMAN et alii (1957). Assim, a falta de informações a respeito do diagnóstico de tratamento e procedimentos, o medo de a criança não se recuperar da doença ou que seja fatal, a ignorância do prognóstico da criança e o temor de que o número de visi

tas médicas a seus filhos sejam limitadas, são para FRAIBERG (1972) os fatos determinantes da ansiedade dos pais durante a hospitalização da criança.

Os achados de AMARAL (1981:19-26), em seus estudos sobre sentimentos e solicitações apresentadas pelas mães no momento da internação de seus filhos, obtidos após entrevistas com 148 mães de crianças hospitalizadas, relacionam os seguintes fatores como determinantes de ansiedade e sofrimento para a mãe:

- a - medo de a criança, não receber tratamento adequado e morrer;
- b - medos relacionados a tratamento e cuidados tais como: ser deixada só, passar frio, ser maltratada, não ser mantida limpa e seca;
- c - medos relacionados ao ambiente hospitalar tais como a criança estranhar o ambiente e de não se acostumar com o pessoal do hospital;
- d - falta de informação quanto ao diagnóstico, tratamento e evolução da criança.
- e - orientação deficiente quanto a rotinas hospitalares;
- f - pouco contato com o médico de seus filhos;
- g - informações apressadas, incorretas ou ausência de informações a respeito do que está acontecendo ou vai acontecer com seu filho.

WAETCHER & BLAKE (1978:59-61) citam como elementos causadores de problemas emocionais para os pais da criança hospitalizada aqueles apontados por GOFMANN et alii, FRAIBERG (1972) e AMARAL (1981); descritos nos parágrafos acima. Estes autores ci-

tam a falta de informações dos pais como provocadora de pânico e grande ansiedade, gerando nestes pais sentimentos de impotência que muitas vezes se convertem em agressividade e insatisfação para com os indivíduos que assistem a criança.

BRIGHT (1965: 35) coloca a subordinação da mãe à enfermeira com perda da confiança da mulher em suas habilidades de mãe como uma fonte de ansiedade no contexto hospitalização da criança. Na verdade, o hospital diminui a responsabilidade dos pais frente ao cuidado dos filhos, interferindo, desta forma, no senso de satisfação que a mulher alcança quando ela é bem sucedida no cuidado do filho, durante uma doença séria. Quando a mãe tem oportunidade de cuidar de seu filho doente e participar de sua recuperação, sua autoconfiança é mantida e fortalecida (BAKWIN, 1951: 383).

Para BRUNNER & SUDDARTH (1980: 1326-7) a hospitalização e separação da mãe e criança em seu primeiro mês de vida comprometem a capacidade materna de aprender a relacionar-se com o filho. Já a hospitalização da criança, nos meses subsequentes de sua vida, compromete a capacidade da mãe de aprender a identificar e a satisfazer as necessidades do filho.

Normalmente a doença provoca uma mudança no relacionamento entre pais e filho. Os pais tornam-se mais protetores e indulgentes; a criança, por sua vez, torna-se mais dependente e solicita mais a presença e atenção dos pais. Se a doença necessita hospitalização e isto ocasiona separação de pais e filhos, há conseqüentemente, perda da função de cuidado e conforto que os pais dispensam ao filho, num momento em que a criança e pais têm mais necessidade um do outro (GOFMAN et alii, 1957: 629).

MAHAFFY (1965), ao investigar a possibilidade de melhorar a assistência da criança hospitalizada, afirma que a maioria dos hospitais não auxilia os pais a discernir o papel que devem desempenhar no hospital. Os pais são vistos mais como inimigos do hospital e da própria criança do que como parte da vida do filho. Estes pais, normalmente, sentem-se sós e temem deixar seus filhos aos cuidados de estranhos. O desconhecimento das práticas e rotinas hospitalares, somado aos sentimentos de solidão e insegurança dos pais, chega a confundi-los, levando-os muitas vezes a desenvolver comportamentos inadequados.

Para ROY (1967: 199-200), além da perda de função de cuidado da criança hospitalizada, a mãe poderá ter sentimentos de profunda impotência. A mãe é a fonte de segurança para a criança, pois conhecendo as necessidades de seu filho, acostumou-se a atendê-lo de uma forma particular que o filho conhece e espera. Durante a hospitalização, quando a mãe está com seu filho ela não sabe normalmente como agir. Ela está acostumada a responder a seu filho como pessoa sadia. A doença de seu filho e sua hospitalização em um ambiente estranho, com suas regras próprias, são situações anormais que podem desorientar a mãe e esta falta de bases tem dois efeitos:

- a - mudança de comportamento da mãe em seu padrão de interação com a criança;
- b - alteração da forma como ela satisfaz as necessidades de seu filho. Em consequência, a criança pode tornar-se insegura e a mãe infeliz e impotente.

WAETCHER & BLAKE (1978: 60) salientam que muitas mães acreditam que sua relação com o filho está a perigo e algumas con

sideram o pessoal de enfermagem como rival e temem que seus filhos dêem a outros o afeto que a elas corresponderia. Na realidade, tanto a mãe como o pessoal de enfermagem fazem um investimento emocional na criança. O pessoal de enfermagem constrói, no desempenho de seu trabalho, um padrão ideal da relação mãe-filho e as mães cujo comportamento difira deste padrão podem ser vistas como mães incompetentes ou más. Quando a criança adoece e é hospitalizada, a mãe deseja dar amor e atenção ao filho, porém seu papel está sendo desempenhado pelo pessoal de enfermagem. Neste momento, a mãe poderá sentir-se insegura e frustrada, principalmente se ela percebe a atuação dos estranhos no atendimento das necessidades do filho, como melhor do que aquele que ela desempenha. O pessoal de enfermagem pode, portanto, ser sentido como uma ameaça para a segurança das relações familiares (FRANK, 1952: 77).

Por outro lado, grande parte do pessoal de enfermagem imagina que seu trabalho consiste em substituir a mãe da criança hospitalizada. Se o pessoal de enfermagem e a mãe estiverem desempenhando as funções maternas simultaneamente, poderão ocorrer conflitos e rivalidades (BARNES, 1973: 166-7).

MERROW & JOHNSON (1968: 156), investigando como 50 enfermeiras e 50 mães percebiam as funções de cada, encontraram acordo das enfermeiras e mães quanto a cuidados de conforto, higiene, alimentação, entretenimento como tarefas da mãe. Já em procedimento de restrição, ajuda nos exames médicos, acompanhamento para raios X, permanência com a criança durante procedimentos dolorosos, alimentação e higienização de crianças com fluidoterapia, foram considerados pelas enfermeiras como função sua e pelas mães como função das mães. Para as autoras, estes achados sugerem

que as mães preferem ser responsáveis por mais alguns cuidados de suas crianças, considerados pelas enfermeiras como função sua.

AMARAL (1981: 37), investigando sentimentos e solicitações de 148 mães de crianças hospitalizadas, enfatiza o desejo, manifestado pelas mesmas, de cuidar e/ou ter maior número de funções no cuidado de seus filhos internados.

Um outro fator determinante de ansiedade dos pais de crianças hospitalizadas são os sentimentos de culpa (BRIGHT, 1965: 34). Qualquer mãe ou pai, cujo filho está doente, teme pela saúde de seu filho e se questiona se falhou ou é responsável pela doença da criança (FRANK, 1952: 77). Para STANLEY et alii (1961) bem como para GEIST (1976: 18), a culpa que os pais sentem pode estar relacionada a um possível envolvimento na etiologia da doença ou a prévios sentimentos hostis em relação à criança. Os sentimentos de culpa dos pais podem, ainda, decorrer de seus sentimentos de impotência para proteger o filho da doença (WAECHTER & BLAKE, 1978: 60).

Das 148 mães entrevistadas por AMARAL (1981: 33-4), 17 declararam sentir-se culpadas pela hospitalização dos filhos, principalmente porque foram negligentes nos cuidados prestados a eles e/ou demoraram em procurar tratamento para as crianças. Segundo BARNES (1973: 169), os sentimentos de culpa dos pais podem ser agravados quando o pessoal de enfermagem demonstra um ar de crítica ou censura os pais, por suas atividades para com o filho hospitalizado. Estes sentimentos de culpa dos pais podem decorrer de causas reais por sua responsabilidade direta ou indireta na doença do filho ou decorrer de percepções não realistas de sua interferência nesta doença, agravadas, por vezes, pela atitude crítica

da equipe que assiste a criança hospitalizada.

Dentre as fontes de ansiedade dos pais da criança hospitalizada está o comportamento regressivo que a criança poderá apresentar como resposta ao estresse da doença e da hospitalização (BRIGHT, 1965: 34). Esses comportamentos regressivos são mecanismos normais de adaptação da criança às diferentes situações perturbadoras que ela enfrenta durante a internação, apresentando estágios de conduta anteriormente abandonados. Na maioria das vezes a criança se torna muito solicitante, principalmente da mãe. Da mesma forma os pais podem tornar-se superatenciosos e preocupados e estas modificações no comportamento de pais e filhos podem interferir nas relações entre eles e poderá ocorrer facilmente um jogo de circunstâncias no qual as tensões de uns reforçam as tensões dos outros (JENSEN & COMLY, 1948: 200).

A idade da criança é um fator significativo, influenciando sua reação e adaptação à doença e hospitalização. Uma imaginação viva, pensamento egocêntrico, inabilidade para prontamente diferenciar a realidade da fantasia, menor experiência em contatos sociais, menor habilidade para aliviar a sua ansiedade através do jogo e maturidade para reconhecer sua mãe são características da criança jovem. Como resultado ela pode ter medos irrealísticos a respeito de sua doença, tratamento e separação familiar. Doença, hospitalização e separação são normalmente entendidas como punição. A maioria dos pais não conhecem a forma como as crianças de diferentes idades reagem ao estresse da internação (HYMOVICK, 1976: 12).

BACKWIN (1951) encontrou reações a hospitalização em crianças menores de seis meses constituídas de um quadro defini

do de apatia, palidez, resposta fraca aos estímulos, apetite in diferente, déficit no ganho de peso, aceleração do trânsito in testinal, sono agitado, predisposição para surtos febris e, no conjunto, uma expressão de extrema infelicidade. Este quadro não estava relacionado à condição clínica da criança.

Um estudo clássico de pesquisa das reações emocionais da criança hospitalizada foi efetuado por PRUGH et alii (1953: 79 97). Estes autores observaram e analisaram comportamentos de cri^{an}ças hospitalizadas com idade entre dois e 12 anos e dentre as reações emocionais encontraram os seguintes comportamentos regres^ssivos:

- a - apego excessivo, com retorno à dependência materna;
- b - alteração da frequência urinária e/ou perda do con^trole esfinteriano vesical e/ou perda do controle do esfincter anal;
- c - distúrbios alimentares, como anorexia ou comer excessivamente, querer novamente mamadeira, lambuzar-se e recusar-se a mastigar os alimentos;
- d - medos do escuro ou de ataque físico associados com insônia, inquietude e pesadelos, relutância em ir para a cama;
- e - agressão contra a autoridade, incluindo acessos de raiva e tendência a desobedecer;
- f - apatia e fuga, incluindo falta de interesse para coisas novas;
- g - inquietude e hiperatividade associadas com o roer unhas, sugar os dedos e masturbar-se.

As reações regressivas observadas por PRUGH et alii (1953: 79-97) foram mais intensas nas crianças entre dois e seis anos. LEVY (1945), GOFMAN et alii (1957: 157) e VERNON et alii (1966: 593), em estudos que também analisaram o impacto emocional da hospitalização sobre a criança, descreveram comportamentos regressivos semelhantes aos encontrados por PRUGH et alii (1953).

BRUNNER & SUDDART (1980: 1328) apontam como comportamentos regressivos, para crianças na idade de um a cinco anos, apatia, sugar polegares, apegar-se mais a brinquedos que a pessoas, mostrar falta de afeição pelos pais, principalmente pela mãe, resistindo-lhe à tentativa de carinho ou apego extremo à mãe, demonstrando necessidade de amor e atenção, bem como incapacidade de tolerar qualquer separação dela.

BIERMAN (1980: 84) inclui como comportamento regressivo, provocado pela hospitalização, a atitude agressiva e negativa do filho para com a mãe, através do qual a criança procura restabelecer a relação simbiótica com ela, em busca de segurança.

VISINTAINER & WOLFER (1975: 182) colocam como causas básicas do aparecimento das reações regressivas ou seqüelas da hospitalização, cinco categorias gerais de acontecimentos que ocorrem com a criança hospitalizada:

- a - um mal-estar físico ou injúria corporal em forma de desconforto, dor, mutilação ou morte;
- b - separação dos pais ou ausência de adultos significativos, especialmente para o pré-escolar;
- c - o estranho, o desconhecido ou a possibilidade de surpresa;

- d - incerteza quanto aos limites de comportamento caracterizados como normais;
- e - relativa perda de controle, autonomia e competência

Desta forma, como todas as crianças estão sujeitas a uma série de ameaças ou acontecimentos decorrentes da hospitalização, facilmente podem ocorrer mudanças ou alterações de comportamento nas crianças e que, se não conhecidas e entendidas, poderão preocupar intensamente os pais.

Dentre os autores citados anteriormente, apenas PRUGH et alii (1953)., GOFMAN et alii (1957: 63) e AMARAL (1981) procuraram avaliar as reações psicológicas dos pais à hospitalização de seus filhos.

PRUGH et alii (1953: 76 - 98) utilizaram, para estudo das reações emocionais de crianças entre dois e dezesseis anos e de seus pais, os seguintes métodos de investigação:

- 1 - anamnese extensiva, efetuada por entrevistadores, obtida após vários contatos com crianças e familiares e relatos obtidos com o pessoal de enfermagem sobre a estrutura da personalidade da criança e atitudes da criança e de seus pais;
- 2 - observação sistematizada do comportamento da criança e de seus pais;
- 3 - utilização de provas psicológicas para a avaliação de condições físicas, estado emocional, função intelectual e ajustamento da criança na enfermaria e, em algumas situações, de seus pais.

As reações observadas, nos pais e outros familiares da

criança hospitalizadas, foram:

- a - medo realístico em proporção à severidade da doença da criança;
- b - ansiedade manifesta;
- c - culpa sobre possível envolvimento com a doença ou prévios sentimentos hostis para com a criança;
- d - isolamento e negação combinados com projeção de culpa ou necessidade de usar a doença da criança como punição;
- e - resistência e projeção sobre o pessoal de enfermagem, freqüentemente combinados com rivalidade da mãe para com a enfermeira;
- f - depressão e impulsos sádicos para com a criança foram encontrados em pais que apresentavam desajustes emocionais;
- g - ambivalência frente aos comportamentos regressivos apresentados pela criança;
- h - dificuldades para dizer a verdade para a criança sobre o tempo da separação.

No estudo de GOFMAN et alii (1957: 629 - 37), 168 pais foram entrevistados na admissão e alta de seus filhos hospitalizados, a fim de conhecer suas reações e sentimentos acerca da hospitalização do seu filho e de conhecer o grau de informação e suporte que desejavam receber ou receberam durante a hospitalização de seus filhos. GOFMAN et alii (1957: 629 - 36) utilizaram um formulário contendo perguntas abertas para obter as informações desejadas: Em suas respostas, os pais expressaram ansiedade acerca da

separação do filho, temendo deixá-lo e temendo que ele não recebesse cuidados humanizados. Os autores encontraram nos pais: medo do desconhecido, intenso desejo de conhecer rotinas da enfermaria onde estava internado seu filho, desejo de informações eficientes sobre sua criança e sobre os procedimentos a que seria submetido, natureza da doença da criança e seu prognóstico e desejo de informações e orientações quanto à forma como deveriam proceder para facilitar a recuperação do filho.

AMARAL (1981: 45) entrevistou 148 mães no momento em que internavam ou reinternavam seus filhos em hospital pediátrico utilizando, da mesma forma que GOFMAN et alii (1957: 629-36), questionário com perguntas abertas, para investigar os sentimentos e solicitações das mães acerca da hospitalização de seu filho. As mães expressaram seus sentimentos de sofrimento utilizando expressões como: medo, nervosismo, tristeza, preocupação, aborrecimento, angústia, amargura. Algumas mães expressaram tranquilidade, confiança, segurança por pensar que seu filho hospitalizado, estaria em melhores condições que se cuidado em casa. As mães que expressaram sentimentos de sofrimento temiam:

- a - que o tratamento e o cuidado dispensado ao filho não fosse bom;
- b - mau prognóstico;
- c - deixar seus filhos no hospital sem sua presença.

As solicitações destas mães versaram sobre as informações acerca do diagnóstico, tratamento, condição da criança; rotinhas hospitalares; maior atenção e maior comunicação com o mêdico, maior atenção para com a criança e permissão para permanecer maior tempo junto ao filho e dispensar-lhe maiores cuidados.

Vê-se que os vários autores mencionados neste trabalho ressaltam o problema da ansiedade como emoção dominante durante a hospitalização da criança. Contudo observa-se, nos trabalhos estudados e referenciados, que os autores não formalizaram propostas de instrumentos para mensurá-la. Esta questão parece ser de fundamental importância uma vez que o diagnóstico de problemas emocionais dos pais, decorrentes da hospitalização da criança, constituem a base para a definição de estratégias de resolução dos problemas encontrados.

CAPÍTULO - 3

METODOLOGIA

Este capítulo especifica o tipo de pesquisa desenvolvida; descreve a instituição estudada quanto às suas características gerais; apresenta os procedimentos e critérios utilizados para a seleção da população amostral; relata os vários passos utilizados no processo de desenvolvimento da Escala de Ansiedade da Mãe de Criança Hospitalizada (EAMCH); identifica os procedimentos de coleta de dados e descreve a metodologia estatística empregada no tratamento dos dados.

3.1 - TIPO DE PESQUISA

É um estudo metodológico, de desenvolvimento de instrumento.

3.2 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em um hospital pediátrico, governamental, localizado em Florianópolis/SC., unidade da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (F.H.S.C.). Este hospital, com capacidade para 218 leitos, interna, para diagnóstico e tratamento, crianças na faixa etária de zero a quinze anos, em unidade de internação de clínica médica, cirúrgica, terapia intensiva, isolamento, observação ou emergência. Mantém convênio com entidades tais como INAMPS, IPESC, MEDSAN e FUNRURAL. Três mil, setecentos e cinquenta e três crianças foram internadas nesta instituição em 1980 e, no período de janeiro a julho de 1981, este número foi de 2.224 crianças.

Este hospital foi escolhido como local de estudo pelo fato de ser uma entidade que interna grande número de crianças,

não efetua rotineiramente internação conjunta mãe-filho e tem normalmente horário limitado e fixo para visitas. Deste modo, um número significativo de mães, dentro da comunidade, sofre o processo de separação mãe-filho, determinado pelo evento hospitalização da criança. Esta instituição desenvolve programa de internação conjunta mãe-filho nas seguintes situações: quando a mãe amamenta seu filho; a criança está muito aflita e/ou está em fase terminal; a mãe mora muito longe e por este fato não pode visitar normalmente seu filho; quando a criança vai ser submetida a cirurgias que impliquem risco de vida ou naquelas em que o estado emocional da criança repercute no sucesso da cirurgia, como em cirurgias de otorrinolaringologia. A rotina estabelecida para a visita dos familiares das crianças internadas inclui visitas diárias, no horário entre 15h e 30min e 17,00 horas. Familiares ou amigos aguardam o horário de visita na portaria de entrada de funcionários, onde recebem cartões de permissão de entrada para as diversas unidades.

3.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Mães das crianças de zero a seis anos, hospitalizadas nas unidades de clínica médica, cirúrgica, isolamento ou emergência representaram a população deste estudo. Não foram incluídas na amostra as mães das crianças internadas nas unidades de neonatologia e U.T.I. Na primeira unidade, as mães normalmente amamentam seus filhos e, por esta razão, vêm ao hospital em horários diferentes ao estabelecido pela rotina de visitas; na segunda unidade, as mães normalmente não prestam cuidados a seus filhos e o tempo de permanência junto ao filho é menor de que o estabelecido pela ro

tina para as outras unidades de internação, ou seja, varia de 15 minutos a uma hora.

Com a finalidade de determinar o tamanho da amostra necessária para identificar a validade e confiabilidade da EAMCH, utilizou-se o critério de NUNNALLY (1974), segundo o qual, para determinar a validade e confiabilidade de um instrumento são necessários cinco sujeitos por item do instrumento. Assim sendo, determinou-se uma amostra de 175 sujeitos para a escala de 35 itens.

Na seleção dos sujeitos da amostra procedeu-se da seguinte forma:

- a - seleção duas vezes por semana, segundas e quintas - feiras, de um percentual de 50% dos nomes das crianças internadas na unidades de clínica médica, cirúrgica, de observação e isolamento, constantes em uma listagem existente na portaria de entrada de funcionários da instituição. Atribuiu-se um número a cada nome de criança constante da listagem, e os números/nomes foram selecionados através de uma tabela de números aleatórios, a Millium Randon Digits (s.d.).
- b - Os nomes selecionados foram reorganizados em uma nova listagem. Verificou-se então, através dos prontuários das crianças, sua idade, e, junto à chefia de enfermagem, se a criança estava sendo acompanhada pela mãe. Excluíram-se da listagem os nomes das crianças que possuíam mais de seis anos e que estavam sendo acompanhadas por suas mães.
- c - Foram localizadas na portaria de entrada de funcionários às mães das crianças cujo nome constava da

listagem e foi checado, com cada mãe, o preenchimento dos seguintes critérios para sua inclusão como população amostral:

- 1 - estar seu filho internado há pelo menos 48 horas e tê-lo visitado no mínimo uma vez. Este critério foi escolhido prevendo-se a necessidade da mãe de se situar frente ao evento internação do filho;
- 2 - estar orientada, ou seja, saber responder as perguntas feitas pelo entrevistador, saber de si e de seu filho;
- 3 - não estar apresentando reações de distresse, ou seja, não estar apresentando crises de choro ou agitação, ou alegar estar excessivamente nervosa ou perturbada;
- 4 - não conhecer a data em que seu filho teria alta.

Este último critério foi estabelecido com o objetivo de evitar-se que mães cuja perspectiva de separação diferia, fossem incluídas na amostra estudada.

3.4 - DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO

3.4.1 - ELABORAÇÃO DA ESCALA BÁSICA, EAMCH - forma 1 (ANEXO 1)

Para determinar a ansiedade da mãe da criança hospitalizada foram elaborados 52 itens cujo conteúdo discriminou as fontes de ansiedade das mães, durante a hospitalização de seus filhos, citadas por BRIGHT (1965: 34), quais sejam:

- a - atmosfera hospitalar;
- b - subordinação à enfermeira com conseqüente perda da

- confiança nas suas habilidades como mãe;
- c - medo de serem responsáveis pela doença dos filhos;
 - d - regressão do comportamento apresentado pelas crianças.

A formulação dos itens baseou-se nos estudos dos seguintes autores: BACKWIN (1951), BARNES (1973), BRUNNER & SUDDARTH (1980), BRIGHT (1965), FRANK (1952), GOHSMAN et alii (1965), GODFREY (1955), GOFMAN et alii (1957), HYMOVICH (1976), JENSEN & COMLY (1948), MERROW & JOHSON (1968), PRUGH et alii (1953), SKIPPER et alii (1980), VERNON et alii (1966), VISINTAINER & WOLFER (1975), WAECHTER & BLAKE (1978) e na experiência pessoal da pesquisadora.

Foram incluídos nos itens da EAMCH termos da DES + A, estruturados por IZARD (1973: 85-93).

A escala básica conteve:

- a - uma nota introdutória explicativa sobre a mesma;
- b - os dizeres para o estabelecimento do "rapport";
- c - as instruções dadas às mães para a administração dos escores
- d - os 52 itens declarativos.

A cada item foi atribuído um escore que poderia ser 0, 1, 2, 3 ou 4 dependendo da correspondência que a mãe estabelecesse, com as opções "não sabe" ou "não se aplica", "não", "um pouco", "bastante" e "muito".

3.4.2 - PROCEDIMENTOS DESENVOLVIDOS VISANDO AO APERFEIÇOAMENTO DA ESCALA BÁSICA

a - A escala básica foi aplicada a três mães cujos filhos estavam internados em um hospital infantil, visando-se estudar a sua clareza e adequação. Detectou-se, nesta aplicação, alguns itens que necessitavam de uma maior simplificação redacional. Os itens que caracterizavam regressão do comportamento da criança foram duplicados em função da possibilidade de ocorrência de n comportamentos regressivos em relação aos comportamentos considerados normais (Ex.; relação mãe-filho: a criança pode rejeitar a mãe ou tornar-se excessivamente dependente dela). A EAMCH passou a conter 58 itens, numerados de um a 49, de vez que havia dois itens para cada número de 40 a 49.

b - Determinação da validade aparente e de conteúdo.

Para participar da validação aparente e de conteúdo da EAMCH, na sua forma 1 (Anexo 1), foram convidados 10 peritos. Destes, seis aceitaram efetuar a validação da escala. A distribuição final das validadoras por categoria profissional foi a seguinte: duas psicólogas, uma delas atuando na assistência psicológica à criança hospitalizada e sua família, e outra, atuando na área de ensino com vasta experiência na validação de instrumento; uma assistente social com experiência de orientação e aconselhamento dos familiares das crianças hospitalizadas e três enfermeiras pediátricas com experiência no ensino e na assistência da criança doente e sua família. A cada perito foi enviada uma carta solicitando sua colaboração na validação da EAMCH - forma 1, comentários sobre o seu conteúdo, cópia da escala e um guia pa

ra a validação da EAMCH , com o objetivo de uniformizar o processo de validação (ANEXO 2).

(N) A análise procedida pelas validadoras indicou ocorrência de itens que necessitam de revisão quanto à clareza, escolha de termos, distribuição dos conteúdos por item, extensão dos itens e outros (ANEXO 3).

Na opinião de dois peritos, a forma redacional dos itens não era adequada, pois parecia induzir e viciar as respostas. Um dos peritos sugeriu a forma interrogativa com várias alternativas de respostas para cada item. O outro sugeriu revisão na construção das assertivas. Embora apenas dois peritos tenham criticado a formulação redacional dos itens, sua análise foi considerada procedente pela autora deste trabalho.

c - A EAMCH - forma 1 foi reconstruída acatando-se as contribuições dos peritos e foi aplicada a três mães cujos filhos estavam internados em hospital infantil, para análise de sua clareza e adequação. Continha 38 itens interrogativos com seis alternativas de respostas que poderiam receber escores de 1 a 4. Alguns itens possuíam notas introdutórias explicativas. Detectou-se que as seis alternativas de respostas eram difíceis de serem memorizadas e conseqüentemente dificultavam o processo de escolha. Em decorrência desta análise, a opção de respostas foi reduzida para quatro e alguns itens foram novamente redigidos visando-se aumentar sua clareza e adequação constituindo a EAMCH - forma 2 (ANEXO 4).

d - Validação aparente e de conteúdo da EAMCH - forma 2

Foram convidadas três peritos: uma psicóloga, uma enfermeira e uma assistente social, participantes da validação da

EAMCH - forma 1 para que, desta feita, sob forma de painel de peritos, validassem a EAMCH - forma 2.

Pela análise procedida pelos peritos, o instrumento não requeria mudanças significativas. Alguns itens necessitavam de revisões, que foram efetuadas quanto à clareza, extensão, nota intrudutória explicativa dos itens e termos utilizados nas opções de respostas.

e- Estudo piloto

O estudo piloto teve por objetivos:

- 1 - treinar os entrevistadores nos procedimentos metodológicos utilizados na aplicação da EAMCH - forma 2 revisada e IDATE A - Estado;
- 2 - identificar as dificuldades na técnica de entrevista, aplicação e preenchimento daqueles instrumentos;
- 3 - treinamento das entrevistadoras para eliminação de interpretações diversificadas do instrumento e uniformização da técnica de entrevista;
- 4 - revisão do instrumento.

As entrevistadoras receberam treinamento que seguiu o plano de atividades teórico-práticas, previstas no "Programa de Treinamento das Entrevistadoras" (ANEXO 5). Duas enfermeiras e a pesquisadora atuaram neste estudo como entrevistadoras. Dezes seis mães com as mesmas características da população amostral, nela não incluídas, foram entrevistadas no estudo piloto. A pri meira entrevista foi efetuada pela pesquisadora e as demais en trevistadoras acompanharam o procedimento como observadoras. Pos

teriormente, as entrevistadoras repetiram o procedimento sob a supervisão da pesquisadora. Após as três primeiras entrevistas foram discutidas a técnica de abordagem da mãe, a técnica de preenchimento das escalas e formulação dos itens, com a finalidade de esclarecer dúvidas e alcançar maior uniformidade entre as entrevistadoras. Posteriormente, cada entrevistadora efetuou em média quatro entrevistas atuando individualmente, sem supervisão. Ao término das 16 entrevistas, foram relatadas as experiências vivenciadas pelas entrevistadoras e discutidas as dúvidas. Estabeleceu-se um padrão uniforme de procedimentos a serem seguidos pelas entrevistadoras durante a entrevista.

Durante o estudo piloto, algumas mães de crianças menores de 18 meses e maiores de 6 anos, que foram excluídas da amostra devido a critérios pré-estabelecidos em projeto, procuraram as entrevistadoras para falar de seus sentimentos relacionados com a hospitalização de seus filhos. Os vários autores estudados citam a ocorrência da ansiedade nos pais cujos filhos estão internados, sem especificar a influência da idade da criança nesta emoção. Em vista disto, a pesquisadora decidiu incluir, na amostra, mães de crianças entre zero a seis anos. O limite de idade até seis anos foi mantido visando-se determinar o fenômeno da ansiedade nas mães cujos filhos dependem do seu cuidado e conforto, pois, segundo HARLOW (1978), esta dependência é um dos fatores que determinam a intensidade dos sentimentos maternos.

A partir da análise da EAMCH forma 2 revisada, testada no estudo piloto, as entrevistadoras sugeriram as seguintes mudanças: retirada das notas introdutórias, uma vez que elas se tornaram desnecessárias; alteração da redação dos itens referentes a comportamentos regressivos da criança, visando-se alcançar uma

maior abrangência; clarificação de alguns itens, substituindo-se termos ou introduzindo palavras sinônimas e/ou explicativas. Assim a EAMCH - forma final (ANEXO 6) foi considerada em condições de ser aplicada a população amostral.

3.4.3. ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA (EAMCH - forma final)

A EAMCH forma final (ANEXO 6), resultado de uma série de etapas efetuadas visando seu aperfeiçoamento foi finalmente aplicada a população amostral apresentando as seguintes características:

a - Referencial teórico

O conceito de ansiedade de IZARD (1973: 47), que define ansiedade como um processo emocional complexo composto das emoções fundamentais: medo, raiva, distresse, vergonha, culpa, interesse-excitação, excluindo a última, e as fontes de ansiedade das mães durante a internação de seus filhos, citadas por BRIGHT (1965:34), que incluem: atmosfera hospitalar, subordinação à enfermeira com conseqüente perda da confiança nas suas habilidades como mãe, medo de serem responsáveis pela doença dos filhos e regressão do comportamento apresentado pelas crianças.

b - Natureza e conteúdo

A EAMCH é um instrumento que pretende determinar a ansiedade da mãe da criança hospitalizada. Na sua apresentação encontra-se o conteúdo a ser abordado com a mãe entrevistada, seguido das instruções para que ela responda como se sente em rela

ção ao evento hospitalização do filho e como classifica a intensidade de suas emoções.

Trinta e cinco itens discriminam as fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965 : 34). A fonte de ansiedade ambiente hospitalar está representada pelos itens de 1 a 15, subordinação à enfermeira com conseqüente perda de confiança nas suas habilidades como mãe está operacionalizada nos itens 16 a 25; medo de ser responsável pela doença do filho está operacionalizada pelos itens 26 a 29 e comportamento regressivo apresentado pela criança está operacionalizado pelos itens 30 a 35. Para cada item são oferecidas quatro alternativas de respostas retiradas das DES + A (*Differential Emotion Scale* de IZARD (1973 : 85-8), DES e *state form* do *State Trait Anxiety Inventory* de SPIELBERGER - GORSUCH - LUSHENE, 1970, A) Estas duas escalas foram combinadas por IZARD (1973). Duas destas respostas são positivas para ansiedade e duas negativas. Para cada item existe a possibilidade de uma única resposta e esta resposta é quantificada por quatro pontos de uma escala, ordenados de um a quatro, caso a resposta seja positiva de ansiedade ou quantificada de forma invertida de quatro a um, caso a resposta seja negativa de ansiedade.

b - Administração , contagem de pontos e determinação dos escores.

A EAMCH foi projetada para ser aplicada à mãe por um entrevistador utilizando-se a técnica de entrevista estruturada. A escolha desta técnica teve como objetivo eliminar a restrição imposta pela situação de baixo ou inexistente nível de escolarização das mães. Para preenchimento da EAMCH o entrevistador formula pergun-

tas e pede que a mãe cite, para cada item, a resposta que melhor expresse seus sentimentos em relação ao conteúdo abordado e ainda, que quantifique esses sentimentos em função das opções um pouco, mais ou menos, bastante e muito. A entrevistadora assinala e quantifica a resposta da mãe ou item utilizando a seguinte correspondência de valores:

Nas respostas positivas de ansiedade

- 1 - para um pouco
- 2 - para mais ou menos
- 3 - para bastante
- 4 - para muito

ou

nas respostas negativas de ansiedade

- 4 - para um pouco
- 3 - para mais ou menos
- 2 - para bastante
- 1 - para muito

A amplitude de escores possíveis para a EAMCH varia de um mínimo de 35 a um máximo de 140.

c - Fonte dos itens

Os itens foram elaborados com base nos trabalhos de autores citados na seção 2.3 da revisão de literatura, parecer de especialistas e na experiência da pesquisadora.

d - Validade

Para a EAMCH foi determinada validade aparente e de conteúdo por seis peritos numa primeira etapa e, numa segunda etapa, por três peritos. Todos os peritos possuíam experiência em psicologia e/ou em assistência a criança hospitalizada e sua

família. Os dados obtidos na determinação da validade concorrente da EAMCH e IDATE A - Estado são relatados no capítulo 4.

e - Confiabilidade

A confiabilidade foi determinada pelo método de consistência interna. Os resultados são apresentados no capítulo 4.

3.5. - PROCEDIMENTOS

3.5.1. - COLETA DE DADOS

A amostra de mães para testagem da forma final da EAMCH foi obtida nos meses de julho e agosto de 1981. Os dados foram coletados, pela autora deste trabalho e duas outras enfermeiras treinadas e especialmente contratadas, enquanto as mães esperavam oportunidade para visitarem seus filhos hospitalizados.

A seleção das mães a serem entrevistadas foi efetuada seguindo-se os procedimentos descritos no item 3.3. Após a localização das mães selecionadas de acordo com os critérios estabelecidos, a entrevistadora informava a mãe de seus objetivos, utilizando para esses fins os dizeres previstos para o estabelecimento do "rapport" da EAMCH forma final. Caso a mãe desse seu consentimento verbal para participar do estudo, era conduzida para uma sala privativa, onde se desenvolvia a entrevista. Neste local permaneciam apenas a mãe e a entrevistadora e foram evitadas interrupções pelo pessoal do hospital. A entrevistadora assegurou à mãe a manutenção do anonimato de suas respostas e orientou-a sobre as etapas da entrevista. Procedeu então ao levantamento de dados de caracteriza-

ção demográfica e social (ANEXO 7). A seguir, a entrevistadora ' forneceu à mãe as instruções previstas na EAMCH forma final (ANE_{XO} 6) sobre como proceder para a escolha e quantificação das res_postas. A entrevistadora formulou as perguntas e assinalou as res_postas da mãe na escala. Toda a escala foi revista para detectar se o não preenchimento de algum item. Caso tal acontecesse, o item era recolocado à mãe e assinalava-se a resposta por ela emitida. Após o preenchimento da EAMCH, a entrevistadora forneceu à mãe as instruções contidas na IDATE A - Estado, utilizado neste estudo para estabelecer validade concorrente com a EAMCH. Embora a IDATE seja um instrumento para ser auto-aplicado, obteve-se permissão' de um dos tradutores e validadores brasileiros para utilizá - lo através de entrevistas dado o baixo ou inexistente nível de esco_laridade da população estudada. Os itens eram transformados em perguntas à mãe que emitia suas respostas de acordo com as opções oferecidas pela escala, sendo que estas respostas eram assinaladas pela entrevistadora. O preenchimento de toda a escala foi re_visto e, caso necessário, a mãe poderia ser novamente interrogada para que a entrevistadora completasse o preenchimento da esca_la. Realizada a entrevista, agradeceu-se a participação da mãe. Muitas mães, durante a entrevista, justificavam suas opções de res_posta e utilizavam a oportunidade oferecida, pela abordagem ' de certos conteúdos, para descrever outros aspectos de suas emo_ções, tais como desempenhar mal seu trabalho doméstico, não conseguir dormir ou comer desde que seu filho foi internado, nervo_sismo e irritabilidade. Por vezes a mãe dirigiu-se à entrevista_dora para resolver suas dúvidas em relação à doença, tratamento e prognóstico da criança e/ou para se situar no ambiente e/ou in_vestigar sobre a capacidade assistencial do hospital.

Nas 50 primeiras entrevistas aplicou-se a EAMCH e a seguir o IDATE - A - Estado. Neste ponto a pesquisadora levantou a suspeita de que o clima emocional criado pela EAMCH poderia influenciar os escores do IDATE A - Estado, pois este instrumento foi projetado para ser sensível às condições sob as quais fosse administrado, decidindo-se alterar a ordem de administração das escalas. Assim, para as demais entrevistas necessárias à complementação da amostra prevista aplicou-se em primeiro lugar o IDATE A - Estado e em seguida a EAMCH. No capítulo 4 serão apresentados os resultados obtidos quanto à ordem na aplicação das duas escalas.

3.5.2 - ANÁLISE DOS DADOS

Utilizando-se o teste de Lilliefors verificou-se o comportamento dos escores das 50 primeiras mães entrevistadas e das 125 restantes, de vez que as escalas foram aplicadas em seqüência diferentes.

Para a determinação da validade concorrente foi utilizado o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson, obtido entre as médias dos escores dos 175 sujeitos no IDATE A - Estado e na EAMCH. Foi estabelecido o nível de significância de 0,01 para a análise dos resultados.

Para a determinação da confiabilidade através da consistência interna utilizou-se a fórmula de Cronbach para o cálculo do coeficiente alfa e a correlação produto-momento de Pearson para a correlação item-total.

CAPÍTULO - 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi a construção de uma escala para determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada - (EAMCH). No processo de desenvolvimento da EAMCH foram incluídos procedimentos de determinação da validade aparente, do conteúdo, concorrente e da confiabilidade, obtida por meio do coeficiente alfa e coeficientes de correlação item-total. Para se estabelecer a validade concorrente com a EAMCH foi utilizado o Inventário de Ansiedade Estado (IDATE A-Estado) de SPIELBERGER - GORSUCH e LUSHENE (1970), traduzido e validado no Brasil por Biaggio e Natalício.

Conforme amostra prevista, 175 mães de crianças hospitalizadas foram entrevistadas, obtendo-se preliminarmente os dados demográficos e, posteriormente, as respostas às perguntas previstas nos instrumentos EAMCH e IDATE A-Estado, transcritos por entrevistadoras nos instrumentos impressos. Os escores correspondentes às respostas das mães foram tratados em computador da UFSC, utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Este capítulo apresenta os seguintes dados: características dos sujeitos que fizeram parte da população amostral; resultados do teste de Lilliefors, que verificou o comportamento dos escores obtidos para os 50 primeiros sujeitos e, posteriormente, para 125 sujeitos da população amostral; validade concorrente; confiabilidade da EAMCH; outras medidas estatísticas determinadas para a EAMCH.

4.1 - DADOS DESCRITIVOS DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

Para as 175 mães de crianças hospitalizadas foram examinadas quatorze características demográficas e sociais, quais sejam: idade da mãe, estado civil, convivência da mãe com o pai da criança, grau de escolaridade e procedência da mãe, trabalho da mãe fora de casa, número de filhos, idade da criança internada, sexo da criança internada, número de internações da criança, tempo de internação da criança, unidade onde está internada a criança, dificuldade da mãe para visitar a criança internada e conhecimento da mãe sobre o diagnóstico da criança.

4.1.1 - IDADE

A idade média dos 175 sujeitos entrevistados foi de 26 anos e a moda foi de 25. Vinte e quatro sujeitos (13,72%) tinham menos de 20 anos, 105 sujeitos (60%) tinham entre 20 e 29 anos, 37 sujeitos (21,14%) tinham entre 30 e 39 anos e nove sujeitos (5,14%) tinham idade de 40 a 50 anos.

4.1.2 - ESTADO CONJUGAL

Conforme demonstra a tabela 1, no grupo estudado a maioria das mães (141:80,57%) tinha união legal ou textual, enquanto a minoria (34: 19,43%) pertencia ao grupo de sujeitos que não possuíam relação estável por ocasião da hospitalização de seus filhos. No último grupo foram enquadradas as mães solteiras (22), separadas (10) e viúvas (2).

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS DA
AMOSTRA SEGUNDO O ESTADO CONJUGAL

ESTADO CONJUGAL	%
Casadas *	80,57
Solteiras	12,57
Separadas	5,72
Viúvas	1,14
T O T A L	100,00

* Mulheres com ligações estáveis legais ou textuais.

4.1.3 - CONVIVÊNCIA DA MÃE COM O PAI DA CRIANÇA

Cento e quarenta e cinco sujeitos (82,85%) afirmaram conviver com o pai da criança internada enquanto que as demais, 30 sujeitos (17,15%), mencionaram estar sem companheiro por ocasião da hospitalização da criança.

Observa-se que os dados descritivos da situação convivência com companheiro não coincidem com os dados obtidos para situação conjugal. Ou seja, 145 sujeitos afirmaram conviver com companheiro, enquanto 141 afirmaram possuir ligação conjugal legal ou textual por ocasião da hospitalização da criança.

4.1.4 - ESCOLARIDADE

A tábela 2 demonstra que a maior frequência obtida para a escolaridade foi de um a quatro anos (108: 61,71%) enquanto que

a menor freqüência para escolaridade (13: 7,43%) recaiu sobre oit^o a doze anos. A amostra total (175) apresentou a seguinte distribuição em anos de escolaridade; primário incompleto, 61 sujeitos; primário completo, 47 sujeitos; ginásio incompleto, 29 sujeitos; ginásio completo, 11 sujeitos; colegial incompleto, nove sujeitos; colegial completo, quatro sujeitos; nenhuma escolaridade, 14 sujeitos. A média de escolaridade foi de três e meio anos e a moda três anos.

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ESCOLARIDADE

CONDIÇÃO DE ESCOLARIDADE	%
Primário incompleto (1)	34,86
Primário completo (2)	26,85
Ginásio incompleto (3)	16,57
Ginásio completo (4)	6,29
Colegial incompleto (5)	5,14
Colegial completo (6)	2,29
T O T A L	92,00*

(1) menos de quatro anos de escolaridade

(2) quatro anos de escolaridade

(3) mais de quatro anos de escolaridade e menos de oito anos de escolaridade

(4) oito anos de escolaridade

(5) mais de oito anos de escolaridade e menos de 12 anos de escolaridade

(6) 12 anos de escolaridade

* excluídos 14 analfabetos (8%)

4.1.5 - PROCEDÊNCIA

Na tabela 3 constam as várias áreas das quais os sujeitos provieram, com as respectivas porcentagens. Do total da amostra estudada, o maior contingente de sujeitos (140: 80%) não provinha da área urbana de Florianópolis. Estes sujeitos se distribuíram, segundo a procedência, da seguinte maneira: área rural de Florianópolis, 26 sujeitos; outros municípios da área urbana e rural de Florianópolis, 113 sujeitos; de outro estado, um sujeito.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO A PROCEDÊNCIA DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

PROCEDÊNCIA	%
Área urbana de Florianópolis	20,00
Área rural de Florianópolis	14,86
Outros municípios da área urbana e rural de Florianópolis	64,57
Outros estados	0,57
T O T A L	100,00

4.1.6 - TRABALHO

A predominância da ocupação dos sujeitos da amostra em atividades do lar foi verificada para 139 sujeitos (79,42%). Para os demais sujeitos encontrou-se frequência similar (18: 10,29%) na condição afastamento do lar, para trabalho tanto de mais como

de menos oito horas/dia.

4.1.7 - NÚMERO DE FILHOS

Quanto ao número de filhos, os sujeitos com dois a quatro filhos apresentaram a maior frequência (99: 56,57%). Os demais sujeitos (76:43,43%) apresentaram a seguinte distribuição: um filho, 48 sujeitos (27,43%); cinco a sete filhos; 24 sujeitos (13,72%) e oito filhos ou mais, quatro sujeitos (2,28%).

4.1.8 - IDADE DO FILHO

A tabela 4 mostra que número significativo de sujeitos 135 (77,14%) possuía filhos menores de três anos. Dentre 175 sujeitos verifica-se que apenas 40 deles (22,86%) possuíam, internados, filhos maiores de três anos.

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE DOS FILHOS HOSPITALIZADOS

GRUPO ETÁRIO DAS CRIANÇAS INTERNADAS	MÃES	%
De 2 a 18 meses		53,14
De 18 meses a 3 anos		24,00
De 3 anos a 4 anos e 6 meses		14,29
De 4 anos e 6 meses a 6 anos		8,57
T O T A L		100,00

4.1.9 - SEXO DO FILHO INTERNADO

A distribuição encontrada para os 175 sujeitos da amostra, por sexo do filho internado, foi de 101 sujeitos (57,71%) para filhos do sexo masculino e 74 sujeitos (42: 29%) para filhos do sexo feminino.

4.1.10 - TEMPO DE INTERNAÇÃO DO FILHO

A média de dias de internação dos filhos, por ocasião da entrevista, foi oito dias e a moda de quatro dias. A tabela 5 demonstra que, dos 175 sujeitos estudados, número expressivo, 150 (85,71%) haviam internado seus filhos há menos de 15 dias. Para o tempo de internação do filho superior a 28 dias encontrou-se a frequência de 12 sujeitos da amostra (6,86%).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO O TEMPO DE INTERNAÇÃO DE SEUS FILHOS POR OCASIÃO DA ENTREVISTA

TEMPO DE INTERNAÇÃO DA CRIANÇA EM DIAS	MÃES	%
2 a 7 dias		69,14
8 a 14 dias		16,57
15 a 21 dias		5,14
22 a 28 dias		2,29
29 ou mais		6,86
T O T A L		100,00

4.1.11 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO FILHO

O maior contingente de sujeitos, 163 (93,14%) possuíam filhos que haviam internados até três vezes; oito sujeitos (4,57%) possuíam filhos que haviam internado de quatro a sete vezes e quatro sujeitos (2,29%) já haviam internado seus filhos oito vezes ou mais.

4.1.12 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO FILHO

Na tabela 6 consta o local de internação dos filhos dos sujeitos da amostra com as respectivas porcentagens. A predominância da clínica médica, como local em que estavam internadas as crianças, é demonstrada na referida tabela. Ressalta-se que estes setores tem maior número de leitos que as unidades de clínica cirúrgica, emergência, isolamento e queimados, no hospital onde se efetuou este estudo. Além disto, alguns sujeitos, selecionados inicialmente, não fizeram parte da população amostral por estarem acompanhando seus filhos internados na clínica cirúrgica.

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE SEUS FILHOS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO DA CRIANÇA	MÃES	%
Clínica médica		57,14
Clínica cirúrgica		9,14
Emergência		17,14
Isolamento		10,86
Queimados		5,72
T O T A L		100,00

4.1.13 - DIFICULDADE DAS MÃES PARA VISITAREM SEUS FILHOS

Setenta e nove sujeitos (45,14%) alegaram não ter dificuldades para visitar seus filhos internados; 96 sujeitos (54,86%) alegaram dificuldade para visitar seus filhos internados, tais como: trabalho, não ter dinheiro para pagar ônibus, outros filhos, distância excessiva entre suas casas e o hospital.

4.1.14 - CONHECIMENTO QUE A MÃE POSSUÍA SOBRE O DIAGNÓSTICO DO FILHO NO MOMENTO DA ENTREVISTA.

A tabela 7 demonstra a distribuição percentual dos sujeitos segundo o conhecimento do diagnóstico médico do filho. Dentre os 175 sujeitos, verificou-se que, para um número significativo 114 (65,14%), os dados conhecidos sobre o diagnóstico médico eram parciais ou inexistente. A amostra apresentou a seguinte distribuição, em termos de conhecimento do diagnóstico médico do filho: a) 61 sujeitos conheciam inteiramente o diagnóstico; b) 95 sujeitos conheciam parcialmente o diagnóstico; c) 10 sujeitos conheciam outro diagnóstico; e d) nove sujeitos desconheciam o diagnóstico.

4.2 - APLICAÇÃO DO TESTE DE LILLIEFORS PARA ESTUDO DO COMPORTAMENTO DOS ESCORES DE 50 e 125 SUJEITOS NAS ESCALAS EAMCH e IDATE A-ESTADO

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS 175 SUJEITOS
DA AMOSTRA SEGUNDO O CONHECIMENTO DO DIAG
NÓSTICO MÉDICO DO FILHO

CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO DA CRIANÇA INTERNADA	MÃES	%
Coincide interamente com diagnóstico médico		34,86
Coincide parcialmente com diagnóstico médico		54,29
Não coincide com o diag- nóstico médico		5,71
Não conhece o diagnósti- co médico.		5,14
T O T A L		100,00

Em decorrência das duas diferentes seqüências de aplica-
ção das escalas, ou seja: a) aplicação da EAMCH e após IDATE A -
Estado a 50 sujeitos da amostra; b) aplicação do IDATE A - Estado
e posteriormente EAMCH a 125 sujeitos, houve necessidade de efe-
tuar-se análise do comportamento dos escores nas duas diferentes
seqüências de aplicação das escalas. Com isto, e através da utili-
zação do teste de Lilliefors, verificou-se que os escores obti-
dos pelos sujeitos no IDATE A-Estado nas 50 primeiras escalas e
nas 125 restantes, bem como os escores obtidos pelos sujeitos na

EAMCH nas 50 primeiras escalas e nas 125 restantes, seguiram uma distribuição similar e puderam, portanto, ser tratados como resultados de uma amostra de 175 sujeitos.

4.3 - RESULTADOS DA DETERMINAÇÃO DA VALIDADE E CONFIABILIDADE PARA A ESCALA DE ANSIEDADE DAS MÃES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA (EAMCH)

4.3.1 - VALIDADE

A validade concorrente foi determinada através do método do momento-produto de Pearson, correlacionando-se os escores obtidos pelos sujeitos na EAMCH e no IDATE A - Estado. O coeficiente de correlação obtido foi de 0,56 significativo a nível de 0,01 sendo, portanto, a relação entre as duas escalas significativamente positiva e moderada.

4.3.2 - CONFIABILIDADE

A confiabilidade da EAMCH foi determinada pelo método de consistência interna, sendo calculados o coeficiente alfa e coeficiente de correlação item-total (Tabela 8).

O coeficiente alfa, "utilizado quando se deseja identificar a confiabilidade em termos de conteúdo ou representatividade dos itens sobre o conteúdo total" (NEVES, 1980: 48), obtido para a EAMCH de 35 itens foi de 0,74. O coeficiente de 0,70 é aceito como nível mínimo de confiabilidade que um teste deve obter (FOX, 1972: 245),

Na correlação item-total, que revela o grau em que os escores de cada item correlacionam-se com o escore total dos sujeitos no teste, 14 itens apresentaram coeficientes de correlação

TABELA 8

ESTATÍSTICA DOS 35 ITENS DA EAMCH OBTIDOS PARA A AMOSTRA DE 175 SUJEITOS

NÚMERO DE ITEM.	ESTATÍSTICA DOS ITENS				NÚMERO DE ITEM	ESTATÍSTICA DOS ITENS			
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VARIÂNCIA	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VARIÂNCIA	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
1	2,37	1,071	1,146	0,3775	19	2,40	1,069	1,143	0,3848
2	3,04	0,864	0,747	0,3376	20	2,81	1,148	1,319	0,4237
3	2,99	0,950	0,903	0,3668	21	2,19	0,970	0,942	0,2279
4	3,02	0,907	0,822	0,3240	22	2,36	1,015	1,030	0,3399
5	2,25	1,000	1,000	0,2610	23	2,97	0,994	0,988	0,3124
6	2,17	0,926	0,858	0,2756	24	3,05	0,943	0,889	0,3690
7	2,26	0,936	0,877	0,3953	25	2,10	1,001	1,002	0,2931
8	2,43	1,098	1,206	0,3599	26	2,29	1,003	1,006	0,1765
9	2,53	1,089	1,186	0,3357	27	2,35	1,085	1,177	0,1784
10	2,49	1,089	1,187	0,3564	28	2,35	1,126	1,267	0,2421
11	2,75	1,086	1,180	0,4572	29	2,29	1,116	1,246	0,2457
12	2,61	1,036	1,073	0,2488	30	2,39	1,090	1,187	0,3188
13	2,73	1,065	1,134	0,3306	31	2,25	1,077	1,160	0,3511
14	2,51	1,110	1,233	0,3083	32	2,19	1,040	1,082	0,1927
15	2,51	1,090	1,187	0,3722	33	2,33	1,032	1,065	0,2849
16	3,01	0,974	0,948	0,2841	34	2,39	1,131	1,279	0,4989
17	3,00	0,932	0,869	0,3796	35	2,35	1,047	1,096	0,2376
18	2,64	1,086	1,179	0,4646					

inferiores a 0,30. Estes itens, de números 5, 6, 12, 14, 16, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33 e 35, obtiveram, segundo NUNNALLY (1970: 151), baixos coeficientes de correlação. Vinte e um itens apresentaram coeficientes de correlação entre 0,31 e 0,50, obtendo desta forma coeficientes satisfatórios segundo o mesmo autor. A tabela 8 apresenta a estatística dos 35 itens da EAMCH.

Retirados os 14 itens com coeficientes de correlação, abaixo de 0,30, determinou-se novamente o coeficiente alfa para a escala com 21 itens obtendo-se um coeficiente de 0,75.

4.4 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E VARIABILIDADE CALCULADAS PARA A EAMCH

Foram também calculados, para a EAMCH, média, desvio padrão, variância e erro padrão de medida.

A tabela 9 apresenta estes dados estatísticos, obtidos para a amostra de 175 sujeitos.

TABELA 9
DADOS ESTATÍSTICOS DOS 35 ITENS DA EAMCH,
OBTIDOS POR 175 SUJEITOS

MEDIDAS	Nº
Média	88,36
Desvio padrão	11,76
Variância	138,24
Erro padrão de medida	5,89

CAPÍTULO - 5

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste capítulo são discutidos: características demográficas e sociais da população amostral; resultados da determinação da validade e confiabilidade obtidos para a EAMCH; resultados de testes estatísticos obtidos pelos itens da EAMCH. São ainda apresentadas as conclusões obtidas pelo presente estudo, de acordo com os objetivos por ele propostos.

5.1 - DISCUSSÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DA POPULAÇÃO AMOSTRAL

Observando-se os dados descritos no item 4.1.1., verifica-se que a maior incidência do evento "hospitalização do filho" ocorreu com mulheres até 30 anos, como demonstra o percentual de 73,72% do grupo estudado. Percentual semelhante 80,57% descrito no item 4.1.2, demonstra que estas mulheres podem teoricamente contar com o apoio do pai da criança internada, fator de peso na estabilidade emocional da mulher.

No item 4.1.3. verifica-se que o percentual de mulheres que afirmaram possuir como companheiro o pai da criança internada sobe para 82,85%. Acredita-se que a pergunta efetuada às mulheres sobre estado civil, implicando que a mulher não casada indicasse possuir ligação desaprovada pela moral vigente, possa ter inibido a resposta real de pelo menos quatro mulheres da população estudada.

Em relação à característica escolaridade, a média e a moda obtidas para o grupo estudado não alcançaram o primário completo: isto coincide com o percentual de 69,71% de mulheres com

nenhum ou baixo nível de escolaridade. Em função desta característica, parece importante ressaltar que no grupo de mulheres com menor preparo escolar e que teoricamente possui menor nível de formação em saúde, recaiu a maior frequência para o evento hospitalização do filho (122).

No que tange à procedência, item 4.1.5, verifica-se que pelo menos 80% dos sujeitos da população amostral se defrontaram com o problema distância do local de internação do filho. Embora não apurada a frequência de visitas das mães aos filhos internados, distância, a falta de dinheiro para pagar transporte, etc, foram referenciados pelas mães como dificuldades para estar diariamente com a criança (item 4.1.13).

Percentual significativo de mulheres do grupo estudado, 79,42%, não trabalhavam fora de suas casas. Isto demonstra, teoricamente, convivência estreita entre mães e filhos, interrompida bruscamente pela hospitalização da criança. Ressaltando-se que 84% das mulheres tinham até quatro filhos (item 4.1.7) e que os filhos internados para 77,14% das mães do grupo estudado tinham menos de três anos (item 4.1.8), percebe-se que, pela possibilidade de convivência estreita, interdependência afetiva entre mãe e filho, a experiência de hospitalização da criança apresentou fatores ansiogênicos para as mães estudadas. Reconhece-se também que um percentual significativo, 85,71% das mães, estavam separadas de seus filhos por um período de até 14 dias (item 4.1.10) e que 93,14% das mães haviam internado seus filhos até três vezes (item 4.1.11) e que estas condições são significativas no sentido de que a mãe e filho não estão, teoricamente, habituadas a separar-se.

Na tabela 6 (item 4.1.12) verifica-se significativo per

centual de mães 57,14%, que possuíam filhos internados em unidades de clínica médica. Ressalta-se, porém, que muitas mães selecionadas inicialmente, por escolha aleatória e que tinham filhos internados em unidades de clínica cirúrgica, foram excluídas da amostra por estarem acompanhando seus filhos durante a hospitalização e, conseqüentemente, não atendiam a um dos critérios previstos para a sua inclusão na população amostral.

No item 4.1.14. parece importante enfatizar que 10,85% das mães do grupo estudado não conheciam o diagnóstico médico de seus filhos, enquanto 54,29% das mães desconheciam algo do diagnóstico médico do filho. Assim, para 65,14% de sujeitos da população amostral, verificou-se que o nível de orientação/informação prestados pela equipe hospitalar não foi completo.

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES A VALIDADE E CONFIABILIDADE DA EAMCH

Segundo STERNICK (1976:64), pode-se considerar que um instrumento tem validade concorrente para emprego na prática quando a correlação obtida por instrumentos que medem características similares alcançar um índice de 0,70. Por outro lado, se são obtidas correlações muito altas, aceita-se que o novo instrumento mede as mesmas características do instrumento antigo.

O coeficiente de correlação 0,56, obtido entre a EAMCH e IDATE A - Estado, indica a validade da EAMCH como instrumento capaz de determinar a ansiedade, ao mesmo tempo que possui conteúdo próprio e diferenciado quando comparada aos aspectos conceituais do fenômeno ansiedade, mensurados no IDATE A-Estado. Assim, o conceito de ansiedade de SPIELBERGER et alii (1972), base teórica do

IDATE, difere do conceito de ansiedade de IZARD (1973), base teórica da EAMCH, principalmente no aspecto amplitude ou abrangência conceitual. Para os primeiros, os componentes essenciais da ansiedade são medo, distresse e culpa, enquanto que para IZARD além desses componentes a ansiedade incluiria as emoções vergonha, raiva e interesse-excitação. Também IZARD (1973), tendo efetuado teste de sua escala DES, combinada com a *state form* do STAI, aplicada a uma amostra de 297 vestibulandos encontrou, através de procedimentos de análise fatorial, relações significativas para as emoções medo, distresse e culpa (entre 0,54 e 0,84), sendo que as outras emoções não estão representadas na *state form* do STAI. Considere-se também, como aspecto diferencial entre IDATE A-Estado e EAMCH, que o IDATE A-Estado avalia a ansiedade do indivíduo de forma geral, no momento em que ele se encontra. A EAMCH procurou levar em conta a ansiedade da mãe frente à "situação hospitalização" do filho, considerando aspectos imediatos e mediatos, discriminando certas fontes de ansiedade.

O coeficiente de correlação de 0,56 obtido pela EAMCH, para a determinação da validade, não alcançou o valor de 0,70, considerado satisfatório por STERNICK (1976:64) para emprego na prática, e portanto a EAMCH não pode ser considerada um instrumento acabado, em termos de validade concorrente. Novas pesquisas poderão ser feitas para determinar outras características da validade da EAMCH

Em relação ao critério de confiabilidade, esperado para um instrumento, segundo FOX (1972 : 245), a EAMCH alcançou um resultado satisfatório, obtendo o coeficiente alfa de 0,74 para a escala com 35 itens ou 0,75 para a escala com 21 itens, se retirados os itens que obtiverem coeficien-

tes de correlação abaixo de 0,30. Nestas condições, pode-se assegurar a existência de homogeneidade entre os itens propostos, ou seja, os itens parecem estar medindo algo em comum, ou seja o construto ansiedade.

Observando-se os coeficientes de correlação item-total utilizados para verificação da consistência interna da EAMCH, verifica-se que a maioria dos itens (21), obteve coeficientes acima de 0,31. Dos 25 itens representativos das fontes de ansiedade, citadas por BRIGHT (1965) "ambiente hospitalar e subordinação da mãe à enfermeira, com conseqüente perda de confiança nas suas habilidades como mãe" sete itens (28%) obtiveram coeficientes de correlação item-total abaixo de 0,30. Para os 10 itens representativos das fontes de ansiedade citadas por BRIGHT, "medo de ser responsável pela doença da criança e regressão do comportamento apresentado pela criança", sete itens (70%) obtiveram coeficientes de correlação item-total abaixo de 0,30. Verifica-se, nos 10 últimos itens citados, alto percentual de baixos coeficientes de correlação item-total, o que sugere necessidade de revisão desses itens, já que a EAMCH pretende determinar a ansiedade provinda das quatro fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965).

Através dos procedimentos de análise dos itens e durante a aplicação da EAMCH à população amostral, pode-se citar alguns fatores que poderiam ter sido determinantes dos baixos coeficientes de correlação item-total (RIT) de 14 itens da escala proposta, como segue:

No item 5 da EAMCH, que obteve RIT 0,26 perguntou-se à mãe como se sentia em relação aos recursos materiais que o hospital possuía. Para a maioria das mães entrevistadas a expressão "re

recursos materiais" era desconhecida e determinou a necessidade de interpretação pelo entrevistador. Foi também comum, após esta interpretação, as mães se manifestarem de imediato, apontando a excelência dos recursos materiais existentes na instituição hospitalar em que se desenvolveu o presente estudo

No item 6 da EAMCH, RIT 0,27, perguntou-se à mãe como se sentia pensando na capacidade dos médicos, pessoal de enfermagem e estudantes para atender o filho. Da mesma forma que o item anterior, os termos "capacidade" e "atender" produziram dúvidas nas mães que se mostraram vacilantes para responder. Além disto a inclusão, na pergunta, das categorias de pessoal, médicos, pessoal de enfermagem e estudantes, poderia incluir respostas diferentes para cada uma delas, já que, segundo a opinião das mães, estas pessoas poderiam divergir em termos de capacidade.

No item 12, RIT 0,25, perguntou-se à mãe como se sentia observando a maneira como seu filho estava aceitando a internação. As perguntas feitas pela mãe, aos entrevistadores, sobre o significado deste item, parecem sugerir que a pergunta contendo palavras ambíguas impediu a compreensão da pergunta.

No item 14, RIT 0,30, perguntou-se à mãe como se sentia observando a forma como seu filho aceitava os remédios, exames e tratamentos. Acredita-se que a dificuldade maior das mães ao responder este item deveu-se ao fator situacional, horário de visita ao filho, que raramente inclui os procedimentos citados, levando a mãe a desconhecer as reações do filho frente àquelas situações.

No item 16, RIT 0,28, perguntou-se à mãe como se sentia pensando que o filho poderia estar chorando, com saudades de casa

e de seu cuidado, quando ela não estava com ele. Este item, além de sua extensão exagerada, conteve inadequadamente as expressões "choro do filho", "saudades", que certamente levou a mãe a uma apre^{ci}ação afetiva negativa da situação proposta, e que poderia ter diminuído a precisão das respostas ao item.

No item 21, RIT 0,23, perguntou-se à mãe como se sen^{ti}a para cuidar do filho durante sua visita. A baixa correlação obtida por este item parece estar ligada à estrutura defeituosa da frase. Deve-se, porém, citar outro fator situacional existen^{te} no local em que foi efetuado este estudo, qual seja o de pou^{co} contato entre mãe e pessoal médico ou de enfermagem durante a visita. Vê-se ainda pou^{co} entrosamento entre as classes dos pro^fissionais e a mãe, limitando-se os encontros às necessidades de ambos, mãe e profissionais de saúde, de obter informações sobre a criança. Como em geral, durante a visita, a mãe fica em compa^{nh}ia do filho e das outras mães e seus filhos, parece inexistir uma presença que poderia ser considerada inibidora e restritiva. Além disto, como a função da mãe está voltada ao apoio afetivo do filho, sendo que as necessidades físicas e terapêuticas são aten^{di}das pelo pessoal de enfermagem, a mãe é pouco solicitada pelo filho a atuar no ambiente para lhe satisfazer as necessidades não emocionais.

No item 25, RIT 0,29, perguntou-se à mãe como se sen^{ti}a pensando nos cuidados que deveria dar ao filho quando ele fos^{se} para casa. Acredita-se que o fator situacional, presença do filho em casa contendo a perspectiva de reabilitação, possa ter incluído aspectos diferentes daqueles que a mãe estaria vivenci^{an}do, influenciando deste modo na consistência interna do item.

No item 26, RIT 0,18, perguntou-se à mãe como se sentia pensando nos cuidados que deu ao filho antes de ele ficar doente. A expressão "cuidado" possui grande abrangência em relação às atividades que a mãe desempenha no atendimento das necessidades do filho, sendo portanto uma expressão inadequada. Além, disto, não se delimitou a quanto tempo se referia o termo "antes", o que pode ter dificultado sobremaneira a resposta da mãe.

No item 27, RIT 0,18, perguntou-se à mãe como se sentia pensando nos cuidados que deu ao filho a partir do momento em que ele ficou doente. Este item emprega o termo cuidado, analisado no comentário do item 26. Outros aspecto que pode ter diminuído a precisão do item é o da delimitação do momento a partir do qual o filho ficou doente, requerendo que a mãe saiba precisar aquele momento, o que nem sempre é possível.

Os itens 26 e 27 apresentaram conteúdos e estrutura redacional semelhantes e, sendo características técnicas indesejáveis (STERNICK, 1976: 56) podem ter comprometido a consistência interna destes itens.

No item 28, RIT 0,24, perguntou-se à mãe como ela se sentia sobre o que o pessoal do hospital poderia pensar a respeito da maneira como ela cuidava do filho. Este item emprega o termo "cuidado" que, como foi dito anteriormente, é bastante abran - gente. Também o conjunto de termos "poderia pensar a respeito da maneira", de estrutura redacional complexa, pode ter sido o fato determinante do coeficiente de correlação obtido por este item.

No item 29, RIT 0,25, perguntou-se a mãe como se sentia por ter seguido ou não, conselhos ou orientações de amigos, parentes, farmacêutico, médico, sobre como cuidar de seu filho. A ex

tensão deste item, aliada à presença de uma expressão afirmativa seguida de outra negativa, a inclusão de elementos com diferente competência para orientar, e a expressão cuidar, são apontados como elementos comprometedores da estrutura redacional do item. Acredita-se que este item pode ter induzido algumas mães a responderem pelo mais desejável socialmente ou seja, ter seguido orientação de farmacêutico e sobretudo de médicos.

No item 32, RIT 0,19, perguntou-se à mãe como se sentia observando o comportamento de seu filho, no hospital, com relação a obediência. Acredita-se que o baixo coeficiente de correlação deste item possa dever-se à incompatibilidade do aspecto regressivo abordado, com a faixa etária predominante dos filhos das mulheres que constituíram a população amostral. Ou seja, 53,14% das mães tinham filhos menores de 18 meses e o comportamento regressivo da criança em relação a obediência ocorre predominantemente nas crianças de idade entre 18 meses e 6 anos. Em função do acima exposto, este item pode ser considerado específico e restrito a um grupo de mães, inadequado, pois, para a proposta do instrumento que pretendeu determinar a ansiedade das mães de crianças hospitalizadas de zero a seis anos.

No item 33, RIT 0,28, perguntou-se à mãe como se sentia observando a maneira como seu filho "fala" (sons, murmúrios, vocalizações, conversação corrente) depois que foi internado. A mesma análise efetuada para o item 32 aplica-se para a do item 33. É possível que a diferença que se observa nos coeficientes de correlação item-total obtida pelos dois itens, 0,19 e 0,28, deve-se ao fato de que o comportamento regressivo para a fala pode ocorrer antes do comportamento regressivo para a obediência. Des

ta forma, o comportamento regressivo da fala seria percebido por maior número de mães. Poder-se-ia ainda questionar se a importância dada pelas mães à manifestação de um ou outro comportamento regressivo seria idêntica.

No item 35, RIT 0,24, perguntou-se à mãe como se sentia observando o comportamento do filho no hospital, com relação ao uso do bico, da fralda e/ou mamadeira. Este item além de apresentar os mesmos aspectos de inadequação apontados para os itens 32 e 33, sugeriu às mães conteúdo diferente daquele que se pretendia abordar. Ou seja, a análise que as mães efetuaram e expressaram aos entrevistadores indicou que o item sugeriu-lhes um posicionamento frente ao atendimento que o filho recebia para a necessidade de eliminação e se era respeitado o seu hábito de chupar bico. Desta forma, o item além de ser específico e restrito para as mães cujos filhos tenham normalmente acima de um ano de idade, não define o conteúdo regressivo que pretendia determinar.

5.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE OUTRAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAS DA EAMCH

5.3.1 - Embora com coeficientes de correlação item-total acima de 0,31, alguns itens apresentaram características estruturais, que poderiam ter influenciado negativamente, impedindo que estes itens alcançassem coeficiente de correlação item-total maiores do que os obtidos. As características estruturais referidas foram observadas nos itens 8, 9, 10 e 23.

No item 8 perguntou-se à mãe como se sentia em relação às palavras que o pessoal do hospital usa quando fala na doença

de seu filho. No item 9 perguntou-se à mãe como se sentia em relação às informações que o pessoal do hospital lhe dá sobre o estado de seu filho. No item 10 perguntou-se à mãe como se sentia em relação às informações que o pessoal lhe fornece sobre o que será feito com seu filho. Estes itens, possuindo conteúdos e estruturas redacionais semelhantes e sendo interdependentes, possuíam características técnicas inadequadas segundo STERNICK (1972: 56). Além disto, algumas mães solicitaram que as entrevistadoras enfatizassem os pontos chaves dos itens. No item 23 perguntou-se a mãe como se sentia por não estar com seu filho para consolá-lo nos momentos em que ele poderia ter dor. Este item conteve inadequadamente a expressão "consolar seu filho nos momentos em que ele poderia ter dor", que, possuindo carga afetiva negativa, favorecendo a avaliação subjetiva, pode ter produzido diminuição da precisão da resposta.

5.3.2 - Considerou-se também que os termos designativos utilizados para nomear a escala de quatro pontos, ou seja: um pouco (1), mais ou menos (2), bastante (3), muito (4), são inadequados. Esta análise provém do fato de que quando se confrontam os escores considerados positivos ou negativos para ansiedade, o sujeito entrevistado receberia, por exemplo, 4 pontos se estivesse muito preocupado ou se estivesse pouco tranquilo. Pensa-se ser correto a não coincidência dos escores para o muito e um pouco a não ser que, conforme o exemplo, o indivíduo estivesse muito preocupado ou nada tranquilo ou pouquíssimo tranquilo.

5.3.3 - Características estruturais consideradas positivas na EAMCH

a - sistema fácil e objetivo de opção de resposta

e atribuição dos escores;

- b - múltipla escolha de respostas para cada item, conservando porém a objetividade de preenchimento do teste;
- c - abordagem de uma única característica psicológica, ou seja, a ansiedade, voltada para uma situação única, a hospitalização da criança;
- d - adequação a condição de escolaridade da mãe, pela fácil compreensão observada junto às mães para a resposta à maioria dos itens da escala.

5.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS PELOS ITENS DA EAMCH EM MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E VARIABILIDADE .

Obteve-se para EAMCH com 35 itens e respondida por 175 sujeitos da população amostral escore médio de ansiedade de 88,36 e desvio padrão de 11,76. O erro-padrão de medida, que indica a dispersão dos erros de uma estatística devido a flutuação de amostragem, isto é, a margem de erro a temer num valor encontrado em decorrência do processo de amostragem empregado, encontrado para EAMCH, foi de 5,89. Já a variância, que é uma medida de variabilidade, dada pela média do quadrado dos desvios, contados a partir da média de distribuição, encontrada para a EAMCH foi de 138,24.

5.5. - C O N C L U S Õ E S

Como resultado deste estudo chegou-se às seguintes conclusões:

5.5.1. - EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DOS SUJEITOS DA AMOSTRA ESTUDADA.

- Os 175 sujeitos da amostra estudada foram predominantemente mulheres jovens com idade entre 20 e 29 anos, casadas e convivendo com o pai da criança internada, com grau médio de escolaridade em torno de três anos e meio, procedentes de municípios da área urbana e rural de Florianópolis, que trabalhavam fora de suas casas e possuindo de dois a quatro filhos.
- Os 175 sujeitos da amostra estudada tinham predominantemente filhos menores de 18 meses que estavam internados a oito dias em média, em unidades de clínica médica; tinham dificuldades para visitar seus filhos e o diagnóstico médico do filho que conheciam coincidia parcialmente com os registros do prontuário das crianças.

5.5.2. - EM RELAÇÃO A VALIDADE CONCORRENTE E CONFIABILIDADE DA EAMCH

- A EAMCH correlaciona-se positiva e moderadamente com o IDATE A-Estado.
- O coeficiente alfa obtido pela EAMCH foi superior ao coeficiente mínimo de confiabilidade previsto para instrumentos que se

destinam a medir características psicológicas, em pesquisas iniciais .

- Os coeficientes de correlação item-total foram satisfatórios para os itens que discriminaram as fontes de ansiedade de BRIGHT (1965: 34), que se referiam ao ambiente hospitalar e a subordinação da mãe à enfermeira com conseqüente perda da confiança nas suas habilidades como mãe.
- Os coeficientes de correlação item-total obtidos pela maioria dos itens representativos das fontes de ansiedade de BRIGHT (1965: 34), que se referiam ao medo da responsabilidade pela doença da criança e a regressão de comportamento apresentado pela criança foram insatisfatórios.
- Alguns itens revelaram deficiências relacionadas com compreensão e clareza, estrutura redacional, extensão e objetividade dos conteúdos.

CAPÍTULO - 6

**CONTRIBUIÇÃO,
IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

6.1. CONTRIBUIÇÃO

Este estudo originou um instrumento para determinação da ansiedade provinda de fatores específicos ou seja, fatores relacionados às fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965: 34).

A aplicação da EAMCH oferece subsídios aos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem para implementação e/ou melhoria da prática assistencial de enfermagem na área pediátrica. Ao mesmo tempo a EAMCH pode ser utilizada como instrumento de pesquisa de ansiedade da mãe da criança hospitalizada a outros níveis de profundidade.

6.2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA O ENSINO DE ENFERMAGEM

Acreditamos que o emprego da EAMCH, que pode ser inserida na etapa de levantamento de dados do processo de enfermagem, tem implicações técnico-científica e filosófica na prática e no ensino da enfermagem. Acreditamos também, que a EAMCH pode se constituir num dos meios favorecedores de uma assistência sistematizada, global e individualizada.

Assim, na prática, a aplicação da EAMCH permite aos enfermeiros avaliação qualitativa da ansiedade em decorrência da identificação da(s) fonte(s) da(s) qual(is) ela provém. Da mesma forma, permite avaliação quantitativa da ansiedade através dos escores atribuídos. Em consequência da avaliação qualitativa e quantitativa da ansiedade, os enfermeiros poderão planejar, implementar e avaliar a implementação de ações de enfermagem destinadas a ajudar a mãe a enfrentar, manejar e/ou resolver sua ansiedade.

Consideramos que as implicações técnico-científicas e fi

losóficas decorrentes da aplicação da EAMCH provenham da mudança/ou aperfeiçoamento no estilo da assistência pediátrica, tradicionalmente dirigida para a criança, voltando-se para a assistência centrada no binômio mãe-filho. Com efeito a efetividade da ajuda prestada a mãe da criança hospitalizada poderá aumentar com a aplicação da EAMCH, de vez que a ansiedade pode ser avaliada quantitativa e qualitativamente em todas as mães, uma ou mais vezes, e os níveis de ansiedade determinados podem ser utilizados como critério para estabelecer prioridades assistenciais no atendimento das mesmas. Favorece-se desta forma uma prática assistencial sistematizada global e individualizada. Por outro lado, o diagnóstico da situação emocional da mulher que hospitaliza seu filho não dependerá unicamente do bom senso ou de habilidades pessoais dos enfermeiros, muitas vezes comprometidos com atividades técnico-administrativas e assistenciais e/ou vivenciando uma relação inadequada enfermeiro/binômio mãe - filho.

A utilização da EAMCH implica ainda na aquisição de conhecimentos sobre psicologia humana e no desenvolvimento de técnicas de relacionamento interpessoal que permitem aos enfermeiros o alcance de uma compreensão global do fenômeno de ansiedade, vivenciado pela mãe, e/ou o aprofundamento da investigação de causas de ansiedade. Além disso implica no desenvolvimento do espírito de observação, capacidade de análise crítica e desenvolvimento técnico decorrentes da oportunidade que a aplicação da EAMCH oferece, de fazer-se observações paralelas e/ou complementares de manifestações fisiológicas, comportamentais e/ou psicológicas de ansiedade e da necessidade de seleção e implementação de métodos que visam a assistência da mãe ansiosa.

O conhecimento da problemática vivenciada pela mãe ao hospitalizar seu filho, oportunizado através da utilização da

EAMCH implica no estabelecimento de uma filosofia de serviço de enfermagem e educação de pessoal voltada para a assistência da mãe.

A utilização da EAMCH permite ainda que os enfermeiros possam somar, compartilhar e divulgar experiências vivenciadas quando de sua aplicação e/ou implementação de ações destinadas a ajudar a mãe a enfrentar, manejar ou resolver sua ansiedade. Através da aplicação da EAMCH pode-se efetuar pesquisas sobre as fontes de ansiedade abordadas no instrumento ou a elas relacionadas.

Já, a aplicação da EAMCH como estratégia de ensino permite ao acadêmico de enfermagem, utilização desse instrumento como referencial teórico para o estudo das causas de ansiedade da mãe da criança hospitalizada, e ainda permite a seleção de métodos de resolução do problema. Isto implica no desenvolvimento de habilidade de comunicação e relação interpessoal, de análise crítica e avaliação, favorecendo o processo de aprendizagem. Além disto, permite compreensão da função assistencial em pediatria voltada para o binômio mãe-filho.

6.3. LIMITAÇÕES

Consideram-se limitações para o presente estudo:

- Embora os escores da EAMCH e IDATE A - Estado correlacionaram-se positiva e significativamente, a força desta correlação é moderada. Este resultado é parcialmente satisfatório, uma vez que o coeficiente de correlação referente a validade concorrente da EAMCH com o IDATE A - Estado deve ser aumentado.

- Os itens que obtiveram coeficiente de correlação acima de 0,30 não são representativos das quatro fontes de ansieda-

de de BRIGHT e sim de duas delas: o ambiente hospitalar e subordinação da mãe à enfermeira, com conseqüente perda da confiança nas suas habilidades como mãe.

- O número de ítems representativos das quatro fontes de ansiedade de BRIGHT (1965) apresentou distribuição heterogênea.

- Presença de itens da EAMCH com estrutura redacional com plexa e incorreta.

6.4. RECOMENDAÇÕES

Considerando o estudo efetuado, seus resultados, discussão e conclusões recomenda-se que:

1. A EAMCH seja reavaliada em função de suas características estruturais, e reformulados os ítems que obtiveram baixos coe ficientes de correlação item-total.

2. Os itens representativos das fontes de ansiedade que se referem ao "medo da mãe de ser responsável pela doença do filho e a regressão de comportamento apresentado pela criança" sejam re-estudados e adequados ao propósito da escala; que o número de itens representativos destas fontes de ansiedade seja aumentado.

3. Sejam reavaliados na EAMCH os termos designativos uti lizados para nomear a escala de quatro pontos.

4. Sejam efetuados estudos exploratórios de verificação da ocorrência de fatores ansiogênicos, para as mães na hospitalizaç ão da criança, não mencionados pelas fontes de ansiedade de BRIGHT (1965: 34).

5. Sejam desenvolvidos instrumentos que avaliem a ansiedade de outros membros da família que mantém vínculo afetivo es treito com a criança.

6. Seja determinada a validade concorrente e confiabilida de

dade para a EAMCH após terem sido efetuadas revisões.

7. Se procure determinar a validade da EAMCH através da utilização de outros métodos, tais como determinação de validade de construto e validade preditiva.

8. Em estudos posteriores se considere a pertinência da inclusão de observações e/ou mensurações de manifestações neurofisiológicas e motor-expressiva de ansiedade, no sentido de fortalecer a validade da EAMCH.

CAPÍTULO - 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, M.L. Sentimentos e solicitações apresentadas pelas mães no momento da internação de seus filhos. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1981. 80 p. /Dissertação de Mestrado em Enfermagem/.
- AMORIM, M.A. A escala de ansiedade manifesta: elaboração, validade e aplicações atuais. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro, 18 (3): 29-47, Set. 1966.
- BACKWIN, H. Psychologic aspects of pediatrics: the hospital care of infants and children. Journal of Pediatrics. St. Louis (39): 383-90, 1951.
- BARNES, E. As crianças. In: - As relações humanas no hospital. Coimbra, Almedina, 1973. 237 p.
- BARROS, M.I.O.M. O processo de separação e individuação. Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica, 1977. 91 p. /Dissertação de Mestrado em Psicologia/.
- BEE, H.A. A separação da mãe e do filho e as conseqüências alternativas do atendimento. In: - Psicologia do desenvolvimento: questões sociais. 2 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- BENDING, A.W. The development of short form of the T.M.A.S. Journal of Consulting Psychology. 1956. Apud AMORIM, M.A. A escala de ansiedade manifesta: elaboração, validade e aplicações atuais. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro, 18 (3): 29-47, Set. 1966.
- BIERMANN, G. A criança e a hospitalização. Hexágono Roche. Rio de Janeiro, 4 (3): 83-9, Mar. 1980.

- BOWLBY, I. Separation anxiety. The International Journal of Psycho-Analysis. London., 41: 89-113, 1960.
- BRIGHT, F. The pediatric nurse and parental anxiety. Nursing Forum. Hillsdale, 4 (2): 31-47, 1965.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. A criança hospitalizada. In: - Prática de enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. v.2. 850 p.
- CATTELL, R.B. Anxiety and motivation: theory and crucial experiments. In: - SPIELBERGER, C.D. Anxiety: current trends in theory and research. New York, Academic Press, 1972. v.1.
- CATTELL, R.B. & SCHEIER, I.H. The IPAT Anxiety Scale Questionary. Campaign, III.: IPAT, 1963. Apud RIBEIRO, C.I.K. O si mesmo e o vestibular: um estudo correlacional entre estudantes classificados e excedentes no curso vestibular na Universidade Federal de Santa Catarina. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1978. 138 f. /Dissertação de Mestrado em Educação/.
- CERVIN, V. Individual in social situations, its relations to anxiety, neuroticism and group solidarity. Journal of Experimental Psychology. 15: 161-188, 1956. Apud AMORIN, M.A. A escala de ansiedade manifesta: elaboração, validade e aplicações atuais. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro, 18 (3): 29-47, Set. 1966.
- ELSEN, I. Ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1979. 85 p. /Dissertação de Mestrado em Enfermagem/.

- ENDLER, N.S. & OKADA, M. A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Washington, 43 (3): 319-29, 1975.
- FOX, D.I. Fundamental of research in nursing. 3 ed. New York, Appleton - Century - Crofts, 1972. 313 p.
- FRAIBERG, K.H. How parents react when their child is hospitalized. American Journal of Nursing. New York, 70 (7): 12-72, Jul. 1972. Apud AMARAL, M.L. Sentimentos e solicitações apresentados pelas mães no momento da internação de seus filhos. São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1981. 80 p. /Dissertação de Mestrado em Enfermagem/.
- FRANK, R. Parents and the pediatric nurse. The American Journal of Nursing. New York, 52 (1): 76-7, Jan. 1952.
- FREUD, S. Inhibitions, symptoms and anxiety. London, Hogarth Press, 1936, 1^a ed. alemã em 1926. Apud LUNDIN, R.W. Ansiedade. In: Personalidade: uma análise do comportamento. 4 ed. São Paulo, EPU, 1977, 357 p.
- _____. Obras completas: inibição, sintoma e angústia. Ed. Delta, 1959. v. VI apud PESSOTTI, I. Ansiedade. São Paulo, EPU, 1978. 133p.
- _____. Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade: a questão da análise leiga. Obras Psicológicas completas, v. XX da Edição Standard. Rio de Janeiro, IMAGO, 1969. 350 p.
- GEIST, H. Como atender al niño antes y después de la hospitalización. Buenos Aires, Paidós, 1966. 95 p.

- GODFREY, A.E. A study of nursing care designed to assist hospitalized child and their parents in their separation. Nursing Research, New York, 4 (2): 52-70, Oct. 1955.
- GOFMAN, H. et alii. The child's emotional response to hospitalization. American Journal of Disease of Children. Chicago (93): 157-69, Febr. 1957.
- _____. Parents emotional response to child's hospitalization. American Journal of Diseases of Children. Chicago (93): 629-36, June. 1957.
- GOHSMAN, B. et alii. Parents and staff: "tryng on" the problem. Pediatric Nursing. Pitman, 6: 14-7, 1965.
- GRAHAN, L.E. & CONLEY, E.M.A. Evaluation of anxiety and fear in adults. surgical patients. Nursing Research. New York, 20 (2): 113-22, March/April 1971.
- GRINKER, R.R. The psychomatics aspects of anxiety. In:- SPIELBERGER, C.D. Anxiety: current trends in theory and research. New York, Academic Press, 1972, v.1.
- HARLOW, H.F. Amor. In: - Psicologia. São Paulo, Brasiliense, 1978. 575 p.
- HYMOVICH, D.P. Parents of sick children: their needs and tasks. Pediatric Nursing. Pitman, 2 (5): 9-13, Set./Oct. 1976.
- IZARD, C.E. Patterns of emotions. New York, Academic Press, 1973. 200 p.
- IZARD, C.E. & TOMKINS, S.S. Affect and behavior: anxiety as a negative affect. In: - SPIELBERGER, C.D. Anxiety: current trends in theory and research. New York, Academic Press, 1972.

- JENSEN, R. & COMLEY, H. Child - parents problems and the hospital. Nervous Children. 7 (1): 12-8, 1948.
- LEVY, D. Psychic trauma of operations in children. American Journal of Diseases of Children. Chicago, 69: 7-25, 1945. Apud
- GEIST, H. Como atender al niño antes y después de la hospitalización. Buenos Aires, Paidós, 1966. 95 p.
- LUCENTE, F.E. & FLECK, A. A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients. Psychosomatic Medicine. New York, 30 (4): 304-12, July/Aug. 1972.
- LUNDIN, R.W. Ansiedade. In: - Personalidade: uma análise do comportamento. 4 ed. São Paulo, EPU, 1977. 357 p.
- MAHAFFY, P.R. The effects of hospitalization on children admitted for tonsillectomy and adenoidectomy. Nursing Research. 14 (1): 12-9, 1975. Apud ELSEN, I. Ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1979. 35p. /Dissertação de Mestrado em Enfermagem/.
- MAY, R. O homem a procura de si mesmo. 6 ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1978. 230 p.
- MANDLER, G. Anxiety: theories, complexities and resolutions. New York, Academic Press, 1973.
- MERROW, D.L. & JOHNSON, B.S. Perceptions of mothers role with her hospitalized child. Nursing Research. New York, 17 (2): 155-6, Marc./Apr. 1968.
- MILLIUM random digits for RAND corporation. New York, The free press; London, Collier Mac Millian, s.d., 100 f. tab.

- NEVES, E.P. Validade e confiabilidade de instrumentos de coleta de dados. Palestra proferida durante a Semana da Pesquisa, CCS-UFSC, Out. 1980. 12 f. /Mimeografada/.
- NUNNALLY, I.C. Introducción a la medicion psicológica. Argentina, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1974. 619 p.
- PERLEY, N.Z. Problems in self - consistency: anxiety. In: - ROY, S.C. Introduction to nursing: an adaptation model. New Jersey, Prentice Hall, 1976. 402 p.
- PESSOTI, I. Ansiedade. São Paulo, EPU, 1978. 133 p.
- PORTNOY apud SHARON, L.R. Behavioral concepts and nursing throughout the life span. New Jersey , Prentice Hall, 1978.
- PRUGH, D.G. et alii. A study of emotional reactions of children and familiés to hospitalization and illness. American Journal Orthopsychiatry. New York (13): 70-106, Jan. 1953.
- RIBEIRO, C.I.K. O si mesmo, juventude e vestibular: um estudo cor relacional entre estudantes classificados e excedentes no curso vestibular na Universidade Federal de Santa Catarina. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1978. 139 f. /Dissertação de Mestrado em Educação/.
- ROBSON, M. & MOSS, K. Patterns and determinants of maternal attachment. The Journal of Pediatrics. St Louis, 77 (6): 976-85, Dec. 1970.
- ROY, S.C. Role cues for the mothers of the hospitalizêd child. Maternal and Child Health Nursing. Pittsburg, 16 (181): 200-5 , 1967.
- SIMPSON, 1971 apud IZARD, C.E. Patterns of emotion. New York, Academic Press, 1973. 200 p.

- SHARON, L.R. Anxiety. In: - Behavioral concepts and nursing throughout the life span. New Jersey, Prentice Hall, 1978.
- SKINNER, B.F. Aversão, evitação, ansiedade. In: - Ciência e comportamento humano. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes, 1978. 420 p.
- SKIPPER, J.K. et alii. Child hospitalization and social interaction: an study experimental of mothers feelings of stress, adaptation and satisfaction. Medical care. Philadelphia, 6 (6): 496-506, Nov./Dec. 1980.
- SPIELBERGER, C.D. Theory and research on anxiety. In: - Anxiety: current trends in theory and research. New York, Academic Press, 1972. v.1.
- SPIELBERGER, C.D. et alii. Manual do Inventário de Ansiedade Traço - Estado. Trad. Ângela M.B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro, TAMASA, 1979. 57p Original inglês, 1970.
- SPITZ, R.A. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento anormal e anômalo das relações objetais. São Paulo, Martins Fontes. 1979. 119 p.
- STANLEY, B.E. et alii. The nurse and her patient. In: - Pediatric Surgery for Nurses - Washington, W.B. Saunders, 1961.
- STERNICK, S. Características técnicas de um instrumento de medidas. Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 28 (1): 48-67, 1976 .
- SUINN, R.M. & HILL, M. Influence of anxiety on the relationship between self acceptance and acceptance of others, Journal of Consulting Psychology. 28 116-9. 1964. Apud AMORIM M.A. A escala de ansiedade manifesta: elaboração, validade e aplicação atuais. Arquivos Brasileiros de Psicotécnica. Rio de Janeiro, 18

(3): 29-47, Set. 1966.

SUINN, R.M. The STABS, a measure of test anxiety behavior therapy: normative data. Behavior Research & Therapy. England, 7: 335-9, 1969.

SULLIVAN, H.S. Concepciones de la psiquiatria moderna. Buenos Aires, Psique. 1972. 289 p.

VERNON, D.T.A. et alii. Change in children's behavior after hospitalization. American Journal of Diseases of Children. Chicago, 111: 581-93, June, 1966.

VISINTAINER, M.A. & WOLFER, J.A. Psychological preparation for surgical pediatric patients: the effect on children's and parents stress responses. Pediatrics. 56 (2): 187-202, Aug. 1975.

ZUNG, W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. Irvington, 12 (6): 371-9, Nov. /Dec. 1971.

WAETCHER, E.M. & BLAKE, F.G. Principios fundamentales de la enfermeria pediátrica. In: - Enfermeria pediátrica. México, Interamericana, 1978, 794 p.

WATSON, D. & FRIEND, R. Measurement of social evolution anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Washington, 33 (4): 448-57, 1969.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALI ZADA (EAMCH) - forma 1.

A. Estabelecimento do rapport

Meu nome é _____, sou enfermeira e tenho observado que certas mães, durante a visita a seus filhos hospitalizados parecem tristes e preocupadas.

Estou interessada em conhecer o que as mães sentem en quanto seus filhos estão internados, para saber como ajudá-las. Por isso, se a senhora concordar, gostaria de lhe fazer algumas perguntas.

Gostaria de saber também, se a senhora pode conversar co migo agora ou se em outro momento. Se usarmos tempo do seu horário de visita para conversar, a senhora terá permissão para ficar com seu filho, logo após, recuperando esse tempo.

B. Instruções

Como eu já lhe expliquei, vou fazer algumas perguntas.

Vou anotar suas respostas numa folha, mas esta não con terá seu nome. Somente eu e a senhora saberemos o que conversa - mos.

Para cada pergunta gostaria que me dissesse o quanto da queles sentimentos a senhora sente. Basta me dizer:

NÃO: se a senhora não sente nada daquilo que eu estou lhe pergun - tando.

UM POUCO: se a senhora sente quase nada daquilo que eu estou lhe perguntando.

BASTANTE: se a senhora tem forte sentimento sobre aquilo que eu estou lhe perguntando.

MUITO: se a senhora tem sentimento muito forte sobre aquilo que eu estou lhe perguntando.

Se a senhora não entender qualquer pergunta, basta me avisar e eu a repetirei.

NOTA: será usado o tratamento você ou senhora dependendo do rapport estabelecido entre entrevistador e entrevistada. Em relação a criança, será usado o gênero feminino ou masculino de acordo com o seu sexo.

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
1. A senhora se sente confusa e desambientada no hospital?	0	1	2	3	4
2. A senhora se sente desgostosa por que se separou de seu filho?	0	1	2	3	4
3. A senhora se sente aborrecida por não poder ficar mais tempo com seu filho?	0	1	2	3	4
4. A senhora se sente preocupada por não saber direito qual é a doença de seu filho?	0	1	2	3	4
5. A senhora se sente preocupada pensando que a doença de seu filho possa ser grave?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
6. A senhora se sente tranquila de <u>i</u> xando seu filho no hospital?	0	1	2	3	4
7. A senhora se sente nervosa pen <u>s</u> sando que seu filho possa estar sofrendo por causa da doença e tratamento?	0	1	2	3	4
8. A senhora se sente desanimada por <u>q</u> ue não sabe quanto tempo seu fi <u>l</u> lho ficará internado?	0	1	2	3	4
9. A senhora se sente preocupada por <u>q</u> ue não sabe o que vai ser feito com seu filho?	0	1	2	3	4
10. A senhora se sente aborrecida por <u>q</u> ue o pessoal do hospital não diz o que tem acontecido com seu fi <u>l</u> lho?	0	1	2	3	4
11. A senhora se sente nervosa pen <u>s</u> sando que o hospital não seja bom para tratar de seu filho?	0	1	2	3	4
12. A senhora se sente assustada por <u>q</u> ue não entende direito as pala <u>v</u> vras que o pessoal do hospital usa para falar de seu filho?	0	1	2	3	4
13. A senhora se sente satisfeita pois as informações que deseja estão sendo dadas pelo pessoal do hos <u>p</u> pital?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
14. A senhora se sente preocupada pensando que seu filho poderá precisar de remédios caros após a alta?	0	1	2	3	4
15. A senhora se sente preocupada pensando como vai encontrar seu filho?	0	1	2	3	4
16. A senhora se sente mais calma desde que seu filho foi internado pois sabe que ele está sendo bem atendido?	0	1	2	3	4
17. A senhora tem medo de não saber cuidar de seu filho quando ele for para casa?	0	1	2	3	4
18. A senhora receia que, quando seu filho estiver chorando e com saudades de casa, não existam pessoas, no hospital, para distraí-lo?	0	1	2	3	4
19. A senhora se sente tão nervosa depois que seu filho veio para o hospital que não consegue dormir, comer, ou trabalhar direito?	0	1	2	3	4
20. A senhora se sente aflita pensando que seu filho possa estar sentindo falta do seu cuidado?	0	1	2	3	4
21. A senhora sente alívio por ter tido a oportunidade de internar seu filho porque, no hospital, as pessoas estão interessadas em cuidar bem dele e curá-lo?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM'</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
22. A senhora tem medo de deixar seu filho no hospital porque pensa que sabe cuidar melhor dele do que o pessoal do enfermagem?	0	1	2	3	4
23. A senhora se sente chateada porque as coisas que fazia com tanto carinho, para seu filho, estão sendo feitas pelo pessoal do hospital?	0	1	2	3	4
24. A senhora se sente aborrecida por causa do vazio que seu filho deixou em casa?	0	1	2	3	4
25. A senhora se preocupa pensando se seu filho está dormindo, comendo, limpo e agasalhado?	0	1	2	3	4
26. A senhora se sente aborrecida pensando que o cuidado de seu filho está sendo decidido, agora, pelo pessoal de enfermagem?	0	1	2	3	4
27. A senhora acredita que o cuidado que seu filho recebe da enfermagem é melhor do que aquele que a senhora pode dar a ele?	0	1	2	3	4
28. A senhora se sente aflita por não saber como cuidar de seu filho ou o que fazer com ele durante a visita?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
29. A senhora se sente aborrecida por ver que o pessoal da enfermagem tomou conta do cuidado de seu filho e nem se importa com sua presença?	0	1	2	3	4
30. A senhora se sente apreensiva por não estar com seu filho, em momentos que ele possa estar sentindo dor devido a doença e tratamento?	0	1	2	3	4
31. A senhora se sente aflita quando se despede de seu filho e ele fica chorando e chamando pela senhora?	0	1	2	3	4
32. A senhora tem medo de que o pessoal do hospital pense que seu filho ficou doente porque a senhora não cuidou direito dele?	0	1	2	3	4
33. A senhora se sente aborrecida porque as pessoas não reconhecem que sempre tentou cuidar bem dele?	0	1	2	3	4
34. A senhora se sente arrependida por não ter cuidado melhor e dado mais atenção ao seu filho quando ele ficou doente?	0	1	2	3	4
35. A senhora sente que as pessoas do hospital parecem achar que não sabe cuidar bem de seu filho?	0	1	2	3	4
36. Sente-se preocupada pensando que a doença de seu filho é um castigo para a senhora?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
37. A senhora se sente aborrecida porque está deixando de lado seu <u>ser</u> viço de casa e o cuidado de sua <u>fa</u> mília (esposo e outros filhos se for o caso)?	0	1	2	3	4
38. A senhora se sente tranquila pois deu todo o cuidado que seu <u>filho</u> precisava, em casa, antes e enquan <u>to</u> estava doente?	0	=	2	3	4
39. A senhora se sente arrependida por ter ouvido conselhos sobre como cui <u>dar</u> de seu filho?	0	1	2	3	4
40. A senhora se sente triste pois <u>per</u> cebe que seu filho não quer ficar no seu colo, quase não sorri, e se recusa a falar-lhe?	0	1	2	3	4
40. A senhora está contente pois <u>perce</u> be que seu filho está mais carinh <u>o</u> so, s <u>õ</u> quer ficar no seu colo, <u>sor</u> ri e conversa com a senhora?	0	1	2	3	4
41. A senhora se sente preocupada porque seu filho está muito <u>calado</u> , quase não come e chora constantem <u>en</u> te?	0	1	2	3	4
41. A senhora se sente tranquila porque seu filho come bem, está esperto e alegre?	0	1	2	3	4

	<u>NÃO</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
42. A senhora se sente aborrecida por que seu filho já não liga tanto para a senhora e nem se importa se chega ou se vai embora?	0	1	2	3	4
42. A senhora se sente preocupada pois vê que, com a doença e internação, seu filho está apegando demais a senhora e não admite que se afaste ou vá embora?	0	1	2	3	4
43. Está desgostosa porque seu filho está teimoso, desobediente e irritado?	0	1	2	3	4
43. Está espantada de ver como seu filho está obediente e comportado, depois que foi internado?	0	1	2	3	4
44. Sente-se aborrecida porque o seu filho parece gostar mais do pessoal de enfermagem do que da senhora?	0	1	2	3	4
45. Sente-se triste porque seu filho não liga as coisas que a senhora traz para ele?	0	1	2	3	4
45. Está satisfeita porque seu filho fica muito interessado nas coisas que a senhora traz para ele?	0	1	2	3	4
46. A senhora se sente triste porque seu filho, durante a visita, faz questão de brincar em um lugar longe de suas vistas?	0	1	2	3	4

	<u>Não</u> <u>SABE</u>	<u>NÃO</u>	<u>UM</u> <u>POUCCO</u>	<u>BASTAN</u> <u>TE</u>	<u>MUITO</u>
46. Sente-se tranquila porque, duran <u>te</u> a visita, seu filho quer fi <u>car</u> junto da senhora?	0	1	2	3	4
47. A senhora se sente aflita porque seu filho pede para levá-lo para ca <u>sa</u> ?	0	1	2	3	4
47. A senhora se sente aborrecida porque seu filho não demonstra interesse em ir para casa?	0	1	2	3	4
48. A senhora se sente aflita porque seu filho parece ter medo de fi <u>car</u> no hospital?	0	1	2	3	4
48. A senhora se sente sossegada pois seu filho parece não ter medo de ficar no hospital?	0	1	2	3	4
49. A senhora se sente nervosa quando o pessoal do hospital vem fa <u>zer</u> alguma coisa com seu filho e ele fica chorando, gritando ou esperneando?	0	1	2	3	4
49. A senhora se sente tranquila por <u>que</u> seu filho parece não ter me <u>do</u> de tomar remédio ou receber ou <u>tros</u> cuidados?	0	1	2	3	4

Nº de Ordem:

Data:

NOME DO ENTREVISTADOR:

ANEXO 2

Florianópolis, 15 de maio de 1980.

Prezada colega:

Sou professora da disciplina Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Como parte da fase de elaboração de minha dissertação de mestrado, estou desenvolvendo uma escala para determinar a ansiedade da mãe da criança hospitalizada.

De vez que sua experiência e conhecimento estão ligados a minha área de estudo, solicito sua colaboração para participar como validadora desta escala. Considero imprescindível sua colaboração para o enriquecimento do meu trabalho e me comprometo a compartilhar os resultados obtidos, se for de seu interesse.

Envio-lhe, em anexo, cópia da escala, comentários sobre o seu conteúdo e instruções a serem seguidas para a validação da mesma, bem como, um envelope selado para o retorno do guia de validação, devidamente preenchido, que solicitaria, o fizesse até o dia 10 de junho do corrente ano.

Desde já, agradeço sua colaboração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos no seguinte endereço:
Rua Jairo Calado, 47 - Fone: 0482 - 22-0748 (a cobrar)
88.000 - Florianópolis - Santa Catarina.

Atenciosamente,

Edilza Maria Ribeiro Schmitz

COMETÁRIOS SOBRE O CONTEÚDO DA ESCALA

A escala para determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada (EAMCH), será preenchida por um entrevistador que questionará a mãe em cada um dos itens, os quais se referem a emoções sentidas por ela durante a hospitalização de seu filho, e anotará ao lado do respectivo item, uma das cinco opções de respostas oferecidas: não sabe; não; um pouco; bastante e muito.

Estas opções receberão valores de 0 a 4 respectivamente.

Esta escala pretende determinar a ansiedade da mãe da criança hospitalizada, provinda das fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965)* a) atmosfera hospitalar (itens 1 a 15); b) subordinação da mãe à enfermeira com conseqüente perda da confiança nas suas habilidades como mãe (itens 16 a 31) c) medo de ser responsável pela doença (itens 32 a 40); d) regressão do comportamento apresentado pela criança (itens 40 a 49).

Com relação a regressão do comportamento da criança alguns itens são numerados duplamente, porque representam modalidades diferentes e opostas de comportamento.

Alguns itens (6, 13, 16, 21, 27, 38, 40b, 41b, 43b, 45b, 46b, 48b, 49b) foram elaborados para examinar-se a consistência das respostas dadas pelas mães, sendo que a determinação dos valores (1,2,3,4) neste caso será invertida ou seja, 4,3,2,1.

O conteúdo dos itens foi elaborado com base na revisão da literatura sobre o assunto e experiência da pesquisadora.

*BRIGHT, F. *The pediatric nurse and parental anxiety.* Nursing Forum. Hillesdale, 4 (2): 38 - 47, 1965.

GUIA PARA VALIDAÇÃO DA EAMCH

1. Após leitura de todos os itens na escala, por favor registre seus comentários neste guia.

1.1 - A escala como um todo apresenta clareza e facilidade de compreensão?

() Sim

() Não

Se a resposta for negativa, comente e dê sugestões.

1.2 - A escala em seu conjunto, contém itens que parecem medir, de fato, o conceito de ansiedade provinda das fontes citadas por BRIGHT (1965)

() Sim

() Não

Se a resposta for negativa, comente e dê sugestões.

2. Após a leitura de cada item da escala escreva o número do item e as sugestões para aqueles itens:

2.1 - Que não parecem medir o conceito de ansiedade:

Nº dos itens

Sugestões

2.2 - Cujo conteúdo não parece relacionar-se com as fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965)

Nº dos itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.3 - Cujo conteúdo parece medir o conceito de ansiedade e parece relacionar-se as fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965) mas não estão escritos de forma clara e nem permitem fácil compreensão.

Nº dos itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.4 - Cujo conteúdo pode ser aproveitado, porém, necessitam de outra redação.

Nº dos itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2.5 - Que não deveriam aparecer na escala porque são irrelevantes.

Nº dos itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Caso não concorde com as opções de respostas oferecidas ou se seja, não sei, não, um pouco, bastante e muito, comente e dê sugestões:

4. Outros comentários e sugestões:

A N E X O 3

QUADRO DEMONSTRATIVO DO RESULTADO DA VALIDAÇÃO APARENTE E DE CONTEÚDO DA EAMCH - FORMA 1

Itens	1	2	3	4	5	6
PERITOS						
segundo o guia para a validação da EAMCH - Forma 1	sim	sim	não respondeu	sim	não	sim
1.1 A escala como um todo apresenta clareza e fidelidade da compreensão?	sim	sim	não respondeu	sim	sim	sim
1.2 A escala em seu conjunto, contém itens que parecem medir o conceito de ansiedade provenientes fontes citadas por BRIGHT (1965)	sim	sim	não respondeu	sim	sim	sim
2.1 Que itens não parecem medir o conceito de ansiedade.	38	não respondeu	não respondeu	14,17,18	não respondeu	não respondeu
2.2 Itens cujo conteúdo não parece relacionar-se com as fontes de ansiedade citadas por BRIGHT (1965)	38	não respondeu	não respondeu	14,17,18	não respondeu	não respondeu
2.3 Itens que não estão escritos de forma clara e nem são de fácil compreensão.	não respondeu	11	11,15,23,26 29,38,49	21,25,28	não respondeu	1,18,19,22 25,28,30,38 39,40,41,42 43,44,47
2.4 Itens cujo conteúdo deve ser aproveitado, porém, necessitam de outra redação.	11	não respondeu	32,36	18,30,35 49	não respondeu	22, 40
2.5 Itens irrelevantes	em branco	em branco	em branco	14, 38	em branco	em branco
3. Concordância com as opções de respostas.	não concorda	não concorda	não concorda	não respondeu	não respondeu	não respondeu
4 Comentários e sugestões	Incorporação dos itens 17, 27, 28 ao conteúdo dos itens 16 e 21. Alterar a nomenclatura das opções das respostas.	Comentários favoráveis	Não se achou em condições de opinar sobre ansiedade. Deteve-se na análise da redação e formato. Respostas concorda	Sugeriu alterações da forma afirmativa dos itens para interrogativa, de modo a facilitar a escolha. Sugeriu mudança para alguns itens.	Adiou a redação das perguntas repetitiva e o tipo de perguntas indutora das respostas.	Sugeriu desdobramento e deslocamento de itens, mudança de termos e da redação de alguns itens.

ANEXO 4

ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALI ZADA (EAMCH - forma 2)

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	MUITO
1. No ambiente hospitalar quando vem visitar seu filho?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - à vontade	4	3	2	1
() 3 - confusa	1	2	3	4
() 4 - apreensiva	1	2	3	4
2. Deixando seu filho no hospital?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - desgostosa	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - triste	1	2	3	4
3. Por não poder ficar com seu filho no hospital?				
() 1 - aborrecida	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - triste	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
4. Algumas crianças logo se acostu- mam a sua hospitalização. Outras tem mais dificuldade e pedem mui- to para voltar para casa. Como a senhora se sente em rela- ção ao modo como seu filho acei- tou a internação?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - aflita	1	2	3	4
() 4 - aborrecida	1	2	3	4
5. Pensando na doença que seu filho tem?				
() 1 - preocupada	1	2	3	4
() 2 - animada	4	3	2	1
() 3 - receosa	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
6. Em relação aos recursos materiais que o hospital possui?				
() 1 - preocupada	1	2	3	4
() 2 - satisfeita	4	3	2	1
() 3 - desanimada	1	2	3	4
() 4 - animada	4	3	2	1

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
7. Pensando na competência dos <u>m</u> édicos, pessoal de enfermagem e estudantes, para atender seu filho?				
() 1 -- confiante	4	3	2	1
() 2 - satisfeita	4	3	2	1
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - preocupada	1	2	3	4
8. Em relação ao atendimento que seu filho está recebendo no hospital?				
() 1 - irritada	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - desgostosa	1	2	3	4
() 4 - satisfeita	4	3	2	1
9. Em relação as palavras que o <u>p</u> essoal do hospital usa quando <u>f</u> ala de seu filho?				
() 1 - tranquila	4	3	2	1
() 2 - assustada	1	2	3	4
() 3 - animada	4	3	2	1
() 4 - preocupada	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
10. Em relação as informações que o pessoal do hospital lhe dá sobre seu filho?				
() 1 - aborrecida	1	2	3	4
() 2 - desanimada	1	2	3	4
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - animada	4	3	2	1
11. Pensando no quanto de tempo seu filho terá de ficar no hospital?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - animada	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - aborrecida	1	2	3	4
12. Por saber ou não saber quando e quais exames e tratamentos serão feitos com seu filho?				
() 1 - aflita	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
13. Pensando no que o seu filho está passando por causa da doença e tratamento?				
() 1 - confiante	4	3	2	1
() 2 - calma	4	3	2	1
() 3 - aflita	1	2	3	4
() 4 - triste	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUJ- TOS
14. Algumas crianças aceitam os remédios, exames e tratamentos calmamente. Outras ficam nervosas e irritadas.				
Como a senhora se sente observando o comportamento de seu filho frente aos exames e tratamentos, durante sua visita?				
() 1 - nervosa	1	2	3	4
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - satisfeita	4	3	2	1
15. Pensando em como encontrará seu filho quando vem visitá-lo?				
() 1 - sossegada	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - nervosa	1	2	3	4
16. Pensando que seu filho pode estar chorando, com saudades de casa e de seu cuidado, quando a senhora não está com ele?				
() 1 - aflita	1	2	3	4
() 2 - calma	4	3	2	1
() 3 - triste	1	2	3	4
() 4 - conformada	4	3	2	1

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
17. Com a ausência de seu filho em casa?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - triste	1	2	3	4
() 3 - inquieta	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
18. Pensando nos cuidados de limpeza, alimentação e roupa que o pessoal de enfermagem está dando ao seu filho?				
() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - satisfeita	4	3	2	1
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - desanimada	1	2	3	4
19. Sobre o fato dos cuidados com a roupa, limpeza e alimentação de seu filho, não serem decididos pela senhora?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - nervosa	1	2	3	4
20. Deixando seu filho com pessoas estranhas que pouco sabem dele?				
() 1 - confiante	4	3	2	1
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - preocupada	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
21. Pelo fato de não cuidar tanto de seu filho como em casa?				
() 1 - frustrada	1	2	3	4
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - conformada	4	3	2	1
22. Para cuidar de seu filho durante sua visita?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - nervosa	1	2	3	4
() 3 - confusa	1	2	3	4
() 4 - calma	4	3	2	1
23. Quando o pessoal de enfermagem toma conta de seu filho, durante sua visita?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - frustrada	1	2	3	4
24. Por não estar com seu filho para consolá-lo nos momentos que ele possa ter dor, devida a doença e tratamento?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - triste	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - apreensiva	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
25. Quando se despede de seu filho?				
() 1 - preocupada	1	2	3	4
() 2 - nervosa	1	2	3	4
() 3 - conformada	4	3	2	1
() 4 - tranquila	4	3	2	1
26. Pensando nos cuidados que deve rã dar ao seu filho quando ele for para casa?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - confusa	1	2	3	4
27. Sobre o que o pessoal do hospi tal possa pensar a respeito da maneira como a senhora cuida de seu filho?				
() 1 - nervosa	1	2	3	4
() 2 - confiante	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - segura	4	3	2	1
28. Em relação ao cuidado que deu ao seu filho desde que ele ficou doente?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - culpada	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

- | | UM
POUCO | MAIS OU
MENOS | BASTAN
TE | MUI-
TO |
|---|-------------|------------------|--------------|------------|
| 29. Em relação ao fato de que a <u>doen</u>
<u>ça</u> de seu filho possa estar <u>liga</u>
<u>da</u> a falta de carinho e cuidado? | | | | |
| () 1 - perturbada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 2 - culpada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 3 - descansada | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 4 - segura | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. Como a senhora se sente por ter <u>ou</u>
<u>vido</u> ou não ter ouvido orientações
de amigos, parentes, farmacêutico,
médico, sobre como cuidar de seu
filho? | | | | |
| () 1 - satisfeita | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 2 - arrependida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 3 - culpada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 4 - tranquila | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Com a internação da criança o rela
cionamento entre mãe e filho pode
melhorar, permanecer o mesmo, ou a
criança pode recusar o carinho e
atenção da mãe, ou ainda, pode ape
gar-se muito a mãe.
- Como se sente quanto ao relacio
namento de seu filho com a senhora,
depois que ele foi internado? | | | | |
| () 1 - satisfeita | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 2 - preocupada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 3 - conformada | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 4 - triste | 1 | 2 | 3 | 4 |

COMO A SENHORA SE SENTE

32. Algumas crianças tem, no hospital, o mesmo apetite e comportamento que tinham em casa, na hora da refeição, aceitando ou recusando os diversos alimentos. Outras, se recusam a comer, ou comem demais. Ou ainda, tornam-se muito impertinentes.

- Como a senhora se sente observando ou sendo informada sobre o comportamento de seu filho, no hospital, na hora de comer?

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - nervosa	1	2	3	4
() 4 - aborrecida	1	2	3	4

33. Com a internação algumas crianças continuam as mesmas com relação a obediência, outras se apresentam mais irritadas, teimosas e desobedientes.

- Como a senhora se sente observando o comportamento de seu filho, no hospital, com relação a obediência?

() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - assustada	1	2	3	4

COMO A SENHORA SE SENTE

- | | UM
POUCO | MAIS OU
MENOS | BASTAN
TE | MUI-
TO |
|---|-------------|------------------|--------------|------------|
| 34. Observando como seu filho fala, depois que foi internado? | | | | |
| () 1 - satisfeita | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 2 - desanimada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 3 - aborrecida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 4 - tranquila | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. Com a internação algumas crianças se encontram com disposição diferente daquela que tinham em casa ou seja: estão mais tristes, choram com frequência, quase não brincam.
- Como a senhora se sente observando o comportamento de seu filho no hospital, com relação a disposição que ele está apresentando? | | | | |
| () 1 - nervosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 2 - satisfeita | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 3 - conformada | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 4 - preocupada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Observando o comportamento de seu filho em relação ao xixi e cocô, depois que ele foi internado? | | | | |
| () 1 - tranquila | 4 | 3 | 2 | 1 |
| () 2 - aborrecida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 3 - nervosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| () 4 - satisfeita | 4 | 3 | 2 | 1 |

COMO A SENHORA SE SENTE

UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
-------------	------------------	--------------	------------

37. Durante a internação, algumas crianças continuam a fazer as mesmas coisas que aprenderam em casa tais como: andar, correr, comer com colher, etc. Outras crianças aprendem mais alguma coisa. E outras, deixam de fazer aquilo que tinham aprendido em casa.

- Como a senhora se sente observando o comportamento de seu filho, no hospital, em relação ao seu desenvolvimento?

() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - aborrecida	1	2	3	4

ANEXO 5

PROGRAMA PARA TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Local: Sala de reuniões do hospital pediátrico de Florianópolis, escolhido para desenvolvimento do presente estudo.

Ministrante: pesquisadora

Carga horária: 10 horas

1. Programação:

1.1. Teórica:

- a) Apresentação do projeto pesquisa;
- b) Caracterização dos instrumentos IDATE A - Estado e EAMCH e orientação sobre seu preenchimento;
- c) Orientação e análise das atividades das entrevistadoras e pesquisadora na coleta de dados para testagem da EAMCH

1.2. Prática:

1.2.1. Objetivo: treinamento dos procedimentos metodológicos; identificação das dificuldades na técnica de entrevista, aplicação e preenchimento dos formulários para desenvolver a confiabilidade entre os entrevistadores e revisão da EAMCH.

1.2.2. Atividades:

- a) Demonstração, pela pesquisadora, da técnica de entrevista adotada para a presente pesquisa e preenchimento do IDATE A - Estado e EAMCH;
- b) realização de no mínimo uma entrevista supervi

sionada para cada entrevistadora;

- c) Realização, pela entrevistadora, de no mínimo três entrevistas não supervisionadas;
- d) Discussão e análise dos procedimentos efetuados e dificuldades encontradas;
- e) Apresentação de sugestões para aperfeiçoamento do formulário de levantamento dos dados demográficos e sociais, e da EAMCH.

2. Guia de atividades a serem desempenhadas pelas entrevistadoras durante o estudo piloto e coleta de dados para a testagem da EAMCH.

2.1. Apresentar-se diariamente às 14 horas na portaria de entrada de funcionários do hospital local de estudo, para recebimento das escalas e da listagem com o nome das crianças internadas selecionadas segundo critério idade;

2.2. Neste local, localizar as mães das crianças cujo nome consta da listagem, apresentar-se e verificar se preenchem os critérios previstos para a sua inclusão na população amostral. Explicar à mãe a finalidade do contato conforme os dizeres do rapport da EAMCH, convidá-la a participar do estudo e caso aceite, combinar o horário de entrevista, ou seja antes da visita, durante o período de visita quando a criança está sendo visitada por outros familiares, depois do horário da visita, neste ou em outro dia.

2.3. Encaminhar a mãe para a sala de entrevista;

2.4. Dialogar com a mãe garantindo-lhe a manutenção do anonimato

to, explicar que uma série de perguntas lhe serão feitas; Certificar-se de que a mãe se sente confortável e em se guida formular as perguntas contidas no formulário para o levantamento dos dados demográficos e sociais, assinalando as respostas da mãe neste formulário;

- 2.5. Orientar a mãe fornecendo-lhe as instruções contidas na EAMCH sobre as escolhas de respostas e atribuição dos es cores e assinalar suas respostas na escala;
- 2.6. Revisar atentamente o preenchimento da EAMCH e se houver perguntas cujas respostas não forem registradas, repeti-las; assinalando as respostas da mãe na escala;
- 2.7. Orientar a mãe, fornecendo-lhe as instruções contidas no IDATE A - Estado, sobre o relato dos sentimentos, atri buição dos escores e assinalar suas respostas na escala;
- 2.8. Revisar atentamente o preenchimento do IDATE A - Estado e repetir perguntas cuja resposta da mãe não tenha sido re gistrada e, desta feita, assinalar as respostas na escala;
- 2.9. Agradecer a participação da mãe.

3. Guia de atividades e cargo da pesquisadora.

- 3.1. Selecionar 50% dos nomes contidos na listagem das crian ças internadas, utilizando-se uma tabela de números alea tórios;
- 3.2. Verificar, nos prontuários das crianças cujos nomes ha viam sido selecionados, aqueles menores de seis (6) anos;
- 3.3. Contactar com os Chefes de Enfermagem das várias unidades para tomar ciência dos nomes das crianças que estavam acom

panhadas de suas mães;

- 3.4. Organizar uma listagem contendo apenas nomes de crianças hospitalizadas não acompanhadas de suas mães;
- 3.5. Distribuir as escalas e listagem dos nomes das crianças selecionadas às entrevistadoras;
- 3.6. Participar da coleta de dados pelo preenchimento da EAMCH e IDATE A - Estado;
- 3.7. Estar atenta para solucionar problemas eventuais;
- 3.8. Receber e revisar o material entregue pelas entrevistadoras;
- 3.9. Coordenar a discussão para análise da problemática encontrada na metodologia de aplicação das escalas e seu conteúdo.

ANEXO 6

ESCALA PARA DETERMINAÇÃO DA ANSIEDADE DA MÃE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA. (EAMCH - forma final)

A. ESTABELECIMENTO DO RAPPORT

Meu nome é _____ . Sou enfermeira e tenho observado que certas mães, durante a visita a seus filhos hospitalizados, parecem aborrecidas.

Estou interessada em conhecer o que as mães sentem, enquanto seus filhos estão hospitalizados, para saber como ajudá-las. Por isso, se a senhora concordar, gostaria de lhe fazer algumas perguntas.

Gostaria de saber também, se a senhora pode conversar comigo agora ou se em outro momento.

B. INSTRUÇÕES

Como eu já lhe expliquei, vou fazer algumas perguntas. Estas perguntas são acompanhadas de respostas que podem indicar o que as mães sentem em decorrência da hospitalização de seus filhos.

Gostaria que me indicasse a resposta que explica o que a senhora sente, devido a hospitalização do seu filho.

Depois disto, gostaria que me dissesse o quanto deste sentimento a senhora tem, indicando isto pelas palavras "um pouco", "mais ou menos", "bastante" ou "muito". A palavra "bastante"

pode ser escolhida quando a senhora tem um sentimento forte sobre aquilo que eu estou lhe perguntando. A palavra "muito" pode ser escolhida quando a senhora tem um sentimento muito forte sobre aquilo que eu estou lhe perguntando.

Anotarei suas respostas numa folha mas esta não conterá o seu nome. Somente a senhora e eu saberemos o que conversamos. Se não entender qualquer pergunta basta me avisar e eu a repetirei.

*NOTA: Será usado o tratamento você ou senhora dependendo do rapport estabelecido entre entrevistador e entrevistado. Em relação a criança, será usado o gênero feminino ou masculino de acordo com o seu sexo.

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI TO
1 - No ambiente hospitalar quando vem visitar seu filho?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - à vontade	4	3	2	1
() 3 - confusa	1	2	3	4
() 4 - nervosa	1	2	3	4
2 - Separando-se do seu filho?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - desgostosa	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - triste	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

3. Por não poder ficar com seu
filho no hospital?

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
() 1 - aborrecida	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - triste	1	2	3	4

4 - Pensando na doença que seu fi
lho tem?

() 1 - preocupada	1	2	3	4
() 2 - amedrontada	1	2	3	4
() 3 - animada	4	3	2	1
() 4 - tranquila	4	3	2	1

5 - Em relação aos recursos mate-
riais (construção, mobiliário,
objetos) que o hospital possui?

() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - inquieta	1	2	3	4
() 3 - animada	4	3	2	1
() 4 - desanimada	1	2	3	4

6. Pensando na capacidade dos mé-
dicos, pessoal de enfermagem e
estudantes, para atender o seu
filho

() 1 - confiante	4	3	2	1
() 2 - satisfeita	4	3	2	1
() 3 - amedrontada	1	2	3	4
() 4 - irritada	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
7 - Em relação ao atendimento que seu filho está recebendo no hospital?				
() 1 - aborrecida	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - desgostosa	1	2	3	4
() 4 - satisfeita	4	3	2	1
8 - Em relação as palavras que o pessoal do hospital usa quando fala na doença de seu filho?				
() 1 - tranquila	4	3	2	1
() 2 - assustada	1	2	3	4
() 3 - animada	4	3	2	1
() 4 - confusa	1	2	3	4
9 - Em relação as informações que o pessoal do hospital lhe dá, sobre o estado de seu filho?				
() 1 - aborrecida	1	2	3	4
() 2 - desanimada	1	2	3	4
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - animada	4	3	2	1
10 - Em relação as informações que o pessoal do hospital lhe dá, sobre o que será feito com seu filho?				
() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - confusa	1	2	3	4
() 4 - satisfeita	4	3	2	1

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
11 - Pensando no tempo que seu filho terá de ficar no hospital?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - animada	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - desgostosa	1	2	3	4
12 - Observando a maneira como seu fi- lho está aceitando a internação?				
() 1 - inquieta	1	2	3	4
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - tranquila	4	3	2	1
13 - Pensando no que seu filho está passando por causa da doença e tratamento?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - calma	4	3	2	1
() 3 - inquieta	1	2	3	4
() 4 - triste	1	2	3	4
14 - Observando a forma como seu fi- lho aceita os remédios, exames e tratamento?				
() 1 - nervosa	1	2	3	4
() 2 - desanimada	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - satisfeita	4	3	2	1

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
15 - Pensando em como irá encontrar seu filho na hora da visita?				
() 1 - sossegada	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - amedrontada	1	2	3	4
16 - Pensando que seu filho possa estar chorando com saudades de casa e de seu cuidado, quando a senhora não está com ele?				
() 1 - inquieta	1	2	3	4
() 2 - calma	4	3	2	1
() 3 - desgostosa	1	2	3	4
() 4 - conformada	4	3	2	1
17 - Com a ausência de seu filho em casa?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - triste	1	2	3	4
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
18 - Deixando seu filho com pessoas que não estão tão acostumadas a cuidar dele como a senhora?				
() 1 - confiante	4	3	2	1
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - amedrontada	1	2	3	4
() 4 - preocupada	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
19 - Sôbre o fato dos cuidados com roupa, limpeza e alimentação de seu filho não estarem <u>sen</u> do decididos pela senhora?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - desanimada	1	2	3	4
20 - Pelo fato de não cuidar tanto de seu filho como em casa?				
() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - conformada	4	3	2	1
21 - Para cuidar de seu filho durante sua visita?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - nervosa	1	2	3	4
() 3 - confusa	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
22 - Quando o pessoal de enfermagem cui da de seu filho durante sua visita?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - desanimada	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
23 - Por não estar com seu filho, para consolá-lo, nos momentos em que ele possa ter dor?				
() 1 - conformada	4	3	2	1
() 2 - triste	1	2	3	4
() 3 - confiante	4	3	2	1
() 4 - aborrecida	1	2	3	4
24 - Quando se despede do seu filho?				
() 1 - preocupada	1	2	3	4
() 2 - nervosa	1	2	3	4
() 3 - conformada	4	3	2	1
() 4 - tranquila	4	3	2	1
25- Pensando nos cuidados que deverá dar ao seu filho quando ele for para ca sa?				
() 1 - segura	4	3	2	1
() 2 - nervosa	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - confusa	1	2	3	4
26 - Pensando nos cuidados que deu ao seu filho antes dele ficar doente?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - tranquila	4	3	2	1
() 4 - arrependida	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
27 - Em relação aos cuidados que deu ao seu filho a partir do momen <u>to</u> em que ele ficou doente?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - desgostosa	1	2	3	4
() 4 - arrependida	1	2	3	4
28 - Sôbre o que o pessoal do hospital possa pensar a respeito da manei- ra como a senhora cuida de seu fi <u>l</u> lho?				
() 1 - amedrontada	1	2	3	4
() 2 - confiante	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - segura	4	3	2	1
29 - Por ter seguido ou não, conselhos ou orientações de amigos, paren- tes, farmacêutico, médico, sôbre como cuidar de seu filho?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - arrependida	1	2	3	4
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN TE	MUI- TO
30 - Observando como seu filho está se relacionando com a senhora, depois que ele foi internado?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - preocupada	1	2	3	4
() 3 - conformada	4	3	2	1
() 4 - triste	1	2	3	4
31 - Observando ou sendo informada sobre o comportamento do seu filho, no hospital, na hora de comer?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - conformada	4	3	2	1
() 3 - preocupada	1	2	3	4
() 4 - aborrecida	1	2	3	4
32 - Observando o comportamento de seu filho, no hospital, com relação a obediência?				
() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - tranquila	4	3	2	1
() 3 - satisfeita	4	3	2	1
() 4 - nervosa	1	2	3	4

COMO A SENHORA (VOCÊ) SE SENTE

	UM POUCO	MAIS OU MENOS	BASTAN- TE	MUI- TO
33 - Observando a maneira como seu filho fala (sons, murmúrios, vocalização, conversação corrente) depois que foi internado?				
() 1 - satisfeita	4	3	2	1
() 2 - desanimada	1	2	3	4
() 3 - aborrecida	1	2	3	4
() 4 - tranquila	4	3	2	1
34 - Observando a disposição que seu filho está apresentando no hospital (interesse, atividade, estado emocional)?				
() 1 - desgostosa	1	2	3	4
() 2 - satisfeita	4	3	2	1
() 3 - conformada	4	3	2	1
() 4 - preocupada	1	2	3	4
35 - Observando o comportamento que seu filho está apresentando no hospital, com relação ao uso do bico, fralda e/ou piniquinho?				
() 1 - tranquila	4	3	2	1
() 2 - aborrecida	1	2	3	4
() 3 - desanimada	1	2	3	4
() 4 - satisfeita	4	3	2	1

A N E X O 7

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIAL DA POPULAÇÃO AMOSTRAL

Nº DE ORDEM : _____

DATA : _____

ENTREVISTADOR: _____

NOME DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: _____

A) Dados obtidos através de entrevista da mãe.

1. Que idade tem seu filho?

1. Idade do filho internado

() 1 - menos de 18 meses

() 2 - de 18 meses a 3 anos

() 3 - de 3 anos a 4 anos e
6 meses

() 4 - de 4 anos e 6 meses
a 6 anos

2. Qual é o sexo de seu filho?

2. Sexo do filho internado

() 1 - masculino

() 2 - feminino

3. Quantas vezes seu filho foi internado? (contar também a internação atual)

3. Número de vezes que o filho foi internado

() 1 - 1 a 3 vezes

() 2 - 2 a 7 vezes

() 3 - 8 ou mais vezes

4. Há quantos dias seu filho está internado? (internação atual)

4. Tempo de internação do filho

() 1 - de 2 a 7 dias

() 2 - de 8 a 14 dias

() 3 - de 15 a 21 dias

() 4 - de 22 a 28 dias

() 5 - 29 dias ou mais

5. Quantos filhos a senhora tem?
(incluir o filho internado)

6. Em que local do hospital seu
filho está internado?

7. Qual sua idade?

8. Qual é seu estado civil?

5. Número de filhos

- 1 - 1 filho
- 2 - 2 a 4 filhos
- 3 - 5 a 7 filhos
- 4 - 8 filhos ou mais

6. Unidade de internação da
criança

- 1 - Unidade de observação
- 2 - Isolamento
- 3 - U.T.I.
- 4 - Queimados
- Unidade B (clínica cir-
rúrgica)
- 6 - Unidade C (clínica mé-
dica)
- 7 - Unidade D (clínica mé-
dica)
- 8 - Unidade E (clínica mé-
dica)

7. Idade da mãe

- 1 - até 19 anos
- 2 - de 20 a 29 anos
- 3 - de 30 a 39 anos
- 4 - 40 anos ou mais

8. Estado civil da mãe

- 1 - solteira
- 2 - casada
- 3 - amasiada
- 4 - separada
- 5 - viúva

9. O pai da criança internada
vive com a senhora?

10. Até que ano da escola a se
nhora frequentou?

11. Onde a senhora mora?

12. A senhora trabalha fora?
Em caso positivo quantas
horas?

9. Convivência da mãe com o pai
da criança internada

() 1 - sim

() 2 - não

10. Grau de escolaridade da mãe

() 0 - analfabeta

() 1 - primário incompleto

() 2 - primário completo

() 3 - ginásio incompleto

() 4 - ginásio completo

() 5 - colegial incompleto

() 6 - colegial completo

11. Procedência da mãe

() 1 - área urbana de Fpolis

() 2 - área rural de Fpolis

() 3 - de outros municípios

() 4 - de outros estados

12. Trabalho da mãe fora de
casa.

() 0 - não

() 1 - até 4 horas/dia

() 2 - entre 5 a 8 horas/dia

() 3 - mais de 8 horas/dia

3. A senhora tem dificuldade para vir visitar seu filho? Em caso positivo qual?

13. Dificuldade da mãe para visitar o filho internado

- () 0 - não
 () 1 - trabalho
 () 2 - problema financeiro
 () 3 - outros filhos
 () 4 - problema financeiro e outros filhos
 () 5 - problema financeiro e trabalho
 () 6 - outros

4. Por que seu filho foi internado? (diagnóstico que a mãe conhece)

13. Conhecimento da mãe sobre o diagnóstico de seu filho

- () 1 - coincide inteiramente com o diagnóstico do médico
 () 2 - coincide parcialmente com o diagnóstico do médico
 () 3 - Não coincide com o diagnóstico médico
 () 4 - a mãe não conhece o diagnóstico do seu filho

5. Dado obtido do prontuário médico

- Diagnóstico médico, atual, da criança
