

# **A INFLUÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO AJUSTAMENTO AO HOSPITAL DE CRIANÇAS ADMITIDAS NA VÉSPERA OU NO DIA DA OPERAÇÃO**

**Nahyda de Almeida Velloso (\*)**

## **INTRODUÇÃO**

A observação de reações de crianças à hospitalização, feitas nos vários anos de atividades em serviço de pediatria, e as consultas à literatura específica sobre o assunto, levaram-nos a concluir que a hospitalização, inicialmente, aumenta a tensão emocional da criança doente, por ser ela deixada em meio estranho e sob o cuidado de pessoas completamente desconhecidas.

Quando a doença é de longa duração a criança vai, gradativamente, fazendo sua integração social no meio hospitalar, e após alguns dias, recebendo a atenção de que necessita, se torna desinibida e sem ansiedade. Nas cirurgias simples em que a hospitalização é de 8 a 48 horas, não há tempo suficiente para adaptação, e é sob grande sofrimento que ela é levada à cirurgia. Em muitos casos a criança sofre alterações emocionais mais intensas, devidas ao medo de ser abandonada; de perder o afeto da família; da ameaça de injúria física e pela necessidade de amor e segurança que lhe faltará com a ausência dos pais. Estas reações emocionais, quase sempre demonstradas por choro constante, podem refletir em seu estado de saúde, alterando o pulso, a respiração, podendo haver aumento de temperatura e aparecimento de outros distúrbios, como perda de apetite, náuseas e vômitos. Frente a estas alterações, a cirurgia é adiada e a criança enviada ao lar, retornando ao hospital sob as mesmas condições atemorizantes. Novamente, os sinais e sintomas de ansiedade aparecem, se não houver oportunidade de oferecer a ela o apoio dado pela permanência dos pais, ou uma assistência de enfermagem constante, que lhe dê certa segurança, o que não é fácil, em tão poucas horas de hospitalização. Entretanto, com habilidade, bom relacionamento e comunicação, a enfermeira pode diminuir o tempo de duração e a intensidade do sofrimento da criança, mas dificilmente poderá dar-lhe a mesma segurança que a presença dos pais, quando orientados, pode lhe proporcionar.

Nas clínicas de cirurgia infantil determinadas crianças são admitidas na véspera ou no dia da operação. Observa-se nas mesmas uma série de manifestações de desajustamento, evidenciadas por ati-

---

(\*) Professora de Enfermagem Pediátrica.

tudes negativas, choro freqüente, expressões de sofrimento, rejeição de relacionamento com as pessoas do hospital e do brinquedo que, raramente está sobre o leito.

Todas essas experiências, tão cheias de emoções desagradáveis para a criança, poderão trazer problemas psíquicos de longa duração ou de difícil solução.

O que se tem notado, em concordância com os estudos já publicados, é que a presença da mãe, junto ao seu filho, pode aliviar a tensão emocional de ambos. Na impossibilidade da presença de qualquer familiar, a enfermeira, atendendo todas as necessidades da criança, inclusive a de recreação, pode evitar sofrimentos emocionais ou fisiológicos que dificultariam o tratamento. É possível que uma assistência de enfermagem bem dirigida possa diminuir essa tensão e facilitar o ajustamento da criança ao ambiente hospitalar. A enfermeira deve usar meios (compreensão, atenção, carinho, brinquedos, etc) que possam diminuir a tensão emocional de todos, principalmente da criança que é a maior vítima dentro desse emaranhado de situações complexas.

A finalidade deste estudo, embora derivado da observação de poucas crianças, é verificar se o bom relacionamento entre a enfermeira, a criança e sua família e se uma assistência de enfermagem especificamente individual, que atenda todas as necessidades da criança inclusive dando-lhe apoio emocional, poderão facilitar seu ajustamento ao ambiente hospitalar, no caso de curto período de hospitalização.

Não há intenção de dar a resposta final ao problema, pois muitas outras questões ou respostas mais eficazes poderão surgir. Mas, o que se pretende é, focalizando um assunto de tão grande importância, despertar o interesse de outros para estudos posteriores, em que seja possível ao pesquisador contar com uma equipe de profissionais que possa dar assistência de enfermagem adequada, durante todas as horas de permanência da criança no hospital a fim de chegar a um resultado mais preciso.

O presente estudo tem o propósito de apresentar subsídios ao pessoal de enfermagem e oferecer-lhe meios de que possa lançar mão, para tentar reduzir o sofrimento da criança, de qualquer idade e sexo, durante sua curta permanência no hospital.

## **REVISAO DA LITERATURA**

ANSTICE (1968) observado a seqüência das reações da criança hospitalizada usou a classificação de: 1.º protesto, 2.º desespero, 3.º negativismo. Também reconhece que a presença da mãe pode diminuir a intensidade destas reações.

BARTON (1962) expõe teorias sobre a terapia pelo brinquedo.

BLOM (1958) especifica a separação dos familiares e a situação desconhecida como fatores principais na regressão do comportamen-

to da criança abaixo de 5 anos; acrescenta, que, para crianças mais velhas, há outros fatores que as amedrontam, inclusive críticas de seu grupo. Em 143 crianças de 2 a 14 anos, não selecionadas, enumerou como focos mais freqüentes da ansiedade a hospitalização, a operação, as agulhas de injeção e a anestesia.

BRIGHT (1965) conceitua certas alterações fisiológicas como conseqüências da ansiedade e cita as fontes de ansiedade já identificadas por diversos autores.

CONN (1932) iniciou estudos para o desenvolvimento de métodos que dessem à criança oportunidade de se expressar por meio de brinquedos, em situação planejada. Em 1938 fez a introdução de método que chamou "Play interview", que dá às crianças tímidas, medrosas e ciumentas a oportunidade de discutir seus medos, usando bonecas que representam familiares, pessoal do hospital, etc. Em 1939 (a) por estudo clínico biográfico conclui que nenhuma teoria pode acumular todos os fatores de um caso. A criança, como o adulto, tem uma biografia que inclui experiências importantes e tem uma situação de vida no presente. Neste mesmo ano (1939) b) expôs o método de trabalhar diretamente com a criança por meio do "play interview", que dá à criança oportunidade de falar com cada boneca, levando-a a expressar seus sentimentos e pensamentos, como se as bonecas fossem as responsáveis por tudo quanto foi feito e dito. Em 1941 ele criou situações experimentais e usou o "play interview" como auxiliar terapêutico.

ENGLEBARDT (1969) fez experiência numa clínica especial (tipo motel), na qual a mãe recebe um diário das 24 horas sobre todo o cuidado e tratamento que deve dar a seu filho; concluiu que esta assistência diminui o gasto do hospital, tem a grande vantagem da criança ficar sob a proteção dos pais, evita o estado ansioso que a separação traz, além de ser uma ótima oportunidade para educação dos pais.

ERICKSON (1958) enfatiza a ansiedade da criança hospitalizada resultante da separação, aumentada pelo medo de mutilação quando necessita ser operado. O brinquedo foi escolhido como método para estudar os sentimentos da criança, relacionado ao processo de tratamento. No mesmo ano de 1958 fez pesquisa sobre a utilização do brinquedo para diminuir a tensão emocional da criança hospitalizada. Usou o método do "play interview"; das 20 crianças hospitalizadas, 19 foram capazes de dramatizar ou verbalizar seus sentimentos. Em 1967, analisando as reações da criança à doença e à hospitalização, concluiu que é obrigação da enfermeira ajudá-la a entender o que está acontecendo, estabelecer limites, auxiliar os pais e, ainda, dar tempo à criança de se preparar para uma experiência que a amedronta.

FISHER (1969) escreve sobre a necessidade da enfermeira que, trabalha com a criança, adquirir habilidade na identificação e compreensão dos seus comportamentos.

GLASER & EISENBERG (1960) apresentam resultados sobre os efeitos da carência de afeto no terreno fisiológico, intelectual e emocional da criança e algumas medidas preventivas e terapêuticas.

ILLINGWORTH (1960) trata das reações da criança com menos de 4 anos, e de como prevenir traumas psíquicos tanto na criança como nos pais.

LANGFORD (1961) no estudo de adaptação da criança ao hospital conclui que ela pode amadurecer e continuar seu crescimento e desenvolvimento quando são usadas medidas preventivas contra a ansiedade.

MACCASKILL (1958) estuda a reação da criança à experiência cirúrgica e aconselha a assistência da mesma enfermeira desde a admissão, principalmente no pré e pós-operatório.

MAHAFFI (1965) em estudo experimental concluiu que a utilização dos pais (mãe) para auxiliar nos cuidados de enfermagem diminui a tensão da mãe e da criança. Isto foi medido pela pressão mais baixa, menor incidência de gritos, vômitos, etc.

MILLAN (1970) discorre sobre a interferência da hospitalização no desenvolvimento da criança, focalizando, principalmente, as crianças até os 4 anos. Adota o critério das 3 fases de reação à hospitalização (protesto, desespero e negativismo).

OESTREICH (1969) programou sessões de "play interview", sendo a primeira antes da operação, usando bonecos e instrumentos hospitalares e a segunda após a operação. Verificou que após a operação a criança usava os instrumentos de maneira diferente, sem ansiedade e agressividade.

PEAY (1960) escreve sobre a importância do conhecimento dos hábitos, costumes e experiências da criança, para auxiliá-la em sua adaptação.

PETRILO (1968) indica o brinquedo, a família orientada e presente, como meios para evitar traumas e facilitar o ajustamento da criança hospitalizada.

POST (1966) estuda os efeitos da hospitalização da criança e aconselha a terapia pelo brinquedo. Ele classificou a hospitalização em três fases: 1.º protesto, 2.º desespero, e 3.º negativismo.

PRUGH et al. (1953) observaram que as reações das crianças à experiência da hospitalização e tratamento são distintas do efeito da doença em si e que elas necessitam tempo especial para adaptação.

ROSECRANS (1968) considera o brinquedo como linguagem da criança e vê nele a maneira da criança dirigir seus impulsos e paixões numa forma socialmente aceita.

ROUSSEAU (1967) insiste na permanência da mãe, o maior tempo possível, quando a hospitalização da criança é de curta duração.

SCAHILL (1969) conclui que o fato de orientar e encorajar a criança desde a admissão, usando sempre a verdade, auxilia o crescimento de seu ego. Enfatiza a conveniência do menor número possível de pessoas para lhe dar cuidados, até se adaptar.

SCOFIELD (1969) fez experiência em hospital de 100 leitos com a permanência dos pais. Obteve bons resultados.

SEIDL (1969) comprova a aceitação da participação dos pais no cuidado da criança hospitalizada, entre o pessoal de nível educacional e posição social mais elevados.

SHAFFER & CALLENDER (1959) estudaram o comportamento de crianças de 0 a 7 meses e acima de 7 meses quando hospitalizadas. Concluíram que as acima de 7 meses sentem mais a separação dos pais.

SHORE et al. (1955) acham que o clima de aceitação pelo adulto, do comportamento regressivo da criança, ajuda-a a aceitar a si mesma, a crescer e a recuperar a saúde.

SKIPPER & LEONARD (1968) pesquisaram o modo de reduzir os efeitos fisiológicos, social e psicológico da hospitalização e da cirurgia na criança.

SOLOMON (1938) conclui que a terapia ativa do brinquedo possibilita diagnóstico rápido e facilita a assistência terapêutica nos problemas emocionais da criança. Em 1940, utilizando a terapia pelo brinquedo, chegou à conclusão que ela diminui a hostilidade da criança; alivia o seu sentimento de culpa; dá oportunidade para expressar livremente todas as suas fantasias de amor; incorpora o tratamento para ajudar o crescimento e auxilia na desensibilização dos problemas emocionais da criança, pela repetição.

SPINNER (1961) cita algumas condutas de enfermeira para conquistar a confiança da criança e facilitar o relacionamento.

WEBB (1967) avaliando o estado emocional dos pais, concluiu que eles devem ser informados sobre o que se passa com a criança doente.

WILKENS (1952) depois de pesquisa sobre o estado emocional dos pais e das crianças quando essas são hospitalizadas, recomenda às enfermeiras condutas que devem ser seguidas desde a admissão.

## **PROBLEMA**

Uma assistência de enfermagem especial, individualizada e o bom relacionamento entre a enfermeira, a criança e sua família, poderão influir na adaptação da criança, quando o período de hospitalização é curto?

## **HIPÓTESES**

1. O sofrimento e o desajustamento da criança podem ser aliviados por uma assistência de enfermagem adequada, prestada a ela e a seus familiares.
2. O brinquedo pode facilitar o relacionamento da enfermeira com a criança e conquistar, mais facilmente, sua confiança tornando mais curto o período de sua adaptação ao hospital.

## **OBJETIVOS**

1. Proporcionar às famílias e às crianças do grupo experimental uma assistência de enfermagem que atenda as suas necessidades físicas, emocionais e psico-sociais, introduzindo o brinquedo desde a admissão até a alta.
2. Verificar se esta assistência de enfermagem adequada pode diminuir o sofrimento da criança e de sua família, num período curto de hospitalização.
3. Observar as reações das crianças do grupo controle que receberam somente cuidados de rotina do hospital e compará-las com as reações das crianças do grupo experimental.
4. Verificar se a enfermeira que mantém bom relacionamento com a criança e lhe dá cuidados individualizados, pode atuar como substituta materna.

## **METODOLOGIA**

### **1. População e local**

O estudo foi feito no Hospital das Clínicas de São Paulo nas Clínicas de cirurgia geral infantil e oto-rino-laringológica.

A população foi de crianças de 1 a 12 anos, escolhidas ao acaso, para os dois grupos, e internadas no hospital no dia ou na véspera do ato cirúrgico, a fim de se submeterem a pequenas cirurgias (herniorrafias, postectomias, amidalectomias, biopsias e exéreses de pequenos tumores).

A amostragem foi de 21 crianças para o grupo experimental e 17 para o grupo de controle. Sexo, idade ou religião não influenciaram na separação das crianças para formação dos grupos. A única condição prevista foi a relacionada a pequenas cirurgias e possibilidade de tempo curto de hospitalização.

## 2. Método

A finalidade da pesquisa foi verificar a validade ou não das hipóteses, portanto, a assistência de enfermagem com observação das reações emocionais da criança e da mãe. A assistência foi prestada pela autora e, em 5 casos, por cinco estudantes do 3.º ano do curso de graduação em enfermagem, previamente orientadas (como entrevistar a criança e a família, quais os dados a serem colhidos e sobre as condutas a serem seguidas). As variáveis dependentes seriam as reações da criança e a variável independente a assistência de enfermagem adequada, regularmente programada para o grupo experimental, na tentativa de diminuir o sofrimento da criança e facilitar seu ajustamento, em um período curto de hospitalização.

Com base nas hipóteses foi iniciado o estudo da variável independente com a proposição das seguintes perguntas:

1. Como deve ser feita a admissão da criança no hospital?
2. Qual deve ser o comportamento da enfermeira a fim de facilitar o relacionamento com a criança e seus familiares?
3. Deve a mesma enfermeira prestar assistência à criança na admissão, no pré e pós-operatório e na alta hospitalar?
4. Qual o tempo mínimo de cuidados que deve dar à criança para que esta se ajuste mais facilmente e sofra menos?
5. Pode a enfermeira, em período tão curto, dar segurança à criança?
6. Seria melhor a presença dos pais durante a hospitalização da criança?

### Plano piloto

A primeira tentativa para levantamento de dados foi a elaboração de um formulário (anexo 1), para conhecimento dos hábitos da criança antes da doença e anotação de algumas reações no pré e pós-operatório. Após a utilização desse formulário (anexo 1) na admissão e seguimento de 3 crianças, foram notadas certas deficiências, pois nada havia neles relacionado ao estado emocional ou à expectativa do acompanhante, que é, em quase todos os casos, a mãe. Essa falha levou-nos à sua modificação e à introdução de mais dois formulários (anexos 2 e 3).

A modificação feita no 1.º formulário incluía uma pergunta sobre o comportamento da criança na admissão e retirava as questões sobre pré e pós-operatório (anexo 1 A). Dos dois formulários introduzidos, um era referente ao relacionamento da criança com a enfermeira e observação sobre suas reações no pré e pós-operatório (anexo 2); e outro sobre o estado emocional da mãe e as medidas usadas para aliviar-lhe a tensão (anexo 3).

Foi estabelecido como critério do comportamento da enfermeira, que facilitasse a comunicação e relacionamento com a criança e familiares na admissão e no acompanhamento durante a hospitaliza-

ção: paciência para ouvir, compreensão, carinho, interesse pelos problemas dos pais e da criança e, ainda para esta, o uso do brinquedo.

### **Limitações do estudo**

As condições não foram inteiramente favoráveis à realização da pesquisa, levando-se em conta vários fatores negativos, tais como: dificuldades da mãe em informar sobre o comportamento geral da criança antes da doença; impossibilidade de formar uma equipe de trabalho, com tarefas a serem executadas sob programação e dentro do mesmo horário para prestar cuidado à criança, observar seu comportamento e de seus familiares e preencher os formulários; atividades intensas da autora com estudantes, tanto no ensino teórico como no campo de experiência, na mesma ocasião em que observava e anotava o comportamento de crianças do grupo de controle; assistência individualizada parcial de 8 a 9 horas diárias a cada criança; falta de uma pessoa na enfermaria para observar e anotar as reações das crianças na ausência da observadora e, ainda algumas interferências no campo prático.

As anotações do período noturno, que continham observação sobre sono e choro, embora sem descrições pormenorizadas, foram computadas no estudo.

O tempo para a pesquisa não foi determinado; esta foi sendo feita dentro das possibilidades da autora, mantendo o mesmo método durante todo o estudo.

### **Processos gerais**

As 38 crianças foram escolhidas ao acaso e algumas, tanto de um grupo como de outro, foram admitidas à tarde para serem operadas na manhã seguinte, ou admitidas na manhã do dia da operação a fim de se submeterem a pequenas cirurgias. Não havia interesse em estudar um só tipo de cirurgia, pois o que importava, era a observação do sofrimento demonstrado pela criança num período curto de hospitalização e a utilização de meios que pudessem aliviá-la desta tensão emocional.

As crianças com vivência hospitalar foram excluídas porque, embora demonstrado certo desapontamento ao serem internadas novamente, não têm a mesma expressão de sofrimento daquelas que estão sendo submetidas à primeira experiência, e não rejeitam o relacionamento com o pessoal do hospital, por conhecerem pessoas da clínica e, também, por saberem de experiência anterior, que não serão abandonadas pela família.

Foi escolhido o grupo etário a partir de 1 ano de vida porque Shaffer e Callender (1959), em estudo sobre comportamento de crianças de 0 a 7 meses e acima de 7 meses, concluíram que as crianças deste grupo mais velho sofrem mais a separação da mãe.

As 21 crianças do grupo experimental e seus pais tiveram assistência de enfermagem adequada até a alta, enquanto que as 17 crianças do grupo de controle receberam os cuidados rotineiros oferecidos pelo pessoal do hospital.

Não havia separação na clínica entre as crianças dos grupos experimental e o de controle, nem o pessoal comum da enfermaria sabia quais as crianças colocadas num ou noutro grupo.

## a — Tratamento de grupo experimental

### — Admissão

Na admissão todas as crianças eram submetidas a exame físico, com a verificação de peso, pressão arterial, temperatura, pulso e respiração. Os exames de laboratório já constavam da ficha da criança.

As mães eram entrevistadas e respondiam as perguntas contidas em um formulário (Anexo 1A) sobre os hábitos e comportamento da criança no lar. Peay (1960) concluiu serem importantes estes dados para auxiliar a criança no processo de adaptação. Quando a criança estava na faixa etária acima de 3 anos também tomava parte na entrevista, tanto para se obter respostas como para provocar perguntas, encorajando-a, fornecendo-lhe as informações desejadas e orientando-a sobre a hospitalização. Segundo Scahill (1969) a orientação da criança desde a admissão, quando se usa sempre a verdade, auxilia o crescimento de seu ego, possibilitando a melhor aceitação dos fatos. Essa orientação era feita às mães e às crianças em palestras amigáveis e informais depois de tê-las conduzido à clínica. Quando a admissão era feita no ambulatório, se as mães faziam perguntas sobre a cirurgia as respostas eram dadas explicativamente.

O nível inicial de tensão emocional do acompanhamento era anotado (Anexo 3) e neste mesmo formulário eram descritas suas reações emocionais durante a hospitalização da criança, após o apoio dado durante a internação do filho até sua alta, de acordo com a orientação de Wilkens (1952).

Após a primeira entrevista, tanto no ambulatório como na clínica, mães e filhos eram acompanhados pela observadora a todas as dependências da clínica para tomarem conhecimento do ambiente físico; eram apresentados à enfermeira chefe e algumas pessoas da enfermagem que iam entrar em contacto com as crianças. Depois eram levados à enfermaria para se certificarem do local e n.º do leito que a criança iria ocupar. Iniciava-se, então, o relacionamento naquela enfermaria, apresentando tanto a mãe como o filho àqueles que iriam ser seus companheiros de hospitalização. Durante o percurso era feita orientação sobre rotinas do hospital, procurando com atenção, respeito e carinho, captar-lhes a confiança, deixando-os mais calmos ou menos apreensivos, como preconiza Spinner (1961).

A mãe era convidada a dar banho na criança, vesti-la com a roupa do hospital e conduzi-la ao seu leito. Muitas mães deixavam

isto a cargo da observadora. Após assisti-los cordialmente a observadora, sentada junto à mãe, esclarecia todas as suas dúvidas e receios sobre a moléstia da criança, como ensina Webb (1967) e sobre a operação a ser feita, usando desenhos, figuras ou outro material ilustrativo. Estudos de Wilkens (1952); Prugh (1953); Mahaffi (1965); Rousseau (1967); Petrilo (1968); Skipper e Leonard (1968); Englehardt (1969); Seidl (1969) enfatizam a presença da família como fator importante para diminuir a ansiedade da criança e facilitar sua adaptação ao hospital. A acompanhante era convidada a permanecer com a criança, mas poucas tiveram a oportunidade de fazê-lo.

O brinquedo era selecionado de acordo com o sexo e idade, e usado desde a fase de admissão para facilitar o relacionamento da criança e dos pais com a enfermeira. Procurava-se dar ao paciente seu brinquedo preferido, já conhecido pela observadora quando do preenchimento do Anexo 1A. Quando os pais se despediam da criança, deixando-a inteiramente entregue à observadora, saíam com expressão fisionômica mais calma e a criança já tinha nela uma amiga à qual recorria às vezes com aspecto choroso, o que passava logo, porque novas brincadeiras eram proporcionadas. Além desse atendimento, os menores eram colocados no colo procurando-se satisfazê-los em suas exigências inerentes à idade. O mistério aterrorizante do desconhecido e o medo do abandono estavam mais reduzidos porque havia ali uma pessoa conhecida na qual os pequenos pacientes começavam a confiar. Após estas 2 horas de assistência, incluída a primeira alimentação depois da internação, a observadora se retirava para voltar entre 19:30 ou 20 horas a fim de estar junto da criança na hora de dormir. Demorava-se ali mais ou menos 1 hora.

#### — Pré-operatório

Na manhã seguinte materiais hospitalares (estetoscópio, termômetro, seringas, material de curativo, etc) eram apresentados às crianças, com bonecas ou bichinhos estofados, para que com eles se familiarizassem e, utilizando-os como brinquedos, neles pudessem descarregar suas hostilidades e sentimentos de culpa e tivessem, também, oportunidade de expressar suas fantasias, como ensina Solomon (1940).

Não foi aplicado o "play interview" de Conn \* (1938, 1939<sup>a</sup>, 1939<sup>b</sup>) porque não foram usadas entrevistas programadas e nem as bonecas eram indicadas como representantes de membros da família ou do pessoal do hospital. A criança utilizava-as livremente, dando a elas interpretação própria. Solomon (1940) obteve bons resultados sem fazer a identificação das bonecas.

Durante as horas de internação, excluindo-se o horário noturno, tempo operatório e pós-operatório imediato, a criança sempre tinha

---

(\*) Conn (1932) iniciou o desenvolvimento de métodos que dão à criança oportunidade de se expressar por meio do brinquedo. Em 1938 expôs o método que chamou de "play interview", com sessões programadas que davam à criança oportunidade de se expressar usando bonecas representativas de membros da família, do hospital, etc.

oportunidade de manejar os instrumentos hospitalares já mencionados. A dramatização de situações que iria viver fazia com que a criança se tornasse mais calma e aceitasse melhor os tratamentos. Erickson (1958) utilizando o método do “play interview”, conseguiu que das 20 crianças estudadas, 19 fossem capazes de dramatizar e verbalizar seus sentimentos, havendo diminuição de tensão emocional.

Além do brinquedo, foram utilizadas figuras ou desenhos para explicar melhor, aos maiores, a doença e operações a que iam se submeter.

Nestas horas que precediam a operação, e após esta, era preenchido um formulário (Anexo 2) para se saber o estado emocional da criança, seu comportamento, suas reações fisiológicas de acordo com a conceituação de Bright (1965), e o que foi feito para facilitar sua adaptação ao hospital.

Quando as crianças eram admitidas na véspera da operação não lhes era permitido alimentar-se a partir das 22 horas; os admitidos na manhã da operação também estavam em jejum.

O pré-anestésico era aplicado pela pessoa que havia admitido e estava observando as reações da criança ou seja a própria autora; a mesma pessoa levava-a até a sala de cirurgia e a entregava à equipe da sala. A mãe, quando presente, também acompanhava o filho e recebia, da parte da observadora toda atenção e carinho e permanecia na enfermaria até a volta da criança da sala de operação ou da sala de recuperação. Esse período não era assistido pela observadora, mas eram verificadas as anotações da papeleta do paciente onde havia informações sobre seu estado geral.

A duração do pré-operatório imediato era mais ou menos de 1 hora.

#### — Pós-operatório

Recebia-se a criança no pós-operatório dando-lhe todos os cuidados necessários, mantendo o brinquedo, que é uma medida terapêutica para os problemas emocionais da criança, de acordo com Solomon (1940) e Barton (1962).

Durante o pós-operatório continuou-se a fazer as anotações comuns na papeleta, o preenchimento do formulário (Anexo 2) e a orientação dos pais e crianças para a alta, que geralmente era na manhã seguinte ou na tarde do dia da operação.

Somando-se os períodos de assistência pós-operatória até a alta chegava-se a um total de 4 a 5 horas para cada criança, perfazendo um total de 8 a 9 horas de assistência durante a internação.

#### **b — Tratamento do grupo controle**

As mães e as crianças do grupo controle não eram entrevistadas, nem recebiam orientação. Essas crianças recebiam cuidados rotineiros do hospital. A autora observava desde a admissão até a alta, num total de 8 a 9 horas e preenchia o formulário (Anexo 2), elimi-

nando-se as questões a) e b) do pré-operatório (1) e a questão n.º 3 referente ao relacionamento e assistência da enfermeira. Havia necessidade destas anotações para que, em análise final, se pudesse concluir se o grupo assistido adequadamente pela autora apresentava ou não comportamento mais adaptativo que o das crianças desse grupo.

### **Critérios adotados**

#### **Comportamento: Tabela 3**

**Bom** — A criança não reage diante de instrumentos ou situações que poderiam amedrontá-la, ou apresenta choro momentâneo.

**Regular** — A criança apresenta certa resistência, mas cede diante de uma insistência paciente e compreensiva. O choro é pouco mais prolongado que no primeiro item.

**Mau** — A criança não colabora em absoluto e chora constantemente. As situações são resolvidas somente com restrições físicas.

**Estado emocional**, de acordo com a intensidade das manifestações psicomotoras. Tabelas 4 e 5.

#### **Calma**

**Sempre** — A criança apresenta fisionomia serena, músculos descontraídos, choro de pouca duração por uma ou duas vezes durante a internação.

**As vezes** — Os períodos de irritação e choro são mais prolongados que os de calma.

#### **Nervosa**

**Sempre** — Irritação e choro freqüentes, dificuldade em se alimentar.

**As vezes** — Irritação e choro em períodos curtos e de duas a tres vezes durante a hospitalização.

#### **Agitada**

**Sempre** — A criança chora, grita, espernela e mantém motilidade intensa.

**As vezes** — Motilidade intensa, choro ou gritos uma a duas vezes durante a internação.

**Manifestações de sofrimento: Tabela 6**

#### **Fisionomia ansiosa**

**Freqüente** — A criança mantém o olhar triste e não sorri durante longos períodos.

**Raro** — Nota-se tristeza em períodos curtos e de uma a três vezes durante a internação.

**Ausente** — Não existem as características acima descritas.

### **Mau humor**

**Frequente** — Teima, zanga, dá pontapés, atira-se na cama acima de duas vezes durante a internação.

**Raro** — Até duas vezes no período de hospitalização.

**Ausente** — Sem mau humor.

### **Apatia**

**Frequente** — A criança mantém-se indiferente ao meio, indolente e olhar vago durante o tempo da internação ou em longos períodos.

**Raro** — Quando a situação acima descrita é de uma a duas vezes e em períodos curtos.

**Ausente** — Não se apresenta apática.

## **Manifestações de desajustamento: Tabela 7**

### **Rejeição de relacionamento**

**Frequente** — Não aceita pessoas, brinquedos, vira o rosto quando alguém se aproxima. Não se alimenta quando alguém está perto. As atitudes são sempre negativas.

**Raro** — De uma a duas vezes comporta-se do modo acima referido.

**Ausente** — Não apresenta o comportamento descrito.

### **Rejeição de brinquedo**

**Frequente** — Não aceita o brinquedo que lhe é oferecido ou atira-o no chão. Repete este comportamento várias vezes.

**Raro** — Quando a rejeição se processa até duas vezes.

**Ausente** — Não rejeita o brinquedo.

### **Rejeição de alimento**

**Frequente** — Só aceita alimentação uma ou duas vezes nas 24 horas.

**Raro** — Rejeita a alimentação uma a duas vezes durante todo o período da internação.

**Ausente** — Aceita toda a alimentação que lhe é oferecida.

### **Perturbação do sono**

**Frequente** — Sono agitado. Acorda várias vezes durante a noite.

**Raro** — Acorda uma ou duas vezes à noite.

**Ausente** — Sono calmo. Dorme bem.

## Choro

**Frequente** — Crianças que passam todo o tempo ou a maior parte dele chorando.

**Raro** — Chora uma ou duas vezes por dia, demorando um pouco a calar-se.

**Ausente** — Pode chorar quando sente desconforto, parando imediatamente quando atendido, ou não chora.

## Ajustamento da criança: Tabela 8

**Fácil** — Bom relacionamento, mantém-se calma e aceita os tratamentos.

**Regular** — Uma a duas vezes demonstra atitude negativa.

**Não houve** — Mantém-se nervosa, chorando, rejeitando brinquedos, cuidados e tratamento. Não houve adaptação.

## Definição de termos

**Manifestações de desajustamento:** São manifestações que demonstram grande necessidade de amor, afeição e proteção maternal; medo de ser abandonada, solidão, tristeza, mau humor, medo de injúria física e atitudes negativas.

O comportamento da criança, quando hospitalizada para uma cirurgia pode ser resposta a uma situação que ela sente como uma violência a que foi submetida, à qual reage com uma mudança de comportamento independente daquela já provocada pela doença. A seguir são apresentadas as alterações de comportamento, consideradas neste trabalho.

**Comportamento negativista:** rejeição de comunicação (a criança vira o rosto ou fecha os olhos quando solicitada por uma pessoa do hospital); de alimento (durante horas não aceita nenhuma espécie de alimento), acena negativamente com a cabeça quando lhe é oferecido brinquedo (atira o brinquedo no chão e chora frequentemente).

**Manifestações de sofrimento:** a criança apresenta fisionomia ansiosa, indiferença ao ambiente, ausência de sorriso, olhar triste, olhos lacrimejantes e apatia.

**Rejeição de relacionamento:** é uma das manifestações de desajustamento na qual a criança, no início, não aceita nenhuma pessoa; chora quando alguém se aproxima dela, não responde quando lhe é perguntado alguma coisa, não aceita nem mesmo o brinquedo que lhe é oferecido, não se alimenta quando alguém está perto ou não aceita alimentação quando alguém tenta dar-lhe (quando, ainda, não é capaz de alimentar-se sozinha).

**Mal-estar físico:** indicado pelo estado de inquietação em que a criança fica, com choro contínuo, rejeição de alimento, vômitos, diarreia e às vezes alteração dos sinais vitais.

**Assistência de enfermagem adequada:** é o cuidado físico e psicológico dado à criança, procurando com amor e carinho auxiliá-la em sua adaptação ao hospital. A recreação é parte importante, inerente à assistência da criança, assim como a promoção de meios para que a mãe, ou alguém da família, possa estar junto dela, durante suas horas de hospitalização.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A tabela 1 apresenta as crianças dos grupos experimental e controle, distribuídas por sexo e idade.

A população dos dois grupos foi de 38 crianças, sendo 21 do grupo experimental e 17 do controle.

**TABELA 1** — Distribuição das crianças dos grupos experimental e controle por sexo e idade.

| Idade<br>(anos) | Grupo Experimental |          |           | Grupo Controle |          |           |
|-----------------|--------------------|----------|-----------|----------------|----------|-----------|
|                 | Sexo               |          | Total     | Sexo           |          | Total     |
|                 | Masc.              | Fem.     |           | Masc.          | Fem.     |           |
| 1 a 2           | 3                  | 1        | 4         | 7              | —        | 7         |
| 2 a 3           | 3                  | —        | 3         | 1              | 2        | 3         |
| 3 a 4           | 1                  | 2        | 3         | 2              | 1        | 3         |
| 4 a 6           | 3                  | 1        | 4         | 1              | 1        | 2         |
| 6 a 8           | 3                  | —        | 3         | —              | —        | —         |
| 8 a 10          | 1                  | —        | 1         | 1              | 1        | 2         |
| 10 a 12         | 3                  | —        | 3         | —              | —        | —         |
| <b>Total</b>    | <b>17</b>          | <b>4</b> | <b>21</b> | <b>12</b>      | <b>5</b> | <b>17</b> |

Como se verifica pela Tabela 1, tanto no grupo experimental como no controle, o número de crianças do sexo masculino é mais elevado que o do sexo feminino. Em relação ao sexo havia algumas preferências no uso do material porque alguns meninos, inicialmente, não aceitaram bonecas para aplicar injeções ou auscultar, e sim animais estofados. A idade foi tomada como base para a orientação dos brinquedos.

Como o comportamento da criança pode ser influenciado pela presença dos pais, foi feita a tabela 2 para se saber o número de crianças que tiveram acompanhantes.

**TABELA 2** — Distribuição, por idade, das crianças com acompanhante.

| Idade<br>(anos) | Grupo Experimental |                   | Grupo Controle |                   |
|-----------------|--------------------|-------------------|----------------|-------------------|
|                 | N.º                | Acompa-<br>nhante | N.º            | Acompa-<br>nhante |
| 1 a 2           | 4                  | —                 | 7              | 2                 |
| 2 a 3           | 3                  | 3                 | 3              | 1                 |
| 3 a 4           | 3                  | 2                 | 3              | 1                 |
| 4 a 6           | 4                  | 3                 | 2              | 1                 |
| 6 a 8           | 3                  | —                 | —              | —                 |
| 8 a 10          | 1                  | —                 | 1              | 1                 |
| 10 a 12         | 3                  | —                 | —              | —                 |
| <b>Total</b>    | <b>21</b>          | <b>8</b>          | <b>17</b>      | <b>6</b>          |

Pela Tabela 2 verifica-se que, no grupo experimental, não houve acompanhante para as crianças de 1 a 2 anos nem para os grupos de 6 anos ou mais. O maior número de acompanhantes foi para as crianças de 2 a 3 anos e de 4 a 6 anos (3 acompanhantes em cada grupo); o grupo de 3 a 4 anos teve 2 acompanhantes, perfazendo um total de 8 acompanhantes para uma população de 21 crianças (38,09%). A acompanhante foi sempre a mãe.

No grupo controle o número de acompanhantes foi de 6 para uma população de 17 crianças (35,29%).

Muitos autores, como Post (1966), Millan (1970) e outros reconheceram que a presença da mãe pode diminuir a intensidade das reações de protesto, desespero e negativismo da criança. Em verdade, nota-se que quando a mãe está bem orientada em relação à doença e ao que vai ocorrer com o filho, ela se torna mais calma e sua atitude é transmitida à criança, que, em consequência, se mantém menos amedrontada. A presença da mãe dá segurança e supre a necessidade de amor do filho, dando-lhe mais confiança, diminuindo a intensidade das reações psico-fisiológicas que possam ocorrer no pós-operatório. De acordo com Illingworth (1960), Mahaffi (1965) e Rousseau (1968) uma mudança de comportamento devido a traumas que poderiam ser evitados ou diminuídos por ser atenuada com a presença da mãe.

O número de horas que as mães ficaram junto a seus filhos não foi computado. Obter dados sistemáticos sobre a interação mãe e filho, a diferença em tempo, frequência a qualidade de permanência de cada mãe, iria além da possibilidade desta investigação.

Da tabela 3 consta o comportamento das crianças frente ao uso de alguns instrumentos hospitalares.

**TABELA 3** — Comportamento das crianças frente ao uso de alguns instrumentos utilizados no hospital.**A — Grupo Experimental**

| Instrumentos | COMPORTAMENTO |       |         |      |     |   |       |     |
|--------------|---------------|-------|---------|------|-----|---|-------|-----|
|              | Bom           |       | Regular |      | Mau |   | Total |     |
|              | N.º           | %     | N.º     | %    | N.º | % | N.º   | %   |
| Termômetro   | 19            | 90,5  | 2       | 9,5  | —   | — | 21    | 100 |
| Estetoscópio | 21            | 100,0 | —       | —    | —   | — | 21    | 100 |
| Seringa      | 7             | 41,1  | 10      | 58,8 | —   | — | 17 *  | 100 |

**B — Grupo Controle**

| Instrumentos | COMPORTAMENTO |      |         |      |     |      |       |     |
|--------------|---------------|------|---------|------|-----|------|-------|-----|
|              | Bom           |      | Regular |      | Mau |      | Total |     |
|              | N.º           | %    | N.º     | %    | N.º | %    | N.º   | %   |
| Termômetro   | 5             | 29,4 | 10      | 58,8 | 6   | 11,8 | 17    | 100 |
| Estetoscópio | 5             | 29,4 | 10      | 58,8 | 2   | 11,8 | 17    | 100 |
| Seringa      | 2             | 11,8 | 9       | 52,9 | 6   | 35,3 | 17    | 100 |

As crianças do grupo experimental tiveram oportunidade de manejar os instrumentos hospitalares, utilizando-os no brinquedo, em experiências que as amedrontavam, de acordo com a orientação de Erikson (1967); seria uma terapia pelo brinquedo como preconizou Post (1966). Esses instrumentos foram usados durante o brinquedo no pré e pós-operatório, notando-se que após a operação, como já havia observado Oestreich (1969), eles eram utilizados sem a violência inicial.

Das 21 crianças nas quais foram colocados termômetros após os terem manejado, 19 (90,5%) não reagiram ao uso; somente 2 (9,5%) resistiram à primeira tentativa, aceitando-os logo e mseguidã; enquanto no grupo controle, cujas crianças não haviam manejado o instrumento, 5 (29,4%) comportaram-se bem; 10 (58,8%) esquivaram-se, deixando colocar o termômetro depois de muita insistência; em 2 (11,8%) ele foi colocado à força. Ao uso do estetoscópio nenhuma criança das 21 (100%) do grupo experimental reagiu; mas do grupo de controle 5 (29,4%) o aceitaram bem; 10 (58,8%) inicialmente negaram-se a aceitá-lo e 2 (11,8%) foram seguras firmemente para que se pudesse auscultá-las.

\* Apenas 17 crianças, porque 4 delas tomaram o pré-anestésico na sala de operação.

Segundo Blom (1958) a seringa para injeção é um dos focos mais frequentes de ansiedade e isto foi verificado, pois, mesmo o grupo que teve várias oportunidades de descarregar sua ansiedade usando o instrumento no brinquedo, não se comportou tão bem como em relação aos outros instrumentos.

Foram observadas as reações de 17 crianças do grupo experimental, sendo que 7 (41,1%) aceitaram bem a injeção, algumas choraram no momento da picada da agulha, mas se calaram imediatamente após; 10 (58,8%) mantiveram o choro até o fim da injeção ou aceitaram a aplicação da injeção sem demonstrar hostilidade ou agressividade. No grupo de controle, constituído também de 17 crianças, os resultados demonstraram grande diferença de comportamento. Duas crianças não opuseram resistência à aplicação do pré-anestésico; 9 (52,9%) choraram durante a aplicação e 6 (35,3%) receberam a injeção sob restrição, isto é, foram seguras enquanto se aplicava o pré-anestésico.

Comparados os resultados, verifica-se que a dramatização das situações dentro do brinquedo, segundo Conn (1939)<sup>b</sup> "auxilia a criança a aceitar a situação que está vivendo e a repartir a responsabilidade do que está ocorrendo". Em todas as linhas da tabela 3, o grupo experimental apresentou número bem mais elevado de bom comportamento, enquanto que no grupo de controle houve 10 nesta classificação classificada dentro do critério usado como mau comportamento que o grupo de controle, não encontrando nele nenhuma criança, somados o uso dos três instrumentos (58,82%).

Na tabela 4 estão as características selecionadas para qualificar o estado emocional das crianças, durante o pré-operatório imediato.

**TABELA 4** — Estado emocional da criança no pré-operatório imediato, de acordo com a frequência das manifestações psico-motoras.

| Estado Emocional | Grupo Experimental |      |          |      |       |       | Grupo de Controle |      |          |      |       |       |
|------------------|--------------------|------|----------|------|-------|-------|-------------------|------|----------|------|-------|-------|
|                  | Sempre             |      | As vezes |      | TOTAL |       | Sempre            |      | As vezes |      | TOTAL |       |
|                  | N.º                | %    | N.º      | %    | N.º   | %     | N.º               | %    | N.º      | %    | N.º   | %     |
| Calma            | 11                 | 52,4 | 1        | 4,7  | 12    | 57,2  | 1                 | 7,7  | —        | —    | 1     | 7,7   |
| Nervosa          | 4                  | 19,4 | 5        | 23,8 | 9     | 42,8  | 4                 | 30,6 | 3        | 23,1 | 7     | 53,8  |
| Agitada          | —                  | —    | —        | —    | —     | —     | 3                 | 23,1 | 2        | 15,4 | 5     | 38,4  |
| TOTAL            | 15                 | 71,8 | 6        | 28,5 | 21    | 100,0 | 8                 | 61,4 | 5        | 38,5 | 13*   | 100,0 |

\* 4 crianças do grupo de controle não constaram desta tabela por terem sido suspensas as operações.

Da tabela 4 constam 4 crianças do grupo experimental que receberam o pré-anestésico na sala de operação, porque o seu estado emocional foi observado durante o preparo pré-operatório; jejum, banho, colocação na maca, acompanhamento para o centro cirúrgico e permanência junto a elas até entrarem na sala de operação.

Esta tabela ilustra a diferença entre os dois grupos o que recebeu cuidado de enfermagem especial e o que recebeu assistência rotineira. Os resultados mostram que 11 crianças (52,4%) do primeiro grupo (experimental) estavam calmas, enquanto que somente 1 (7,7%) do segundo (de controle) estava dentro desta classificação; da mesma maneira, nenhuma criança do grupo experimental demonstrou agitação, mas no grupo de controle foram encontradas 3 (23,1%), constantemente agitadas e 2 (15,4%), ocasionalmente agitadas.

Na tabela 5 foram mantidas as mesmas características selecionadas e o número de crianças da tabela 4, porém aplicadas no pós-operatório imediato.

**TABELA 5** — Estado emocional das crianças no pós-operatório imediato, de acordo com a freqüência das manifestações psico-motoras.

| Estado Emocional | Grupo Experimental |             |          |             |           |            | Grupo de controle |             |          |            |           |            |
|------------------|--------------------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|-------------------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
|                  | Sempre             |             | As vezes |             | TOTAL     |            | Sempre            |             | As vezes |            | TOTAL     |            |
|                  | N.º                | %           | N.º      | %           | N.º       | %          | N.º               | %           | N.º      | %          | N.º       | %          |
| Calma            | 14                 | 66,6        | 1        | 4,8         | 15        | 71,4       | 2                 | 15,4        | —        | —          | 2         | 15,4       |
| Nervosa          | 1                  | 4,8         | 3        | 14,3        | 4         | 19,0       | 5                 | 38,4        | —        | —          | 5         | 38,4       |
| Agitada          | 1                  | 4,8         | 1        | 4,8         | 2         | 9,5        | 5                 | 38,4        | 1        | 7,7        | 6         | 100        |
| <b>TOTAL</b>     | <b>16</b>          | <b>76,2</b> | <b>5</b> | <b>23,8</b> | <b>21</b> | <b>100</b> | <b>12</b>         | <b>92,3</b> | <b>1</b> | <b>7,7</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |

A diferença do estado emocional das crianças dos dois grupos foi ainda mais marcante, pois enquanto foram encontradas, no grupo experimental, 14 crianças calmas (66,6%) e 1 (4,8%) às vezes calma, no de controle houve somente 2 crianças calmas (15,4%). Essa diferença confirma o estudo de MacCaskill (1958) que, após analisar a reação da criança à experiência cirúrgica, aconselha o uso do brinquedo e a mesma enfermeira para acompanhá-la desde a admissão até o pós-operatório, situação esta que foi levada a efeito neste estudo.

Da tabela 6 consta a freqüência de algumas manifestações de sofrimento passíveis de observação e apresentadas pelas crianças dos dois grupos.

**TABELA 6** — Manifestações de sofrimento das crianças observadas durante o tempo de internação, de acordo com a frequência.

**A — Grupo Experimental**

| Manifestações de Sofrimento | FREQUÊNCIA |   |      |      |         |       |       |       |
|-----------------------------|------------|---|------|------|---------|-------|-------|-------|
|                             | Frequente  |   | Raro |      | Ausente |       | TOTAL |       |
|                             | N.º        | % | N.º  | %    | N.º     | %     | N.º   | %     |
| Fisionomia ansiosa          | —          | — | 2    | 9,5  | 19      | 90,5  | 21    | 100,0 |
| Mau humor                   | —          | — | 4    | 19,0 | 17      | 81,0  | 21    | 100,0 |
| Apatia                      | —          | — | —    | —    | 21      | 100,0 | 21    | 100,0 |

**B — Grupo Controle**

| Manifestações de Sofrimento | FREQUÊNCIA |      |      |      |         |      |       |       |
|-----------------------------|------------|------|------|------|---------|------|-------|-------|
|                             | Frequente  |      | Raro |      | Ausente |      | TOTAL |       |
|                             | N.º        | %    | N.º  | %    | N.º     | %    | N.º   | %     |
| Fisionomia ansiosa          | 11         | 64,7 | 3    | 17,6 | 3       | 17,6 | 17*   | 100,0 |
| Mau humor                   | 11         | 64,7 | 2    | 11,8 | 4       | 23,5 | 17    | 100,0 |
| Apatia                      | 2          | 11,8 | 1    | 5,9  | 14      | 82,3 | 17    | 100,0 |

De acordo com esta tabela, a maior diferença entre os dois grupos está relacionada à fisionomia ansiosa, não encontrada em 19 crianças (90,5%) do grupo experimental e constante no grupo de controle: 11 crianças (64,7%). Também o mau humor evidencia a diferença entre os dois grupos.

A apatia, avaliada nos dois grupos, não apresenta diferença tão grande, embora tenha havido 2 casos no grupo de controle e nenhum caso no grupo experimental. Esta é mais uma característica da 3.ª fase de hospitalização que Post (1966), Anstice (1968 e Millan (1970) chamaram de fase do negativismo.

\* As 4 crianças do grupo de controle, retiradas das tabelas 4 e 5, voltaram a constar das tabelas 6 e 8.

**TABELA 7** — Incidência de manifestações de desajustamento, nas crianças de ambos os grupos.**A — Grupo Experimental**

| Sinais de Desajustamento     | FREQUÊNCIA |   |      |      |         |       |       |       |
|------------------------------|------------|---|------|------|---------|-------|-------|-------|
|                              | Frequente  |   | Raro |      | Ausente |       | TOTAL |       |
|                              | N.º        | % | N.º  | %    | N.º     | %     | N.º   | %     |
| Rejeição de relacionamento * | —          | — | —    | —    | 21      | 100,0 | 21    | 100,0 |
| Rejeição de brinquedo *      | —          | — | —    | —    | 21      | 100,0 | 21    | 100,0 |
| Rejeição de alimento         | —          | — | 2    | 9,5  | 19      | 90,5  | 21    | 100,0 |
| Perturbações do sono         | —          | — | 1    | 4,8  | 20      | 95,2  | 21    | 100,0 |
| Choro                        | —          | — | 4    | 19,0 | 17      | 81,0  | 21    | 100,0 |

**B — Grupo Controle**

| Sinais de Desajustamento   | FREQUÊNCIA |      |      |      |         |      |       |       |
|----------------------------|------------|------|------|------|---------|------|-------|-------|
|                            | Frequente  |      | Raro |      | Ausente |      | TOTAL |       |
|                            | N.º        | %    | N.º  | %    | N.º     | %    | N.º   | %     |
| Rejeição de relacionamento | —          | —    | —    | —    | —       | —    | —     | —     |
| Rejeição de brinquedo      | —          | —    | —    | —    | —       | —    | —     | —     |
| Rejeição de alimento       | 4          | 23,5 | 3    | 17,6 | 10      | 58,8 | 17    | 100,0 |
| Perturbação do sono        | 6          | 35,3 | 6    | 35,3 | 5       | 29,4 | 17    | 100,0 |
| Choro                      | 12         | 70,6 | 4    | 23,5 | 1       | 5,9  | 17    | 100,0 |

\* Não foram observadas nas crianças do grupo de controle porque elas receberam só cuidados rotineiros.

A incidência de manifestações de desajustamento, foi observada levando em consideração a presença de 5 sinais para o grupo experimental e de 3 para o de controle a este grupo não foram oferecidos brinquedos, nem lhes foi proporcionada oportunidade para relacionamento com o investigador. Não houve caso de rejeição de relacionamento ou de brinquedo no grupo experimental, o que está de acordo com estudos já citados, sobre a importância da enfermeira entrar em contacto com a criança e a mãe desde a admissão, proporcionando-lhes um relacionamento afetivo que facilite o ajustamento da criança.

O choro foi característico de maior relevância entre os dois grupos. Enquanto no grupo experimental de 4 crianças (19,0%) choraram raramente, no grupo de controle o choro foi freqüente em 12 crianças (70,6%) e raro em 4 (23,5%) ilustrando, mais uma vez, que o relacionamento e o brinquedo são fatores importantes para facilitar a adaptação da criança ao hospital.

Para Langford (1961) "quando a criança é ajudada a vencer sua ansiedade e outras reações emocionais e a adaptar-se às dificuldades externas, há diminuição do impacto da doença e contribuição para seu total desenvolvimento. Ela pode adquirir maturidade pela experiência da doença e da hospitalização".

Na tabela 8 é feita a avaliação da adaptação da criança ao hospital, tendo ou não a mãe presente.

TABELA 8 — Ajustamento da criança ao hospital, na presença ou ausência da mãe, de acordo com critério pré-estabelecido.

| AJUSTAMENTO  |              |             |              |             |              |             |           |      |       |      |   |      |    |       |
|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-----------|------|-------|------|---|------|----|-------|
| GRUPOS       | FÁCIL        |             | REGULAR      |             |              |             | NÃO HOUVE |      | TOTAL |      |   |      |    |       |
|              | mãe presente | mãe ausente | mãe presente | mãe ausente | mãe presente | mãe ausente |           |      |       |      |   |      |    |       |
|              | N.º          | %           | N.º          | %           | N.º          | %           | N.º       | %    | N.º   | %    |   |      |    |       |
| Experimental | 7            | 33,3        | 10           | 47,6        | 1            | 4,8         | 3         | 14,3 | —     | —    | 8 | 47,0 | 17 | 100,0 |
| Controle     | 3            | 17,6        | —            | —           | 1            | 5,9         | 3         | 17,6 | 2     | 11,8 | — | —    | 21 | 100,0 |

A tabela 8 mostra que no grupo experimental 17 crianças (80,9%) se adaptaram facilmente; dessas, 7 (33,3%) tiveram a presença das mães, por algumas horas, na admissão e orientação e no pré e pós-operatório; 10 (47,6%) só tiveram as mães presentes durante a admissão e orientação. O observador deu assistência a essas crianças em todos os períodos, inclusive uma hora à noite antes que dor-

missem. Três crianças (14,3%) com a mãe ausente e 1 (4,8%) com a mãe presente, embora tivessem recebido o mesmos cuidados que as outras 17, talvez por influência de características individuais e outros fatores, tiveram ajustamento regular. Os resultados acima contrastam com o das crianças do grupo de controle onde se observou que com as mães presentes, 3 crianças (17,6%) adaptaram-se facilmente; 1 (5,9%) regularmente e 2 (11,8%) não se adaptaram; o resultado com mães ausentes foi o seguinte: nenhuma criança se adaptou facilmente, 3 (17,6%) regularmente e 8 (47,0%) não se adaptaram, perfazendo um total de 10 crianças (58,8%) cuja adaptação foi impossível. Esse resultado reafirma a conclusão de Prugh, et al (1953) de que a maioria das crianças, principalmente acima de 4 anos, quando expostas ao tradicional programa de hospitalização, necessitam tempo especial para adaptação.

## CONCLUSAO

Pelos resultados encontrados neste estudo nota-se a importância da mesma pessoa dar cuidados especiais à criança desde o período inicial até o período final, quando a hospitalização for de curta duração.

1. Os dados do grupo experimental confirmam a hipótese de que o sofrimento e desajustamento da criança podem ser aliviados por uma assistência de enfermagem adequada prestada à criança e a seus familiares, porque indicam que a qualidade da interação entre a enfermeira (no caso, a autora), a criança hospitalizada e sua mãe, diminuirão o estado ansioso de ambas dentro de um período curto de hospitalização. Desse grupo 66,6% das crianças apresentaram-se inteiramente calmas, enquanto que no grupo de controle o resultado foi de 15,4% (tabela 5).

A tabela 7 mostra que não houve incidência freqüente de sinais de desajustamento em crianças do grupo experimental, mas no de controle três sinais foram freqüentes, sendo que o choro constante foi a característica que abrangeu maior número de crianças.

2. O brinquedo instituído desde a admissão facilitou o relacionamento da autora com as crianças, porque foram-lhes dadas oportunidades de aliviar suas tensões e frustrações, tornando-as seguras e confiantes em suas relações com outras pessoas, o que lhes possibilitou, em curto período, a adaptação ao hospital.

3. A enfermeira pode atuar como substituta materna quando consegue, com um relacionamento afetivo, conquistar a confiança da criança e da família. Confirmação feita pelos dados da tabela 8 em que 10 crianças (47,6%), que não tiveram acompanhamento da mãe, mas receberam cuidados especiais e individualizados da autora se ajustaram facilmente.

## RESUMO

O autor apresenta um estudo sobre o valor do cuidado de enfermagem para diminuir a ansiedade da criança e auxiliar sua adaptação à situação hospitalar, quando o período de hospitalização é de curta duração.

Foi feito um estudo comparativo entre 21 crianças do grupo experimental, que receberam cuidados especiais envolvendo brinquedos e outros relacionamentos afetivos, desde admissão até a alta hospitalar, e 17 crianças do grupo de controle, que receberam os cuidados comuns do hospital.

Os dados indicam que as crianças que receberam cuidados especiais de enfermagem adaptaram-se mais facilmente à situação hospitalar.

## SUMMARY

**The influence of nursing assistance on the children admitted one or two days before surgery.**

The author presents a study of the results of "experimental" nursing care directed toward minimizing anxiety of children undergoing short term hospitalization, and their adaptation to the hospital situation.

A comparative survey was made between 21 children of the experimental group, who had special nursing care involving play and other affectional relationships and 17 children of the control group who were assisted according to common hospital procedures. The study was carried out from admission to discharge.

The findings indicated that the children receiving experimental nursing care adapted better to the hospital situation.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSTICE, E. — Nurse, where's my many? *Nurs. Times*, 66 (68): 1513-18, 1968.
- BARTON, P;H; — Play as a tool of nursing. *Nurs Outlook*, 10: 162-64, mar. 1962.
- BLOM, G. E. — The reactions of hospitalized children to illness. *Pediatrics*, 22: 590-600, sep. 1958.
- BRIGHT — The pediatric nurses and parental anxiety. *Nurs. Forum*, 4: 30-47, 1965.
- CONN, J. H. — The child speaks to the psychiatrist: an introduction to the methods of the play interview. *Occup. Ther.*, 17; 231-244, 1938.
- The play-interview: a method of studying attitudes. *Amer. J. Dis. Child.*, 58: 1199-1294, 1939.
  - The child reveals himself through play. *Ment Hyg. (N. Y.)*; 23: 49-69, 1939.
  - The treatment of fearful children. *Amer J. Orthopsychiat*: 744-745, 1941.

- ENGLEBARDT, Stanley — Care by parents relieves emotional strain on children, financial strain on parentes. *Mod. Hosp.* 113: 94-97, dez. 1969.
- ERICKSON, F. H. — Reactions of children to hospital experience. *Nurs. Outlook*, 6 (9): 501-504, 1958.  
 — Play interviews for four-year old hospitalized children. *Soc. Res. Child Develop.*, 23(3):7-77, 1958.  
 — Helping the sick child maintain behavioral control. *Nurs. Clin. N. Amer.*; 12: 695-703, 1967.
- FISHER, L. R. — Effects of attitudes upon nursing care of emotionally disturbed children. *Nurs. Clin. N. Amer.*, 1: 2225-234, june 1969.
- ILLINGWORTH, R. S. — Crianças no hospital. *Psicol. norm. pat.*, 4: 854-874, out/dez. 1960.
- LANGFORD, w. S. — The child in the pediatric hospital: adaptation to illness and hospitalization. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 21 (4): 667-684, 1961.
- MACCASKILL, C. L. — Pediatric surgical nursing. *Nurs. Outlook*, 6: 274-275, may 1958.
- MAHAFFI, P. R. — The effects of hospitalization on child admitted for tonsillectomy and adenoidectomy. *Nurs. Res.*, 14 (1): 12-19, 1965.
- MILLAN, T. P. — The hospital and the preschool child. *Children*, 5 (17): 171-1970.
- OESTREICH, P. M. — Children's reactions to cardiac catheterization: play interviews and interpretation. *Nurs. Clin. N. Amer.*, 4: 3-10, 1969.
- PEAY, Roberta — The emotional problems of children facing heart surgery. *Children*, 6 (7): 223-228, 1960.
- PETRILO, M. — Prevent hospital trauma in pediatric patients. *Amer. J. Nurs.*, 68: 1468, july 1968.
- POST, Shirley — Hospitalization of children under five. *Canad. Nurse.*, 62: 34-37, july 1966.
- PRUGH, D. G. et al — A study of emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 23: 70-106, jan. 1953.
- ROUSSEAU, Olivia — Mothers do help in pediatrics. *Amer. J. Nurs.*, 67: 798-800, apr. 1967.
- SCAHILL, Mary — Preparing children for procedures and operations. *Nurs. Outlook*, 17 (6): 36-38 june, 1969.
- SEIDL, F. M. — Pediatric nursing personnel and parent participation: a study in attitudes. *Nurs. Res.*, 1: 40-44, jan/feb. 1969.
- SHAFFER, H. & CALLENDER, W. M. — Psychologic effects of hospitalization in infancy. *Pediatrics*, 24: 528-539, oct. 1959.
- SKIPPER & LEONARD, R. C. — Children stress and hospitalization: a field of experiment. *J. Hlth. Soc. Behav.*, 9: 275-287, 1968.
- SOLOMON, J. C. — Ative play therapy. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 8: 479-498, oct. 1940.
- WILKENS, Gladys — The role of nurse in admission of preschool children to hospital. *Nurs. Res.*, 1: 36, june 1952.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABEDLLAH, F. G. — Methods of identifying covert aspects of problems. *Nurs Res.*, 6: 4-23, jun. 1957.
- ADAMS, M. L. & BERMAN, D. C. — The hospital through a child's eyes. *Children*, 12 (3): 102-104, may/june 1965.

- AOHLE, Berth — We admit parents too. **Amer. J. Nurs.**, 57: 865-867, july 1957.
- BAKWIN, H. — Leneliness in infants. **Amer. J. Dis. Child.**, 63: 30-40, jan. 1942.
- CORNUT, P. — O clima afetivo e a higiene psico-motora nas pupil-leiras. **Rev. Psicol. norm. pat.**, 4: 875, out/ dez. 1960.
- DAVIS, E. L. — Play interviews used to evaluate child's reaction to hospitalization. **Hosp. Topics**, 39 (9): 63-67, sep. 1961.
- DIMOCK, H. G. — Play a basic approach to pediatric nursing **Canad. Nurse**, 50: 159-161, 1954.
- DITTMAN, L. L. — The child's sense of trust. **Amer. J. Nurs.**, 66: 91, jan. 1966.
- DOLCH, E. T. — Books for hospitalized children. **Amer. J. Nurs.** 61: 66-68, dec. 1961.
- DUMAS, R. G. — Psychological preparation for surgery. **Amer. J. Nurs**, 63, (8): 52, aug. 1963.
- DUMAS, R. G. & LEONARD, R. C. — The effect of nursing on the incident of post-operative vomiting. **Nurs. Res.** 12: 12-15, 1963.
- FAGIN, C.M. — Why not involve parents when children are hospitalized. **Amer. J. Nurs.**, 62: 78-79, june, 1962.
- FINEBERG, H. & JONES, E. D. — Mother bank in children's hospital. **Jama**, 174: 2153-54, dec. 1960.
- FRANK, Ruth — The frightened child. **Amer. J. Nurs.**, 51: 326-328, 1951.
- GEIS, D. P. — Home visits help prepare preschoolers and their parents for hospitalization. **ANA Reg. Clin. Conf.**, 67: 180-188, 1967.
- GREE, Alison — Meeting the needs of a child in hospital. **Nurs. Times**, 66: 210-212, feb. 1970.
- GLASER, K & EISENBER, L — A privação do carinho materno sobre a criança e os seguintes efeitos. **Rev. Psicol. norm. pat.**, 4: 824-853, out/dez. 1960.
- HAVENRICH, R. N. — To plan realistically, study the patients first. **Hospitals**, 35: 54-59, mar. 1961.
- JESSNER, L. et al. — Emotional implications of tonsillectomy and adenoid dectomy on children. **Psichoanal. Stud. Child.**, 7: 126-169, 1952.
- KORSCH, B. M. — Pratical techniques of observing, interviewing and advising parents in pediatric practice as demonstrated in an attitud study project. **Pediatrics**, 18 (3): 490, sep. 1956.
- LOUISE, M. — Finger painting enriches learning. **Nurs. Outlook**, 10: 520-522, mar. 1962.
- MACHADO, D. & MACHADO, E. — Cuidados psicológicos à criança hospitalizada. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, 11 (4): 205-208, 1956.
- MORAN, Patricia — Parents in pediatrics. **Nurs. Forum**, 2 (3): 24-37, 1963.
- MUSTON, O. B. — Nighttime on pediatrics. **Amer J. Nurs.**, 62, (6): 82-83, may, 1962.
- PLANK, E. — Drawings help children express the anxietrés. **Hosp. Topics**, 43: 93, oct. 1965.
- **El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital.** Buenos Aires, Paidós, 1969.
- POWERS, Grover F. — Humanizing hospital experiences. **Amer J. Dis. Child.** 76: 365-379, oct. 1948.
- SCOFIELD, C. — Parents in the hospital. **Nurs. Clin. N. Amer.**, 4: 59-67, 1969.
- SEIDL, F. W. & POLLIFERI, A. — Development of aneattitudes scale on parent participation. **Nurs. Res.**, 16: 71-73, 1967.

- SMITH, Margo — Ego support for the child patient. **Amer. J. Nurs.**, 63 (10): 90-95, 1963.
- SMITH, Doroty M. — Clinical nursing tool. **Amer. J. Nurs.**, 68: 2388, nov. 1968.
- VELLOSO, Nahyda A. — Iportancia do brinquedo no desenvolvimento da criança (0 a 2 anos). **Rev. paul. Hosp.**, 8 (2): 34-37, 1960.
- Rev. Esc. Enferm. USP**, 1 (1): 89-98, 1967.

|   |
|---|
| <p>VELLOSO, N. A. — A influência da assistência de enfermagem no ajustamento de crianças admitidas no dia ou na véspera da operação. <b>Rev. da Esc. Enf. USP</b>, 7 (1): 14-40, mar. 1973.</p> |
|---|

**ANEXO — 1**

**INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA ADMITIDA NO HC NA  
VESPERA OU NO DIA DA OPERAÇÃO**

Nome ..... apelido ..... idade ..... sexo .....  
cor ..... Instrução ..... Religião .....

**1. Alimentação**

- a) tipo de leite ..... tipo de bico de mamadeira .....
- b) dieta comumente usada .....
- c) apetite bom ..... regular ..... mau .....
- d) do que gosta mais .....
- e) do que não gosta .....
- f) alimenta-se só ..... auxiliado .....
- g) como demonstra ter fome .....

**2. Sono**

- a) vai para cama só ..... acompanhada .....
- b) tem algum ritual para dormir ..... reza .....
- c) horário de dormir ..... de acordar .....
- d) dorme durante o dia ..... em que horário .....
- e) dorme com luz acesa .....
- f) outros hábitos ..... posição .....
- g) aceitação das roupas hospitalares .....

**3. Eliminação**

- a) tem controle de esfinter ..... evacuação ..... micção .....
- b) qual a palavra usada para pedir para evacuar ..... urinar .....
- c) usa urinol ..... privada .....

4. Brinquedo e vida social

- a) brinca só ..... com outras crianças ..... com adultos .....
- b) brinquedo preferido .....
- c) alem dos pais convive com outras pessoas ..... adultos  
crianças .....
- d) retraída ..... desembaraçada .....
- e) reage agressivamente com a mãe ..... pai .....
- f) como demonstra agressividade .....
- g) frente a agressividade da criança como reagem os adultos  
pai ..... mãe ..... irmãos ..... outros.....
- h) conversa com todos ..... calada .....

5. Pré-operatório

- a) aceitou a injeção bem ..... resistiu .....
- b) como foi para S. O. .... calma ..... nervosa .....
- c) anestesia geral ..... local .....

6. Pós-operatório

- a) voltou da S.O. acordada ..... dormindo .....
- calma ..... agitada .....
- b) vômitos ..... sim ..... não ..... frequência .....
- c) choro ..... sim ..... não ..... frequência .....
- d) dor ..... sim ..... não .....
- e) alimentação ..... oral ..... horas após retorno S. O. ....
- f) quantidade ..... soro ..... sangue .....
- g) urinou ..... espontaneamente ..... sondagem  
vesical ..... outros processos
- h) febre .....

**ANEXO: 1-A**

Informações sobre a criança em sua admissão ao Hospital na vespera ou no dia da operação.

Nome: ..... idade ..... sexo .....

Apelido .....

**1. Alimentação**

- a) tipo de leite ..... tipo de bico de mamadeira .....
- b) dieta comumente usada .....
- c) apetite bom ..... regular ..... mau .....
- d) do que gosta mais .....
- e) do que não gosta .....
- f) alimenta-se só ..... auxiliada .....
- g) como demonstra sentir fome .....
- h) que palavra usa quando quer água .....

**2. Sono**

- a) vai para cama só ..... acompanhada .... ..
- b) tem algum ritual para dormir? ..... Descreva .....
- c) horário de dormir ..... de acordar .....
- d) dorme durante o dia ..... em que horário .....
- e) dorme com luz acesa .....
- f) outros hábitos .....

**3. Eliminação**

- a) tem controle de esfinter ..... evacuação ..... micção .....
- b) que palavra usa quando pede para evacuar .....  
urinar .....
- c) usa urinol ..... Privada .....

**4. Brinquedo e vida social**

- a) brinca só ..... com outras crianças ..... com adultos.....
- b) brinquedo preferido .....
- c) além dos pais tem outros contatos com adultos .....  
crianças .....
- d) retraída ..... desembaraçada .....

- c) reage com agressividade contra a mãe ..... pai .....  
outros .....
- f) como demonstra agressividade .....
- g) frente à agressividade da criança como reagem os membros da família:
  - pai .....
  - mãe .....
  - irmãos .....

5. Descrever o comportamento da criança durante a entrevista

**ANEXO — 2**

Informações sôbre a criança admitida no Hospital na vespera ou no dia da operação

Nome ..... idade .....

1. Pré operatório

A mãe permaneceu no hospital? ..... sim ..... não .....  
a) como foi feito o relacionamento entre a enfermeira, a criança e sua família?

b) A criança aceitou a assistência da enfermeira

1 — anotar as reações emocionais da criança (choro, soluços, modo, raiva, amor, humildade) e suas expressões de sofrimento (fisionomia ansiosa, indiferença ao ambiente), ausência do sorriso, olhar triste, olhos lacrimejantes)

- c) Anotar T.P.R., P.A. e as reações da criança em relação aos instrumentos usados e o preparo para usá-los.
- d) Aceitou a injeção? Qual o preparo feito?
- e) Como foi para S.O. .... Calma ..... nervosa .....
- f) Tipo de operação .....

2. Pós-operatório

- a) T. P. R. .... P. A. ....
- b) Voltou da S. O. acordada ..... calma ..... agitada .....
- c) vômitos ..... quantas vezes .....
- d) choro ..... frequência .....
- e) dor

- f) alimentação aceitou ..... horas após o retorno da S. O.
  - g) urina ..... espontânea ..... sondagem vesical .....
  - h) febre
3. Na ausência da mãe sua assistência auxiliou no ajustamento da criança? Descrever .....

### ANEXO — 3

Informações sobre a mãe

Nome da mãe ..... nome da criança .....

1. Nível de tensão
  - a) na admissão
  - b) antes da operação
  - c) durante a operação
  - d) depois da operação
2. Medidas tomadas para diminuir a tensão da mãe
  - a) seu desejo de informação foi-lhe assegurado? Como?
  - b) confiou nos médicos e enfermeiras?
  - c) como se sentiu no ambiente hospitalar.