



Estudo Exploratório sobre a Relação Enfermeiro-Bebé

Factores relacionados com o bebé e com o profissional de enfermagem

Hélia Soares

Licenciada em Enfermagem
Assistente na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores

Marina Fuertes

Licenciada em Enfermagem
Mestre em Psicologia
Investigadora em Harvard Medical School

Palavras-chave: *Interação enfermeiro-criança; intervenção precoce; família*

Keywords: *Interaction nurse/child; early intervention; family*

Resumo: *A relação estabelecida com a criança/família é decisiva no sucesso da intervenção dos enfermeiros. Este estudo teve como objectivo analisar a qualidade da interacção enfermeiro-bebé e averiguar de que forma factores relacionados com o bebé e com o enfermeiro afectam a qualidade dessa interacção. Para o efeito, foi construído, testado e aplicado um instrumento de avaliação denominado SCOP-BEBE: Sistema de Cotação e Observação Para Bebés e Enfermeiros. A amostra é constituída por 40 díades mãe-filho e 6 enfermeiras de Saúde Infantil. Verifica-se que as crianças apresentam maiores índices de prazer mas também de desconforto com as enfermeiras. As mães são preferidas no jogo. As enfermeiras mais experientes conseguem manter a criança interessada pelas actividades de jogo durante mais tempo. Por outro lado, as crianças que foram hospitalizadas apresentam maior desconforto com as enfermeiras. Os resultados são discutidos à luz dos possíveis contributos para a prática dos enfermeiros.*

Abstract: *The nurse ability to engage with children and families is crucial to enhance successful practices. Our study described the nurse-infant interaction comparing with mother-infant play and explored how factors related with infants and nurses affected such relationships. For that purpose was created, tested and applied an evaluation instrument denominated SCOP-BEBE: Sistema de Cotação e Observação Para Bebés e Enfermeiros. The sample was composed by 40 mother and their healthy infants together with 6 Children Health Nurses. Our findings suggested that infant's presented higher pleasure but also more discomfort with nurses than mothers. Infants play and exploratory activities was higher in mothers' presence. More experienced nurses were able to interested infants for longer play periods. Nevertheless, infants who had been hospitalized (compared with non-hospitalized infants) displayed upper levels of discomfort with the nurses. Contributions for nurse's practices were presented in the discussion.*

Introdução

Na década de 60, assiste-se a uma mudança significativa na forma de encarar e investir na saúde e desenvolvimento infantil. É exemplo disso, a criação do Serviço de Orientação Domiciliária pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência, cuja finalidade era a de apoiar a nível nacional os pais de crianças cegas com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos (Costa, 1981, citado pelo Ministério da Educação, 2002). Este projecto tinha a preocupação de “prevenir” e remediar o impacto dos factores de risco no desenvolvimento infantil (op.cit.) dando, por ventura, início à Intervenção Precoce em Portugal.

Nos anos 80, surge um reconhecimento nacional da necessidade de identificar os factores de risco e estimular precocemente o desenvolvimento infantil (antes da entrada na escolaridade obrigatória - 6 anos). Consequentemente, em Outubro de 1999, é publicado, em Portugal, o despacho conjunto n.º 891/99 que visa regulamentar a prática da Intervenção Precoce. De acordo com esta legislação, a Intervenção Precoce é definida como “uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social”. Esta medida destina-se a apoiar de forma integrada as

famílias e as crianças portadoras de deficiência ou em risco de atraso do desenvolvimento (entre os 0 e 6 anos), com o intuito de assegurar a existência de condições favoráveis ao desenvolvimento da criança, melhorar as interacções familiares e reforçar as competências das famílias na procura e implementação das suas soluções.

Neste quadro de intervenção, a acção comunitária permite a detecção e adequação das práticas às reais necessidades e os recursos disponíveis à família. Assim, em colaboração com recursos formais/informais e interlocutores da comunidade, as equipas devem desenvolver programas individualizados e ajustados aos contextos onde a criança permanece habitualmente, por exemplo: no domicílio, ama, creche e jardim-de-infância (Sameroff & Fiese, 2000).

O papel da família e a sua integração na equipa é essencial em todo o processo, pelo que deverá ser encorajado o seu envolvimento e a sua participação, não só pela importância que a vinculação representa no desenvolvimento da criança, como também pelo poder que a família possui na tomada de decisão, mobilização de recursos, na melhoria da eficácia do apoio prestado (Ordem dos Enfermeiros, 2003). A família, em conjunto com a equipa de intervenção precoce, deverá colaborar na construção e avaliação do plano

individual de intervenção em respeito pela sua privacidade, valores e dinâmica (Despacho Conjunto n.º 891/99). Profissionais e família deverão ser mutuamente respeitados e devem criar entre si uma relação de confiança (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Enfermeiros e práticas de intervenção precoce

A posição privilegiada que os enfermeiros ocupam nas equipas de saúde permite-lhes servir de elo ligação entre os diversos técnicos e os recursos da comunidade. O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, é decisivo nas equipas de Intervenção Precoce por serem estes profissionais que, dada a natureza da sua acção, passam mais tempo junto das famílias e têm maior possibilidade de construírem uma relação sólida com os clientes, alicerçada nos princípios da confiança e respeito mútuo que facilitará a detecção precoce das necessidades das mesmas (Dumaret, 2003). A importância do enfermeiro nas práticas de intervenção precoce é de tal forma vital que, num vasto estudo junto de 16 comunidades no Colorado, verificou-se que a saída dos enfermeiros dos programas de intervenção comunitária implicava, na maior parte dos casos, a desistência das famílias (Hicks et al., 2008).

Relação enfermeiro-cliente

Nalguns casos, a intervenção terapêutica implica conseguir que os clientes façam grandes mudanças no seu estilo de vida. O enfermeiro assume um papel determinante na sensibilização, motivação e aconselhamento do cliente para aceitar essas transformações (Sachs, 2004). A investigação refere dois elementos essenciais para o estabelecimento de uma relação positiva entre o enfermeiro e o cliente: a confiança (Eriksson & Nilsson, 2007) e a comunicação eficaz (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001). O estabelecimento da confiança é difícil de obter dadas as diferenças de poder entre o enfermeiro e o cliente (Sellman, 2007). Contudo, uma vez conseguido, o cliente sente-se mais satisfeito e cooperativo com os profissionais de saúde e com o tratamento (Eriksson & Nilsson, 2007). Segundo a opinião de clientes e enfermeiros, uma relação de confiança mútua caracteriza-se pela compaixão, pelo apoio e pelo sigilo (Eriksson & Nilsson, 2007). Esse elo cliente-enfermeiro é tão mais importante quanto maior for o risco social e de saúde do cliente (Marcellus, 2005).

Para gerar confiança, é necessária uma comunicação aberta e empática (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001). Tal comunicação não necessita de um cariz formal e estritamente clínico, podendo ser realizada num contexto informal (“chatting”). Num estudo, com 28 mães, indicou que quando as enfermeiras deram oportunidade às mulheres para falarem informalmente de si, dos seus filhos e dos seus problemas, estas não só estabeleceram uma relação de confiança e de “amizade” com as enfermeiras, como ganharam maior auto-confiança e sentiram-se mais capazes de tomar o controlo dos seus problemas (Fenwick, Barclay & Schmied, op. cit.). Lateralmente, a relação com os seus filhos também beneficiou. Contudo, o mesmo trabalho sublinha o risco da comunicação ser excessivamente dirigida pelo enfermeiro ou de conter momentos de desaprovação e de criticismo. Em síntese, a comunicação é um meio através do qual se processa a relação com os clientes e, por esta razão, os enfermeiros

necessitam de estar atentos aos aspectos comunicacionais e ao seu impacto junto dos pais e das crianças. Tal, requer formação específica, designadamente, sobre as variáveis que interferem na comunicação interpessoal e as técnicas comunicacionais que poderão ser integradas e desenvolvidas no contexto da prática.

Relação enfermeiro e famílias/crianças

Junto das famílias de risco (depressão pós-parto, abuso físico e maus tratos infantis, doenças infantis graves e problemas regulatórios), as profissionais de enfermagem Australianas que investiram tempo das suas práticas para estabelecer relações com as famílias conseguiram retirá-las do isolamento social, despistar precocemente os seus problemas e foram mais ouvidas no seu aconselhamento (Cadzow et al., 1999). Contudo, estes dados são altamente condicionados por factores culturais e pela experiência das enfermeiras; por exemplo, num estudo Sueco os clientes queixam-se desta abordagem por considerarem ser demasiado “paternalista”.

Na verdade, a literatura tem revelado que existe uma elevada incongruência entre o que os pais e os enfermeiros pensam ser importante nos cuidados de saúde (e.g., Conner & Nelson, 1999). Por seu turno, as enfermeiras consideram que não sabem qual o impacto do modo como interagem com os clientes e qual a melhor forma de estabelecer relações com estes (e.g., Kasch, 1984; Kasch et al., 1987). Tal também se deve à escassez de estudos que existem sobre o relacionamento e interações cliente-enfermeiro, em particular quando se trata de crianças muito novas.

Estudo actual

O presente trabalho teve como objectivo comparar as diferenças de comportamento apresentadas pelas crianças em interacção livre com as enfermeiras versus com as suas figuras maternas numa amostra portuguesa e verificar de que modo os factores ligados à criança, à família e aos profissionais de saúde condicionaram essas diferenças. Ressalva-se que não se trata de comparar, do ponto de vista afectivo ou sócio-emocional as duas relações, pois, a relação com a figura materna é de natureza vinculativa e com o profissional de saúde é de referência social. No entanto, pretende-se averiguar através do comportamento infantil, a sua satisfação e reacção à presença do enfermeiro. Partindo dos resultados, procuraremos explorar algumas pistas sobre a melhor forma dos enfermeiros abordarem a criança. Por último, e num nível mais geral, pretendemos discutir um pouco a forma com o enfermeiro pode vir a contribuir para as práticas das equipas de intervenção precoce.

Métodos

Amostra

A nossa amostra foi composta por 40 díades mãe-filho seleccionadas aleatoriamente nos serviços de saúde infantil da Ilha Terceira. A idade das crianças variou entre os 6 e os 15 meses ($M = 9.00$; $SD = 2.72$). Das quarenta crianças, 18 pertenciam ao sexo masculino e 22 ao sexo feminino.

O índice de Apgar ao 1º. Minuto após o nascimento variou entre 6 e 10, e entre 8 e 10 ao 5º. Minuto. A média ao 1º. Minuto foi de 8.9 ($SD = 0.74$), e ao 5º.

Minuto 9.8 (SD = 0.53). A idade gestacional situou-se entre as 32 e as 41 semanas (M = 38.46; SD = 1.98).

As crianças em estudo eram saudáveis havendo, apenas, registos de doenças comuns na infância ou de pouca gravidade. De acordo com os dados obtidos: 10 crianças haviam sofrido de doenças do aparelho respiratório e/ou transtornos funcionais do aparelho digestivo; 4 tiveram doença de pele; 3 apresentaram doenças do aparelho urinário e/ou virose; 2 apresentaram otite média e/ou testículo não descido e doença do coração ou do aparelho circulatório e, finalmente, 1 apresentou escarlatina e/ou conjuntivite. Em consequência das situações de doença referidas, 6 das crianças foram sujeitas a internamento hospitalar.

A grande maioria das crianças em estudo vivia com os pais (n=38), apenas duas coabitavam só com a mãe. No total da amostra, 9 crianças tinham, pelo menos um irmão, sendo os restantes filhos/as únicos/as.

O nível de escolaridade das mães também oscilou entre: não sabe ler nem escrever e a formação superior. Verificou-se, assim, que a média das mães possuía 7 anos de escolaridade (SD = 5.29) o que corresponde ao Ensino Básico - 2º. Ciclo. A sua idade variou entre 15 e 36 anos (M = 26.40; SD = 5.83).

No que concerne à ocupação profissional das mães constatou-se que, e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001), 51% das mães correspondiam a "Trabalhadores não Classificados"; 14% a "Pessoal dos Serviços e Vendedores"; 10% a "Pessoal Administrativo e Similares"; 7% a "Técnicos e Profissionais de nível Intermédio" e 2% pertenciam ou às "Forças Armadas"; ou a "Quadros Superiores da Administração Pública"; ou ainda, a "Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas". Para finalizar, nesta amostra encontravam-se mães estudantes (2%) ou em situação de desemprego (10%). O estado de saúde das mães salientou-se pela inexistência de doenças graves ou crónicas.

Os 6 enfermeiros que participaram no estudo pertenciam ao sexo feminino e tinham uma idade compreendida entre os 25 e os 39 anos (M = 31.00; SD = 4.23). O tempo decorrente entre a conclusão do curso de enfermagem e o início da sua actividade profissional variou entre 3 e 14 anos (M = 6.00; SD = 2.63). A experiência no serviço de saúde infantil oscilou entre os 2 e os 8 anos (M = 5.00; SD = 1.89). À excepção de uma enfermeira, todas as enfermeiras tinham filhos cujas idades se encontravam entre os 2 e os 10 anos.

Procedimento

O recrutamento dos sujeitos teve lugar no Centro de Saúde Angra do Heroísmo na Ilha Terceira, Açores.

As mães foram primeiramente contactadas pelo telefone e, após concordarem participarem no estudo, foi agendado um encontro com as mesmas a fim de lhes serem explicados os objectivos e métodos a aplicar nesta pesquisa. As investigadoras garantiram aos sujeitos a total confidencialidade dos dados e a sua utilização apenas para fins científicos. À excepção de uma mãe, todas as pessoas contactadas aceitaram participar no estudo.

Como forma de determinarmos a nossa amostra, foram tidos em conta vários critérios. Assim, e no que respeita aos enfermeiros, consideraram-se elegíveis aqueles que exercessem a sua actividade profissional

em contextos comunitário e em cujos Postos de Saúde se realizasse a vigilância de Saúde Infantil. No que respeita às crianças, foram incluídos bebés com idade compreendida entre os 6 e os 15 meses e cuja vigilância de saúde fosse realizada pelas enfermeiras dos Postos de Saúde do seu local de residência. Procurámos evitar quadros de risco ao nível da saúde, social e familiar. Para o efeito, recolhemos detalhadamente os dados da família e da criança através da anamnese.

Métodos

Anamnese. A anamnese foi recolhida com a participação das mães e continha três domínios: (i) dados da criança (demográficos, saúde e desenvolvimento); (ii) dados dos pais (demográficos e estrutura familiar); (iii) dia-a-dia da criança (rotinas, hábitos e temperamento). Da colheita de dados referente às crianças fizeram parte: o sexo, a idade gestacional, a idade cronológica, o grau de risco, o peso à nascença, o índice de Apgar ao 1º. e 5º. minutos, o tipo de parto, o número de internamentos e o estado de saúde. Sobre a família recolhemos: idade, estado de saúde, habilitações literárias, profissão, número de gestações e elementos sobre o agregado familiar. Foi ainda adaptada e aplicada a Escala de Avaliação do Temperamento Infantil (Lopes dos Santos, Furtos & Sanches-Ferreira, 2005) e elaborado um questionário livre sobre o tipo e estabilidade dos hábitos e rotinas: alimentação, sono, banho, actividades lúdicas e jogo, relação com as figuras familiares e não-familiares, entre outras.

Recolha de dados sobre os enfermeiros. Relativamente às enfermeiras, foram colhidos os seguintes dados: sexo, idade, estado civil, agregado familiar, número de filhos, tempo de serviço e experiência profissional em Saúde Infantil.

SCOP-BEBE

O SCOP-BEBE (Sistema de Cotação e Observação Para Bebés e Enfermeiros) é um instrumento quantitativo de cotação do comportamento das crianças num momento de interacção livre com a mãe ou com enfermeiro/educador. O processo de avaliação consiste na gravação de um filme de 3 minutos de interacção mãe/filho e/ou enfermeiro/criança, em condições não ameaçadoras, cujo registo pode ser feito em vários cenários: clínico, laboratorial e no domicílio. Embora o tempo de análise seja curto, ele reflecte a brevidade das interacções relacionais entre o enfermeiro e a criança.

A descrição dos comportamentos apresentada no SCOP-BEBE foi adaptada do IRSS: Infant Regulatory Scoring System (Tronick & Weinberg, 1990). O Quadro 1 apresenta sucintamente as definições operacionais de cada uma das categorias.

O comportamento infantil é incluído numa de quatro categorias do comportamento da criança, nomeadamente: Resposta de Prazer, Resposta de Desconforto, Resposta de Auto-Conforto e Comportamento de Jogo. Cada uma das categorias inclui várias unidades de comportamento susceptíveis de ocorrerem isoladamente ou em várias combinações (e.g., um bebé pode estabelecer contacto ocular com a mãe e simultaneamente levar a mão à boca) nesta situação os comportamentos serão contabilizados como duas unidades de comportamento de categorias distintas - Resposta de Prazer e Auto-Conforto).

Quadro 1 - Caracterização sumária das categorias comportamentais da criança de acordo com o SCOP-BEBE

Categoria Comportamentais	Descrição de Comportamentos
Resposta de Prazer	<ul style="list-style-type: none"> - Vocalizações positivas (e.g. palrar); - Risos e gargalhadas; - Contacto ocular (olhar na direcção do adulto no decorrer da interacção); - Agitar os braços e mãos em simultâneo e mostrar interesse visual e vocal por um objecto ou adulto; - Procurar a proximidade com o adulto.
Resposta de Desconforto	<ul style="list-style-type: none"> - Choro, - Vocalizações negativas (e.g. resmungar, gritos, suspirar), - Fugir ao olhar (e.g. virar a cara, fechar os olhos), - Fazer caretas, - Pestanejar em excesso ou em falta, - Tosse, - Espirro, - Não aceitar os brinquedos (e.g. não segurar os brinquedos que o adulto fornece ou deitá-los ao chão, mostrar ou agarrar outros brinquedos que não os oferecidos pelo adulto), - Resistir ao contacto físico ou actividade proposta (arquear-se, atirar as costas para trás, empurrar o adulto, ficar hirto quando o adulto segura nele, virar o corpo, etc.), - Olhar ostensivamente para baixo ou para algo (sem que a criança esteja envolvida com forte interesse na exploração visual ou manipulatória) ou quando o adulto tente obter a atenção e não consegue.
Resposta de Auto-Conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Oral ao bebé (o bebé suga o seu corpo), - Oral ao outro (levar à boca coisa que não o seu corpo), - Oral à mãe (levar à boca as mãos ou os dedos da mãe), - Tocar-se (se a criança toca ou massaja a sua própria cabeça ou face), - Apertar as mãos uma contra a outra ou abraçar-se, - Baloçar-se (para trás, para a frente ou para os lados).
Comportamento de Jogo	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitar os brinquedos (e.g. segurar os brinquedos), - Explorar os brinquedos que lhe são dados (observar ou jogar com eles).

Após a filmagem dos 180 segundos de interacção, os comportamentos infantis foram cotados (a cada comportamento é atribuída uma categoria) segundo a segundo e calculadas as frequências por categoria de comportamento (Resposta de Prazer, Resposta de Desconforto, Resposta de Auto-Conforto e Comportamento de Jogo). A forma digital dos registos videográficos permitiu que a cotação das unidades de comportamento fosse analisada cuidadosamente e contabilizada ao segundo.

Testagem do SCOP-BEBE

Para criar a versão adaptada do IRSS para a interacção enfermeiros-criança, ou seja, o SCOP-BEBE as autoras recolheram 5 casos (com díades dentro do mesmo critérios da amostra inicial) e realizaram, em primeiro lugar, as narrativas dos filmes (i.e., a descrição detalhada, rigorosa e factual dos comportamentos infantis segundo a segundo). Estes dados indicaram que com pequenas alterações o IRSS podia ser utilizado com os enfermeiros e procederam em mudanças em discussão e mútuo acordo. Com efeito, em estudos anteriores este instrumento já tinha sido utilizado com figuras não familiares da criança (Tronick, 1989). Posteriormente, foram recolhidos mais 10 casos e a primeira versão do SCOP-BEBE foi aplicada. Após novos ajuste a versão apresentado neste estudo foi ultimada.

Cotação dos dados

Para que avaliar se cotação de dados não foi contaminada pelo conhecimento prévio do instrumento foi convidada uma cotadora externa para avaliar o grau de acordo com as observações das cotadoras autoras. Cerca de 20 casos foram analisados e descritos (metade da amostra), independentemente, por uma investigadora externa “cega” relativamente aos objectivos do estudo. Posteriormente, foi verificado o nível de consenso entre as 3 cotações (acima dos 85%) e as situações de discordância discutidas com vista ao apuramento de um resultado consensual, que foi utilizado para o tratamento dos dados. A segunda autora obteve treino específico e certificação na cotação do IRSS. As restantes colaboradoras, não tendo a certificação oficial, obtiveram, com sucesso, o treino específico para a cotação desta escala.

Resultados

A pesquisa de resultados comportou 4 tipos de análise a saber: (1) comparação do comportamento infantil com a enfermeira versus com a sua mãe através da análise descritiva, cálculo da significância das diferenças de médias dos comportamentos infantis com as enfermeiras versus com as suas mães e estudo correlacional entre o comportamento infantil com a enfermeira e com a mãe; (2) estudo da relação entre o comportamento

infantil com a enfermeira e os factores ligados à criança e à família (3) estudo da relação entre o comportamento infantil com a enfermeira e o comportamento infantil no dia-a-dia; (4) estudo da relação entre o comportamento infantil em jogo com a sua mãe e os factores ligados à criança e à família.

Interação enfermeiro/criança versus interação mãe/filho

A utilização do SCOP-BEBE permitiu contabilizar os comportamentos de prazer, desconforto, auto-conforto e actividade de jogo apresentados pelas crianças em estudo durante três minutos, em situação de interação tanto com as enfermeiras como com as suas mães. O Quadro 2 considera os valores médios dos comportamentos apresentados pelas crianças no SCOP-BEBE com as enfermeiras e com as mães.

Quadro 2 - Valores médio e desvio padrão da reacção infantil à interação livre com a enfermeira e com a mãe

Reacção Infantil	Interação com enfermeiro		Interação com a mãe	
	M	(Dp)	M	(Dp)
Prazer	47.13	(6.82)	39.50	(5.91)
Auto-conforto	12.23	(2.95)	11.10	(2.18)
Desconforto	65.95	(9.31)	54.28	(5.66)
Actividade de jogo	101.13	(7.75)	123.23	(5.19)

prazer com as suas mães (o mesmo diz respeito às categorias de desconforto, auto-conforto e jogo).

Comportamento infantil em interação com a enfermeira e factores ligados à criança e à família

Procurámos averiguar de que forma alguns factores relacionados com a criança e respectiva família afectavam o tipo de interacção estabelecida com a enfermeira, nomeadamente: sexo, idade da criança (à data da recolha de dados), peso à nascença, idade gestacional, status de saúde, lugar na fratria, agregado familiar, escolaridade materna e paterna, e idade materna e paterna. Verificámos que alguns factores não têm um impacto significativo na qualidade da interacção enfermeiro-criança como: o género da criança, a idade da criança, idade gestacional, peso à nascença, o tipo de parto, agregado familiar, idade materna e paterna, escolaridade paterna. Não obstante, verificámos que os primogénitos apresentam índices superiores de desconforto [F(38)=7.09; p<.001 e de orientação para o jogo [F(38)=7.13 p]<.001], quando comparados com os não primogénitos. Adicionalmente, as crianças que foram sujeitas a um internamento hospitalar emitiram significativamente mais comportamentos de desconforto na presença da enfermeira [F(38)=5.58; p<.005].

No quadro das variáveis familiares, somente a escolaridade das mães avaliada em duas categorias extremas - mães com a escolaridade mínima ou menos versus mães com estudos superiores - afectou de modo significativo a interacção com a enfermeira. Com efeito, verificámos que as crianças filhas de mães com menos anos de estudo apresentam índices superiores de comportamento de desconforto na interacção com o profissional de enfermagem [F(38)=3.38; p<.05].

Comparando as médias dos comportamentos infantis exibidos durante a interacção com a enfermeira e com a mãe, verificou-se, curiosamente, que a expressão de prazer [t(39) = 7.08; p<.001] e de desconforto [t(39) =6.91; p<.001] é significativamente superior com as enfermeiras. A duração média do tempo do jogo infantil é claramente superior com as mães quando comparado com o apresentado com as enfermeiras [t(39) = 23.76; p<.001]. Não foram encontrados resultados significativos no que respeita ao auto-conforto apresentado pelas crianças face às enfermeiras e com as suas mães.

Aplicado o teste de Pearson, nenhuma correlação positiva ou negativa foi encontrada entre o comportamento infantil com a mãe e com a enfermeira. Por outras palavras, as crianças que emitiram mais comportamentos positivos com a enfermeira não são necessariamente as mesmas que apresentaram mais comportamentos de

Comportamento infantil em interação com a enfermeira e factores ligados à enfermeira

Depois de analisados os factores relacionados com a criança que podem afectar a interacção com o profissional de saúde, estudámos os factores relacionados com as enfermeiras. Como todas as enfermeiras eram do sexo feminino, casadas, do mesmo estrato sócio-económico e apenas uma não era mãe, estas variáveis foram excluídas das análises. Assim, estudamos a idade, tempo total de serviço, e tempo de serviço em Saúde Infantil destas profissionais. Os resultados indicam que, apenas, o tempo de serviço em saúde infantil apresentou uma correlação positiva com o comportamento de jogo infantil (Rho de Person= .680; p>.01). Assim, as enfermeiras com mais tempo de formação conseguiram apresentar actividades que mantiveram crianças interessadas por mais tempo.

Interação enfermeira-criança e mãe-criança e comportamento infantil no dia-a-dia

Comparando os dados da Anamnese com o comportamento infantil em jogo, verificámos que as crianças com apetite mais regular e mais fáceis de alimentar (segundo os relatos maternos) recorrem mais a comportamentos de auto-apaziguamento durante a actividade com a enfermeira [F(38)= 4.78 p<.05]. Por sua vez, as crianças descritas pelas mães com tendo um temperamento calmo apresentam índices superiores de prazer [F(38)=3.96 p<.05] e de jogo [F(38)=2.69 p<.05] com a enfermeira e índices mais elevados de prazer com as suas mães [F(38)=4.36 p<.05].

Comportamento infantil em interação com a mãe e factores ligados à criança e à família

Do mesmo modo realizado para interacção enfermeiro-criança, também procurámos averiguar de que forma

alguns factores relacionados com a criança e com a sua família afectavam o tipo de interacção estabelecida com as mães, nomeadamente: género da criança, idade (à data da recolha de dados), peso à nascença, idade gestacional, status de saúde, lugar na fratria, agregado familiar, escolaridade materna e paterna, e idade materna e paterna. Nem todos os factores afectaram de modo significativo a qualidade da interacção mãe-criança como sendo: a idade da criança, idade gestacional, peso à nascença, o tipo de parto, agregado familiar, idade materna e paterna, escolaridade paterna. Todavia, os meninos, em comparação com as meninas, apresentam maiores índices de prazer no jogo com as suas mães [$F(38)=7.96$; $p<.01$]. Os primogénitos recorreram muito mais ao auto-conforto do que os não primogénitos [$F(38)=6.67$; $p<.05$]. Finalmente, comparando apenas as categorias extremas (mães com a escolaridade mínima ou menos versus mães com estudos superiores), verificámos que as crianças filhas de mães com mais anos de estudo apresentam índices superiores de comportamento de prazer na interacção com as suas mães [$F(38)=3.38$; $p<.05$].

Conclusões

O presente trabalho teve como primeiro objectivo comparar as diferenças de comportamento apresentadas pelas crianças em interacção: com as enfermeiras versus com as suas figuras maternas. Segundo, verificar que factores ligados à criança, à família e aos profissionais de saúde condicionaram essas diferenças.

Interacção enfermeira-criança conhecida através da comparação com a interacção mãe-criança

Os nossos dados indicaram que as crianças em interacção com as enfermeiras apresentam mais comportamentos de prazer e, em simultâneo, mais respostas de desconforto do que em interacção com as suas mães. Em oposição, a actividade de jogo é maior com as mães. Ainda que tais resultados possam parecer surpreendentes, na verdade, fazem sentido à luz da teoria da vinculação de John Bowlby (1969). Segundo este autor, na presença da figura materna, a criança sente-se segura para explorar o meio e para se dedicar ao jogo e à descoberta. Sendo a enfermeira uma figura “não familiar”, a criança tende a emitir comportamentos de procura da figura materna ou a preocupar-se mais em formar um elo de ligação com o seu novo parceiro de interacção.

Curiosamente, não foram encontradas correlações entre o comportamento infantil com as enfermeiras e o mesmo comportamento com as mães. Assim, as crianças mais positivas (e mais negativas) com as profissionais de saúde podem ou não sê-lo com as suas mães. Este dado, aparentemente de menor importância, sugere-nos que as crianças com relações de “risco” podem encontrar em bons profissionais de intervenção precoce, e, particularmente nalguns profissionais de saúde, uma oportunidade de resiliência...um começar de novo.

Factores que condicionam a relação enfermeiro-criança

Tendo como pano de fundo a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979), a nossa análise dos

comportamentos sociais infantis teve em conta variáveis de natureza individual (ligada à criança), factores de índole familiares e factores contextuais (neste caso os profissionais e os contextos de saúde).

As variáveis infantis foram em número aquelas que mais afectaram os resultados. Assim, verificámos que as crianças primogénitas exibiram mais comportamentos de desconforto e jogo na presença das enfermeiras. Este dado é corroborado pela literatura anterior, que descreve os primeiros filhos como mais reactivos na presença de figuras “não familiares” (van IJzendoorn, et al., 2000). Outro factor relacionado com a experiência infantil que afectou os resultados foi a ocorrência de um internamento hospitalar. Na verdade, as crianças que foram sujeitas a breves internamentos hospitalares apresentaram maior desconforto na presença das enfermeiras. Especulamos que a convivência com cuidados invasivos e, possivelmente, dolorosos durante o referido internamento podem ter contribuído para um certo receio. Esta, claro, é uma das prerrogativas do exercício da profissão de enfermeiro que, apenas, pode ser atenuado por uma prática cuidadosa com períodos de restabelecimento de confiança. Por último, as meninas foram mais positivas e colaboradoras no jogo com as mães do que os rapazes.

Do lado das variáveis familiares, somente a escolaridade materna esteve significativamente relacionada com o comportamento infantil quer com as enfermeiras quer com as mães. Com efeito, este factor quase “invisível” parece ter um efeito importante na forma como a criança interage afectando directamente a criança e a mãe. A título de exemplo, Silva et al. (2002) realizaram um estudo a 60 díades (mãe-filho) em que as idades das crianças se situavam entre 0-12 meses e cujo principal objectivo do estudo era avaliar as variáveis que influenciavam a sensibilidade materna. Os autores concluíram que as mães com um nível de escolaridade mais elevado apresentavam com maior frequência e prontidão comportamentos sensíveis, enquanto que as mães com menos anos de estudo agiam mais frequentemente no sentido de conter e controlar os movimentos dos filhos. Outros estudos com amostras nacionais e internacionais obtiveram resultados similares (e.g., Lordelo et al., 2000; Fuertes et al., 2006; Fuertes et al., 2008). Entendemos, deste modo, que o ensino formal, além de possibilitar a aquisição de informação, também está ligado aos códigos culturais das famílias. Convém realçar que a variável escolaridade está, muitas vezes, relacionada com o estatuto socio-económico das famílias. Como neste trabalho não foi possível recolher dados sobre as condições socio-económicas das famílias, não podemos avaliar a efectiva influência destes elementos nos nossos resultados.

A variável respeitante aos profissionais de enfermagem que obteve uma relação significativa com a qualidade da interacção enfermeiro-criança foi o “tempo de serviço dos enfermeiros em saúde infantil”. Quanto mais anos de serviço tinham os enfermeiros, nesta especialidade, mais demoradas e positivas foram as interacções com as crianças. Na verdade, o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, segundo Benner (2001), é um processo contínuo, progressivo e com necessidades específicas de aprendizagem em cada etapa. Os diferentes níveis de competência profissional identificados por Benner

(op.cit.), nomeadamente, “iniciado”, “iniciado avançado”, “competente”, “proficiente” e “perito”, vêm dar suporte aos resultados do nosso estudo, na medida em que, verificámos ser a experiência profissional do enfermeiro determinante na capacidade de estabelecer interações mais positivas e durante mais tempo com as crianças.

Ouvir as mães é um bom caminho para conhecer a criança

As representações maternas acerca dos hábitos e temperamento infantil também afectaram os resultados. As crianças descritas como mais calmas apresentaram maiores índices de prazer tanto com as enfermeiras como com as mães. Com efeito, sabemos que as crianças contribuem positivamente (e também negativamente) para o estabelecimento das relações. Segundo Weinberg e Tronick (1996), o auto-controlo infantil i.e., a capacidade que a criança possui para interromper interações negativas (por exemplo, olhando para o lado ou distraíndo-se com outra coisa) ou de recuperar de momentos de perturbação da relação (lançando olhares sedutores ou sorrisos aos seus interlocutores) - este é um elemento chave do comportamento social infantil.

Síntese final. Actualmente, o papel do enfermeiro não se circunscreve à promoção da saúde e à prevenção da doença. O Programa-tipo de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil da responsabilidade da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2005) é claro e objectivo na apresentação das funções do enfermeiro. Ao profissional de enfermagem cabe o papel de acompanhar e avaliar o crescimento, desenvolvimento e saúde da criança, colaborar na prevenção de perturbações da esfera psico-afectiva identificando, apoiando e orientando as crianças e as famílias vítimas de violência ou negligência.

Os enfermeiros que trabalham, tanto nos serviços específicos de Saúde Infantil como aqueles que estão na Comunidade junto das famílias, podem ser considerados elementos fundamentais e elos de ligação entre as famílias e os diferentes recursos humanos e materiais (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Consideramos que os enfermeiros têm oportunidade de desempenhar um papel activo e interventivo junto das famílias.

A implementação do enfermeiro de família, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998 e assumida na Conferência de Munique em 2000, contribui para uma melhoria dos cuidados à família pela proximidade e conhecimento da família que o enfermeiro detém. Esta permite-lhe detectar os problemas e intervir precocemente, uma vez que, o alvo de cuidados é a unidade familiar. Trilhando este caminho, os enfermeiros terão oportunidade de desenvolver uma intervenção mais efectiva e ajustada capaz de conduzir as famílias ao seu potencial máximo de bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Devendo, para tal, alicerçar as suas práticas cada vez mais em dados provenientes da investigação i.e. comprovados empiricamente.

Nessa medida, os nossos resultados dão pistas úteis ao enfermeiro na sua abordagem com a família e a criança. Em primeiro lugar, sublinhamos a importância de experiência profissional. Sabendo que o profissional mais experiente na área da saúde infantil estabelece um elo com a criança mais rapidamente, talvez, possam ser criadas parcerias entre colegas mais e menos

experientes. Uns e outros contribuem para as boas práticas de modo distinto.

Num segundo ponto, o profissional de saúde deverá ter particular cuidado no relacionamento a estabelecer com qualquer criança que tenha sido internada nos cuidados de saúde e poderá relevar outro lado mais lúdico na sua prestação profissional.

Terceiro, os nossos resultados sugerem que as mães são capazes de antecipar as respostas infantis ao identificar o tipo de temperamento dos seus filhos, salientamos a importância de ouvir os pais. A intervenção do enfermeiro terá de ser baseada na valorização e reconhecimento do papel dos pais, proporcionando-lhes conhecimentos e apoio no cumprimento da sua função parental.

O trabalho de parceria realizado com as famílias mais vulneráveis poderá ser um excelente meio de fomentar a promoção da interacção pais/filhos e a prevenção de comportamentos de risco (Mulcahy & McCarthy, 2008). No estabelecimento da relação com a criança e com a família deverá também ter presente o nível sócio-educativo da família. A literatura anterior revela que são as famílias de risco que mais beneficiam da acção social do enfermeiro (Cadzow et al., 1999).

Por fim, este estudo revela que a criança aceita jogar com o enfermeiro com momentos de satisfação e também de desconforto. Em futuros trabalhos seria pertinente averiguar que estratégias podem utilizar os enfermeiros para aumentar os períodos de satisfação e minimizar as situações de desconforto.

O nosso trabalho, embora com carácter exploratório, acaba por ser pioneiro na construção de um instrumento quantitativo elaborado especificamente para a observação do comportamento infantil na interacção com o profissional de enfermagem. Julgamos que o SCOP-BEBE (Sistema de Cotação e Observação Para Bebés e Enfermeiros), por ser fácil de aplicar, poderá ajudar as equipas na sua auto-avaliação e em sessões de autoscopia. Julgamos que os resultados obtidos, ainda que extraídos de uma pequena amostra e com limitações metodológicas, podem contribuir para afloar questões importantes relacionadas com a formação, práticas e integração do profissional de enfermagem nas equipas de intervenção precoce e no relacionamento com a criança.

Referências Bibliográficas

- BENNER, P.- De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BOWLBY, J. - Attachment and Loss. London: Penguin Books, 1969, Vol. I.
- BRONFENBRENNER, U. -The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
- CADZOW, S.; ARMSTRONG, K.; FRASER, J. - Stressed parents with infants: Reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse & Neglect, 23:9 (1999) 845-853.
- CONNER, J.; NELSON, E. - Neonatal intensive care: satisfaction measured from parent's perspective. Pediatrics, 103 (1999) 336-349.
- DESPACHO conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro. “D.R. II Série”. 244 (99-10- 19).
- DUMARET, A.C. - Early intervention and psycho-educational

support: a review of the english language litterature. Archives De Pediatrie, 10:5 (2003) 448-461.

ERIKSSON, I.; NILSSON, K. - Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. Journal of Clinical Nursing, 17:17 (2008) 2352-2359.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. - 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. Journal of Advanced Nursing, 33:5 (2001) 583-593.

FUERTE, M.; LOPES DOS SANTOS, P.; BEEGHLY, M.; TRONICK, E. - Infant Coping and Maternal Interactive Behaviour Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. European Psychologist in press (2008).

FUERTE, M.; LOPES DOS SANTOS, P.; BEEGHLY, M.; TRONICK, E. - More than maternal sensitivity shapes attachment: infant coping and temperament. Annals New York Academy of Sciences, 1094 (2006) 292-296.

HICKS, D.; LARSON, C.; NELSON, C.; OLDS, D.; JOHNSTON, E. - The influence of collaboration on program outcomes - The Colorado nurse-family partnership. Evaluation Review, 32:5 (2008) 453-477.

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL - Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994 - editor: INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL 2.ª edição, Elo - Publicidade, Artes Gráficas, Lda (2001).

KASCH, C.R. - Interpersonal competences and communication in the delivery of nursing care. Advances in Nursing Sciences, 6 (1984) 77-78.

KASCH, C.R., KASCH, J.B.; LISNECK, J.D. - Women's talk and nurse-client encounters: developing criteria for assessing interpersonal skill. Scholarly Inquiry for Nursing Practices, 1 (1987) 241-255.

LOPES DOS SANTOS, P.; FUERTES, M.; SANCHES-FERREIRA, M. - A percepção materna dos atributos temperamentais do bebé: Características psicométricas de um questionário e seu valor prognóstico relativamente à qualidade da vinculação. In Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos, editado por J. Bairrão. Porto: Livpsic, 2005.

LORDELO, E.R.; FONSECA, A.L.; ARAÚJO, M.L.V.B. - Responsividade do ambiente de desenvolvimento: Crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 13:1 (2000) 73-80.

MARCELLUS, L. - The ethics of relation: public health nurses and child protection clients. Journal of Advanced Nursing, 51:4 (2005) 414-420.

MCKELVEY, L.M.; FITZGERALD, H.E.; SCHIFFMAN, R. F.; VON EYE, A. - Family stress and parent-infant interaction: The mediating role of coping. Infant Mental Health Journal, 23:1-2 (2002) 164-181.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal - colecção: Apoios educativos n.º 6 (2002).

MULCAHY, H.; MCCARTHY, G. - Participatory nurse/client relationships: perceptions of public health nurses and mothers of vulnerable families. Applied Nursing Research, 21:3 (2008) 169-172.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. SI: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2004.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação (2.ª ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, (2005).

SACHS, L. - Trust as Cure. Placebo in time and Room. Student literature, Lund (Swedish), (2004).

SAMEROFF, A.; FIESE, B. - Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In Handbook of Early Childhood Intervention, editado por MEISELS, S. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

SELLMAN, D. - Trusting patients, trusting nurses. Nursing Philosophy, 8 (2007) 28-36.

SILVA, S., LE PENDU, Y., PONTES, F.; DUBOIS, M. - Sensibilidade materna durante o banho. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Set/Dez., 18:3 (2002) 345-352.

TRONICK, E. - Emotions and Emotional Communication in Infants. American Psychologist 44:2 (1989) 112-119.

TRONICK, E.; WEINBERG, M. - The Infant Regulatory Scoring System (IRSS). Boston: Childrens Hospital & Harvard Medical School, (1990).

VAN IJENDOORN, M.; MORAN, G.; BELSKY, J.; PEDERSON, D.; BAKERMANS-KRANENBURG, M.; KNIPPERS, K. - The similarity of siblings' attachments to their mother. Child Development 71:4 (2000) 1086-1098.

WEINBERG, M.; TRONICK, E. - Infant Affective Reactions to the Resumption of Maternal Interaction after the Still-Face. Child Development, 67:3 (1996) 905-914.