

A fisioterapia respiratória e o processo de hospitalização criança–mãe

Evelyn Hilda Diaz Altamirano
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Luciana Jereissati
Hospital de Ensino — FUABC

Resumo: A maneira de abordar a criança no processo de saúde-doença tem mudado muito em decorrência de resultados de pesquisas nas áreas da saúde médica, humana e social. O processo de hospitalização nas unidades de enfermagem pediátrica não envolve somente a criança, mas também sua mãe, que muitas vezes ao acompanhá-la, internando-se junto a ela, desestrutura totalmente uma família deixando em segundo plano seus outros filhos e o marido. Para um melhor sucesso no tratamento fisioterápico e menor recidiva na internação dessas crianças, a relação mãe-filho precisa estar estabelecida e fortalecida, fazendo com que essa mãe adquira responsabilidades no seguimento do tratamento de seu filho, ajudando a mantê-lo sempre que possível em tratamento domiciliar e/ou ambulatorial, estando sempre mais presente na construção de um futuro mais esperançoso e, acima de tudo, melhorando a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Fisioterapia respiratória; Internação; Família.

RESPIRATORY PHYSIOTHERAPY AND MOTHER/CHILD HOSPITALIZATION

Abstract: The way of approaching a child during the health-illness process has changed a lot, as a result of researches in medical, human and social areas. The hospitalization process in pediatric ward units doesn't only involve the child, but also the mother who escorts the child, staying in hospital herself next to her child, causing a disruption in familiar life as the mother regards her other children and husband to second place. For the physiotherapy treatment to be successful and to minimize the situations of relapse in the internment of these children the mother-son relationship needs to be established and strengthened helping the mother to develop responsibilities to proceed with her child's treatment in each possible situation (home based and/or ambulatory treatment), helping to build a more hopeful future and, above all, improving her child's quality of life.

Keywords: Respiratory physiotherapy; Internment; Family.

Introdução

O texto irá abordar as relações entre a criança hospitalizada, a mãe que, por sua vez, permanece hospitalizada como acompanhante e o fisioterapeuta.

As bases da assistência à criança hospitalizada têm-se modificado nas últimas décadas, em decorrência dos resultados de pesquisas na área das ciências médicas, humanas e sociais. Por meio dessas contribuições, desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica. Essas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel

da família e da comunidade, os tipos de problemas a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (Oliveira, 1999).

A presença do fisioterapeuta respiratório nas unidades de internação hospitalar é uma prática recente, se comparada às outras áreas da saúde como enfermagem, psicologia e nutrição. O profissional nessas relações se faz intermediário entre a criança-mãe e ambiente hospitalar, em razão da duração do tempo de terapia, o que proporciona um vínculo maior, criando situações de troca de experiência, sensações e frustrações, diante da patologia do filho, de seu processo de internação, das dificuldades encontradas em permanecer junto à criança hospitalizada. A mãe, em geral, deixa em segundo plano seus outros filhos e o marido; ela passa a ser o principal agente que transmite carinho, afeto, segurança, participa na higienização, alimentação e auxilia no tratamento fisio-terápico, dando continuidade ao uso das técnicas, e na prevenção das infecções respiratórias de repetição que levaram seu filho à internação.

Hospitalização da criança

A doença é um ataque à criança como um todo. A criança doente estará afetada em sua integridade, e seu desenvolvimento emocional também estará bastante comprometido (Chiattonne & Angerami, 1987).

Existem vários fatores inerentes à hospitalização e várias conseqüências nocivas dessa medida, que contribuem para o aparecimento de agruras existenciais e de problemas emocionais graves, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente. Temos então, dentre outros, o desmame agressivo, o transtorno da vida familiar, a interrupção ou retardo da escolaridade, do ritmo de vida e desenvolvimento, as carências afetivas e agressões psicológicas e físicas, despesas elevadas e ainda as mais variadas iatrogenias, dentre as quais a mais importante se refere às infecções hospitalares (Chiattonne & Angerami, 1987).

O processo de hospitalização se refere à separação da criança doente de sua mãe, aspecto generalizado nas enfermarias pediátricas, justamente em um momento de crise, determinado pela doença, em que a criança necessita basicamente de apoio e de carinho materno (Chiattonne & Angerami, 1987).

O ser humano depende de cuidados dos adultos por um período de tempo muito mais longo do que outra espécie animal, quando pequeno. A evolução dos conhecimentos técnicos relacionados a necessidades nutritivas e térmicas dos recém-nascidos levou a uma diminuição da morbidez e mortalidade infantil. No entanto, os profissionais de saúde ainda têm alguma dificuldade em reconhecer e considerar as necessidades afetivas da criança. Sabe-se que tanto os bebês como as crianças pequenas necessitam vivenciar uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambos encontrem satisfação e prazer. Essa relação é essencial à saúde mental da criança. Para o bebê, o vínculo inicial com a mãe fornecerá a base de sua saúde mental posterior (Spitz, apud Oliveira & Collet, 1999).

As crianças privadas, parcial ou totalmente, dos cuidados maternos sofrerão em fracasso no desenvolvimento de sua personalidade, na medida em que é a mãe, nos primei-

ros anos de vida, quem lhes transmitirá os dados essenciais para seu desenvolvimento. A criança hospitalizada apresenta uma quebra nessa relação, podendo, então, vir a apresentar graves deformações emocionais, físicas e intelectuais.

Observa-se que os pacientes de 0 a 6 meses de idade, no período de internação, ao se sentirem sós, choram por longos períodos até adormecerem. Alguns tornam-se assustados, temendo a aproximação de pessoas. Passados alguns dias, tornam-se quietos, sonolentos, indiferentes, parecendo que se adaptaram ao ambiente. A partir daí, o quadro tende a piorar, inclusive ficando a criança sujeita a doenças orgânicas (entéricas e respiratórias geralmente), caso esta não receba constante estimulação por parte da família e de toda a equipe de saúde.

As crianças de 6 meses a 1 ano de idade também, a princípio, choram desesperadamente, sendo muito difícil algum conforto. Passados os primeiros dias, assumem comportamentos regredidos, mostram ansiedade, perdem o sono, buscam atrair a atenção dos adultos, mostram tristeza e, mais tarde, indiferença, podendo perder contato com o ambiente, reagindo mal aos estímulos, e assumem comportamentos auto-eróticos, tornando-se sonolentas e deprimidas.

A partir dos 3 anos de idade, nota-se que a sensação de abandono causada pela privação materna e pela hospitalização em geral tem mais condições de ser contornada e amenizada com alguma facilidade, tanto pela criança quanto pela família e pela própria equipe de saúde.

A privação materna durante a hospitalização traz à criança muita angústia, uma exagerada necessidade de amor, sentimento de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão. A forma pela qual a criança reage a essas perturbações pode resultar em distúrbios emocionais graves e em uma personalidade instável.

Todas as crianças estão sujeitas aos efeitos físicos, intelectuais, emocionais e sociais da privação materna, sendo esses já bem discerníveis desde as primeiras semanas de vida. Essas crianças podem deixar de sorrir para um rosto humano, ou de reagir aos diversos estímulos, podendo apresentar inapetência, perda de peso, falta de iniciativa, problemas de sono e diminuição da vocalização.

Tais reações caracterizam uma forma de depressão, apresentando características típicas semelhantes às do depressivo adulto. A reação emocional é de apreensão e tristeza, e a criança se afasta de tudo a seu redor, não procurando contato e nem reagindo a ele. Há aparente atraso nas atividades, e a criança permanece deitada, ou sentada, inerte em profundo estupor.

A criança apresenta também uma queda de resistência, estando mais suscetível à infecção. Normalmente, regride no processo de maturação psicoafetiva, expressando perturbação da marcha, da linguagem, do controle de esfíncteres, comportamentos como terror noturno e chupar o dedo. Pode, então, reagir de forma apática ou, ao contrário, agressivamente, dificultando a atuação da equipe de saúde ao rejeitar a medicação, as restrições, os exames e as dietas.

Chaffer (apud Chiattonne & Angerami, 1987) concluiu que a reação de bebês à separação e à hospitalização varia de acordo com a idade, em seu primeiro ano de vida. Assim, os bebês com mais de 7 meses apresentam a mesma reação daqueles com um a

dois meses. Por outro lado, bebês com menos de 7 meses apresentam pouca perturbação aparente e substituem a mãe por atendentes. No entanto, no decorrer da hospitalização, mostram-se anormalmente quietos, sonolentos, indiferentes e chorosos.

Todas essas manifestações são resultantes do processo de hospitalização e da interrupção da relação mãe-filho, necessária para o desenvolvimento neuropsicomotor normal.

O acesso da mãe ao ambiente hospitalar não fazia parte da rotina de enfermaria pediátrica. Mas, em 13 de julho de 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), o qual define que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência integral de um dos pais, ou responsável, durante a hospitalização da criança ou do adolescente (ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, apud Imori & Rocha, 1997).

A vivência da mãe na hospitalização de seu filho

A partir do estatuto de julho de 1990, a implantação do Programa Mãe Participante em várias instituições trouxe para a literatura brasileira especializada vários estudos, que enfatizam a importância da participação dos pais no cuidado de seus filhos durante o processo de hospitalização, apontando os benefícios e os obstáculos nas relações entre equipe multiprofissional, família e instituição (Imori & Rocha, 1997).

A presença da mãe junto ao filho hospitalizado tem sido vista como benéfica, tanto para a criança quanto para a própria mãe, não devendo haver, portanto, interrupção do relacionamento durante a internação. O modo como o hospital está organizado parece indicar a intenção de monopolizar a assistência atual, que é a de capacitar o indivíduo para o autocuidado e, no caso da criança, pelos pais (Ângelo, apud Imori & Rocha, 1997).

O cuidado deve ser desenvolvido pelos pais: é preciso compartilhar a idéia segundo a qual a criança e seu problema de saúde pertencem aos pais, cabendo aos profissionais apoiá-los e apresentar recursos para resolução dos problemas, e não resoluções prontas, privando-os dessa importante situação de aprendizagem (Imori & Rocha, 1997).

A participação dos pais no processo de hospitalização de seus filhos é amplamente difundida pelos profissionais de saúde, no entanto, a extensão da participação não está delimitada. Nessa perspectiva, os autores sugerem que a negociação de papéis poderia reduzir o potencial para o conflito e prevenir problemas presentes na prática (Imori & Rocha, 1997).

Alguns autores se preocuparam em descrever os sentimentos da mãe e de familiares sobre a hospitalização da criança. Relatam mal-estar, ansiedade, angústias, sentimentos de culpa e impaciência. As mães sentem necessidade de cuidar do filho, de receber maiores informações sobre a doença e preocupam-se com seu conforto físico e recuperação (Imori & Rocha, 1997).

Segundo Oliveira & Collet (1999), a mãe percebe como é importante a assistência emocional de que o filho precisa, que normalmente seria ofertada por ela e de cuja função ela está temporariamente se abstendo. Contudo, percebe sua limitação em relação aos cuidados profissionais que a criança necessita para curar-se da doença adquirida, surgindo a ambivalência entre aquilo que sente e o que o filho precisa para “ficar bom”.

Um aspecto a considerar é a situação de desagregação entre seus membros, que geralmente ocorre nas famílias durante o período de hospitalização da criança. Um dos genitores, normalmente a mãe, permanece com a criança no hospital, enquanto ao pai cabe a tarefa de provedor dos recursos para a subsistência da família, sendo comum os outros filhos serem deixados com parentes, amigos, vizinhos ou mesmo sozinhos (Bezerra & Fraga, 1996).

O impacto que a hospitalização de uma criança causa na vida da família desestruturou-a e faz com que seus membros tenham de passar por uma modificação temporária, adaptando-se, ou não, à nova situação estressante criada involuntariamente pela doença; é um novo fator, pelo qual a mãe tem de se dividir, para manter essas duas dinâmicas vividas por ela entre o hospital e dar continuidade ao núcleo familiar, que acontece sem sua presença (Oliveira & Collet, 1999).

Zannon (apud Imori & Rocha, 1997) aponta o novo papel social da família na instituição, pelo qual o familiar assume novas funções como informante, auxiliar de tratamento, parceiro dos profissionais no atendimento e parceiro entre acompanhantes na experiência de hospitalização.

A fisioterapia e o processo de hospitalização criança-mãe

A rigidez profissional, a desconsideração dos aspectos biopsicossociais da criança doente e hospitalizada, o excesso de trabalho, o desinteresse na área, a falta de humanidade e, principalmente, de bom-senso determinarão um ambiente de trabalho extremamente rigoroso e carregado de rotinas, no qual a criança significa uma peça a mais na estrutura institucional. A existência de rotinas rigorosas, em que não há possibilidade de se dar uma explicação ao paciente, de se atrasar por alguns momentos uma medicação, ou um exame, para que a criança possa compreender o que está ocorrendo, é uma constante. As crianças têm recursos para compreender e podem participar do tratamento e ajudar, inclusive, se forem orientadas (Chiattonne & Angerami, 1987).

Em nossa rotina de atendimento na Enfermaria Pediátrica da Santa Casa de São Paulo, as mães permanecem internadas com seus filhos, em tempo integral, dormem, alimentam-se, e sua própria higiene é feita no ambiente hospitalar. O hospital não possui instalações adequadas onde a mãe possa passar a noite, e ela termina por dormir à beira do leito, em poltronas adaptadas. As refeições e demais necessidades são sanadas e fornecidas pelo hospital, em local apropriado.

A falta de acomodação e de instalações adequadas visando às necessidades dos acompanhantes torna mais desgastante a permanência da mãe na instituição por um período prolongado. A própria situação de hospitalização da criança é altamente estressante para os pais, os quais reagem com diferentes graus de ansiedade.

Segundo Barbosa (apud Bezerra & Fraga, 1996), quando não é dispensado apoio psicológico aos pais, eles podem desenvolver um estado de desespero, ficando impossibilitados de ajudar efetivamente a criança, num momento em que é imprescindível ter toda ajuda possível.

Para Neira Huerta (apud Bezerra & Fraga, 1996) é fundamental que um profissional da equipe de saúde interaja com os pais, no sentido de proporcionar-lhes um relacionamento significativo permeado de apoio psicológico.

Nas condições atuais precárias do atendimento no Hospital SUS, o número de pacientes é desproporcional ao número de funcionários, sobrecarregando o trabalho e simultaneamente ocorrendo diminuição na qualidade do atendimento. Por isso, todo auxílio oferecido pela mãe é útil e necessário aos cuidados com a criança.

A seguir são citados alguns objetivos da Fisioterapia Respiratória dirigidos à relação mãe-filho no processo de hospitalização:

1. Aprendizado da mãe quanto às técnicas básicas.
2. Reconhecimento da criança em crise respiratória.
3. Realização de cuidados imediatos.
4. Ensino da higiene adequada para o ambiente domiciliar.
5. Reconhecimento do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) normal.
6. Posicionamento domiciliar.
7. Redução do tempo de internação.

1. Aprendizado da mãe quanto às técnicas

Algumas técnicas, que visam a manter a permeabilidade das vias aéreas quando as crianças apresentem quadros respiratórios agudos são ensinadas às mães. A associação do uso de inaladores, que facilitem o transporte e fluidifiquem as secreções das vias aéreas no processo infeccioso, auxilia posteriormente a aplicação das técnicas. As técnicas são ensinadas, treinadas e aprimoradas no momento da internação e depois reavaliadas após a alta no Ambulatório.

2. Reconhecimento da criança em crise respiratória

As mães aprendem a identificar em seus filhos cansaço, irritação, cianose (perda da coloração normal), padrões respiratórios diferentes do normalmente apresentado, reconhecer o “chiado no peito” (que é um sinal de sensibilidade dos brônquios por manifestação alérgica – os temidos broncoespasmos que causam cianose e, quando não identificados e medicados a tempo, podem levar ao óbito), identificar temperatura elevada através de sudorese, presença de vômitos, diarreia, que podem ser sinais de infecção e exacerbação do quadro respiratório (Damasceno & Kiertzman, 1999).

3. Realização de cuidados imediatos

Após identificar alguns desses sinais citados, pode-se tomar alguma iniciativa, como: uso da medicação já prescrita pelo médico anteriormente, uso da inalação de alívio com soro fisiológico e ou medicação inalatória, uso de posturas que aliviem a respiração e, quando acentuados os sintomas, a criança deve ser levada ao pronto atendimento hospitalar. Na criança que já passou pelo processo de internação, percebemos que as mães são capazes de identificar precocemente sinais de desconforto respiratório e/ou sinais de infecção, ao contrário de outras mães que, por falta de informação e de treinamento, demoram muito a identificar simples sinais de manifestação alér-

gica e, assim, o atendimento é adiado chegando as crianças ao pronto atendimento em quadro avançado, tornando a indicação de internação obrigatória.

4. Ensino da higiene adequada para o ambiente domiciliar

As orientações de manter o ambiente, no qual a criança permanece a maior parte do seu tempo, limpo e livre de poeira é fundamental na prevenção das crises alérgicas, e as medidas são simples e eficazes, como eliminar carpetes, tapetes, cortinas, cobertores de lã, bichos de pelúcia, roupas felpudas. A presença de poeira é um fator altamente alérgico e, por isso, a limpeza de móveis e assoalho deverá ser feita com pano úmido e sabões neutros, evitando-se o uso de alvejantes que são altamente irritantes para vias aéreas respiratórias das crianças e bebês. Com esses simples cuidados, muitos dos quadros alérgicos são amenizados e controlados.

5. Reconhecimento do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) normal

As crianças no primeiro ano de vida, quando passam pelo processo de internação, sofrem atraso no DNPM, devido à desestabilização do sistema nervoso e da captação sensorio-motora, diante do processo infeccioso. Após a recuperação do processo infeccioso, esse atraso deve ser reconhecido pelo profissional e amenizado pela mãe, quando restabelecido o contato e os estímulos com o ambiente. As atividades realizadas pela criança antes da internação serão readquiridas normalmente, aos poucos, por meio das relações mãe e filho, desde que não tenha ocorrido lesão estruturada de sistema nervoso. Com o relato da mãe sobre em que momento do DNPM a criança estava antes da internação, poderá ser possível identificar e sanar os déficits motores.

6. Posicionamento domiciliar

Alguns posicionamentos facilitam a respiração do bebê e da criança, permitindo melhor ventilação. Essas posturas são ensinadas e podem ser feitas no berço, cama, cadeira e no colo. Após as “mamadas” e alimentação, a postura é muito importante e é o momento em que frequentemente ocorrem as aspirações de leite para a via aérea, causando infecções pulmonares de repetição, que podem levar ao processo de internação.

7. Redução do tempo de internação

Quanto maior o tempo de internação, maiores são as chances de se tornarem crônicas as patologias respiratórias. Por isso, medidas preventivas são muito importantes para se diminuir o tempo de internação, e, nesse processo, a mãe é peça-chave. Somente orientações não são suficientes; as reavaliações e os controles mensais são essenciais para identificar se o aprendizado foi útil e benéfico para ambos (mãe-filho), podendo ser também constatado por meio de outros episódios de internação.

As orientações, por mais simples que sejam, oferecem resultados e são essenciais neste sistema de atendimento único de saúde (SUS), no qual o perfil da população atendida é carente, o número e a rotatividade de pacientes internados é elevado, não havendo condições de realizar consultas freqüentes às especialidades médicas. Por isso, o atendimento do fisioterapeuta é essencialmente voltado para a educação e prevenção das infecções de repetição. Diminuir o número de reinternações dessas crianças representa objetivo fundamental de nossa terapia.

Conclusões

Ao se estabelecer o vínculo, pressupõe-se o estabelecimento da responsabilidade, não individual, mas do binômio serviço de saúde–profissionais e paciente–família. Essa é outra tarefa que não é fácil, mas aposta na construção de um futuro mais solidário, fraterno e esperançoso nos impulsionando a transpor barreiras, pois o que está em jogo não é apenas o prolongamento da vida das crianças, mas também a melhora de sua qualidade de vida (Lima, apud Oliveira & Collete, 1999).

É fundamental lembrar sempre que o ambiente hospitalar faz parte de nossa rotina de trabalho, mas, para as demais pessoas, representa um ambiente agressivo que tem suas normas, regras e procedimentos invasivos como conduta e, por isso, orientar, situar e amenizar a adaptação a esse meio é parte integrante e função de cada membro da equipe de saúde, tanto para criança como para o adulto que a acompanha.

Referências

- BEZERRA, L. F. R. & FRAGA, M. N. O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49 (4), p. 611-624, out./dez.
- CHIATTONE, H. B. C. & ANGERAMI, V. A. (1987). *Psicologia no hospital*. São Paulo: Traço.
- DAMASCENO, N. & KIERSTMAN, B. (1999). Criança sibilante. In: M. T. Gutierrez & I. P Pistelli (Eds.). (*Pediatria: diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Robe.
- IMORI, M. C. & ROCHA, S. M. M. (1997). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura, *Acta Paulista de Enfermagem*, 10 (3), p. 37-43.
- MORIYAMA, L. T.; GUIMARÃES, M. L. L. G. & JULIANI, R. C. T. (1999). Fisioterapia respiratória para crianças. In: T. Rozov (Ed.). *Doenças pulmonares em pediatria*. São Paulo: Atheneu.
- OLIVEIRA, B. R. G. & COLLET, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança–família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (5), p. 95-102.

Contato

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Rua Cesário Mota Jr.,112
São Paulo, SP
CEP 01238-010
Tel.: (11) 3224-0122, r.5123
E-mail: evelyn-diaz@uol.com.br

Tramitação

Recebido em agosto/2002
Aceito em novembro/2002