

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ELABORAÇÃO DE UM PROCEDIMENTO
SISTEMATIZADO PARA RONDA DE
ESTIMULAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS
EM ENFERMARIAS PEDIÁTRICAS

SUELY SALES GUIMARÃES

ORIENTADOR: DRA. CÉLIA MARIA LANA DA COSTA ZANNON

BRASILIA
1987

SUELY SALES GUTMARÃES

ELABORAÇÃO DE UM PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO PARA
RONDA DE ESTIMULAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS EM
ENFERMARIAS PEDIÁTRICAS

BANCA EXAMINADORA

Célia Maria Lana da Costa Zannon - Psicóloga

Antônio Márcio Junqueira Lisboa - Pediatra

Thereza Fontual de Lemos Mettel - Psicóloga

TRABALHO APRESENTADO AO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, COMO REQUISITO PARCIAL PARA A
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS .

BRASÍLIA - DF
1987

Para meus filhos Patrícia e Paulo Roberto,
paradoxalmente privados de minha atenção
enquanto este trabalho estava sendo
desenvolvido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a todas as crianças que foram sujeitos deste trabalho e que na verdade, sob a proposta de "brincar", ensinaram-me sobre o procedimento adequado a ser usado.

A minha orientadora, Profa. CÉLIA MARIA LANA DA COSTA ZANNON, por seu envolvimento com o trabalho, pelo interesse em acompanhar cada passo, pelas leituras incansáveis e repetidas de manuscritos, versões e mais versões, pelo tempo investido em nossas várias reuniões, pelo estímulo e preocupação com a qualidade de nosso trabalho.

A Liliane Begami Escarlante, colaboradora inestimável e meu braço direito durante a coleta de dados, que realizou com inesgotável dedicação e responsabilidade, todo árduo trabalho de observação, registro, e auxílio no trato inicial dos dados e atuou como rondista experimental.

A Profa. Thereza Fontual de Lemos Mettel, pela disponibilidade para discussões e pelas valiosas sugestões oferecidas.

Ao Prof. Antonio Márcio Junqueira Lisboa, pela leitura prévia e discussão do texto.

A Vice-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, que viabilizou minha vinda para Brasília e subsidiou parcialmente este trabalho.

Ao Prof. Lorismário Ernesto Simonassi, chefe do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás em 1984, pelo incentivo e empenho em facilitar minha liberação para cursar mestrado.

A Profa. Milse Alberto dos Reis, coordenadora do Centro de Orientação Psicológica e Clínica da Universidade Católica de Goiás em 1984, pela amizade e incentivo para meu ingresso no mestrado.

Ao Prof. Renato Santos Mello e aos alunos Mauro Carvalho Chehab e Harley Ângelo de Moraes pelo trabalho de impressão dos gráficos, tabelas e fluxograma.

Ao Prof. Gerson Américo Janczura pelo trabalho de impressão das Referências Bibliográficas.

A Profa. Rachel Nunes da Cunha pela redação do índice e toda colaboração "generalizada" para o acabamento deste

trabalho, pelo apoio e pelo tempo precioso que investiu, retirado de seu próprio trabalho de tese.

Ao Prof. Timothy Martin Mulholland, que gentilmente autorizou o uso do micro computador e dispôs-se ao trabalho de ensinar-me a operá-lo.

Ao então Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília, que forneceu verba para a aquisição dos brinquedos utilizados neste trabalho.

Ao Prof. Wilson Valente e ao corpo de enfermagem pediátrica do Hospital Docente Assistencial, pela receptividade, apoio e constante disposição para prestar informações.

À antiga e à atual direção do Hospital Docente Assistencial, pela autorização para que este trabalho fosse desenvolvido em seu Setor de Enfermaria Pediátrica.

Aos meus filhos Patrícia e Paulo Roberto, que pacientemente reduziram várias de suas expectativas e adiaram seus planos, em função do meu envolvimento com este trabalho.

SUMARIO

A relevância da intervenção psicológica no atendimento pediátrico e o desenvolvimento de tecnologia comportamental para promover e preservar a saúde e bem estar humanos, são os temas deste trabalho.

O objetivo foi a elaboração de um procedimento de ronda, no qual se pudesse prover o enriquecimento ambiental de enfermarias pediátricas, através de atenção personalizada e atividades lúdicas oferecidas por um rondista a todas as crianças internadas.

Foram observadas 113 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 11 anos, portadoras de diferentes enfermidades, internadas no Hospital Docente Assistencial do Distrito Federal. Foram também focalizados como sujeitos, três observadores e três rondistas, além da equipe de trabalho local.

O estudo desenvolveu-se ao longo de três etapas, que se destinaram respectivamente a prover subsídios e instrumentais para desenvolver o trabalho, elaborar a proposta de procedimento de ronda e verificar sua aplicabilidade. Foram utilizados diferentes brinquedos e objetos afins como auxiliares da interação rondista-criança.

A coleta de dados foi feita através do método da observação direta do comportamento, usando-se a técnica do registro gravado, em 290 sessões.

Os resultados apresentam a descrição de 51 categorias comportamentais da criança, cinco conjuntos de objetos e 61 categorias estimuladoras passíveis de serem utilizados pelo rondista enquanto agente estimulador, e uma proposta de procedimento sistematizado de Ronda de Estimulação Social.

São discutidas as respostas das crianças ao procedimento e o objetivo das diferentes diretrizes propostas. São apresentadas reflexões acerca do atendimento hospitalar vigente e propostas de reformulação no contexto geral da internação pediátrica, em respeito à criança como ser em desenvolvimento.

ABSTRACT

This work is concerned with psychological intervention in pediatric care and with development of behavioral technology directed toward the growth of human well-being and health.

The purpose of the study was the development of a procedure - named stimulation round - in which environmental enrichment would be provided in pediatric wards through personalized attention and play activities delivered by an adult roundist to each and all children in hospital treatment.

Subjects were 113 children of both sexes, aged 0 to 11 years, in treatment of different illness states at a general school hospital in Brasília. Four undergraduate students and the author were also focused as subjects, when they performed observer and roundist research functions.

Three steps attended to specific and cumulative purposes in this study - a preliminary one, to provide the necessary institutional, human and instrumental basis to the investigation and two further steps in order to develop a systematic round procedure and to test its use by different roundists in the pediatric wards.

Direct observation through spoken audio-tape recording was used to collect behavioral data along 290 sessions of observation on hospitalized childrens .

Results present the description of: a) five sets of toys, destined to promote social interaction and play activities; b) 61 adult behavioral categories to be used by the roundist when he works as a stimulation agent; c) 51 child behavioral categories to be observed as child-responses to environmental events and d) a suggestion of a systematic procedure: The Social Stimulation Round.

Children responses to the procedure and the purpose of the various systematic directions proposed are discussed. Thoughts are included on the enhancement of child behavioral development orientation in hospital care, as a needed part of a more complete and global treatment.

INDICE

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
SUMARIO.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUÇÃO	
A Criança no Contexto Hospitalar	2
Estimulação Ambiental e Desenvolvimento	5
O Brinquedo no Contexto do Desenvolvimento	9
Objetivo	10
MÉTODO	
Sujeitos	19
Local de Trabalho	19
O Setor de Enfermaria Pediátrica	20
A Estrutura do Trabalho	25
ETAPA PREPARATÓRIA	
Sujeitos	28
Material	28
Procedimento	28
Fase 1	29
Fase 2	31
Resultados e Discussão	35
Seleção de horários	35
A amostragem	37
Oportunidade para interagir	38
A técnica de registro	38
Categorias comportamentais da criança	39
Objetos para estimulação	47
ESTUDO 1	
Sujeitos	57
Material	59
Procedimento	59
Entrada na enfermaria	60
Ronda de estimulação social	61
Registro das sessões	61
Aproximação e início do contato com o sujeito	62
Insistência para obter aceitação	68
Recusa inicial à aproximação da rondista	79
Desenvolvimento da interação após aceitação	80
Manejo da interferência de acompanhantes e de outras crianças	89
Interferência de membros do <i>staff</i>	90
Conteúdo da interação	91
Encerramento	91
Uma visão complementar do procedimento de ronda	95

Estimulação de sujeitos B	95
Atendimentos a pacientes terminais e casos especiais	96
Estimulação de sujeitos restritos ao leito	97
Resultados	99
Respostas das crianças ao procedimento de aproximação e estimulação	99
Categorias estimuladoras	107
Proposta de procedimento para ronda de estimulação social	118
Discussão	121
ESTUDO 2	128
Sujeitos	128
Material	128
Procedimento	130
Seleção e treinamento de rondistas	130
Aplicação do procedimento de ronda	130
Resultados e Discussão	132
Respostas das crianças ao procedimento de aproximação e estimulação	132
Situações encontradas e procedimentos adotados	135
Descrição do procedimento de ronda de estimulação social	139
Diretrizes básicas	141
Higiene e atualização para tomada de decisões preliminares	141
Avaliação do contexto físico e social	144
Aproximação	145
Verificação da receptividade da criança	147
Desenvolvimento da estimulação	150
Encerramento	157
CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL, HOSPITALIZAÇÃO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
ANEXOS	178

O atendimento hospitalar na pediatria, é o tema deste trabalho, que descreve o procedimento de elaboração de uma metodologia específica, dirigida à assistência psicológica da criança restrita ao leito hospitalar.

Resgatando a história da medicina ocidental, Okay (1986) mostra que havia em suas origens, uma visão holística do homem como um ser integrado biopsicossocial. A saúde era identificada com o equilíbrio do organismo, as influências ambientais, a interdependência corpo-mente e o potencial de cura inerente à natureza humana, conforme a visão de Hipócrates.

Entretanto, considera Okay, as bases conceituais da moda na medicina científica estão sendo, há mais de 300 anos, expressas pelo modelo biomédico que, influenciado pela filosofia decartiana, iniciou a fragmentação da unidade orgânica em setores independentes. Em decorrência, médicos, psicólogos, psiquiatras, sanitaristas, passaram a desenvolver seus trabalhos e pesquisas com eficiência e profundidade, mas isoladamente, veiculando na literatura sua auto suficiência e tornando exceções as experiências globalizantes e integradoras. /

O desenvolvimento sofisticado da tecnologia cirúrgica, instrumental e farmacológica utilizada na pesquisa, diagnóstico e tratamento, vem assegurando cada vez mais o domínio dos mecanismos que regem os organismos e a consequente probabilidade de sucesso específico na reabilitação da área comprometida.

Dentro deste contexto, o atendimento médico-hospitalar tem se voltado para os cuidados físicos de órgãos e distúrbios isolados, dirigindo pouca ou nenhuma atenção às condições psicológicas do ser humano, dentro de um clima impessoal e mecânico agente de saúde-paciente (Kamiyama, 1972; Chiattonne, 1984; Okay, 1986).

Entretanto, os profissionais comprometidos com uma visão global frente a saúde, têm envidado esforços e realizado trabalhos práticos com resultados precisos, que mostram o homem como ser dinâmico integrado e a saúde como um tema, por natureza, multidisciplinar.

Esses trabalhos, embora realmente excessões, estão se proliferando no Brasil e no mundo, reunindo diferentes profissionais em torno do ser humano, com suas pesquisas e propostas de defesa da saúde e bem estar (Windholz, 1984)

A CRIANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR

A hospitalização para a criança, já física e emocionalmente agredida pela enfermidade, representa o afastamento de seu ambiente doméstico, onde vinha ocorrendo o desenvolvimento de seu repertório motor, social, emocional e intelectual (Chiattonne, 1984).

A modificação do meio físico, traduzida pela separação do lar, entrada na enfermaria e confinamento ao leito, restringe a mobilidade e as condições de exploração do ambiente (Verzemnieks, 1984), necessários à harmonia do

desenvolvimento psicomotor nos primeiros anos de vida quando esse processo é significativamente mais intenso que nos momentos posteriores (Carvalho, 1977; Queiroz, 1977; Hegg e Luongo, 1977; Crocker, 1978).

A modificação no ambiente social e emocional, é traduzida pelo afastamento dos pais e demais pessoas afetivamente significativas (Rutter, 1979); a entrada da criança em um contexto estranho, social e fisicamente super estimulador, no qual a criança contatua superficialmente com dezenas de pessoas diferentes e recebe toda carga de ruído e imagens, típicas da situação (Verzemnieks, 1984); pela manipulação e atendimento de suas necessidades básicas por agentes instáveis e desconhecidos.

Os trabalhos de Spitz (1965) descrevendo a "síndrome do hospitalismo", de Bowlby (1960, 1961) avaliando os efeitos adversos do confronto com ambientes estranhos e cuidados substitutivos, e de Barowsky (1978) sobre as reações psico-sociais à hospitalização, mostram os possíveis prejuízos decorrentes, no desenvolvimento psico-social da criança com história de hospitalização.

Zager (1980), estudando as necessidades emocionais da criança hospitalizada, refere-se ao despreparo e resistência do corpo médico para lidar com tais fatores. Considera que a experiência hospitalar pode ser uma oportunidade para promover respostas positivas, facilitadoras do desenvolvimento psicológico e social ao invés de promover

apenas as respostas típicas do "hospitalismo", já identificadas pela literatura.

Posição semelhante, quanto à qualidade da experiência hospitalar, é encontrada no trabalho de Zannon (1981-a) quando propõe que "...a hospitalização pode mesmo constituir para a criança e sua família, uma oportunidade para enriquecimento de repertório comportamental em várias áreas..." (pg.16).

Entretanto, como reconhece o médico americano Mason (1978), nas situações onde há esforço no sentido de humanizar os procedimentos hospitalares, encontra-se dificuldades relativas à implantação das mudanças, relacionadas às prioridades existentes na instituição.

Matos (1983-a), enfatiza a falta de variedade, estrutura e organização dos estímulos com os quais a criança hospitalizada entra em contato, bem como a ausência de um agente disponível que possa integrar e denominar verbalmente esses estímulos, criando atividades e fornecendo feed-back específico para as tentativas de interação da criança com a estimulação presente.

Ambientes repetitivos ou desorganizados quanto à qualidade, complexidade e forma de apresentação de estímulos, falham em promover a curiosidade e respostas de exploração por parte de crianças, sendo capazes inclusive de promover mais a regressão ou a lentidão no desenvolvimento, do que a própria privação (Verzemnieks, 1984).

ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL E DESENVOLVIMENTO

A importância das condições de enriquecimento do meio sobre o homem, é notada na literatura desde 1815, quando o frenologista Spurzhein levantou a hipótese de que os órgãos do cérebro cresceriam se exercitados e sugeriu que para validar esta possibilidade as pessoas deveriam ser observadas quando exercitadas e quando não, ou pelo menos ser observadas diferencialmente as pessoas que são exercitadas a vida toda e aquelas que não o são (citação de Rosenzweig, 1966).

Os efeitos de um ambiente complexo somado a treinamento, foram identificados como capazes de produzir mudanças na capacidade de aprendizagem de ratos, por uma série de estudos nesta área, realizados por Rosenzweig (1966, 1984) e Rosenzweig e colaboradores (1962, 1964).

Outros dados da literatura mostram que a experiência, comparada à incapacidade de experienciar, em qualquer grau, favorece o desenvolvimento de diferentes aspectos cerebrais e altera os comportamentos resultantes da atividade dessas estruturas desenvolvidas (Will, Rozenzweig, Bennet, Herbert, Morimoto, 1977; Uylings, Kuypers, Diamond, Voltman, 1978; Connor, Melone, Yuen, Diamond, 1981).

A criança, enquanto ser em desenvolvimento, explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca, à medida em que as características ambientais são favoráveis e à medida em que oportunidades lhe são oferecidas. Através

dessa interação mútua ocorrem as modificações no repertório comportamental da criança e na natureza funcional do meio (Bijou e Baer, 1978). Enquanto atua sobre o ambiente criando novas possibilidades de exploração, a criança aprende sobre o mundo a sua volta e sobre suas próprias condições de atuação sobre ele (Crocker, 1978).

Entretanto, a simples exposição aos estímulos ambientais, pode não ser suficiente para promover uma resposta participativa da criança, enquanto agente de seu desenvolvimento. Como propõem Marcondes (1977) e Crocker (1978), para provocar uma resposta participativa do organismo, torna-se necessário uma organização e estruturação adequada do ambiente, a partir das quais a criança possa interagir ativamente.

O desenvolvimento deve ser encarado como um processo essencialmente de interação, no qual a criança como agente ativo, estruturado e funcional, explora e molda seu ambiente, selecionando ou ignorando certas formas de experiência (Carvalho, 1983).

Marcondes (1986) entende que os fatores ambientais, se positivos, favorecem o crescimento e, se negativos, freiam-no. Considera a adequação da estimulação constante quando propõe que, "onde houver uma criança em seguimento (centro de saúde, consultório de emergência, enfermaria, berçário) deve haver uma postura pediátrica voltada para a vigilância de seu crescimento e desenvolvimento". Em trabalho anterior (1977), mostra que falhas na estimulação sensorio-

perceptiva, motora, cognitiva e da comunicação podem resultar em retardo significativo do crescimento e desenvolvimento da criança.

Também estudando os efeitos ambientais sobre o desenvolvimento, Sameroff (1986) concluiu que a condição biológica é apenas um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento infantil, que levará à competência intelectual e social-emocional. Segundo seus achados, a maioria das desvantagens identificadas nas crianças, são resultados de fatores mais fortemente ligados ao ambiente social e psicológico do que às suas características intrínsecas.

A relevância das características ambientais, físicas, sociais e emocionais no processo de desenvolvimento bio-psicológico da criança, está amplamente discutida na literatura psicológica e pediátrica (Bowlby, 1940; Piaget, 1971; Erickson, 1976; Yarrow, Rubenstein e Federson, 1975; Clarke e Clarke, 1976; Wachs e Gruen, 1982; Matos, 1983-b; Garfunkel, 1985; Cleveland, 1985; Lipsitt, 1986; Haith, 1986; Field, 1986).

Trabalhos de intervenção realizados com grupos de crianças institucionalizadas ou situacionalmente privadas, posteriormente submetidas a procedimentos de estimulação suplementar multimodal (tátil, motora, visual e auditiva), têm demonstrado a ocorrência de acréscimo no desenvolvimento intelectual e psicomotor dessas crianças, a nível de

incremento e de reversibilidade no processo de atraso desenvolvimental devido à privação.

Evidências neste sentido são mostradas pelo estudo de McGregor, Schofield e Powell (1987), que estimularam crianças subnutridas, em um programa de enriquecimento ambiental, associado ao tratamento médico tradicional. As crianças, inicialmente com desenvolvimento intelectual atrasado em relação a outro grupo de crianças bem nutridas usado como controle, puderam alcançá-las ao cabo de dois anos de intervenção, enquanto um segundo grupo de subnutridos, também usado como controle, permaneceu em atraso.

Verzemnieks (1984), relata a experiência de enfermeiras promovendo o contato individual, com o objetivo de desenvolver respostas participativas em uma criança hospitalizada, ao 22 meses de idade, com repertório desenvolvimental a nível de recém-nascido. Diariamente a criança foi submetida a contato face-a-face, toque nas mãos e fala suave; diante do insucesso inicial, a enfermeira passou a levar as mãos da criança até o próprio rosto e verbalizar reforçando-a socialmente pelo gesto. Após os cinco primeiros minutos deste procedimento, a criança apresentou fugidios contatos olho-a-olho e dentro de uma semana mantinha contato visual estável, explorava seu ambiente e tocava voluntariamente o rosto de sua enfermeira.

Hakimi-Manesh, Mojdehi e Tashakkori (1984), partindo do pressuposto de que as condições de privação sensório-

motora e social do contexto típico de orfanato, é responsável pelo atraso no desenvolvimento das crianças internadas, introduziram estimulação adicional e individual para um grupo delas. Promoveram o toque físico, o contato olho a olho e a fala. Após seis meses de procedimento, encontraram significativo avanço no desenvolvimento psicomotor e intelectual dessas crianças, com relação ao desenvolvimento de seus pares do grupo de controle.

O BRINQUEDO NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO

O brincar em seu sentido amplo, implicando nas diferentes atividades lúdicas, como divertimento, folguedo, jogo de crianças, representação (Rosamilha, 1979), é uma atividade universal entre vertebrados (Brunner, Jolly e Sylva, 1976; Crocker, 1978) reconhecidamente crucial no processo de desenvolvimento humano (Rosenblat, 1977; Kielhofner, Barris, Bauer, Shestock e Walter, 1983; Vygotsky, 1984).

O comportamento de brincar implica na interação com o ambiente, seus objetos e pessoas, geralmente de modo relaxado e envolvendo um afeto positivo. A estrutura e orientação dessa atividade lúdica, estará na dependência das características pessoais da criança, do objeto e da organização do contexto no qual se inserem.

Fouco diferenciado do comportamento exploratório, o brincar aparece na literatura como um comportamento menos consistente e menos estereotipado, inibido pela situação desconhecida e altos níveis de ansiedade. A exploração vincula-se à aquisição de informação sobre o contexto, situação ou objeto, enquanto o brincar ocorre a partir da exploração inicial, aparentemente mais motivado pelo próprio organismo do que pelo estímulo externo (Rosamilha, 1979). Quando ocorre a introdução de estímulos novos na situação, o organismo explora-os primeiro para depois brincar com eles, associando o brincar à familiarização (Hutt, 1976; Rosamilha, 1979, cap.1).

Hutt e Bhavnani (1976), investigando a curiosidade e exploração entre crianças, frente a um estímulo novo, reconheceram dois níveis na sequência das atividades: exploração específica, quando a criança inspeciona e investiga no sentido de "o que este objeto pode fazer?" e exploração diversiva ou brincar, quando a atividade é realizada no sentido de "o que eu posso fazer com este objeto?" (pg. 216).

De acordo com Piaget (1976), esta exploração inicial implica em aprendizagem acerca do objeto em questão após o que, a criança interage com ele não mais para aprender a seu respeito, mas pela atividade em si, de domínio e modificação da realidade. O brincar é visto como fim, não como um meio.

Brincando, a criança manipula seu ambiente de forma a favorecer seu próprio bem estar. Aprende a desempenhar

papéis reproduzindo-os a partir da observação, como quando reproduz o papel da mãe ao vestir e embalar uma boneca, ou reproduz o papel do motorista quando põe um carrinho em movimento. Este tipo de atividade consiste em uma forma primária de desenvolver a habilidade humana para lidar com a experiência, criando modelos situacionais e atuando dentro deles. Desta forma controla a realidade, experimentando e planejando os elementos e situações do mundo externo, para ajustá-la a seus objetivos. A partir da modificação realizada por sua atuação a criança desenvolve novas oportunidades para si própria, aumentando a complexidade das respostas exigidas para o ajustamento à nova situação, o que favorece a ampliação do seu repertório comportamental e o encadeamento de respostas para o alcance de objetivos. Treina também as funções do organismo, através da atividade motora fina e grossa (Machado, 1977; Crocker, 1978; Kielhofner e colaboradores, 1983 e D'Antonio, 1984), viabilizando assim seu desenvolvimento cognitivo, social-afetivo e motor (Rosamilha, 1979).

O envolvimento social do brincar permite o uso do repertório adquirido em brincadeiras anteriores incluindo a aplicação de regras, repetição de movimentos e de situações, combinação de diferentes respostas já adquiridas e aprendizagem de respostas novas através das situações criadas. Inclui também o aprendizado de jogar com pares, conviver em grupo, cooperar, experimentar emoções e atitudes de aceitação e rejeição, aproximação e afastamento.

A prática repetitiva de brincadeiras, como esconde-esconde por exemplo, pode incorrer no aprendizado de regras quando a criança emite determinadas respostas em lugar e tempo específicos, de acordo com a proposta do jogo (Bruner e Sherwood, 1976). Quando discrimina que o cumprimento da regra viabiliza o jogo e que sua quebra implica em falhas funcionais, a criança aprende seu significado e a necessidade de segui-la.

A atividade lúdica tem se mostrado relevante para o desenvolvimento de habilidades para lidar com instrumentos (Rosamilha, 1979) e para solucionar problemas. Sylva (1977), estudando o desempenho de crianças entre tres e cinco anos, demonstrou que a oportunidade para brincar livremente com objetos a serem utilizados em situações-problema, antes da tarefa, facilita a posterior iniciativa e competência para solucionar os problemas propostos. Seus sujeitos livres para brincar com o material a ser incluído em uma situação-problema apresentaram, quando nesta situação, esforço mais persistente para encontrar a solução, levantaram maior diversidade de hipóteses possíveis e tiveram um número significativamente maior de sucesso, quando comparados com o desempenho de sujeitos-controle que não puderam brincar previamente.

Como o desenvolvimento implica em um processo de aprendizagem para adequar o comportamento às diferentes situações apresentadas pelo meio, o brinquedo facilita a

familiarização e permite o treinamento de acordo com os recursos disponíveis.

Impedimento ou redução de oportunidades para brincar devido a restrições ambientais ou das condições da criança, conduz a consequências adversas (D'Antonio, 1984) como inabilidade para usar efetivamente o próprio corpo, interagir com pessoas e solucionar problemas (Kielhofner e colaboradores, 1983). Outros comprometimentos foram reconhecidos por Crocker (1978), abrangendo nível psicológico como depressão, distúrbios do sono e da alimentação, desatenção, comportamento estereotipado e abrangendo também o nível físico como atraso no crescimento, atrofia de células e músculos.

Considerando o alto custo do impedimento de brincar e a responsabilidade do ambiente em prover condições favoráveis e personalizadas a cada criança, torna-se necessário avaliar os aspectos inibidores daquele comportamento, para preveni-los e modifica-los.

→ A partir da própria conceituação de brincar, podem ser reconhecidos alguns fatores de impedimento tais como: imobilidade, visto que a restrição impossibilita a maior parte dos comportamentos interativos ou mesmo exploratórios; ambiente inexpressivo ou repetitivo, por falta de novidade e incentivo à curiosidade; super estimulação, por sua desorganização típica e características inibidoras; e medo, gerador de ansiedade, incompatível com o relaxamento implícito no brincar.

→ Considerando todos esses fatores inerentes ao desenvolvimento e reconhecendo o hospital como ambiente diferenciado, as condições de hospitalização tornam-se uma variável de peso para a evolução natural do crescimento psicológico do paciente. É necessário voltar a atenção para o contexto psico-social em que se encontra a criança enferma, o tipo de influência que essas condições podem estar exercendo sobre seu desenvolvimento como um todo e o tipo de procedimento adequado para se obter o controle de tais variáveis circunstanciais.

→ Neste aspecto, o atendimento por profissionais qualificados na ciência do comportamento proveria, junto à equipe pediátrica, recursos técnicos para minimizar possíveis perdas ou atraso no desenvolvimento, que poderia sofrer a criança em situação hospitalar.

A idéia de um plano de atendimento interdisciplinar, encontra-se na definição de Pediatria feita por Pedro de Alcântara (1964) no Brasil, e na definição feita pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Alcântara, a criança deve ser assistida quanto a seus problemas orgânicos e psíquicos, de modo preventivo e curativo, em sua totalidade e em suas mútuas dependências. Salienta ainda, a importância de se considerar a constituição da criança, as condições socio-econômico-religiosas da família, as condições de seu ambiente físico, e o respeito às características das fases de desenvolvimento infantil, visando uma pessoa saudável nos aspectos físico e psicológico.

Barbosa (sem data), postula tres aspectos fundamentais para se alcançar os objetivos de uma assistência global à criança:

1. deve-se promover a saúde e não apenas lutar contra a doença e a morte,
2. por saúde deve-se considerar o bem estar físico, mental e social,
3. e o paciente deve ser encarado de acordo com sua singularidade e suas interrelações complexas com a família.

Romero (1986), entende que a equipe de saúde deve se responsabilizar pelos aspectos físicos e psicológicos que impõem aos pacientes e suas famílias e deve resolver a ansiedade de ambos oferecendo apoio emocional eficiente em cada área.

Mettel, na interpretação de Zannon (1981-b), tem realizado trabalhos nos quais situa a atuação tradicional do psicólogo na instituição hospitalar e suas condições de expansão na área, como componente da equipe de pediatria.

Zannon (1981-a), estudando a hospitalização e as condições da criança neste contexto, levanta pontos de atuação do psicólogo como "agente da criança enquanto um ser psicológico em desenvolvimento" e introduz a "ronda", como um dos possíveis procedimentos quando este profissional

estaria percorrendo as dependências da enfermaria, provendo estimulação adequada e sistemática, criança por criança.

OBJETIVO

Idealizado a partir do trabalho de Zannon (1981-a), este estudo predominantemente exploratório, teve por objetivo a elaboração de um procedimento sistematizado de Ronda de Estimulação Social para aplicação em enfermarias pediátricas.

A Ronda de Estimulação Social é aqui proposta como meio de enriquecimento ambiental, promotor de condições para desenvolver ou manter o repertório comportamental da criança, nas áreas social, sensorial e motora, dentro de um contexto afetivamente positivo.

Este procedimento traz propostas gerais de atendimento a todas as crianças internadas em setores de enfermaria pediátrica, respeitando sua individualidade e condições clínicas. Colabora, como instrumento, para a redução de dificuldades metodológicas inerentes ao trabalho de intervenção e atuação do psicólogo na instituição hospitalar.

É detalhado, especialmente, o procedimento usado para a estimulação de crianças na faixa etária de um a quatro anos, restritas ao leito, não terminais e portadoras de enfermidades não contagiosas.

Partiu-se do pressuposto que as crianças dentro daquela faixa etária seriam mais vulneráveis às condições adversas típicas da situação hospitalar, por ser esta faixa reconhecida na literatura como período crítico do desenvolvimento.

A restrição ao leito foi critério usado considerando que os pacientes restritos ficam em condições especiais de privação. O fato de não se locomoverem por recursos próprios para interagir com o meio físico e social, faz com que dependam da estimulação que de alguma forma chega até eles.

A preferência por pacientes não terminais e portadores de enfermidades não contagiosas, ocorreu na tentativa de se igualar as condições de interação das crianças com a autora. Foi considerado que os pacientes terminais teriam menores condições de envolvimento e responsividade diante da estimulação, devido a limites impostos por suas condições físicas. Foi considerada também a possibilidade de comprometimento das medidas profiláticas, devido ao contato da autora com portadores de enfermidades infecto-contagiosas. Os objetos a serem utilizados no procedimento, laváveis a água e sabão para manuseio de diferentes crianças, poderiam se tornar instrumento de contaminação.

Neste momento em que se expandem as propostas de multidisciplinaridade entre os diferentes especialistas interessados na saúde da criança, o desenvolvimento de

tecnologia comportamental voltada para a sistematização e operacionalização de procedimentos, favorece a viabilidade da elaboração e alcance de objetivos, em promoção da saúde global da pessoa em desenvolvimento.

MÉTODO

Sujeitos

Foram observadas durante as tres etapas de que consta este trabalho, 113 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 11 anos e portadoras de diferentes enfermidades, internadas em um Setor de Enfermaria Pediátrica. Foram também focalizados, como sujeitos, os membros da equipe de pesquisa que em diferentes momentos do trabalho, desempenharam os papéis sob investigação, e os membros da equipe de trabalho local.

O local de trabalho

Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Docente Assistencial do Distrito Federal, sito à Av. L2, Asa Norte, em Brasília.

Antigo órgão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Hospital Docente Assistencial era, no início deste trabalho, denominado Hospital do Distrito Federal Presidente Médice.

Conveniado como hospital escola da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, o então Hospital Presidente Médice atendia à população previdenciária do Distrito Federal e de outras regiões do país, predominantemente do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Em geral tratava-se de clientela carente, de baixo nível socio-econômico-cultural. Destinava-se ao diagnóstico e tratamento de diferentes patologias, realizados pelo *staff** local formado por médicos da equipe permanente, médicos residentes, professores e alunos da FS e o corpo de enfermagem. Algumas aulas práticas dos cursos da FS eram ministradas no hospital, em seus respectivos setores.

Autorização para desenvolver o trabalho naquela unidade, foi obtida a partir de maio de 1985, por solicitação formalizada ao Centro de Aperfeiçoamento das Equipes da Saúde (CEAPS) e à direção geral do hospital. Exaurido o prazo solicitado de um ano, entendimentos verbais entre a pesquisadora e a direção da FS (naquele momento co-gestora do hospital), permitiram a continuidade do trabalho até sua conclusão.

O setor de enfermaria pediátrica

Localização do Setor na Unidade Hospitalar - O campo de atuação, Setor de Enfermaria Pediátrica, era formado por uma única ala, funcionando no 2º pavimento da Unidade Hospitalar.

* O TERMO *STAFF* SERÁ USADO NESTE TRABALHO REFERINDO-SE AO GRUPO DE TRABALHO PERMANENTE DO HOSPITAL, ENQUANTO QUE O GRUPO DE PESQUISA SERÁ REFERIDO COMO EQUIPE DE PESQUISA OU EQUIPE DE TRABALHO.

Características Físicas do Setor - O Setor Pediátrico era composto por oito enfermarias, um lactário, uma sala de reuniões e aulas, um posto de enfermagem, uma sala de curativos e biópsia, um expurgo, uma sala de banhos com sanitário e um refeitório, também utilizado como sala de recreação.

As enfermarias somavam 40 leitos, os quais nem sempre eram ocupados em sua totalidade. Todas tinham janelas, um visor de vidro nas portas e cinco delas tinham sanitários. A ocupação dos leitos dava-se por seleção dos pacientes a partir do diagnóstico a que se destinava cada enfermaria. Este critério não era rígido e o remanejamento ocorria de acordo com a necessidade. Em situações especiais como quando um paciente apresentava quadro clínico de maior gravidade ou exigia diferenciação, era isolada a enfermaria que ocupava.

A ocupação de enfermarias dava-se da seguinte forma:

- Enf.201 - metabolismo (desnutrição, diarreia)
- Enf.203 - pequenas cirurgias (pacientes recebiam alta em 24 horas)
- Enf.205 - nefrologia (infecções e insuficiências renais)
- Enf.207 - pneumologia (distúrbios respiratórios, pneumonia)
- Enf.209 - hematologia (anemia, leucemia)
- Enf.211 - pré e pós operatório
- Enf.213 - cirurgia ortopédica e outros casos clínicos, não infecciosos.

→ Enf.215 - bercário patológico: ocupado por pacientes de até 5 meses de idade. Quando necessário podia ser utilizado por outros pacientes, desde que distróficos, devido ao pequeno tamanho dos leitos, destinados a bebês.

O refeitório funcionava também como sala de recreação. Nele havia um televisor preto e branco encaixado na parede, que permanecia ligado a maior parte do tempo, um armário onde se guardavam uns poucos brinquedos de propriedade do hospital, mesas e cadeiras infantis em número suficiente para acomodar as crianças e às vezes seus acompanhantes.

A sala de banhos era formada por dois chuveiros, uma pia para crianças menores e um sanitário. Servia ao banho dos pacientes, enquanto os acompanhantes deviam usar os banheiros do pavimento inferior.

O posto de enfermagem reunia a enfermeira chefe, o corpo de enfermagem e continha medicamentos, arquivos de prontuários, dados gerais sobre os pacientes e era o principal ponto de contato e informações.

A sala de reuniões do *staff* era também utilizada para algumas aulas teóricas, mas estava muitas vezes disponível sendo ocasionalmente utilizada para anotações e discussões da equipe de pesquisa.

A sala de curativos e biópsia servia às necessidades de atendimento aos pacientes internos.

O lactário, de acesso permitido apenas aos funcionários autorizados, tinha uma sala contígua onde, através de um guichê fazia-se a comunicação quando necessário.

O expurgo recebia material a ser limpo e material de limpeza destinado à higiene do Setor.

As dependências da ala eram pintadas de cor clara, livres de qualquer objeto decorativo, inclusive a sala usada para recreação. Nas portas, alguns cartazes chamavam a atenção para a necessidade de higiene manual.

→ Características da Rotina Diária - Segundo informações prestadas por uma enfermeira chefe, a média de crianças internas girava em torno de 21, com tempo de internação variado. Alguns pacientes cirúrgicos recebiam alta em 24 horas enquanto outros, como os subnutridos, permaneciam no hospital por 10 dias ou mais. Eram frequentes as internações de pacientes portadores de GNDA (um tipo de infecção renal), considerado o diagnóstico mais frequente na época.

Portadores de diferentes enfermidades eram admitidos, excluindo-se entretanto episódios infecto-contagiosos, visto não haver isolamento no hospital.

A faixa etária para admissão na Pediatria variava de zero a 12 anos incompletos, sendo maior a incidência entre cinco e seis anos.

As quatro refeições diárias eram servidas às 8.00, 11.00, 14.00 e 17.00 horas. Crianças maiores e em condições de se locomoverem, tomavam suas refeições no refeitório, enquanto as demais tomavam-nas nos próprios leitos. Acompanhantes, em geral, faziam as refeições junto de suas crianças.

O banho era dado à tarde ou sempre que o paciente necessitava de cuidados de higiene. As visitas médicas aconteciam durante a manhã.

Era norma do hospital a internação conjunta acompanhante-criança, onde o acompanhante em geral era a mãe e algumas vezes o pai ou algum parente. Este acompanhante auxiliava nos cuidados da criança, banhos e refeições, além de fazer-lhe companhia. Algumas crianças, por motivos familiares diversos eram internadas sozinhas, mas os acompanhantes presentes costumavam dividir sua atenção entre estas e suas próprias crianças. Também era comum que acompanhantes substituíssem aqueles que saíam por motivos diversos, como ir ao banho, à casa ou às compras.

O *staff*, demais funcionários, alunos, acompanhantes e visitantes transitavam pelo corredor, que era a única via de acesso às enfermarias e demais dependências. Funcionários da lavanderia, cozinha e limpeza estavam com frequência na ala e era comum sua interação com os pacientes e acompanhantes.

Os pacientes em condições de locomoção, também transitavam pelo corredor simplesmente andando de um lado para outro, visitando outras crianças, indo ao banho ou sala de recreação, seguindo adultos ou solicitando companhia. Acompanhantes passeavam sozinhos pelo corredor, levando pacientes ao colo, ou conduzidos em carros-berço. Costumavam também sentar-se no banco ao lado do elevador, no *hall* de entrada, onde fumavam e conversavam com outros acompanhantes e crianças.

A estrutura física do Setor e a disposição das crianças pelas enfermarias, corredor e sala de recreação, tornavam o ambiente uma verdadeira comunidade. Naquele contexto, qualquer procedimento simples de rotina, como se propõe a ser a Ronda de Estimulação Social, era partilhado pelo menos visualmente, pelos próprios internos, acompanhantes, visitantes, *staff* e funcionários.

A estrutura do trabalho

Para se chegar à elaboração final do Procedimento de Ronda de Estimulação Social, foram cumpridos diferentes momentos, hierarquizados, onde os primeiros forneciam subsídios para os posteriores. Ou seja, cada momento do procedimento esteve na dependência de achados do momento anterior e o primeiro deles, de caráter mais fortemente exploratório, foi subsidiado por dados da literatura,

discussões com a orientadora e experiência anterior da autora.

Os diferentes momentos constituíram etapas do trabalho e serão aqui apresentados em sequência, sob a forma de relato de uma **Etapa Preparatória** para o desenvolvimento da pesquisa e dois estudos subsequentes, **Estudo 1 e Estudo 2**, concluídos quando alcançado o objetivo de se descrever o Procedimento de Ronda de Estimulação Social.

A Etapa Preparatória foi desenvolvida objetivando a familiarização da autora com o contexto físico e social, e o desenvolvimento de recursos humanos e instrumentais para a coleta de dados.

O Estudo 1 teve por objetivo desenvolver a sistematização do procedimento de ronda e operacionalizar o procedimento específico de estimulação individual.

O Estudo 2 teve por objetivo a aplicação prática do procedimento sistematizado e proposto no Estudo 1, para verificação de sua aplicabilidade e da possível necessidade de reajustes na descrição realizada.

ETAPA PREPARATORIA

O objetivo desta etapa foi o estabelecimento de condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho. Essas condições deveriam formar a estrutura de base para o desenvolvimento e sistematização do procedimento de Ronda de Estimulação Social. Consistiu no cumprimento de duas fases:

1- Familiarização da autora com o ambiente físico e social de modo a favorecer sua circulação dentro do Setor de Enfermaria Pediátrica, bem como seu relacionamento com todo o corpo de trabalho local.

2- Desenvolvimento de recursos humanos e instrumentais para coleta de dados, incluindo:

a- Treinamento de observadores, promovendo igualmente sua adaptação ao contexto e desenvolvendo seu repertório na técnica de coleta de dados.

b- Desenvolvimento das categorias comportamentais a serem usadas na coleta de dados.

c- Elaboração da lista de objetos adequados ao uso, no procedimento de estimulação social.

Sujeitos- Foram sujeitos desta etapa, a própria autora, a equipe de trabalho local, 3 observadores e 41 crianças internadas.

Material- Foram utilizados:

-lápis

-papel

-brinquedos que estivessem em poder das crianças ou que fossem do hospital e estivessem disponíveis ao uso.

-objetos que estivessem em poder das crianças ou disponíveis ao uso, cuja manipulação fosse viável pela forma, tamanho, condições de higiene e não implicasse em riscos físicos para o paciente ou prejuízos em geral. São exemplos: seringas sem agulha, borrachas de soro, recipientes vazios, sacos plásticos.

Especificamente na fase 2, utilizou-se também:

-1 micro-gravador marca Gradiente

-fitas micro-cassete marca Gradiente e Sony

-1 relógio de pulso com ponteiro de segundos

-lista de categorias comportamentais definida por Mettel e Lobo(1980).

Procedimento- As duas fases desta etapa foram desenvolvidas no curso de 37 visitas, realizadas entre maio e setembro de 1985. A frequência semanal, horário e duração das visitas variou de acordo com os objetivos de cada fase.

Fase 1 - Familiarização da autora: constou de 14 visitas, distribuídas por dois meses em dias e horários variados incluindo finais de semana, horário de refeições, de repouso e de outros procedimentos rotineiros. A frequência semanal média era de duas visitas, com duração entre 1:30 e 2:30 horas.

A primeira visita foi realizada com o objetivo de colher informações sobre a rotina e funcionamento do Setor, já apresentados neste relato.

Nas 13 visitas seguintes, a autora procurou manter contatos informais com o pessoal de serviço local em todos os níveis e com o maior número de crianças internadas possível. O procedimento assistemático objetivava sua adaptação ao campo e assimilação daquele contexto.

Quando membros do *staff* eram encontrados casualmente no corredor ou dependências da ala, a autora iniciava conversação sobre a área de atuação daquele profissional, sobre os pacientes, falava de seus objetivos e formulava perguntas acerca da rotina hospitalar, do atendimento médico, do estado geral dos pacientes ou sobre sintomas, quadros clínicos e prognósticos.

Ocasionalmente, o encontro com funcionários da limpeza e da cozinha era transformado em conversa informal, onde geralmente estes falavam de suas experiências no hospital e seu tempo de serviço, além de assuntos pessoais.

Eram visitadas todas as enfermarias e sala de recreação; as crianças eram contactadas indiscriminadamente,

à medida em que a autora chegava ao local em que estavam e vice-versa. O critério usado para abordar os pacientes, foi sua disponibilidade. Considerou-se disponível, a criança que estivesse acordada e não engajada ou submetida a procedimentos de rotina, como exames ou banho por exemplo. Desenvolvia-se conversação sobre família, escola, atividades preferidas e promovia-se o canto, brincadeiras infantis e o contato físico com a autora. Os acompanhantes e visitantes, muitas vezes se aproximavam e iniciavam conversação acerca de suas expectativas e apreensões, forneciam dados sobre a história passada do paciente em questão e de sua família. Quando não se aproximavam ou não tomavam a iniciativa do diálogo, a autora o fazia.

As crianças que circulavam pelo corredor, eram abordadas e costumavam seguir até a sala de recreação ou sua enfermaria, de mãos dadas ou abraçadas à autora.

Informações sobre os paciente eram retiradas dos prontuários e o esclarecimento de possíveis dúvidas era solicitado ao pessoal do *staff* ou aos acompanhantes, se fosse o caso.

Durante as visitas era feito o registro de dados pessoais e de informações sobre as condições clínicas dos pacientes. *A posteriori*, procedia-se o registro anedótico de interações, anotações de comentários e de impressões pessoais.

A distribuição do tempo era flexível e cada atividade podia tomar mais ou menos tempo; cada um dos diferentes sujeitos envolvidos, podia ser contactado uma ou mais vezes.

Ao ser capaz de transitar livremente pelo Setor, tomar decisões sobre como e quando abordar pacientes, ser solicitada por pessoas do *staff* e acompanhantes, a autora sentiu-se integrada ao contexto. Passou à seleção dos observadores e a seguir desenvolveu seu treinamento, iniciando a segunda fase desta etapa.

Fase 2 - Desenvolvimento de recursos humanos e de instrumentais para estimulação e coleta de dados: constou de 23 visitas, distribuídas por dois meses em dias e horários diferentes, excluindo-se sábados, domingos (em função dos horários dos observadores) e horário de repouso dos pacientes. A frequência semanal média era de três sessões, que variavam em duração de 2:00 a 4:00 horas.

a- Treinamento de observadores - A seleção de observadores atendeu aos critérios de interesse demonstrado pelo trabalho e disponibilidade de tempo. Foram aceitos três alunos de graduação, dos quais dois de Psicologia e um de Pedagogia. O treinamento foi realizado através de procedimento sistemático durante 166 sessões incluindo: familiarização; registros cursivo geral e específico; registros por amostragem de tempo e eventos; registros por sequência de categorias (sequencial categórico); registro gravado; testes

de acordo. Leituras e discussões semanais sobre aspectos teóricos e realização prática da observação direta completaram o treinamento.

Eram registrados os comportamentos das crianças, estando ou não interagindo com outra pessoa, dentro das enfermarias, no corredor ou na sala de refeições e recreação. Quando era de interesse o registro do comportamento da criança em interação, era solicitado ao acompanhante que interagisse com ela, ou um dos membros desta equipe o fazia.

Ocasionalmente, ao observar a realização de registros, os acompanhantes faziam perguntas sobre o objetivo daquele procedimento. Eram então informados de que a interação visava estimular as crianças e que os registros mostravam como elas se comportavam. Era dito ainda que o procedimento tinha natureza comportamental e não médica.

A familiarização se processou durante o treino de registros e a evolução era avaliada a cada sessão e durante as reuniões semanais de equipe.

Para o treinamento dos registros categóricos, foram utilizadas as categorias definidas por Mettel e Lobo (1980). Algumas delas foram redefinidas à luz das modalidades observadas no repertório comportamental dos sujeitos, a partir de registros e observações da pesquisadora e de discussões acerca do acordo entre registros gerais realizados pelos treinandos, ou destes com os registros da pesquisadora.

Dos tres alunos que iniciaram o treinamento, uma aluna de Psicologia cumpriu todo o procedimento e foi efetivada como observadora deste trabalho, desempenhando seu papel até a conclusão da pesquisa. Os outros dois treinandos desistiram antes de se encerrar o treinamento, por motivos pessoais.

O treinamento foi considerado concluído quando a observadora tornou-se hábil no manejo do material de registro, aceita e familiarizada com o ambiente físico e social, circulando com facilidade na situação e quando alcançou um índice de acordo igual a 90% em teste de fidedignidade realizado com o registro da autora.

b - Desenvolvimento de categorias comportamentais- A elaboração de categorias comportamentais iniciou-se de fato, em sobreposição ao momento final do treinamento de observadores, quando foram feitas as primeiras definições para a realização do treino em registros categóricos.

Ao todo foram definidas 48 categorias comportamentais das crianças, considerando inicialmente aquelas mais frequentemente observadas durante o período de treinamento de observadores. Tomou-se como referência a classificação de Mettel e Lobo já citada, a partir da qual foram definidas e incluídas as categorias consideradas alvo da observação.

A medida em que as categorias iam sendo definidas, os observadores faziam o teste de reconhecimento no Setor, através de registros por amostragem de tempo, amostragem de

eventos e por sequência de ocorrência. Realizado o acordo entre os observadores, as dúvidas surgidas eram discutidas em reunião de equipe, e quando necessário as definições eram reformuladas para serem novamente testadas.

c - Elaboração da lista de objetos - Para a elaboração da lista de objetos a serem usados, inicialmente foram entrevistados a chefe do setor de imunologia do hospital e um médico do setor pediátrico, que forneceram dados sobre o tipo de material que poderia ser usado, de acordo com a ótica médica. Foi autorizado o uso de objetos que pudessem ser lavados com água e sabão e soliciado que nada fosse usado nas paredes que pudesse acumular "poeira hospitalar" (SIC), como quadros ou papéis. O uso de lápis e papel foi permitido para escrever ou desenhar, mas os desenhos não deveriam ser afixados.

Para atender ao objetivo do trabalho sob o ponto de vista da autora, os objetos deveriam promover a estimulação tátil, visual e auditiva, a manipulação, as respostas de resolução de problemas, o desempenho de papéis, a interação adulto-criança e serem semelhantes aos objetos comuns ao cotidiano das crianças em geral.

Dessa forma, foram critérios para a seleção desses objetos: as medidas de profilaxia, as características lúdicas de cada objeto e o repertório motor e social de crianças em diferentes idades.

Uma primeira listagem de material foi construída durante o percurso desta equipe pelas lojas de brinquedos, onde se encontravam os diferentes objetos disponíveis, que podiam atender aos referidos critérios.

Submetida à discussão e análise, a seleção que pareceu mais adequada foi listada sob a forma de cinco conjuntos, separados por idade cronológica dos sujeitos a quem se destinavam.

Resultados e Discussão- Os dados obtidos nesta primeira etapa, forneceram à autora os indicadores necessários à elaboração dos pressupostos básicos para desenvolver o procedimento de Ronda de Estimulação Social.

Seleção de horários: a vivência mostrou que, embora com horário livre para as visitas, o período compreendido entre 14:30 e 16:00 h era o mais adequado ao procedimento de ronda, porque havia maior número de crianças disponíveis.

No período matutino, por serem realizadas as visitas médicas, as enfermarias e o próprio Setor tornavam-se muito movimentadas, porque eram relativamente pequenas para o número de médicos e estudantes que as percorriam. Habitualmente cada criança podia ser examinada mais de uma vez e neste horário eram mais frequentes as coletas de sangue e a retirada de pacientes das enfermarias para exames especiais ou de rotina. Logo depois era servido o almoço e em seguida grande parte das crianças dormia.

Os finais de semana foram considerados inadequados à coleta de dados, porque em geral as crianças em melhores condições clínicas recebiam licença na sexta-feira, para retornar ao hospital apenas na segunda-feira. Ficavam poucas crianças internadas, geralmente aquelas que exigiam maior cuidado e aquelas cujos pais não podiam levá-las por algum motivo. Isto limitava não só a quantidade, mas também a qualidade dos dados colhidos, podendo enviesar os resultados na direção de pacientes especiais, em um contexto típico de finais de semana.

Entretanto, as visitas realizadas nos finais de semana mostraram que o confronto das próprias condições com as dos colegas que eram liberados, promovia o questionamento das crianças sobre seu estado geral, os pedidos para saírem do hospital e o choro. Observou-se que somado à licença dos pacientes, o descanso da equipe de trabalho local esvaziava o Setor, empobrecendo o contexto geral daqueles que permaneciam. Embora fosse comum as enfermeiras do dia darem atenção àquelas crianças e muitas vezes lhes fazerem companhia, ou ocasionalmente algum membro do staff levá-las a passear, uma atividade sistematizada poderia ser mais eficiente em minimizar os comportamentos referidos e em promover a tranquilização daqueles pacientes. Por isto, a implantação do atendimento por ronda de estimulação deve prever sessões aos finais de semana de modo a não manter privadas periodicamente, crianças sem condições de saírem das enfermarias.

A amostragem: A interação da autora com seu sujeito era observada pelas outras crianças da enfermaria, por seus acompanhantes e por crianças que ocasionalmente transitavam pelo corredor.

O assédio e interferência das crianças de mais idade, em alta incidência, pedindo "para brincar" e a prontidão com que os acompanhantes dispunham as crianças à aproximação do rondista, mostraram nos primeiros momentos, que uma expectativa de oportunidade era criada dentre os membros da comunidade, com relação àquele procedimento observado.

Os pacientes terminais comumente se limitavam a olhar ou mesmo a ignorar o trabalho do rondista antes de serem contactados, mas seus acompanhantes observavam com insistência as interações e acompanhavam muitas vezes de pé na porta da enfermaria, a passagem do rondista que se dirigia aos outros pacientes.

O atendimento às crianças de mais idade, não restritas ao leito ou terminais, mostrou-se necessário do ponto de vista ético, desde que a estimulação é proposta como benefício, e visto que esses pacientes ou seus acompanhantes expressavam a expectativa de serem beneficiados, à exemplo daqueles que podiam observar. O fato de aqueles sujeitos terem se engajado nas atividades propostas, chama a atenção para o fato de que a estimulação sistematizada é eficiente também para estas crianças, e que o contexto então presente tinha características estimuladoras insuficientes para

atender às condições de responsividade das crianças internas de modo geral.

A equipe de trabalho local informada pela autora de seus objetivos, ou reconhecendo-os através da observação e conversas informais, às vezes solicitava o atendimento a uma e outra criança que apresentasse comportamento especial, geralmente de inadaptação à situação, recusa de contato, ou formas diferentes de respostas emocionais, prejudiciais a seu próprio bem estar ou ao processo terapêutico.

Oportunidades para interagir: A interação aleatória uma segunda ou terceira vez com o mesmo sujeito, mostrou que a receptividade da criança podia variar, e que um primeiro contato mal sucedido, podia ser seguido de outro bem sucedido, quando a criança se engajava na interação. Dessa forma, o retorno à criança que em princípio recusou a interação demonstrou ser um procedimento relevante porque auxiliou na familiarização criança-rondista, favorecendo a próxima ou próximas interações.

A técnica de registro: Avaliação do trabalho da observadora evidenciou a ocorrência de falhas, quando durante a prática de registros cursivos a criança podia emitir até dois ou mais padrões diferentes de respostas, enquanto a observadora mantinha os olhos voltados para seu protocolo. Optou-se então pelo uso do registro gravado, por ser prático e seguramente mais completo.

Categorias comportamentais da criança: As categorias comportamentais definidas, formaram o referencial básico para os registros, havendo abertura para a inclusão de novas categorias observadas. A lista foi elaborada considerando-se as áreas social-afetiva e motora, como se segue:

I - AREA SOCIAL-AFETIVA: A criança aceita, ignora, rejeita ou solicita interação com o adulto (rondista) através de verbalização, sorriso, olhar, choro, afastamento etc.

I.1 - Aceitação: comportamentos de interação positiva, definida pela comunicação ou busca de contato com o adulto, sorrindo ou com o rosto descontraído, em geral.

O - Olhar: orientar a cabeça em direção ao adulto mantendo os olhos abertos, ou com a cabeça parada mover os olhos em direção ao adulto.

C - Conversar: verbalizar na presença do adulto, quando a fala dos dois é intercalada.

B1 - Balbuciar: verbalizar sílabas ou meias-palavras de maneira contínua ou não.

S - Sorrir: estirar os lábios simultaneamente para os lados em sentido oposto e para o alto, sem expor dentes e gengivas, mantendo o rosto descontraído.

R - Rir: estirar os lábios simultaneamente em sentido oposto, para os lados e para o alto, entreabindo a boca com exposição dos dentes ou gengivas, emitindo som ou não.

G - Gargalhar: estirar os lábios simultaneamente para os lados em sentido oposto e para o alto, abrindo a boca e emitindo som alto com o rosto descontraído.

T - Tocar: encostar mão ou pé em qualquer parte do corpo do adulto.

B - Beijar: juntar e separar os lábios com ou sem estalido, em contato com qualquer parte do rosto ou corpo do adulto.

Jb - Jogar beijo: estender a própria mão em direção ao adulto após beijá-la, ou realizar o movimento de beijo no ar, olhando em direção ao adulto.

Bp - Balançar a cabeça positivamente: movimentar a cabeça para baixo e para cima alternadamente, logo após ouvir uma pergunta ou comentário, podendo ou não ocorrer verbalização simultânea.

Bn - Balancear a cabeça negativamente: movimentar a cabeça para a esquerda e para a direita alternadamente, logo após ouvir uma pergunta ou comentário, podendo ou não ocorrer verbalização simultânea.

Ed - Estender braços: levantar um ou dois braços em direção ao adulto, inclinando ou não o corpo na mesma direção.

Ac - Aconchegar: encostar corpo ou cabeça em parte do corpo do adulto, aumentando a área de contato, com postura relaxada.

P - Puxar: pegar no adulto por alguma parte do corpo ou vestuário e impulsionar os braços em sua própria direção.

Sg - Segurar: pegar no adulto ou em sua roupa e mantê-lo em contato com as mãos por um tempo mínimo de 5" (cinco segundos).

Ii - Iniciar interação: chamar o adulto pelo nome, "psiu", "ei", puxar sua roupa ou parte do corpo, tocá-lo, mostrar objeto, sorrir ou verbalizar antes que ele.

Ms - Mostrar: estender a mão segurando objeto, em direção ao adulto, olhando para este.

Ap - Apontar: estender mão ou dedo em direção a objeto ou pessoa, olhando naquela direção.

Im - Imitar: repetir o comportamento do adulto, com a mesma topografia, até 10" (dez segundos) após sua emissão.

1.2 - REJEIÇÃO: comportamentos de interação negativa ou recusa, definida pela não aceitação do contato com o adulto, acompanhado de choro, rosto sério ou contraído.

Ch - Chorar: lacrimejar com o rosto contraído, boca aberta e emissão de som sem conteúdo semântico, ou apenas lacrimejar, olhando para o adulto.

Cm - Choramingar: emitir vocalização sob a forma de som contínuo ou interrompido, com o rosto contraído, ruborizado ou não, com ou sem a presença de lágrimas (han, han).

Am - Ameaçar choro: franzir o sobrolho e entreabrir os lábios à aproximação ou abordagem do adulto.

Em - Empurrar: realizar movimento de extensão com o(s) braço(s) ou perna(s), estando este(s), o(s) pé(s) ou mão(s) em contato com parte do corpo do adulto.

En - Encolher: retrair o corpo e ou membros, segurando ou não objeto, à aproximação ou abordagem do adulto.

V - Virar: voltar a cabeça ou a cabeça e corpo para os lados ou para trás, à aproximação ou abordagem do adulto.

1.3 - AGRESSÃO: comportamentos de avanço ou ameaça de avanço em direção ao adulto, estando a criança com o rosto contraído, sério ou chorando.

Bc - Bater: levantar a mão espalmada, com punho cerrado ou com objeto seguro, olhando em direção ao adulto, em postura de prontidão.

Md - Morder: encostar a boca aberta em contato com parte do corpo do adulto, e fechar, mantendo a pele deste presa entre os dentes.

El - Beliscar: encostar e flexionar as pontas dos dedos em parte do corpo do adulto, exercendo pressão.

1.4 - BRINCADEIRA: comportamentos de jogar socialmente com o adulto, mantendo ambos o rosto descontraído ou sorrindo, com ou sem o uso de qualquer objeto.

Pas - Pegar e atirar: pegar um objeto e move-lo através do ar, largando-o da mão após uma flexão seguida de extensão rápida do antebraço.

Bos - Bater objeto: colocar objeto seguro pela mão em contato com outra superfície qualquer, mediante movimento rápido da mão ou braço.

Bms - Bater membros: colocar a(s) mão(s) ou pé(s) e contato com outra superfície qualquer, mediante movimento rápido de mão, braço, pé ou perna.

Jvs - Jogar na vertical: atirar objeto para cima ou para baixo.

Pos - Puxar objeto: segurar objeto e flexionar os braços ou exercer força contra a resistência do objeto.

II - AREA MOTORA-ADAPTATIVA: criança realiza movimentos ou permanece imóvel, com ou sem a presença de objetos, independente da presença ou abordagem do adulto, podendo ou não verbalizar, rir ou chorar.

As mesmas categorias do brincar social, ocorridas na ausência do adulto ou de outra pessoa; as siglas se repetem sem a letra "s" no final.

Er - Brincar com objetos: engajar em uma brincadeira estruturada como montar quebra-cabeças, vestir bonecas ou tratá-las como bebês, fazer um carro de brinquedo andar, etc.

II.2 AUTO ESTIMULAR - comportamentos repetitivos, ritmados e com duração específica, envolvendo o próprio corpo, sem motivo aparente que justifique o movimento.

Bc - Balançar corpo: movimentar o corpo para frente e para trás ou da direita para a esquerda em movimento pendular, durante um tempo mínimo de 5".

Pmc - Passar mão no corpo: manter a mão em contato contínuo com o próprio corpo e deslocá-la em movimento de vai-e-vem, ou circular, durante um mínimo de 5".

Mpe - Mexer os pés: movimentar um ou os dois pés em círculo ou vai-e-vem, durante 5" no mínimo.

Mm - Mexer os membros: fazer com os membros, braços e pernas, qualquer movimento contínuo durante um tempo mínimo de 5".

Mc - Mexer a cabeça: movimentar a cabeça de um lado para outro ou para frente e para trás em movimento pendular, com o corpo parado, durante um mínimo de 5".

Mca - Mexer no cabelo: manter as mãos ou uma só mão em contato contínuo com os cabelos, realizando movimento circular (de enrolar) ou de vai-e-vem (puxar), durante um mínimo de 5".

Cb - Chupar bico: realizar movimentos de sucção mantendo o bico preso entre os dentes ou lábios, durante um mínimo de 5".

Cd Chupar dedo: realizar movimento de sucção, mantendo um ou mais dedos presos entre os dentes ou lábios, durante um mínimo de 5".

Bb - Rotar na boca: introduzir qualquer objeto não comestível na boca e permanecer parado ou realizando qualquer movimento pelo menos durante 5".

Es - Esfregar olhos: manter uma ou as duas mãos em contato com um ou os dois olhos, realizando movimento de atrito, durante pelo menos 5".

II.3 - EXPLORAR: A criança mantém contato físico não estruturado com objetos, em geral desvinculado de sorrisos ou verbalizações.

Ex - Examinar: olhar em direção a um objeto em contato contínuo com a mão, enquanto os dedos se movimentam repetidamente em torno dele, mudando-o de posição no espaço.

M - Manipular: movimentar repetidamente os dedos em torno de um objeto, mudando-o de posição no espaço.

To - Tocar objeto: colocar os dedos ou palma da mão em contato com um objeto, sem flexionar os dedos.

Pg - Pegar objetos: colocar a mão em torno de um objeto qualquer, flexionando os dedos em seguida.

Sa - Sacudir objeto: movimentar as mãos no ar, em círculos ou vai-e-vem, mantendo um objeto preso entre os dedos.

Objetos para a estimulação: A lista de objetos aceitos como definitivos e adequados ao procedimento, foi a seguinte:

1- Três bonecas Glu-glão de cor vermelha, com orifício na boca, mamadeira presa na mão e xicara. Algum líquido colocado na xicara podia ser introduzido na boca da boneca e aparecia dentro da mamadeira através de um condutor interno.

2- Duas bonecas Glu-glu, iguais às primeiras, de tamanho menor.

- 3- Três bonecas Pancitas, com cadeira de refeições cor de rosa.
- 4- Duas boneca Pancitas, com cavalo de balanço cor de rosa.
- 5- Dois conjuntos Kit Coisinhas, contendo chaleira, leiteira, açucareiro, xícaras, pires, pratos e talheres em miniatura, em diferentes tons de cor de rosa.
- 6- Cinco fogões em miniatura, nas cores vermelha ou azul, com bujão, panelas coloridas e tampas.
- 7- Três pacotes de mini-homens coloridos, no estilo cow-boy, contendo um cavallinho em cada pacote.
- 8- Seis caminhonetas de cor azul, vermelha ou amarela.
- 9- Quatro conjuntos Passa-Passa, formados por um bloco contendo orifícios de diferentes formas, e peças coloridas que se encaixam nos orifícios.
- 10- Dois quebra-cabeças A Palavra é..., formados por peças coloridas com letras impressas, que movimentadas podem formar palavras.
- 11- Dois chocalhos com figuras estampadas, que sacudidos emitem som pelo atrito de bolinhas coloridas expostas.

12- Dois mordedores em borracha azul, "cara de rato", que se apertados emitem som por assovio.

13- Dez mini-coelhos de látex azul com som de assovio quando apertados.

14- Dez mini-gatos de látex amarelo com lagarta na testa e som de assovio quando apertados.

15- Duas resmas de papel liso Chamequinho.

16- Duas caixas de lápis de cor com seis cores.

17- Quatro lápis pretos.

18- Uma caixa de carimbos e almofada, com os personagens: Mickey, Minnie, Pateta e Fluto.

A autora supôs que esses brinquedos, nas quantidades adquiridas poderiam formar conjuntos em número suficiente para atender à demanda de uma ronda, e que seriam objetos capazes de estimular:

- a atividade visual devido às cores vivas e formas interessantes

- a atividade auditiva devido aos sons que podiam emitir
- a atividade motora por ser de facil manipulação
- o desempenho de papéis devido a sua estrutura reprodutora de situações ou objetos da vida real
- a resolução de problemas e o comportamento instrumental por envolvimento com as situações-problema, como as oferecidas pelo Passa-Passa e A Palavra é..., além do que, qualquer dos demais objetos poderia ter a utilização determinada pela criatividade da criança
- a interação autora-criança a partir do uso dos objetos como mediadores da diade

Os conjuntos formados para atender a faixa etária e sexo dos sujeitos, foram assim compostos:

CONJUNTO 1 - Para meninos de um a quatro anos (Ver fig.1):

- 1 caminhoneta
- 1 Passa-Passa
- 14 mini-homens com cavalo
- 1 violão
- 1 folha branca carimbada
- 1 caixa de lápis de cor
- 1 lápis preto

CONJUNTO 2 - Para meninas de um a quatro anos (Ver fig.2):

- 1 Glu-gão ou Glu-glu
- 1 fogão com as panelas
- 1 xicara com pires, 1 prato com talheres
- 1 violao
- 1 folha branca carimbada
- 1 caixa de lápis de cor
- 1 lápis preto

CONJUNTO 3 - Para meninas de um ano e menores (Ver fig. 3):

- 1 Pancita com cadeira de refeições
- 1 leiteira, 1 chaleira, 1 açucareiro, 1 prato, talheres e
1 xicara com pires
- 1 gato de látex
- 1 coelho de látex

CONJUNTO 4 - Para crianças menores de um ano (Ver fig.4):

- 1 Pancita com cavalo gangorra
- 1 chocalho
- 1 mordedor "cara de gato"
- 1 coelho de látex
- 1 gato de látex



FIGURA 1. Conjunto para meninos de um a quatro anos.



FIGURA 2. Conjunto para meninas de um a quatro anos.



FIGURA 3. Conjunto para meninas menores de um ano.



FIGURA 4. Conjunto para crianças menores de um ano.

CONJUNTO 5 - Para crianças maiores de quatro anos (Ver fig.5):

- 1 quebra-cabeça A Palavra é...
- 1 folha em branco
- 1 folha carimbada
- 1 caixa de lápis de cor
- 1 lápis preto

O conjunto 4 poderia ser remanejado entre crianças pequenas dos dois sexos, das quais eram esperadas semelhanças quanto às preferências e interesses por objetos.

Todos esses objetos eram laváveis a água e sabão e nenhum deles oferecia perigo de dano físico às crianças.



FIGURA 5. Conjunto para crianças maiores de quatro anos.

4 Ao concluir a primeira etapa, esta equipe havia se tornado parte do contexto social, considerando a receptividade amigável por parte da equipe de trabalho local, dos paciente e acompanhantes.

A equipe de pesquisa obteve nesta etapa, junto com sua aceitação, a aceitação do trabalho conjunto por parte dos membros da equipe local com quem interagiu. Seu comportamento predominantemente discreto e disponível, permitiu a assimilação do contexto enquanto um ambiente dinâmico, onde já estava sendo desenvolvida sua atividade prioritária, qual seja, o tratamento clínico. O trabalho de inserção dos psicólogos, gradual e transparente, veiculou a proposta de colaboração e a possibilidade de interação médico-psicólogo, em favor da promoção da saúde global da criança enferma.

A aceitação e respeito mútuos, permitiram à autora o movimento livre dentro do Setor e o ensaio de diferentes modalidades de estimulação, em busca do procedimento adequado.

ESTUDO 1

O objetivo deste estudo foi o desenvolvimento de procedimentos de estimulação a serem categorizados e utilizados por um agente estimulador e a identificação da metodologia mais adequada à sistematização de um procedimento de ronda de estimulação.

O agente estimulador em procedimento de ronda, foi definido como *rondista* (R).

Sujeitos- Foram sujeitos deste estudo, a autora no papel de rondista e 59 crianças internadas, das quais 38 foram "sujeitos A" e 21 foram "sujeitos B" (Ver tabela 1). Esta classificação atendeu aos seguintes critérios:

SUJEITO A: pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de um a quatro anos, não terminais, portadores de diferentes enfermidades não contagiosas e restritos ao leito.

SUJEITO B: pacientes de ambos os sexos, nas faixas etárias entre 0 a 11 meses e entre 5 a 11 anos, restritos ou não ao leito; pacientes terminais; portadores eventuais de enfermidade infecto-contagiosa; pacientes não restritos ao leito.

Tabela 1 - Distribuicao de sujeitos
por classe e por idade

CLASSE DE SUJEITOS	IDADE	f
A	1-4 ANOS	38
	3-11 MESES	9
B	5-6 ANOS	7
	6-11 ANOS	5
		N= 59

Tabela 2- Demonstrativo do numero e duracao
de sessoes por classe de sujeitos.

SUJEITOS			TOTAL DAS SESSOES			DURACAO DAS SESSOES EM MINUTOS					
A	B	TOTAL	sujeito A	sujeito B	TOTAL	sujeitos A		sujeitos B		TOTAL	\bar{x}
						TOTAL	\bar{x}	TOTAL	\bar{x}		
38	21	59	69	36	105	551	80	246	6,8	797	7,6

Em sua quase totalidade os sujeitos foram internados acompanhados da mãe ou parente, que apenas ocasionalmente não estavam presentes à situação.

Material:

- lista de categorias comportamentais da criança, definida na etapa preparatória
- 5 conjuntos de brinquedos definidos na etapa preparatória
- brinquedos e objetos que estivessem em poder das crianças, ou que estivessem próximos e disponíveis ao uso
- 1 micro-gravador marca Gradiente
- fitas micro-cassete marca Sony e Gradiente
- protocolos para transcrição de registro (Em anexo)

Procedimento: Durante este estudo, foram estimuladas todas as crianças internadas, disponíveis no período de coleta de dados. Este procedimento ao mesmo tempo em que atendeu aos princípios éticos oferecendo igual oportunidade aos pacientes, também serviu como forma de controle, diminuindo as interferências durante a interação, por parte de crianças alheias à diáde rondista-sujeito.

Foram coletados preferencialmente dados relativos ao procedimento de estimulação de sujeitos A, em atenção ao objetivo. Foram coletados dados referentes ao procedimento de estimulação de sujeitos B, quando apenas estes estavam disponíveis ou quando representavam a maior parte dos

pacientes. Nestes casos, priorizou-se para registro, as interações com sujeitos B restritos ao leito e cuja idade fosse mais próxima de um a quatro anos, selecionando assim dados quantitativa e qualitativamente mais semelhantes. Registros e comentários gerais referentes a situações envolvendo sujeitos B, foram realizados *a posteriori* quando considerados de relevância para o procedimento global de ronda.

Este estudo foi realizado durante 11 meses, somando 105 sessões de estimulação distribuídas em 38 rondas realizadas duas a três vezes por semana, entre segunda e quinta-feiras, no período de 14.00 às 16.00 horas. A duração média e total das sessões são mostradas na tabela 2.

Entrada no Setor de Enfermaria: A equipe chegava ao hospital levando consigo o gravador, as fitas, o relógio e cinco sacolas contendo os conjuntos de brinquedos.

Dirigiam-se ao posto de enfermagem, onde cumprimentavam os presentes (ocasião em que geralmente recebiam informações ou solicitações de atendimento a algum paciente de comportamento especial), tomavam conhecimento da lista de pacientes no Setor e procediam a higiene manual. A seguir, percorriam o corredor para identificar os pacientes e suas enfermarias.

Caso a observadora ou a rondista chegasse primeiro ao Setor, fazia a identificação das crianças disponíveis e interagia com algumas delas, normalmente sujeitos B encontrados à saída do elevador, na sala de recreação ou no corredor. Se algum paciente fosse considerado especial, teria prioridade nesse momento ou quando do início da ronda, se fosse necessário aguardar a chegada do outro membro da equipe. O paciente especial era aquele que, independente de outro critério, fosse reconhecido por algum membro do grupo de trabalho local como "triste", "deprimido", "em recusa de tratamento", "com dificuldade de adaptação ao hospital", "calado", "isolado", "choroso" e outros, além de aspectos similares percebidos por esta equipe.

Ronda de Estimulação Social: Iniciada a ronda e excessão feita aos casos previstos, eram priorizados os sujeitos A. A estimulação individual foi programada para durar de 5 a 10 minutos, de forma que o tempo disponível de duas horas fosse suficiente para completar a ronda.

Registro das Sessões: A coleta de dados foi feita através de registro gravado, onde a observadora, seguindo a rondista, ditava as tentativas de estimulação realizadas, sob a forma de registro contínuo, e ditava os comportamentos subsequentes do sujeito usando as categorias definidas, tomadas como eixo. Comportamentos não definidos eram ditados

sob a forma de registro contínuo. Posteriormente essas gravações eram transcritas em protocolos de registro.

Aproximação e Início de Contato com o Sujeito: A rondista aproximava-se da criança disponível, cumprimentava os presentes (oi pai, oi mãe) e iniciava o contato com o sujeito usando frases como: "Oi moço bonito!", "Oi, tudo bem?", "N., vamos brincar?", "Ninguém sabe o que a tia tem aqui"—mostrando a sacola. Outras vezes dizia apenas "oi" e tocava na criança, falando sobre sua boa aparência ou sobre objetos que o sujeito tinha em seu poder, como: "Que fofinho!", ou "Você está muito lindão!", "...e esta bochecha macia?", "Que brinquedo bonito é esse aí? posso ver?" "O que você está fazendo?" Perguntava também se a criança havia tomado seu lanche, se estava gostoso ou quando veio para o hospital. Tratando-se de sujeitos anteriormente contatados, a rondista também usava algum fato referente a interações anteriores para recomenciar o contato, como: "Olá! é hoje que a gente vai brincar?" ou "N., e aquela música que você ia cantar para mim?"

Quando o sujeito emitia respostas reforçadoras (de aceitação da aproximação), a rondista aproximava-se mais, se já não estivesse suficientemente próxima para o contato físico. Ensaiaava categorias que pudessem facilitar a interação manipulando brinquedos, conversando, acariciando ou "falando" com partes do corpo da criança: "Nossa! esse

dedão falou comigo! ele está querendo brincar!" - referindo-se a movimentos do pé da criança.

Se o leito tivesse grades, a rondista as abaixava com a permissão do sujeito, para facilitar a aproximação física.

Quando a resposta do sujeito era apenas um indicio de aceitação da aproximação, como olhar sério em direção à rondista ou seus objetos, esta esperava, repetia a categoria ensaiada, apresentava algum novo brinquedo, nova proposta de atividade ou ambos.

A seguir serão apresentados alguns exemplos, que ilustram diferentes situações de início de interação e o procedimento adotado. Para facilitar a leitura, serão utilizadas palavras inteiras ao invés da codificação estabelecida na etapa preliminar. Entretanto, algumas siglas serão utilizadas para facilitar também a redação: R= Rondista; S= Sujeito; O= Observadora; >= em direção a.

Os sujeitos são identificados por um código alfa-numérico, onde a letra caracteriza o sujeito A ou B, o primeiro número caracteriza sua idade em anos e o segundo seu número de ordem na sequência alfabética.

EXEMPLO 1 - Sujeito A31, portador de deficiência renal, sentado no berço comendo maçã.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
Aproxima-se, fala (tá gostoso?)	Olha >R, balança cabeça afirmativamente
Movimenta um carrinho na frente de S	Olha > carro, comendo maçã, mexe no pé

Coloca um boneco sobre o
carro

Coloca o boneco sobre a
cabeça de S

Pega outro objeto e
bate com ele no boneco
de S

...

Olha brinquedos, olha 20

Bate no boneco, pega o boneco
e fala (caiu!)

Sorri, morde a maçã

...

EXEMPLO 2 - Sujeito A35, sendo penteado pela mãe no leito.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
Aproxima-se falando (oi, N.)	Sorri
Fala (que cara boa!), estende a mão > S	Estende a mão >R.
Segura mão de S	Segura mão de R, sorri
Balança mão de S e põe sobre o leito, toca no corpo de S	Sorri
Fala (ih, não sabe falar!)	Olha >R
Balança e estende perna de S, enquanto fala (hum, que chulé!)	Ri
Fala (ih, o pé bate palmas!), Ri batendo um pé de S no outro pé	
(mãe interfere dirigindo-se a S: "tem chulé?")	Fala (tem não)
Fala (ih, ele fala!), bate com um pé de S no outro e canta parabéns	Ri
Fala (sabe cantar?) ...	Fala sei ...

EXEMPLO 3 - Sujeito A19, portador de diarreia, de pé no leito com a mãe ao lado.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
Aproxima-se e fala (ei!)	Senta no berço
Balança chocalho	Olha >O, pega chocalho
Fala (você não gostou?)	Leva chocalho à boca
Pega bichinho de látex e aperta fazendo barulho	Olha > bichinho e movimenta o chocalho

Balança o bichinho na
frente de S

Olha >bichinho, olha >chocalho
olha >O, olha >frente, olha >O

Estende mão com bichinho
>S

Estende mão >R

...

...

EXEMPLO 4 - Sujeito A314, portador de deficiência renal, sentado no carro-berço, na sala de recreação com a TV ligada e mãe ao lado. Tem em seu poder papel e uma caneta. Presentes três acompanhantes e duas outras crianças.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
Aproxima-se e fala (bom dia! Dá a mão!)	Olha >R, sorri, estende a mão
Aperta a mão de S e fala (como é o seu nome?)	Fala (N.), pega caneta e escreve
Fala (que dia você veio?) e toca na chupeta de S	Fala (dia 3) e mostra com os dedos
Olha >S	Escreve
Fala (o que você está fazendo aí? é um avião?)	Fala (não é eu, é a caneta) e escreve
...	...

EXEMPLO 5 - Sujeito A223, portador de pneumonia, sentado no berço, com mãe ao lado.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
Aproxima-se	Olha >R
Fala (oi, tudo bom?)	Sorri
Toca na bochecha de S	Balbucia (mei...ei...)
Fala (meia? é?)	Balança a cabeça afirmativamente e estende o pé para fora do berço

Segura pé de S e balança,
Fala (posso abaixar aqui?)
e aponta grade do berço

Toca na bochecha de S
falando (bi,bi)

Aponta para o nariz de S

Toca no nariz de S, fala
(bi,bi)

Repete seguidamente

Fala (posso abaixar aqui?)

Fala (pode!) e abaixa
grade

Fala (abaixei)

...

Sorri, acena cabeça afirmati-
vamente, olhando >R

Sorri, vira rosto >mãe, ri,
leva mão até próximo de seu
nariz

Aproxima rosto do dedo de R

Sorri

Sorri, olhando >R

Fala (pode), sorrindo

Fala (pode)

Fala (abaixei) sorrindo, e es-
tende mão >R, toca jaleco de R

...

EXEMPLO 6 - Sujeito A335, portador de alterações do metabolismo, sentado no berço com mãe ao lado. É sua segunda interação.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
Aproxima-se, fala (oi! você brincou ou não com o brinquedo que eu deixei?)	Olha >R
(mãe interfere: "fala com a moça!")	Fala (brinquei)
Fala (pega o cavalinho prá mim ver)	Estende mão >cavalinho.pega, mostra para R
Pega cavalinho e fala (obrigada! vamos brincar de outra coisa hoje?)	Balança a roupa da mãe e ba- lança a cabeça afirmativamente e olha >baixo
Pega sacola	Olha >sacola
Fala (você gosta de can- tar? hem?)	Mexe na perna, mexe na roupa da mãe

(mãe interfere: "você gosta de cantar?") Acena cabeça afirmativamente

Estende a mão com violão >S Fega violão, segura, movimenta
... ...

Insistência Para Obter Aceitação: Quando não obtinha aceitação imediata, a rondista insistia e às vezes a obtinha logo em seguida, ou insistia até desistir, sem obter sucesso e sem reconhecer o melhor momento para interromper; outras vezes interrompia quando, por algum indicador, julgava ser este o melhor procedimento.

A insistência era caracterizada pela repetição das categorias já ensaiadas, momentos de silêncio, mudança de categorias e objetos já usados, visando obter a aceitação pela criança para então dar sequência à estimulação.

A insistência podia aumentar a intensidade das respostas de recusa, como choro mais alto ou choro seguido a um virar de rosto inicial. Encontrando indicadores desse tipo, a rondista geralmente interrompia.

Outras vezes, a insistência parecia não surtir qualquer efeito, permanecendo o sujeito numa postura de aparentemente ignorar a presença da rondista. Era nesses casos que, em geral, a rondista permanecia insistindo por mais tempo.

Quando a criança tinha sono ("cochilava" ou bocejava), febre alta, dores fortes ou fome (por necessidade de jejum), ocorria interrupção sem insistência ou nem mesmo havia uma primeira tentativa.

Qualquer que fosse o motivo para interromper a sessão com um sujeito, era comum a rondista voltar a ele em um momento posterior, mais comumente no final da ronda, sempre que houvesse tempo. Às vezes a rondista dizia ao sujeito que voltaria depois, outras vezes afastava-se com um "tchau" apenas.

Após completar ou interromper uma sessão, a rondista passava a outro sujeito na mesma enfermaria, se houvesse. As crianças e acompanhantes presentes que observavam as interações iniciais, sorriam olhando em direção à rondista ou falavam com ela, facilitando a aproximação aos sujeitos seguintes. Era comum os acompanhantes colocarem as crianças no leito para esperar a rondista se aproximar, ou desistirem de sair para o corredor ou sala de recreação com a criança ao vê-la se aproximando. Às vezes o sujeito recusava o contato uma primeira vez, aceitando-o logo após ter observado a interação da rondista com outra criança.

Os próximos exemplos são trechos de protocolos onde estão caracterizadas variações do comportamento de recusa, e ilustram alguns dos procedimentos adotados.

EXEMPLO 7 - Sujeito A335, portador de alterações do metabolismo, deitado no berço com mãe ao lado. No berço há um carrinho de brinquedo.

RONDISTA (R)

SUJEITO (S)

Aproxima-se, fala (que carro é esse?), apontando para o carrinho

Olha R, olha janela

(mãe interfere: "responde, filho!")

Olha >janela

Fala (N., de quem é esse carro?)

Olha >janela

(mãe: "fala com a tia!")
R sai da enfermaria para lavar um brinquedo, volta

Olha >R, coloca mão sobre braço da mãe e mexe no vestido dela

Aproxima-se, fala (agora vamos brincar)

Olha >mãe

Fala (vamos brincar de injeção, olha quantas tem aqui), mostrando seringas vazias

Olha >mãe, mexe em seu vestido

Fala (você não tá olhando, vou te dar um tanto de injeção)

Olha >janela, mexendo vestido da mãe

Imita o aplicar injeção no joelho de S

Sorri, mexendo vestido da mãe

Fala (agora você quer dar uma injeção em mim? sabe dar, N.?)

Sorri, olha >mãe

...

...

A interação continuou evoluindo num total de 14 minutos.

EXEMPLO 8 - Sujeito A130, internado na enfermaria 215, sentado no colo da mãe.

RONDISTA (R)

SUJEITO (S)

Aproxima-se, fala (oi!)

Olha >R

Toca rosto de S

Afasta mão de R

Fala (eu não tenho nada que machuque, vamos brincar!)

Olha >R

Fala (vamos brincar...), leva mão >S

Empurra mão de R

(mãe anda com S no colo, pega uma fralda, limpa seu nariz, abaixa grade do berço, põe S sentado)

Olha >R, olha >O, chora

Aproxima-se com bichinho de látex, fazendo barulho e fala (olha o que a titia tem!)

Olha >bichinho, olha >O

Toca com bichinho na bochecha de S

Olha >bichinho, estende a mão >bichinho, choraminga, vira o rosto

...

...

Interrompida a sessão ao final de 5 minutos de recusa.

EXEMPLO 9 - Sujeito A33, portador de desnutrição, no colo da mãe.

RONDISTA (R)

SUJEITO (S)

Aproxima-se, senta em uma cadeira e chama S para sentar em seu colo

Fala (nã)

Fala (quer sentar no berço?)

Fala (nã), passa mão no corpo

Estende braços >S, pede para vir um pouquinho

Fala (não)

Levanta-se e estende braços >S

Fala (não), passa mão no corpo

Estende a mão >S, pede para encostar o dedo

Mexe no cabelo

(Pede à mãe para sentar-se na cadeira com S, mãe atende.) Fala (dá a mãozinha, a tia vai embora)

Fala (não)

Fala (tchau)

Olha >R

Sai

Interrompida a sessão ao final de 2 minutos de recusa.

EXEMPLO 10 - Sujeito B513, pós operatório. Foi operado pela manhã (são 14.45 h) e está em jejum, sentado no berço, tomando soro, chorando, pai ao lado. Já teve outras interações com R.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
Aproxima-se e fala (chorando?), passa mão no rosto e cabelos de S	Chora
Fala (por que está chorando?)	Fala baixinho (quero comer)
(Fala com pai (o que há, pai?))	Fala gritando (quero comer)
(pai explica situação), R repete a explicação a S, passa mão no corpo de S	Fala (quero comer), chora
Passa mão no pé de S	Chora, fala. (quero comer), passa mão no corpo
(Conversa com pai)	Fala gritando (quero comer), mexe no pé
Conversa com S	Chora e grita (quero comer)
Conversa com S, passa mão nos cabelos de S	Mexe no pé, passa mão no corpo, grita (quero comer)
Fala (a tia volta depois, tá?)	Fala (quero comer)
Sai	

Interrompida a sessão ao final de 5 minutos. S continuou chorando.

Havia situações, nas quais a recusa da criança não era considerada definitiva, fosse pela incidência de olhar em direção à rondista, pela ausência de recusa observável ao seu toque físico ou indicadores semelhantes. Diante da insistência a criança podia responder favoravelmente à

estimulação e voltar a recusar, desenvolvendo até sessões com duração maior que 10 minutos, permeadas de aceitação e recusa. A recusa podia ocorrer durante a utilização de uma mesma categoria estimuladora à qual a criança respondeu favoravelmente, ou durante a apresentação de uma categoria diferente. O próximo exemplo ilustra esta situação.

EXEMPLO 11 - Sujeito A118, portador de desnutrição, sentado no berço, sozinho, chorando. Ruído de choro alto de outra criança internada no outro lado da mesma enfermaria.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
Aproxima-se	Está e continua choramingando
Pega chocalho que caiu no chão e balança na frente de S	Choraminga ,esfrega o olho
Vai até a pia e lava brinquedo	Choraminga
Aproxima-se com chocalho na mão	Olha >O, olha >R, choraminga, coloca e mantém mão na boca
Mostra chocalho e fala (olha aqui, meu bem)	Empurra chocalho, balança a mão, choraminga
Balança chocalho na frente de S	Choraminga, passa mão no olho, mexe na cabeça, coça a cabeça, põe mão na boca
Pega papel e mostra para S	Balbucia (dá, dá), põe mão na boca, choraminga
Estende braço >S	Move-se >R, pára de choramingar
Pega S no colo, fala com S	Encosta cabeça no ombro de R
Fala (eu tava doido por um colo),e toca na bochecha de S	Arrota

Passa mão na bochecha de S	Choraminga, põe mão na boca
Fala com S e balança chocalho na frente de S	Choraminga, olha >chocalho, fecha os olhos, coloca mão na boca
Balança S	Pára de choramingar, olha >R, olha >baixo. passa mão na perna
Fala (vamos sentar), senta, ajeita S no colo	Olha >R, põe mão na boca, mexe na perna
Mexe no pé de S	Olha >frente
Toca na bochecha de S	Coça olho, olha >chocalho, mexe na perna
Mexe na perna de S	Olha >R, olha >O, coça olho
Balança chocalho na horizontal	Coça olho, mexe no pé, olha >baixo, coloca mão na boca
Repete	Olha >chocalho
Repete	Olha >chocalho
Fala (que foi, meu bem?)	Olha >R, sorri
Passa mão na bochecha de S, tira mão de S da boca, balança, limpa mão de S em sua roupa	Olha >R
Fala (tá bonito prá danar), balança chocalho na frente de S	Olha >chocalho
Toca chocalho no nariz de S	Sorri
Balança chocalho fazendo barulho e fala (bi,bi,bi), enquanto toca em S	Sorri, ri, ri
Fala (ih, meu Deus), repete	Olha >R, sorri, ri, olha >chocalho, olha >R
Toca nariz de S com chocalho	Ri, gargalha
Movimenta chocalho na frente de S	Olha >O, olha >chocalho

Fala (não come o dedo),
tira dedo de S da boca

Toca chocalho no corpo
e rosto de S (bi,bi)

Fala (dedo não), tira
dedo de S da boca, toca
chocalho na mão de S

Encosta chocalho na mão
de S, balance-o

Fala (dedo não come)

Encosta chocalho na mão
de S, balance, afasta
chocalho

Aproxima chocalho de S

Fala (isto também não
come)

Pega chocalho e toca
várias vezes na mão de S

Encosta chocalho na cabeça
de S várias vezes

Repete na barriga de S

Coloca chocalho na mão
de S

Pega chocalho

Tira mão de S da boca

Fala (quer comer os
dedos?), toca com choca-
lho na mão de S várias
vezes, tira a mão de S da
boca e bate com o chocalho
várias vezes na mão de S

Manipula mão de S

Toca no rosto de S

Olha >direita (porta)

Ri, gargalha, leva dedo à
boca

Olha >R, ri, gargalha, olha
>chocalho

Ri, leva mão à boca

Estende braço >chocalho

Sorri

Segura chocalho, leva cabo
à boca

Gargalha

Estende braços >chocalho,
olhando >chocalho, ri

Gargalha

Gargalha

Segura chocalho balanceando-o,
bate com chocalho no braço de
R e em sua cabeça

Olha >O, coloca mão na boca

Gargalha

Sorri, olha >mão de R, olha
>O

Olha >R, olha >chocalho

Balbucia (ah, ah,), coça olho,
coloca dedo na boca

Fassa chocalho no corpo de S

Toca chocalho no corpo de S, coloca chocalho na mão de S, segura mão com chocalho e canta (dona chi-ca-ca...)

Solta mão de S

Tira chocalho da boca de S

Mexe no corpo de S

Toca no rosto de S

Pega chocalho de S

Movimenta chocalho na frente de S, fala (urra!)

Movimenta chocalho na frente de S

Passa chocalho no pé de S

Mexe no dedo de S

Balança chocalho na frente de S

Fala (tira a mão da boca)

Fala (não, meu bem! ô sensibilidade aguçada!), passa chocalho na mão de S, toca no rosto de S

Fala (é soninho!), balança chocalho na frente de S

Toca chocalho no nariz de S, fala (bi,bi)

Sorri, ri, gargalha, estende braço >chocalho, olha >R

Olha >R, sorri

Leva chocalho até a boca, sorrindo

Sorri, leva chocalho até a boca

Movimenta chocalho sorrindo

Gargalha, olha >O, olha >R, leva chocalho à boca, olha >R

Balbucia (ah, da, da), olha >chocalho, estende mão >chocalho, com outra mão bate no chocalho

Sorri, estende mão >chocalho, leva a outra mão à boca

Olha >A, olha >O

Olha > pé

Olha >R, encolhe pé sorrindo

Estende braço >chocalho, bate com uma mão no chocalho, olha > O

Ameaça chorar, olha >O, coça olho

Choraminga, coça o olho, olha >chocalho, coça o olho

Choraminga, coça olho, mexe no pé, leva mão à boca e outra mão >chocalho

Choraminga com mão na boca

Fala (nã, nã)	Choraminga, olha >porta
Movimenta chocalho na frente de S	Olha >chocalho
Coloca S sentado	Choraminga, coça o olho
Mexe no pé de S balançando-o	Balbucia (ba,ba), mexe na mão, mexe no pé, choraminga
Encosta chocalho no nariz de S	Mexe na mão e balbucia (be,be)
Pega S e ajeita no colo	Balbucia (de,de), coça ouvido, coça olho, mexe no pé
Segura mão de S	Olha >R, estende braço >corrente de R, mexe no pingente
Ajeita S	Mexe no pé, examina pingente
Olha >S	Continua
Continua olhando >S	Olha >O, mexe no pé, examina pingente
Continua olhando >S	Vira pingente
Passa mão no rosto de S	Mexe no pé, estende mão >pingente
Passa mão no pé de S	Examina pingente
Ajeita S	Pega botão do jaleco de R, examina botão, olha >baixo, mexe no pé
Olha >S	Estende braço >pingente
Balança chocalho na frente de S	Mexe no pé, pega botão de R, manipula botão.
Continua	Olha >O, manipula botão, olha >chocalho, toca no anel de R, toca no outro anel de R, puxa anel, manipula anel, mexe no pé
Ajeita S no colo, caminha >berço	Encosta cabeça, no peito de R
Coloca S no berço, ajeita-o	Choraminga

Mostra chocalho para S	Pára de choramingar, olha >chocalho, olha >O, coça olho
Mostra caneta para S	Pega caneta, examina caneta, choraminga
Olha >S, aproxima-se mais, oferece chocalho	Balbucia (nhe, nhe), olha >O, olha >R, pega chocalho, passa mão no olho e orelha
Levanta a grade do berço	Solta chocalho, balança mão, coça o olho, choraminga, balança mãos, choraminga
Chama (N!)	Balbucia (ma ma), coça olho, balança mãos, choraminga
Estende braço >S, fala (vem!)	Pára de choramingar, coça olho
Vira S no berço e toca várias vezes com mão espal- mada nas nádegas de S, passa mão nas pernas de S	Olha >O, olha >R, coça olho olha >O
Toca nas pernas de S	Olha >R, olha >berço, coça olho
Passa mão nas costas de S em movimentos de vai-e-vem	Olha >O, vira cabeça >direita, vira cabeça >O
Toca no rosto de S	Vira rosto >R
Passa mão no braço de S	Vira rosto >braço de R, olha >mão de R, mexe no berço
Olha >S	Engatinha no berço, aproxima- se da grade, apoia-se na grade e levanta-se
Continua olhando >S, com mãos na grade do berço	Fica de pé, toca na mão de R, olha >R, olha >O
Olha >S	Anda apoiado na grade do berço olha >R, olha >O, olha >porta.
Toca no rosto de S, fala (tchau)	Vira rosto >O
Sai	

Recusa Inicial à Aproximação da Rondista: Uma outra situação de recusa que ocorreu, foi a da criança que chorava, resmungava ou se encolhia junto ao acompanhante, à simples aproximação da rondista. Supondo uma possível associação de sua pessoa estranha ou seu jaleco branco com procedimentos hospitalares tipicamente aversivos, a rondista insistia em mostrar ao sujeito que seu objetivo era "brincar". Algumas vezes o acompanhante informava que a criança "não pode mais ver roupa branca que chora". Comportamento semelhante podia acontecer quando a rondista se aproximava, logo após ter ocorrido algum episódio de choro devido a procedimentos de rotina.

Este tipo de recusa também era considerado passageiro, porque desde as primeiras ocorrências foi evidenciado que a criança geralmente aceitava a interação após algumas tentativas. O próximo exemplo ilustra esta situação e o procedimento adotado.

EXEMPLO 12 - Sujeito A134, portador de pneumonia. Observado do corredor, afastou-se para o canto do berço à aproximação de uma enfermeira, que abaixou a grade do berço. Choramingou, depois foi manipulado e deitado pela enfermeira. Chorou alto e esperneou; poucos minutos depois, entraram a rondista e a observadora. Sujeito já calado, em pé no berço, com mãe ao lado.

RONDISTA (R)

SUJEITO S)

Aproxima-se

Ameaça choro

Fala (a tia não faz nada!), mostra as mãos espalmadas	Olha >O
Fala (a tia não faz nada não), estende braços >S, fala (vem cá com a tia)	Ameaça choro
Encolhe braços, estende só uma mão	Ameaça choro
Encolhe a mão e fala (a tia não faz nada, nenê)	Olha >R
(mãe ao lado de S levanta-se, coloca brinquedos no berço de S)	Olha >movimentos da mãe, Olha >brinquedos
Pega brinquedo do berço, fala (é seu, meu bem?)	Sorri, aproxima-se dos brinquedos, ajoelha, levanta-se segurando um brinquedo na mão
Fala (vou pegar uma caixinha para você)	Olha >R, sorri
Estende braço >S, oferece brinquedo	Pega brinquedo, balbucia (uh?), solta brinquedo, abaixa para pegar, levanta, olha >R, estende braço com brinquedo >R
...	...

Desenvolvimento da Interação Após Aceitação: Uma vez obtida a aceitação, a rondista procurava manter e fazer evoluir a interação, no sentido de obter maior envolvimento da criança, diversificação de suas respostas e a própria interação social entre ambas.

Inicialmente esse objetivo foi tentado através da manipulação do maior número possível de objetos de cada conjunto, e de grande variedade de categorias estimuladoras. Entretanto, a funcionalidade deste procedimento era

evidenciada nas situações de início de sessão para obter aceitação da criança e para lidar com recusa seguindo a aceitação. Após estes momentos, a criança em geral se engajava em alguma atividade, dirigindo ela própria a sequência da sessão.

O desenvolvimento da interação passou então a ser tentado a partir da categoria ou objeto inicialmente promotor de respostas de aceitação por parte de S. Suas respostas foram tomadas como estímulos discriminativos para que a rondista mantivesse ou substituisse categorias estimuladoras e objetos.

Assim, as categorias e objetos eram mantidos enquanto promovessem as respostas de participação e aceitação da criança, sendo substituídos quando a incidência dessas respostas diminuía.

Nas tentativas para reconhecer o procedimento mais adequado, muitas vezes a rondista insistiu em determinada categoria, sem discriminar indicadores para tentar categoria diferente, como no exemplo a seguir:

Durante uma sessão de 15 minutos, o sujeito segurava o violão enquanto a rondista solicitava a ele que cantasse, verbalizando isto e ensaiando o início de diferentes músicas. O sujeito não cantou e esteve manipulando o violão a maior parte do tempo, sem que a manipulação fosse explorada pela rondista.

Ocorreram vários indicadores dessa natureza, que só gradualmente a rondista passou a reconhecer e reforçar. Várias vezes o próprio sujeito expressava interesse por objetos ou atividades não previstas, como deixar o objeto do conjunto que manipulava, para manipular algo como o botão do jaleco da rondista, seu anel ou qualquer adorno que usasse. Esse padrão de respostas passou então a ser usado como elos facilitadores da interação.

A estimulação verbal também se mantinha na dependência de serem reforçadas pelo comportamento das crianças. Falou-se todo tempo em voz baixa ou normal como no cotidiano, mesmo quando havia muito barulho ou o sujeito chorava alto.

Foram usadas falas "musicada", "manhês", "protetora", "de igual para igual" e "representação da fala da criança"*, de acordo com cada situação e cada consequência. As variações se justificaram pelo fato de que as crianças apresentavam comportamentos diferentes diante da mesma entonação verbal.

Os próximos trechos ilustram os procedimentos durante a evolução de diferentes sessões, depois de haver sido reconhecida a aceitação.

*AS DIFERENTES ENTONAÇÕES VERBAIS CARACTERIZAVAM-SE DA SEGUINTE FORMA:

FALA MUSICADA— FALA CANTADA EM QUALQUER RITMO

FALA MANHÊS— FALA EM TOM DE IMITAÇÃO DA VOZ DA CRIANÇA

FALA PROTETORA— FALA EM TOM TÍPICO DO ADULTO QUE PROTEGE A CRIANÇA

FALA DE IGUAL PARA IGUAL— FALA EM TOM USADO NO COTIDIANO PARA SE DIRIGIR A UM ADULTO

FALA EM REPRESENTAÇÃO DA VOZ DA CRIANÇA— FALA SUFISTA DA CRIANÇA, DITA PELO ADULTO USANDO A 1ª PESSOA DO SINGULAR.

EXEMPLO 13: Sujeito A119, portador de osteomielite, sentado no berço com a mãe e outra acompanhante ao lado.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
...balança chocalho na mão de S	...olha >chocalho
Passa mão no pé de S	Olha >chocalho, olha >O, olha >chocalho
Puxa chupeta de S	Olha >direita, examina chocalho
Fala (patinho!), apontando figura estampada na roupa de S	Olha >roupa
Aponta patinho estampado no chocalho	Olha >chocalho
Aproxima chupeta da boca de S	Chupa chupeta
Procura objeto do conjunto	Olha >acompanhante à frente
Coloca sobre o berço, a cadeirinha, a boneca, o prato e a colher, coloca boneca na cadeira	Olha >boneca
Estende braço com colher	Pega colher
Fala (da papá pro nenê)	Olha >prato, leva colher >prato que cai ao encostar colher
Pega prato e recoloca no lugar	Aproxima colher do prato, cai outra vez
Fala (dá papá pro nenê), segura mão de S, encosta colher no prato, leva até boca da boneca	Olha >boneca, leva colher até o prato, olha >O, olha >prato, solta colher, entende braços >frente

Muda de estimulação

EXEMPLO 14: Sujeito A231, portador de pneumonia, no colo da mãe em frente a enfermaria. Entrou levado ao colo pela rondista.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
...movimenta bichinho >direita	...estende braço >bicho
Toca com bicho no nariz de S	Sorri, mantém braço estendido >bicho
Toca com bicho no rosto de S, entrega	Pega bicho, balança
Segura chupeta de S, balança sem tirar de sua boca	Olha >R
(mãe interfere: estende braço >bicho, fala "dá prá mamãe")	Bate com o bicho na mão da mãe, sorrindo, olhando >bicho
(mãe pede para S bater palmas e bate palmas ela própria)	Olha >mãe, manipula bicho
(mãe fala "dá tchau prá gente")	Olha >mãe, tosse várias vezes, Olha >bicho
Pega outro bicho (coelho,) aproxima-o de S, apertando-o, fazendo ruído	Olha >coelho, estende mão >coelho
Apertando coelho, toca-o. várias vezes na perna e rosto de S	Olha >coelho, sorri
Oferece coelho	Pega coelho, examina
Fala (olha só como é bonitinho!), olha >S	Olha >coelho, pega coelho, estende braço >mãe, balança coelho no ar
(mãe interfere)...	...

EXEMPLO 15: Sujeito AZ10, portador de deficiência renal, sentado no berço com a mãe a seu lado.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
...pega caminhoneta da sacola, coloca sobre o berço, fala (que tal?)	...olha >caminhoneta, toca nas rodas 3 vezes, olha >O, olha >R
Fala (vamos brincar, então.Toma!), empurra caminhoneta para perto de S	Segura a traseira da caminhoneta, empura para trás e para frente várias vezes
Tira pacote de mini-homens da sacola	Olha >R, olha >O, movimentando caminhoneta para frente e para trás
Coloca mini-homens ao lado de S	Olha >caminhoneta, movimenta de trás para frente
Fala (e este aqui, você não quer?), sacode pacote na frente de S	Balança cabeça afirmativamente, toca no pacote, volta a fazer movimentos com caminhoneta, para frente e para trás
Abre pacote e coloca homenzinhos sobre o berço. Fala (o que é que vamos fazer com isto?)	Fala (nada), balança cabeça negativamente, estende o braço >homenzinho, toca-o, volta a movimentar caminhoneta para frente e para trás
Pega um cavaleiro e monta-o no cavalo	Solta caminhoneta, olha >objetos na mão de R, estende braço >objetos, pega-os, coloca-os na carroceria da caminhoneta
Fala (olha como ficou bonito!)	Pega outro homenzinho e coloca em pé na carroceria
Observa S	Ajeita os homenzinhos na carroceria, coloca um no capuz da caminhoneta, pega outro, coloca sobre a cabine, empurra caminhoneta e derruba bonecos. Fára caminhoneta, ajeita bonecos.
Ajuda S recolocar os bonecos de pé na carroceria	Olha >caminhoneta, coloca 1 boneco sobre o capuz

Fala (hummm! que bonito,
o que este está fazendo
aí em cima?)

Observa S

Fala (nada), olha >caminhone-
ta, coloca outro boneco na
carroceria, vai colocando um a
um, todos eles em pé na carro-
ceria.

Coloca bonecos próximos um a
outro na carroceria, encaixan-
do-os nos espaços, olhando
sempre >carroceria; quando
caem, retira-os e recoloca-
os de pé. Pega-os com uma mão,
passa-os para a outra, ajeita-
os com ambas as mãos. Coloca
todos, coça cabeça, pega cava-
leiro que caiu, recoloca-o
sobre o cavalo, retira-o da
carroceria, põe sobre o capuz,
pega os que caíram na carroce-
ria, coloca-os sobre o berço,
volta a coloca-los de um em um
de pé, na carroceria, sempre
olhando >objetos. Tira homem-
zinhos e vira-os na carroceria
de modo a caberem todos. Ao
coloca-los todos, empurra a
caminhoneta para trás, olhan-
do >caminhoneta. Mexe no cava-
lo e cavaleiro sobre o capuz,
mexe na perna

Fala (tá gostando?
quer brincar mais?)

Balança a cabeça negativamente
depois afirmativamente.

Muda de categoria...

...

EXEMPLO 16: Sujeito A223, portador de pneumonia, sentado no
berço com mãe ao lado .

RONDISTA (R)

SUJEITO (S)

...fala (não quer mais
não?) referindo-se ao
violão que S manipula-
va

...encolhe mão com violão,
fala (qué), toca violão

Ajeita mão de S no
violão

Toca violão olhando >violão,
estende braço com violão >R.
fala (abou)

Fala (acabou), coloca
palheta presa no violão

Guarda violão, fala
(vamos ver o que eu tenho
mais), pega cubos Passa-
Passa, afasta pernas de S,
coloca cubo entre suas
pernas, tira peças de
dentro do cubo, coloca
sobre o berço e diz a S
para coloca-las dentro
do cubo

Pega peça, eleva-a
acima do cubo e solta-a
sobre o berço

Repete

Fala (a gente tem que
passar para dentro,
vamos ver qual que é)

Fala (não, não é esse,
vou ver qual que é),
vira o cubo, fala
(achei! ôpa, não é não,
vou achar, perai)

(mãe interfere: "vira")

Fala (viu? aí!), bate
palmas

Fala (esse não é aqui),
vira cubo; a cada face
fala "não" e depois pára
(mãe aponta)

Fala (aí!), sorri, bate
palmas

Vira o cubo 3 vezes,
fala "não", depois pára

Fala (ai, muito bem!)

...

Passa todas as peças e repete o jogo.

Balbucia (ma, ma, paa), olha
>R, balbucia, sorri

Olha > cubo, segura-o, olha
> movimentos de R tirando as
peças para fora, pega as pe-
ças sorrindo

Sorrindo, olha > trajetória do
objeto

Repete

Pega uma peça e força-a sobre
o orifício do cubo

Aperta sobre outro orifício

Vira peça, encaixa e ela cai

Sorri, olha >R, olha >mãe,
pega outra peça, aproxima-o
do cubo

Olha > cubo com peça na mão,
encaixa, ela passa

Sorri, olha >mãe, pega ou-
tra peça

Encaixa peça sorrindo, olha
>mãe, empurra, peça cai

Pega outra peça, aproxima-a
do cubo

...

EXEMPLO 17: Sujeito A336, portador de endocardite bacteriana, sentado no carro-berço, segurando uma bola, com mãe ao lado.

RONDISTA (R)	SUJEITO (S)
...pega bola, joga para cima e para baixo, bola cai	...estende braço >bola, aponta sorrindo
Pega bola	Estende braço >R, pega bola, joga para cima
Pega bola, faz careta	Pega bola, balança para um lado e outro, joga cabeça para trás
Fõe a mão no pescoço de S, fala (doeu?)	Fala (doeu)
Pega bola	Fala (me dá, me dá), bate na bola, bola cai
Pega bola	Sorri
Joga bola para cima e para baixo	Estende braço >bola, sorrindo, pega bola, manipula, fala (vou dá mais não), segura bola com 2 mãos, olhando >R, sorrindo
Fuxa mão de S de sobre a bola	Segura mais forte a bola
Mexe no pé de S	Encolhe o pé sorrindo, morde a bola
Estende braço >bola, segura a bola	Segura a bola e joga para cima
Pega a bola e joga para cima e para baixo	Olha >bola, fala (vou pegar)
Fala (você só fala, não pega nada), movimenta bola na frente de S	Segura a mão de R, estende a outra mão >bola, pega bola, põe na frente do rosto
Fala (agora eu, eu peggo)	Fala (não), segura bola, sorri, olha >O
<i>Continuam intercalando atividades com a bola e outras diferentes.</i>	

Manejo da Interferência Espontânea de Acompanhantes e Outras

Crianças: Ocorreu frequentemente a interferência de acompanhantes, no sentido de favorecer a interação (Ver ex.7), solicitando à criança que atendesse às propostas de R, tornando sua posição mais confortável ou servindo de mediadores para a manipulação de objetos.

Essas interferências foram aceitas com o objetivo de integrar o acompanhante na situação, como observador-aprendiz e futuro agente repetidor do procedimento de estimulação, enquanto a criança continuava sendo o foco da atenção da rondista. Apenas em uma ocasião houve interferência considerada inadequada da acompanhante, que tomava para si todas as atividades propostas, antes que a criança respondesse. Nessa situação o procedimento adotado foi de instruir a acompanhante no sentido de dar à criança a oportunidade de tentar realizar a tarefa, no tempo que fosse necessário.

Também frequentes foram as interferências de sujeitos B chamando a atenção da rondista para si, ou pegando os objetos usados pelo sujeito na interação. O procedimento adotado foi o de solicitar à criança interferente que aguardasse em seu leito ou enfermaria, esclarecendo que a rondista iria até lá mais tarde. Havendo insistência por parte da criança, era facilitado seu engajamento na situação, continuando o primeiro sujeito e sua interação com a rondista como foco do procedimento.

Interferências de Membros do Staff: Menos comuns, as interferências por membros do staff aconteciam por necessidade de procedimentos médicos.

Como conduta básica esta equipe se afastava, mas se houvesse solicitação ou aceitação de interferência oferecida, tentava auxiliar.

O auxílio se dava por um procedimento simples de dessensibilização da criança para o estímulo percebido como aversivo, o que promovia o desvanecimento das respostas de recusa ao procedimento de rotina e podia ser tomado como modelo de comportamento a ser seguido pelo agente do staff. O exemplo abaixo ilustra essa sequência:

Durante a interação da rondista com um sujeito recém-internado, uma estagiária de medicina aproximou-se para auscultá-lo e tomar sua pressão. Esta equipe ficou a um lado do leito e o sujeito começou a chorar e a espernear quando a estagiária aproximou o estetoscópio de seu corpo. A rondista perguntou se podia ajudar e obteve resposta afirmativa. Tomou em suas mãos o aparelho, mostrou ao sujeito, dizendo-lhe em linguagem comum que aquele "negocinho" servia para escutar o coraçãozinho batendo "toc,toc". Colocou-o em si própria e pediu à criança que fizesse o mesmo. Em seguida, colocou-o sobre o

peito da criança e explicou que quem sabia "direitinho se o coração está batendo legal, é essa tia aqui", apontou para a estagiária e passou-lhe de volta o aparelho. O sujeito reduziu gradativamente as respostas de choro e passou a olhar em direção à estagiária que falava com ele de modo parecido como a rondista o fez.

Conteúdo da Interação: Os temas ou tipos de proposta feitas pela rondista, variavam quando o sujeito demonstrava desinteresse pela atividade que estava sendo desenvolvida, diminuindo a emissão de respostas, verbais ou motoras. A rondista então apresentava outro objeto, falava de outro assunto ou mudava a forma de uso dos objetos que tivesse nas mãos.

Por exemplo, se estivesse usando bonequinhos (cow-boys) para dramatizar uma luta, podia passar a escondê-los para que o sujeito os procurasse, ou podia brincar com eles como se fossem peças de um suposto jogo.

Algumas vezes a interação tinha caráter predominantemente verbal e os objetos, se presentes, serviam apenas como mediadores da interação, ocasionalmente manipulados.

Encerramento: Se a criança continuasse demonstrando desinteresse, bocejasse, deitasse e verbalizasse cansaço ou dor, a sessão era encerrada. Outros critérios para o

encerramento era a necessidade de dispor a criança para procedimentos de rotina e o término do tempo previsto para a sessão. O critério temporal era flexível e dependia do envolvimento da criança e da forma como evoluiu a interação. Houve situações nas quais só aconteceu o engajamento do sujeito, quando já se esgotava o tempo previsto. Nestes casos e quando o sujeito estava a caminho de concluir alguma atividade, o tempo costumava ser estendido.

Em algumas situações, a criança manteve-se em recusa o tempo todo e apenas no momento do encerramento deu atenção positiva à rondista, sorrindo, acenando "tchau" ou olhando em direção a ela. Nestas circunstâncias não houve extrapolação de tempo, nem se considerou que estava havendo encerramento, mas sim interrupção, visto que não ocorreu a evolução da interação. (Ver exs. 8 e 20)

Para encerrar, a rondista geralmente solicitava a devolução dos objetos utilizados, pedindo às vezes que a própria criança os guardasse. Despedia-se dizendo "tchau", ou jogando beijos para o sujeito; às vezes dizia que voltaria em outro dia e dependendo do tema desenvolvido na interação, atribuía tarefas ao sujeito como aprender uma música ou fazer um desenho para mostrar no encontro seguinte.

Houve situações nas quais as crianças insistiam em manter consigo algum brinquedo, ou estavam muito envolvidas na manipulação. A rondista então solicitava aos acompanhantes que se responsabilizassem por aqueles objetos

e lhe devolvessem depois, ou entregassem à enfermeira chefe, caso a criança recebesse alta antes de novo encontro.

Abaixo seguem exemplos de procedimentos usados para realizar o encerramento das sessões:

EXEMPLO 18: Sujeito A223, portador de pneumonia. O sujeito acabou de colocar as peças do Passa-Passa. Duração: 15 minutos.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
...fala (a festa acabou)	...fala (abou), olha >R, sorri
Fala (agora a tia vai ter que ir embora, tá?)	Fala (abou), olha >R, olha >mãe
Fala (é, pega o cubo e dá prá mim), pega a caixa do Passa-Passa	Pega o cubo, segura com 1 mão, puxa caixa com a outra
Fala (isso! agora coloca)	Abre a tampa da caixa
Ajusta posição do cubo e da caixa	Coloca cubo na caixa, sorrindo
Fala (muito bem!), coloca caixa na sacola	Olha >R, olha >mãe, olha >O, sorrindo
Fala (tchau)	Fala (tchau)
Sai	

EXEMPLO 19: Sujeito A32, portador de anemia megaloblástica. O sujeito em geral intercalava respostas de aceitação e recusa em suas sessões anteriores; nesta sessão foi receptivo todo tempo. Duração: 28 minutos.

<u>RONDISTA (R)</u>	<u>SUJEITO (S)</u>
...fala (coelhinho, agora a tia vai embora, tá? tchau)	...fala (tchau)

Acena adeus em frente
a S, fala (você vai
querer brincar amanhã?)

Fala (vou)

Levanta grade do berço

Olha >grade, olha >outra
criança presente, olha >TV

Fala (tchau), estende
mão >S

Dá mão para R

Sai

EXEMPLO 20: Sujeito A312, portador de hipodesenvolvimento.

Primeiro contato do sujeito com a rondista; recusou
interação o tempo todo. Duração: 6 minutos.

RONDISTA (R)

SUJEITO (S)

...aproxima mão da
mão de S

...empurra mão de R várias
vezes, olhando >lado oposto

Fala (a titia vai
embora, dá tchau), (mãe
interfere pela 1ª vez,
pede para S dar tchau)

Sorri, balança a mão de um
lado para outro, acenando
tchau

Balança mão de S

Segura dedo de R

Fala (tchau)

Olha >enfermeira que entra

Fala (tchau)

Olha >R

Sai

O encerramento das sessões ocorreu em 61,8% das vezes
por decurso de tempo; 8,8% por reconhecimento de sinais de
fadiga do sujeito, e 1,5% por necessidade de dispor o
sujeito para procedimento de rotina. Em 27,9% das
tentativas, houve interrupção sem que a estimulação fosse
desenvolvida, por recusa, sono ou falta de condições da
criança para interagir por qualquer outro motivo.

UMA VISÃO COMPLEMENTAR DO PROCEDIMENTO DE RONDA

A sequência de ronda acima descrita, mostrou o procedimento específico desenvolvido junto aos sujeitos A.

Como procedimento amplo, a ronda incluiu estimulação individual e de interação criança-criança com sujeitos B, auxílio a crianças desacompanhadas ou que recusavam alimentos durante as refeições, atividades em horários extras incluindo finais de semana para atendimento a pacientes terminais e considerados de comportamento especial.

→ **Estimulação de sujeitos B-** Os sujeitos B não terminais eram estimulados no próprio leito em procedimento semelhante ao realizado com sujeitos A ou, na maioria das vezes, em grupos na sala de recreação ou na enfermaria de um deles.

Usava-se, além do conjunto 5 e objetos avulsos dos demais conjuntos, material dos próprios sujeitos ou do hospital como jogo de damas, dominós e quebra-cabeças, para promover partidas nas quais todos tinham vez, havia rodízio e a equipe auxiliava aqueles que tivessem mais dificuldade.

Promovia-se sessões de canto em grupo e individual, quando todos tinham direito de gravar músicas no gravador da equipe. Aqueles menos falantes ou que dissessem não saber cantar, eram estimulados e auxiliados pela equipe e pelos próprios colegas. Evitou-se sempre qualquer tipo de competição e estimulou-se a colaboração. Todos eram chamados pelo nome, tinham sempre "sua vez" respeitada e eram

aplaudidos de modo a constatarem seu sucesso a cada participação.

Também desenvolviam longas conversas em grupo, onde as crianças contavam casos de casa e do hospital e falavam animadamente de grande variedade de assuntos levantados por elas próprias.

No final da ronda, quando a equipe ainda dispunha de tempo ficava com as crianças aguardando a chegada do jantar, desenvolvendo as atividades referidas ou ao pé do elevador contando as vezes que passava pelo andar, até a chegada do carrinho de refeições. Fazia-lhes companhia e depois montava grupos de atividade, deixava-os envolvidos e só então saía.

➤ **Atendimento a pacientes terminais e casos especiais:** Os pacientes terminais eram visitados sistematicamente durante seu período de permanência no hospital, incluindo finais de semana e em alguns casos, duas visitas diárias.

O procedimento de estimulação foi também desenvolvido de acordo com suas respostas e condições de participação. Eram selecionadas atividades leves em relação ao envolvimento físico, como carícias, manipulação de objetos menores, e fala da rondista, evitando atividades ou assuntos que pudessem excitar ou cansar a criança. Esse mesmo procedimento foi usado com pacientes não terminais, mas em estado clínico delicado.

Os sujeitos considerados especiais foram sempre priorizados e também visitados em horários e locais especiais, como a sala de diálise. Foram os sujeitos mais difíceis de serem trabalhados porque em geral apresentavam forte emotividade com relação ao hospital, às medidas de tratamento e ao corpo médico. Alguns deles, de internação prolongada, chegaram a recusar contato durante 8 ou 10 sessões seguidas e após aceitá-la, intercalavam sessões de aceitação e de rejeição.

A rondista sempre insistia, respeitando as preferências expressas pela criança e evitando ser manipulada por ela, até encontrar categorias que promovessem a receptividade. No total, nenhum deles manteve a recusa e a maioria apresentou comportamentos mais adequados de adaptação e aceitação do procedimento geral e do contexto hospitalar.

Estimulação de Sujeitos B restritos ao leito: As estimulações realizadas com sujeitos B restritos ao leito e não especiais, seguiram o mesmo procedimento descrito para sujeitos A e as respostas também se assemelharam, sendo apenas notadamente maiores a quantidade e a complexidade de verbalizações dos sujeitos, que aumentavam o índice de diálogos naquelas interações.

Os encerramentos num total de 36, aconteceram 69.4% das vezes por decurso de tempo, 7.5% por reconhecimento de fadiga da criança, 7.5% por necessidade de dispo-la para procedimentos rotineiros e 19.6% das vezes a interação foi

interrompida sem que fosse desenvolvida a estimulação , por recusa ou por estar o sujeito sem condições de interagir.

Resultados

Concluído o procedimento foram estudados os resultados encontrados sob tres aspectos: receptividade dos sujeitos ao procedimento, definição das categorias de estimulação utilizadas e linha básica de conduta durante o procedimento.

Respostas das crianças ao procedimento de aproximação e estimulação

Respostas de aceitação integral- Obteve-se 72,5% de sucesso, traduzido pelo número de sessões nas quais os sujeitos se engajaram na interação (Ver tabela 3-A). Desse total, 42,0% apresentaram de imediato respostas de aceitação e as mantiveram durante toda a sessão.

Respostas de aceitação após recusa inicial- As aceitações após recusa inicial ocorreram em 5,8% das sessões, sendo que em duas delas (2,9%), os sujeitos haviam sido submetidos a procedimentos dolorosos momentos antes e apresentaram respostas de choro à aproximação da rondista. Aceitaram a interação logo depois, até o final da sessão.

Em duas outras sessões (2,9%), realizadas com um mesmo sujeito, ele encontrava-se chorando quando a rondista se aproximou e manteve-se em recusa inicialmente, aceitando a interação logo a seguir; em uma dessas situações, a mãe estava ausente e em outra a mãe o vestia.

Tabela 3-A Respostas dos sujeitos A ao procedimento de aproximacao e estimulacao.

Sequencia de respostas	A C E I T A C A O				TOTAL	R E C U S A		TOTAL	Sem condicoes
	Aceitacao constante	Recusa sceitacao	Aceitacao recusa	Aceitacao permeada		com retorno	sem retorno		
f	29	4	6	11	50	3	11	14	2
%	42,0	5,8	8,7	15,9	72,5	4,3	15,9	20,3	2,9

Tabela 3-B- Respostas dos sujeitos A ao procedimento de aproximacao e estimulacao em situacao de retorno

Aceitacao	Aceitacao permeada	Recusa	TOTAL
1	1	1	3
1,4	1,4	1,4	4,3

Respostas de aceitação seguidas de recusa- Em 8,7% das sessões ocorreram respostas de recusa, após ter havido interação. Em uma das situações a recusa começou quando a acompanhante (mãe) afastou-se, e a criança passou a olhar em sua direção enquanto ela se movimentava pela enfermaria, chamando-a até que ela voltou, tomou a criança ao colo e a sessão foi encerrada; outro sujeito queixava-se de dor e nos momentos finais da sessão passou a fazer queixas com maior insistência, incluindo respostas de recusa, até o encerramento; dois dos sujeitos (2,9%), apresentaram aceitação quando a rondista se aproximou; um deles estava no colo da mãe e começou a chorar quando ela o colocou no chão; o outro estava sozinho e começou a chorar quando olhou em direção à mãe que se aproximava.

Respostas de aceitação permeadas de recusa- Em 15,9% dos casos de aceitação, os sujeitos permearam as sessões com respostas de aceitação e recusa (tabela 3-A), predominando entre estas a recusa de alimento oferecido pela rondista ou recusa do tipo passivo, onde a criança ignorava por momentos as solicitações feitas.

As respostas de choro, empurrar, encolher, dizer "não" às tentativas da rondista de brincar com objetos, tocar fisicamente ou jogar socialmente, ocorreram de duas a quatro vezes durante cada uma de oito sessões, cuja duração variou de 4 a 22 minutos. Significa que mesmo em situações de

recusa ativa, sua incidência era de frequência reduzida, considerando o período de interação no qual a criança se mantinha engajada emitindo respostas de aceitação (do contrário a sessão teria sido interrompida).

Em duas das sessões (2,9%), realizadas com uma mesma criança, a acompanhante (mãe) esteve todo período ausente e a criança chamava intermitentemente por ela, ocasião em que choramingava ou deixava de responder. Em apenas quatro sessões (5,8%), os sujeitos permearam todo tempo as respostas de recusa e aceitação. Em cinco do total das sessões (7,2%), os sujeitos apresentaram respostas de aceitação imediata vindo a intercalar respostas de recusa no final das interações, que neste caso variaram de 5 a 15 minutos.

As recusas não analisadas nas situações acima, são as que deixaram de oferecer qualquer indicador explícito de estarem em contexto especial; foram apenas entendidas e aceitas como recusa.

Respostas de recusa definitiva- As recusas definitivas aconteceram em 20,3% do total de sessões (Ver tabela 3-A), nas quais os sujeitos deixaram de apresentar respostas de aceitação em sessões que variaram de dois a nove minutos. Em tres destas situações houve nova tentativa de aproximação momentos depois, onde dois dos sujeitos foram receptivos e um manteve a recusa (Ver tabela 3-B). Os dois sujeitos

receptivos estavam tomando lanche quando houve a primeira tentativa de aproximação, e com sono (bocejando, fechando os olhos) respectivamente.

Não houve uma segunda tentativa de aproximação para as demais crianças, porque não estavam disponíveis, ou por ser final de ronda com tempo esgotado.

Apenas dois sujeitos apresentaram-se sem condições para serem estimulados (Ver tabela 3-A). Um deles estava muito febril, e outro estava com dreno no nariz.

O resultados apresentados na tabela 4, relativos a sujeitos B, são qualitativa e quantitativamente semelhantes aos obtidos com sujeitos A.

As figuras 6 e 7 oferecem uma visão das diferentes respostas dos sujeitos A e B ao procedimento, incluindo as situações de retorno.

Tabela 4- Respostas dos sujeito B ao procedimento de
aproximacao e estimulacao (N = 36 sessoes)

Sequencia de respostas	A C E I T A C A O			TOTAL	R E C U S A		TOTAL	R E T O R N O		TOTAL	Sem condicoes
	Aceitacao constante	Aceitacao recusa	Aceitacao permeada		com retorno -	sem retorno -		Aceitacao	Recusa		
f	23	1	3	27	2	4	6	1	1	2	1
%	63,9	2,8	8,3	75,0	5,6	11,1	16,7	2,8	2,8	5,6	2,8

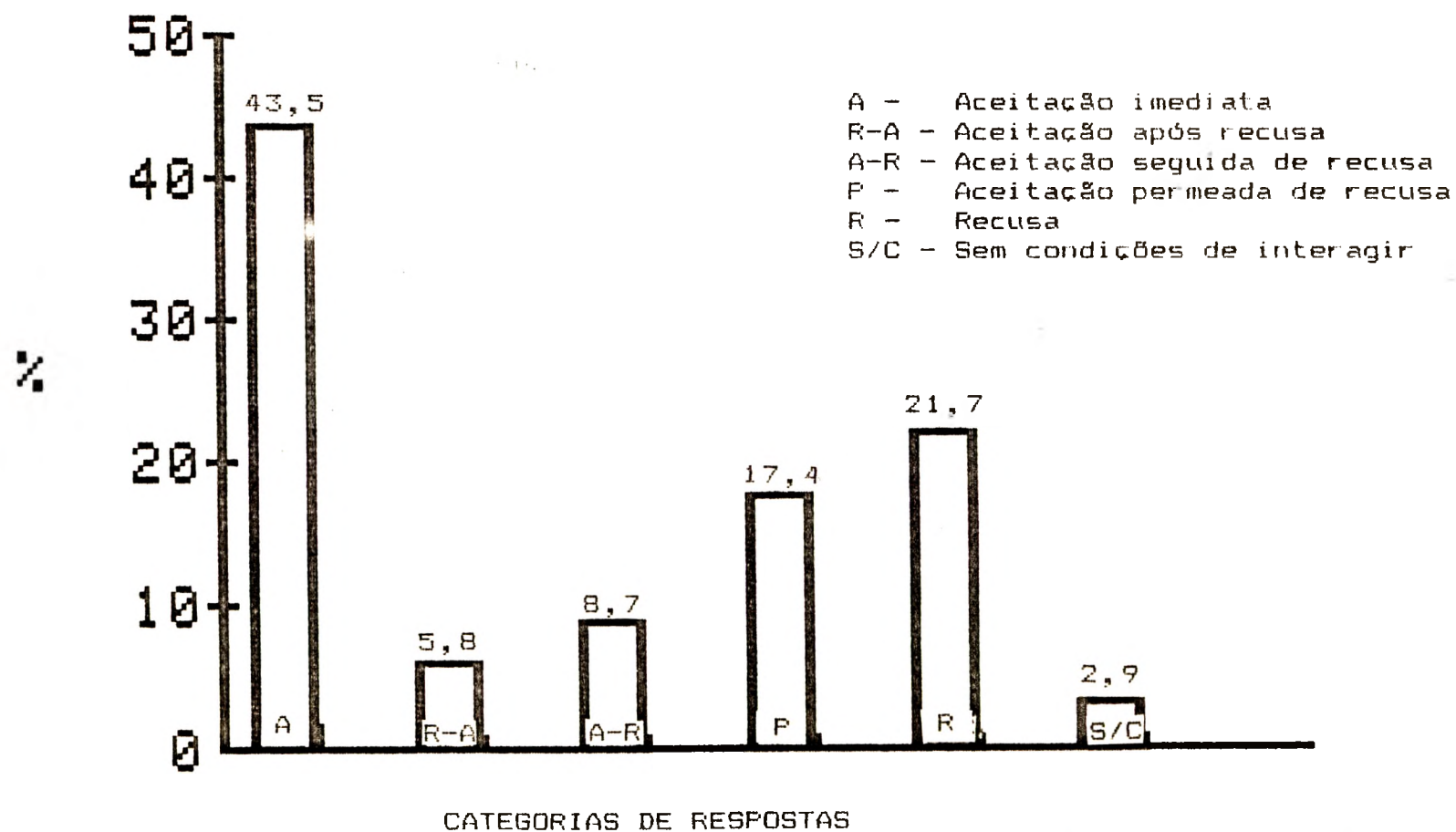


FIGURA 6. Percentagem de respostas dos sujeitos A aos procedimentos de aproximação e estimulação, incluindo sessões de retorno.

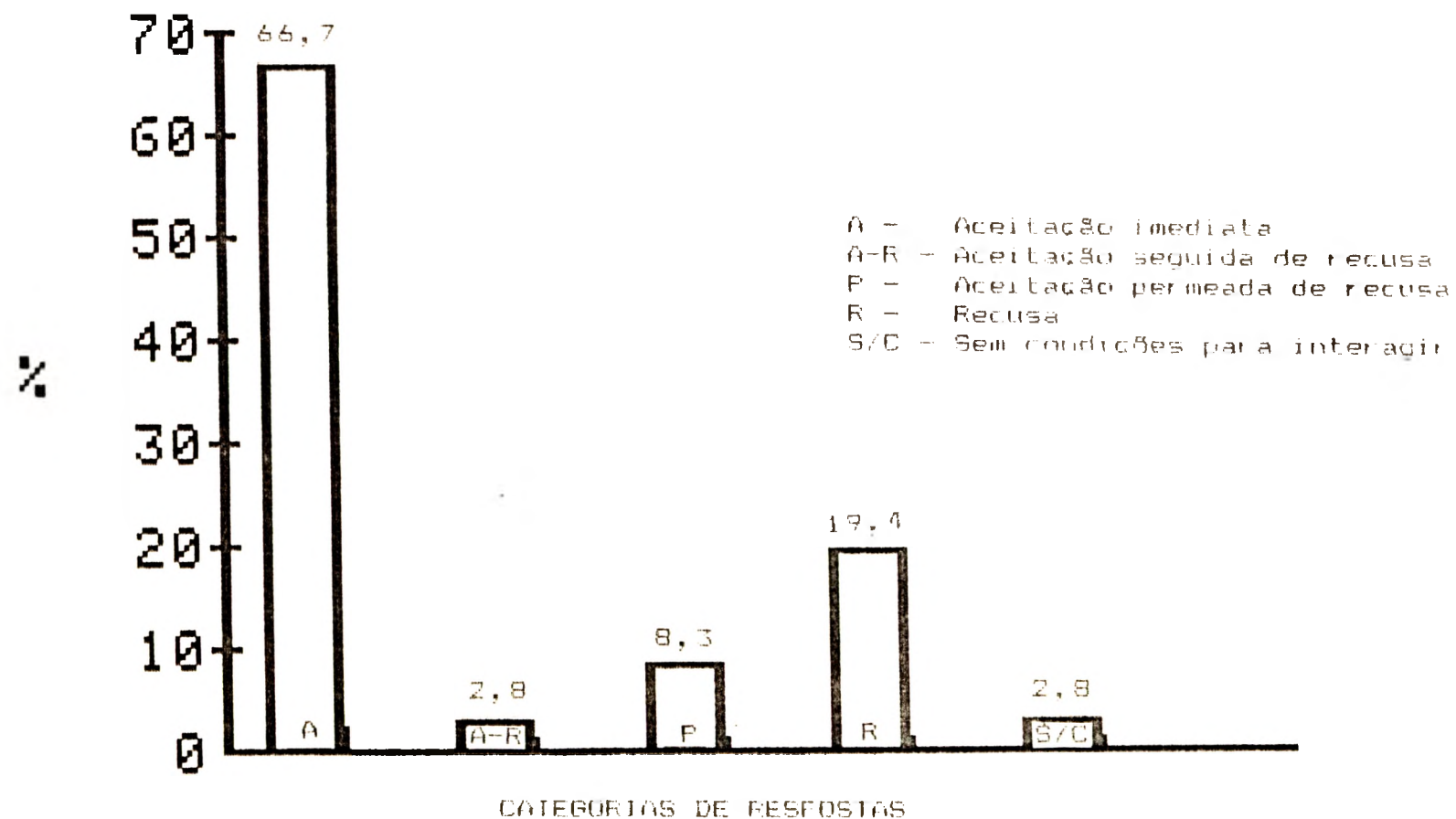


FIGURA 7. Percentagem de respostas dos sujeitos B aos procedimentos de aproximação e estimulação, incluindo sessões de retorno.

Categorias Estimuladoras

Foram definidas 61 categorias comportamentais usadas com maior frequência pela rondista enquanto agente estimulador, chamadas Categorias Estimuladoras. Estas categorias formam um conjunto referencial aberto, que orienta o procedimento e exemplifica um gênero de atividades possíveis e adequadas à estimulação em situação hospitalar.

Es - Estender a mão: estender a mão aberta em direção ao sujeito, acompanhada em geral de vocalizações como: "bom dia", "até logo", "dá a mãozinha".

Oc - Oferecer colo: estender as mãos abertas e afastadas, com as palmas voltadas uma para a outra em direção à criança, havendo ou não extensão simultânea dos braços e/ou ligeiro movimento de flexão e extensão dos dedos. Em geral acompanha vocalizações como: "vem!", "quer colo?", "vem na tia!".

P - Pegar no colo: suspender a criança até a altura do tronco, segurando seu corpo ou parte dele, e aproximá-la de si, de modo que fique sustentada pelos braços flexionados em torno de seu corpo e/ou pernas e apoiada em parte do corpo do adulto.

An - Andar com criança no colo: deslocar-se no espaço pelo movimento de pés e pernas, segurando a criança no colo.

Em - Embalar criança: oscilar o(s) braço(s) e/ou mão(s) leve e alternadamente de um lado para outro, para frente e para trás, de baixo para cima, mantendo a criança no colo ou no leito.

A - Acariciar criança: movimentar a(s) mão(s) (palma, costas ou dedos) levemente, de um lado para outro, ou percorrendo o corpo, parte do corpo ou cabelos da criança.

Ab - Abraçar: envolver com o(s) braço(s) o corpo ou parte do corpo da criança, aproximando-o do próprio corpo, exercendo pressão e estreitamento entre ambos.

Enc - Encostar cabeça: flexionar o corpo e aproximar a testa da testa da criança até tocá-la. Em geral acompanha risos.

Etm - Entrelaçar mãos: encostar a(s) palma(s) da(s) mão(s) na(s) da criança e colocar cada dedo entre dois dedos dela de modo a tocar, roçar ou friccionar com leve pressão.

I - Tocar na criança: colocar a mão, dedos ou objeto em contato com parte do corpo da criança, exercendo suave pressão e retirando em seguida.

Tb - Tamborilar: tocar com dedos ou mão, rápida e sucessivamente, parte do corpo da criança mantendo ritmo constante.

Dz - Deslizar objetos: segurar objeto com a mão e passá-lo de leve sobre o corpo ou parte do corpo da criança.

Pp - Provocar preensão: movimentar o dedo indicador na palma da mão da criança, de modo a obter maior área de contato entre o dedo e a palma da mão.

M - Manipular membros: segurar membros da criança. (mão(s), pé(s), dedo(s), perna(s), braço(s)) e deslocá-los no espaço, cruzando um sobre o outro, tocando-os, girando-os, executando qualquer movimento ou mantendo-os no ar.

Am - Apoiar mão no corpo: colocar a mão sobre parte do corpo da criança sem pressão ou movimento, realizando apenas contato físico.

Cc - Fazer cócegas: tocar levemente com os dedos ou objetos partes específicas do corpo da criança, roçando ou friccionando, de modo a provocar na criança espécie de contração espasmódica e/ou risos.

Lp - Limpar criança: pegar um pano ou papel disponível e enxugar secreção escorredicha do nariz, lágrimas ou restos de alimentos do rosto, boca ou mãos da criança.

Ar - Arrumar roupa: segurar parte(s) da(s) peça(s) da roupa usada pela criança e mover as mãos de modo a modificar a posição/localização da(s) peça(s), abotoar ou amarrar, aumentando o conforto da criança.

Cob - Colocar criança no berço: já estando com a criança no colo, tomando-a ou levantando-a no ar pelo contato das mãos com parte de seu corpo, colocá-la em contato com a superfície do leito de forma que fique apoiada e retirar as mãos.

Aj - Ajeitar posição: pegar em alguma parte do corpo da criança e realizar movimento modificando ligeiramente sua posição inicial, facilitando o conforto. Pode ocorrer com a criança no colo ou em qualquer superfície.

St - Sentar criança: segurar o corpo ou parte do corpo da criança e colocá-la sobre uma superfície, apoiada pelas nádegas, mantendo o tronco na vertical sem apoio, ou apoiado em outra superfície.

De - Deitar criança: segurar o corpo ou parte do corpo da criança e depositá-la sobre uma superfície, de modo que seu

tronco, nádegas e cabeça fiquem em contato com esta superfície.

Cbr - Cobrir criança: pegar um pano/lençol/manta/coberta e colocar sobre a extensão do corpo ou parte do corpo da criança.

Af - Afastar pernas: pegar nas pernas ou pés da criança e afastá-los um do outro, deixando livre um espaço entre ambos (em geral usado para colocar objetos).

Dcp - Dar chupeta: pegar chupeta com a mão, introduzir e soltar o bico entre os lábios da criança.

Tcp - Tirar chupeta: segurar o cordão ou argola do bico que esteja na boca da criança, preso pelos lábios e/ou dentes e realizar movimento de flexão com o braço, afastando o bico da boca da criança. Pode soltar em seguida ou continuar com segurando na mão.

Bcp - Brincar com a chupeta: segurar a argola da chupeta com a mão e tocar repetidamente os lábios da criança/introduzir e tirar o bico da boca seguidamente mais de uma vez/ realizar movimentos com a chupeta, estando o bico entre os lábios e /ou dentes da criança.

Sg - Segurar objeto: manter um objeto firme na mão ou entre os dedos, mesmo que a criança o puxe.

Ms - Mostrar objeto: segurar objeto(s) na(s) mão(s) em frente à criança, dentro de seu campo visual, realizando ou não movimentos verticais, horizontais ou semi-circulares (movimentando o antebraço para a direita e esquerda. Em geral acompanham vocalizações como: "olha!", "N.!", "Ó", "eu tenho uma coisa!".

Mv - Movimentar objeto: segurar objeto com a(s) mão(s) e realizar movimentos no ar, em sentidos e direções diferentes, na altura dos olhos da criança. Pode ser acompanhado de onomatopéias, ruídos produzidos pela manipulação do próprio objeto ou quaisquer verbalizações. Não se inclui o movimento com finalidade instrumental do objeto, como deslocar um aviõzinho.

Oj - Oferecer objeto: segurar o(s) objeto(s) na(s) mão(s) e estender o(s) braço(s) em direção à criança até seu alcance. Pode ser ou não acompanhado de verbalizações como "pega!", "vamos brincar?", "segura!".

Et - Entregar objeto: soltar um objeto seguro pela(s) mão(s) quando a criança o segurar.

Um - Demonstrar: realizar a ação desejada dentro do campo visual da criança, sem sua participação, descrevendo verbalmente ou não, a ação realizada.

Ir - Treinar: segurar a(s) mão(s) da criança com ou sem objeto(s) e realizar o movimento desejado com ou sem verbalização descritiva.

Pt - Dar prompt: iniciar qualquer movimento desejado em frente à criança e solicitar/esperar que ela continue sozinha a execução.

Br - Brincar com objeto: segurar objeto(s) com a(s) mão(s) ou dedos e realizar movimentos intencionais e sequenciais, de modo a atender a finalidade instrumental do(s) objeto(s), ou criando um novo produto final, sempre em atividade lúdica. Exclui-se o movimento estereotipado e outras manipulações aqui especificadas. A criança pode estar engajada ou não. Exs.: sobrepor várias peças, colocar bonecos na carroceria de um caminhão de brinquedo, organizar xícaras e talheres de brinquedo, equilibrar objetos na cabeça, esconder objetos ("cadê?").

Eg - Engajar criança: colocar na(s) mão(s) da criança ou a seu alcance, objeto(s) para serem manipulados de acordo com regras ensinadas na demonstração (ou já conhecidas) e

socitar a realização da atividade, iniciando-a ou verbalizando: "vamos fazer?", "faça você, é sua vez".

Co - Colocar objeto na mão: encostar objeto na palma da mão da criança e soltar e/ou pressionar seus dedos em torno do objeto e soltar.

Ac - Accumular objeto: colocar objeto(s) ao alcance da criança, quando ela já tem algum consigo ou a seu alcance.

Sp - Substituir objeto: colocar algum objeto ao alcance da criança, recolocando outro que já estava a seu alcance, no bolso ou na sacola.

Cp - Colocar objeto próximo: soltar objeto seguro pela mão ao lado ou à frente da criança, dentro de seu campo visual, de forma que possa alcançá-lo estendendo o tronco e/ou membros. Pode roçar ou ser depositado no colo ou partes do corpo da criança.

Cd - Colocar objeto distante: soltar objeto seguro pela mão ao lado ou à frente da criança, dentro de seu campo visual, de forma que para alcançá-lo deva deslocar-se no espaço engatinhando, andando ou deslizando.

Ap - Apontar: movimentar a mão com o dedo estendido em direção a algo ou alguém que esteja dentro do campo visual

da criança. Em geral é acompanhado de verbalizações como: "olha lá!", "olha o...", "o que é aquilo?".

Mm - Movimentar mãos: realizar com as mãos/dedos, acenos e movimentos em diferentes sentidos e direções dentro do campo visual da criança.

Etp - Bater palmas: mover os braços com as mãos espalmadas voltadas uma para a outra, no sentido adutor-abdutor, de modo que as palmas das mãos se toquem subitamente. Pode ocorrer movimento alternado e repetido de aproximação-afastamento, de modo sucessivo e ritmado, podendo ou não haver produção de som.

Can - Cantar: emitir sons vocais ritmados e musicados, fazendo uso de palavras ou sílabas.

Iv - Imitar vocalização: reproduzir vocalmente, de forma igual ou semelhante, emissões vocais de arrulho, murmúrio ou fala emitidas pela criança. Em geral acompanha risos e a fala é enfática.

Fi - Fingir injeção: encostar extremidade da ampola vazia e sem agulha, em parte do corpo da criança ou objeto, empurrando o êmbolo como no movimento de aplicar injeção. Em geral acompanha vocalizações como: "vamos tomar injeção?", "vamos dar injeção no boneco?", "eu vou te dar uma injeção".

Ofa - Oferecer alimento: segurar alimento ou vasilhame contendo alimento e estender o braço em direção à criança até seu alcance ou levar o mão até sua boca, introduzindo nela o alimento. Em geral acompanha verbalizações de incentivo como: "ai, que delícia de bolo! acho que vou querer um pedaço!", "come senão eu vou querer também!".

Aou - Aproximar para ouvir: flexionar o corpo o mais próximo possível da criança, voltar o ouvido na direção de sua boca e dizer: "como?", "fala de novo". Se necessário erguer sua cabeça com a(s) mão(s), em geral forçando de leve o queixo para cima.

Afo - Afastar para ouvir: após ter se aproximado, levantar gradativamente a cabeça e o corpo, de modo que a criança fale mais alto para se fazer ouvir.

Pr - Procurar objeto: introduzir a(s) mãos na sacola de brinquedos ou bolso e remexer objetos e/ou dirigir os olhos em movimento para dentro da sacola ou bolso.

G - Guardar objeto: introduzir objeto no bolso ou sacola e soltá-lo, tirando-o do campo visual da criança.

Ha - Acenar adeus: espalmar a(s) mão(s) voltada(s) para a criança e movimentar braço(s) e/ou antebraço(s) de modo que

a(s) mão(s) oscile(m) alternadamente para a direita e esquerda, ou flexionar os dedos indicador, médio, anular e mínimo (fechar a mão) e em seguida distendê-los (abrir a mão), de modo repetitivo e em geral acompanhado da verbalização "tchau".

Jb - Jogar beijo: mesma definição dada para o comportamento da criança.

Msv - Mostrar as mãos vazias: ficar de frente para a criança, distante dela um metro em média e espalmar as mãos na altura dos ombros, com os braços semi-flexionados, girando o antebraço de modo que as palmas e as costas das mãos se voltem alternadamente para ela. Em geral acompanha verbalizações explicativas e tranquilizadoras tais como: "a tia não tem nada!", "a tia não machuca!", "a tia só quer brincar!", "olha, não tem nada!".

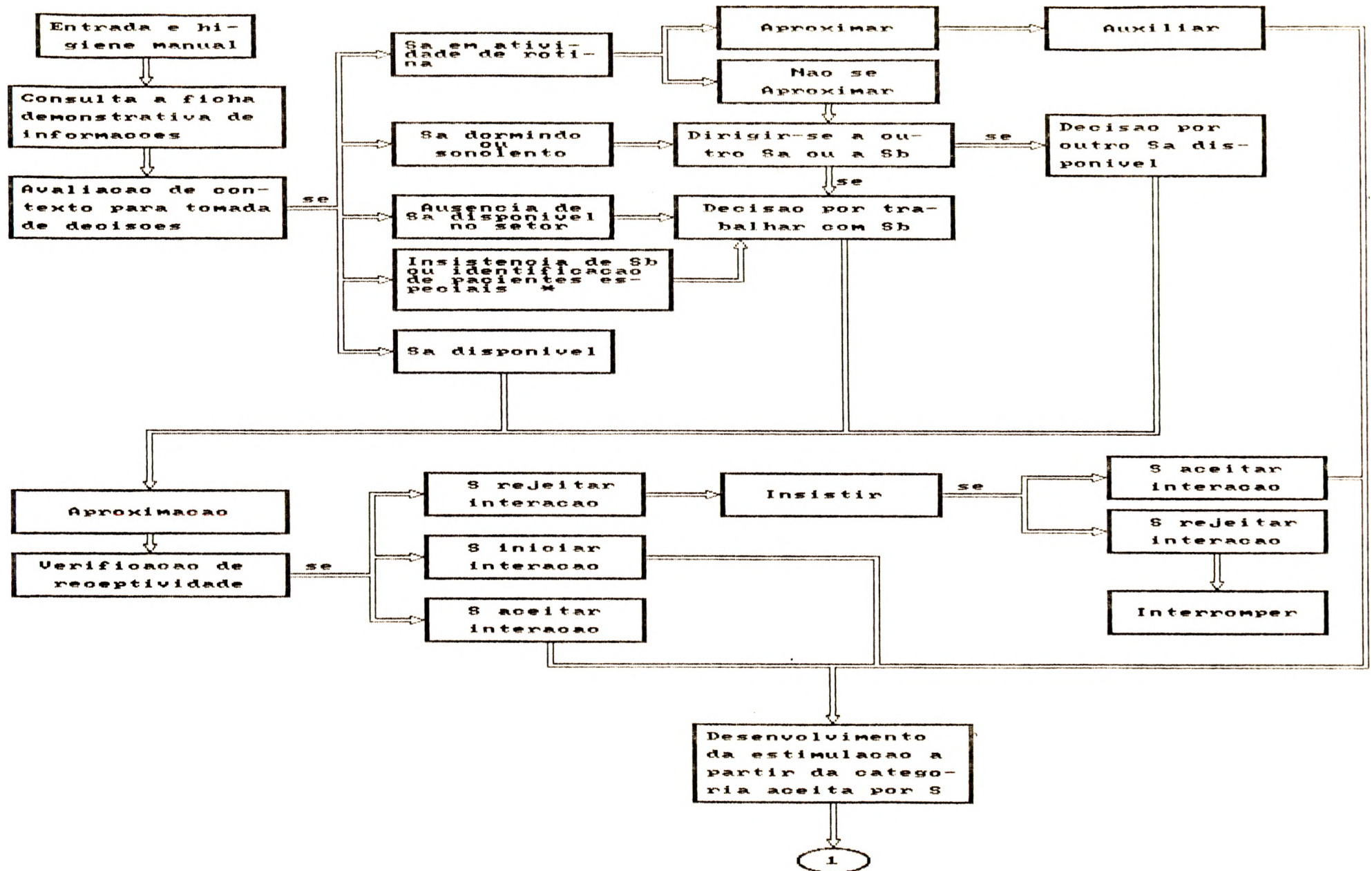
Aq - Abaixar a grade do berço: segurar a grade lateral do leito com as mãos, soltá-las do encaixe com movimento para cima e movê-la no plano vertical, de uma posição mais alta onde se encontra, para uma posição mais baixa. Pode haver produção de som em decorrência do movimento.

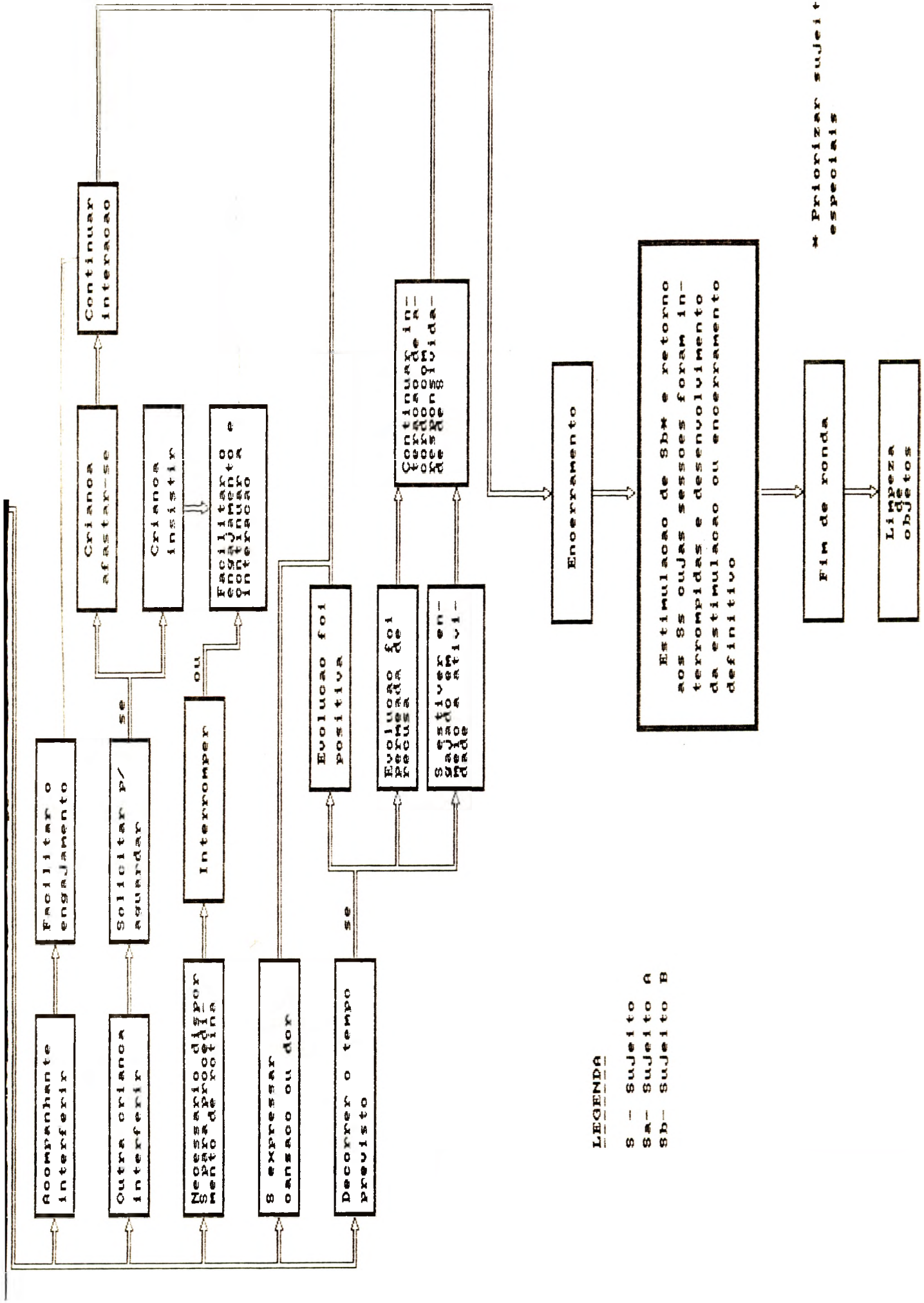
Sq - Suspender a grade do berço: realizar o movimento oposto ao abaixar, movendo a grade do leito para cima.

Proposta de Procedimento para Ronda de Estimulação Social

Foi descrita detalhadamente a proposta de procedimento para se desenvolver a ronda, cujo eixo básico segue abaixo sob a forma de fluxograma. A sequência mostra as situações geralmente encontradas e as diferentes opções de procedimento sistematizadas para dar continuidade à ronda a cada situação.

PROCEDIMENTO SISTEMATIZADO DE RONDA DE ESTIMULACAO SOCIAL





LEGENDA

- S - Sujeito
- Sa- Sujeito A
- Sb- Sujeito B

Discussão

Os resultados apresentados mostram uma alta incidência de respostas positivas da criança à aproximação e à intervenção da rondista. O dado sugere que o comprometimento da saúde física não impede o organismo de atuar ativamente em seu meio, nem compromete a curiosidade, o comportamento exploratório e social, desde que haja provimento adequado de estimulação dosada e multimodal.

As respostas de engajamento em qualquer das atividades propostas ocorreram com maior frequência quando a criança teve oportunidade de explorar o objeto ou a categoria dentro de seu próprio ritmo e de seu interesse. O dado sugere que a própria criança tem condições de selecionar as propostas e oferecer indicadores para se prover o incremento adequado em termos de quantidade e de complexidade nas atividades desenvolvidas.

A insistência para obter aceitação mostrou-se adequada como procedimento capaz de promover a familiarização rondista-sujeito, e o reconhecimento das preferências da criança. As diferentes tentativas ensaiadas na insistência permite ao rondista, reconhecer peculiaridades individuais do sujeito, conforme suas respostas, e moldar as propostas de interação de acordo com cada repertório e cada padrão de atividade social e motora, conforme desenvolvido no ambiente de origem.

A avaliação inicial do repertório da criança, pode às vezes caracterizá-lo como inadequado para o desempenho de determinada atividade. Entretanto a experiência mostra, como também constatou Verzemnieks (1984), que a criança responde de modo muito variado e às vezes surpreendente. É inadequado subestimar as condições de realização da criança, da mesma forma que manter expectativas irreais. Isto é especialmente verdade para pacientes especiais que inicialmente recusam qualquer forma de interação e pacientes terminais ou graves, que inicialmente mostram-se desinteressados e a seguir interagem ativamente nos limites de suas condições físicas, às vezes de modo semelhante ou mais complexo que sujeitos não terminais com menor repertório de interação.

A variação e o incremento de atividades não implicam necessariamente em quantidade de objetos e de atividades dentro de uma sessão. Se assim fosse, correr-se-ia o risco de criar uma condição super estimuladora, na qual a criança se tornaria passiva, por falta de organização e oportunidade para desenvolver a exploração e o engajamento dentro de seu próprio ritmo.

Não se poderia também estabelecer um critério fixo de intensidade ou qualidade de estimulação. Este critério só pode ser obtido através da observação de cada criança contatada, que indicará com suas respostas de aceitação, rejeição ou indiferença, o nível em que estão sendo oferecidos e organizados os estímulos. Apenas é importante selecionar recursos capazes de facilitar a interação social

e a exploração; a criança é capaz de indicar a sequência qualitativa e quantitativa das atividades que pode desenvolver, através de aproximações sucessivas.

Pode-se observar que além das condições clínicas e diferenças individuais, o componente emocional também parece ter sido um substrato relevante para a qualidade da interação desenvolvida, em termos de aceitabilidade e complexidade do envolvimento da criança. Dois fatores mostraram-se de especial importância. Primeiro, a ocorrência de experiências prévias adversas, durante a internação atual ou passadas, a partir das quais a criança pode generalizar as respostas de rejeição às pessoas estranhas e às situações propostas. Neste tipo de situação a insistência mostrou ser procedimento eficaz como promotor da dessensibilização gradual da criança e favorecedora da discriminação do rondista como agente não aversivo.

Segundo, a presença ou ausência do acompanhante parecia influenciar diretamente as condições de engajamento imediato da criança. Aquelas cujas mães estavam presentes, participativas ou não, tinham maior facilidade de se engajarem nas atividades propostas que as crianças desacompanhadas, para as quais o nível de insistência da rondista era maior e o engajamento mais demorado. Entretanto, após aceitar a interação as crianças apresentavam comportamentos semelhantes, o que provavelmente também decorre das características familiarizadoras e dessensibilizadoras do procedimento.

O comportamento geral dos sujeitos indica que a ronda de estimulação é especialmente útil, tanto na ausência quanto na presença do acompanhante. Na sua ausência, tranquiliza a criança reduzindo os comportamentos de inadaptção referidos por Bawlby (1961) e Spitz (1965) como sentimento de abandono, solidão e medo de perder os familiares, e ao mesmo tempo promove a oportunidade para explorar e brincar. Na presença do acompanhante, a interação sistematizada permite que a criança receba estimulação diferenciada da habitual (enriquecimento), e permite ao acompanhante identificar características comportamentais da criança, nem sempre reconhecidas.

A estimulação realizada pela rondista ou qualquer agente estimulador diferente da mãe, visa complementar e não substituir a atenção e cuidados maternos. O efeito positivo desta estimulação complementar é evidente através da redução de respostas apáticas ou inadequadas à adaptação e o paralelo incremento de respostas participativas das crianças, mesmo acompanhadas da mãe. De fato, a interação com outro adulto e outras crianças é um evento facilitador do desenvolvimento de respostas sociais, e agilizador de seu processo de adaptação a pessoas e situações diferentes daquelas do ambiente de origem.

Aceitar as recusas e substituir propostas são procedimentos de respeito à criança que dessa forma tem assegurado seu direito de escolha, selecionando as atividades de acordo com sua disposição e interesse no

momento. É ainda uma oportunidade para que ela ensaie seu treinamento em tomar decisões, avaliar contextos e voltar atrás, se preferir.

A interação social, caracterizada principalmente pelo intercâmbio verbal ou divisão de papéis em uma atividade de manipulação, também ocorre quando a criança se engaja em uma atividade individual, na presença do rondista. A presença e atenção dirigida, mesmo sem partilha de objetos ou conversação, mostrou-se capaz de manter a criança em atividade enquanto a rondista se mantinha a seu lado, apenas verbalizando ocasionalmente. Da mesma forma, em situações nas quais a criança não se engaja, e mantém-se olhando ocasionalmente para a rondista, para os objetos oferecidos ou manipulando-os e tocando-os, está ocorrendo um comportamento interativo, se comparado com a ausência dessa situação. Mesmo recusando, a criança está interagindo, decidindo sobre apresentar um ou outro padrão de respostas.

As interferências comuns na situação por parte de acompanhantes, foram reconhecidas como oportunidade para facilitar sua interação com a criança, durante e após a sessão, e da criança com o rondista, visto que na presença do acompanhante ou com sua solicitação alguns sujeitos respondiam positivamente com mais facilidade. Ao mesmo tempo, os acompanhantes podem observar o nível de responsividade das crianças, o que possivelmente auxilia na redução de sua ansiedade em relação às condições gerais do paciente.

Interferências de outras crianças, também foram reconhecidas como facilitadoras nas situações em que serviam de modelo, quando possibilitavam a interação entre elas e o sujeito, de modo a tornar o ambiente social mais semelhante àquele de origem, onde geralmente as crianças têm oportunidade de interagir com seus pares.

A oportunidade de auxiliar em procedimentos de rotina durante a interação, permite ao rondista melhor discernimento das experiências da criança, facilita o trabalho do *staff* e promove a dessensibilização da criança para os procedimentos utilizados. A criança aprende sobre o procedimento, equipamento usado e seu objetivo, reduzindo o fator desconhecido, gerador de respostas emocionais típicas.

As categorias estimuladoras propostas envolvem atividades centradas no corpo, atividades com objetos e pessoas, e se incluem em um procedimento que assegura a presença da novidade, manutenção da curiosidade e possibilidade de exploração, aspectos reconhecidos como relevantes ao brincar construtivo (D'Antonio, 1984). Mostraram-se eficientes na promoção de respostas participativas e exploratórias, e constituem um referencial prático aberto a inclusões de acordo com as condições do sujeito e da situação encontrada. São categorias facilmente utilizáveis e adequadas aos diferentes contextos onde houver uma criança disponível à interação: na escola, na creche, no lar e nas variadas situações de atendimento médico. A forma

de apresentação, em qualquer circunstância, deve ser decidida a partir da tentativa e observação da resposta da criança.

A sequência da ronda descrita no fluxograma, mostra sistematicamente o procedimento do rondista dentro do setor de enfermaria, permitindo-lhe um direcionamento objetivo de seu percurso e das decisões a serem tomadas. Elaborado com a necessária flexibilidade, o procedimento permite a avaliação prévia do contexto e ajusta-se às diferentes situações encontradas. Seguindo aquele eixo, o rondista tem condições de planejar sua ronda a partir do tempo e número de sujeitos disponíveis salvaguardando a oportunidade de interação a ser oferecida e assegurando o cumprimento do percurso proposto.

ESTUDO 2

O objetivo deste estudo foi testar a descrição e aplicabilidade do procedimento de ronda e a definição das Categorias Estimuladoras elaboradas no Estudo 1, para proceder os reajustes, se necessários, à formulação de uma proposta concreta de Ronda de Estimulação Social.

Sujeitos - Foram sujeitos deste estudo, 2 rondistas e 13 crianças hospitalizadas, das quais 7 eram sujeitos A e 6 eram sujeitos B (Ver tabela 5). Nenhuma destas crianças havia sido sujeito das etapas anteriores.

Material:

- lista de Categorias Comportamentais da Criança, definida na Etapa Preliminar
- lista de Categorias Estimuladoras, definidas no Estudo 1
- proposta de procedimento de ronda elaborada no Estudo 1 e já apresentada sob a forma de fluxograma
- 5 conjuntos de brinquedos definidos na Etapa Preliminar
- brinquedos e objetos afins que estivessem em poder das crianças, ou que estivessem próximos e disponíveis
- 1 micro-gravador marca Gradiente
- fitas micro-cassete marcas Gradiente e Sony
- protocolos para registro

Tabela 5 - Distribuicao de sujeitos
por classe e por idade

CLASSE DE SUJEITOS	IDADE	f
A	1-4 ANOS	7
	5-11 MESES	2
B	5-6 ANOS	1
	6-11 ANOS	3
		N= 13

Tabela 6- Demonstrativo do numero e duracao
de sessoes por classe de sujeitos

SUJEITOS			TOTAL DAS SESSOES			DURACAO DAS SESEDES EM MINUTOS					
A	B	TOTAL	sujeito A	sujeito B	TOTAL	sujeitos A		sujeitos B		TOTAL	\bar{X}
						TOTAL	\bar{X}	TOTAL	\bar{X}		
7	6	13	10	9	19	174	17,4	92	10,2	266	14,0

Procedimento - Este estudo incluiu a seleção e treinamento dos 2 rondistas e a realização de 19 sessões de estimulação com duração média de 14 minutos (Ver tabela 6), distribuídas por 5 rondas em um período de 2 semanas. As rondas foram realizadas a partir de 14.00h ou 16.00h, de acordo com a disponibilidade da equipe. Uma das sessões foi realizada com um grupo de sujeitos B, durante 24 minutos, e uma sessão extra foi realizada para testar o reconhecimento das Categorias Estimuladoras.

Seleção e Treinamento de Rondistas - Foi selecionado, de acordo com o interesse, um aluno de Psicologia recém iniciado no ciclo profissional, e foi convidada a observadora das etapas anteriores para desempenharem o papel de rondistas. O rondista inexperiente foi chamado *Rondista 1*, e a Rondista "experiente" foi chamada *Rondista 2*.

Para cada um desses sujeitos foi entregue uma cópia das listas de categorias e uma cópia da proposta de procedimento. Para o sujeito inexperiente foram apresentados os objetos utilizados nas rondas, para ele desconhecidos. Após estudo desse material e discussão em equipe, passou-se à aplicação.

Aplicação do Procedimento de Ronda - A aplicação do procedimento de ronda pelo rondista 1 foi observado pela autora e pela rondista 2. A rondista 2 foi observada pela autora. O registro das observações realizadas pela autora

foi feito utilizando a mesma técnica descrita do Estudo 1. Os registros realizados pela rondista 2 foram cursivos.

Na primeira visita do rondista 1, foi-lhe apresentado o Setor, sobre cujo funcionamento e regulamento ele já havia sido informado verbalmente. Após alguns minutos para ambientação e esclarecimento de dúvidas, o rondista 1 iniciou sua ronda.

A rondista 2, já familiarizada, não recebeu nenhuma instrução adicional além do texto proposta e iniciou a sequência das rondas, sem a presença do rondista 1.

A primeira, quarta e sexta rondas foram realizadas pela rondista 2, somando 11 sessões com duração total de 162 minutos ($x=14,7'$ por sessão). A segunda e quinta rondas foram realizadas pelo rondista 1, somando 8 sessões com duração total de 104 minutos ($x=13'$ por sessão)*.

Após a coleta dos dados, foi desenvolvida uma sessão extra de estimulação, realizada pelo rondista 1, na qual a observadora e a rondista 2 (observadora treinada), procederam registros categóricos para testar o reconhecimento das Categorias Estimuladoras. Encontrou-se um acordo = 91%.

*FORAM REALIZADAS, DE FATO, 3 RONDAS TAMBÉM PELO RONDISTA 1, SENDO QUE SUA 2ª RONDA, (A 3ª DO PROCEDIMENTO), COM 2 SESSÕES, FOI ACIDENTALMENTE DESGRAVADA PELA AUTORA, PERDENDO-SE AQUELES DADOS.

Resultados e Discussão - Durante a aplicação do procedimento, os rondistas 1 e 2 encontraram as diferentes situações previstas no texto-proposta (à excessão de pacientes especiais e terminais) e ensaiaram os procedimentos sugeridos. Mantiveram a lista de Categorias Estimuladoras como eixo e desenvolveram categorias similares à medida em discriminavam as oportunidades surgidas.

Respostas das crianças e procedimentos adotados: durante as 19 sessões realizadas em ronda, os rondistas obtiveram aceitação imediata em 14 delas, tendo havido insistência em em 5. Em apenas uma sessão o sujeito apresentou respostas de recusa após ter havido aceitação, voltando a interagir positivamente em seguida (Ver tabela 7).

As situações de recusa inicial ocorreram duas vezes para R1 e três vezes para R2; o aparecimento de recusa durante a estimulação ocorreu com R2 quando a criança rejeitou parte do alimento que lhe foi oferecido.

A figura 8 permite visualizar o sucesso dos rondistas em termos de obter aceitação por parte das crianças, durante suas rondas.

Tabela 7 - Respostas dos sujeitos ao
procedimento de aproximacao e estimulacao

Sequencia de respostas	Aceitacao constante	Recusa aceitacao	Aceitacao permeada	TOTAL
f	14,00	04,00	1,00	19,00
%	73,70	21,00	5,30	100,00

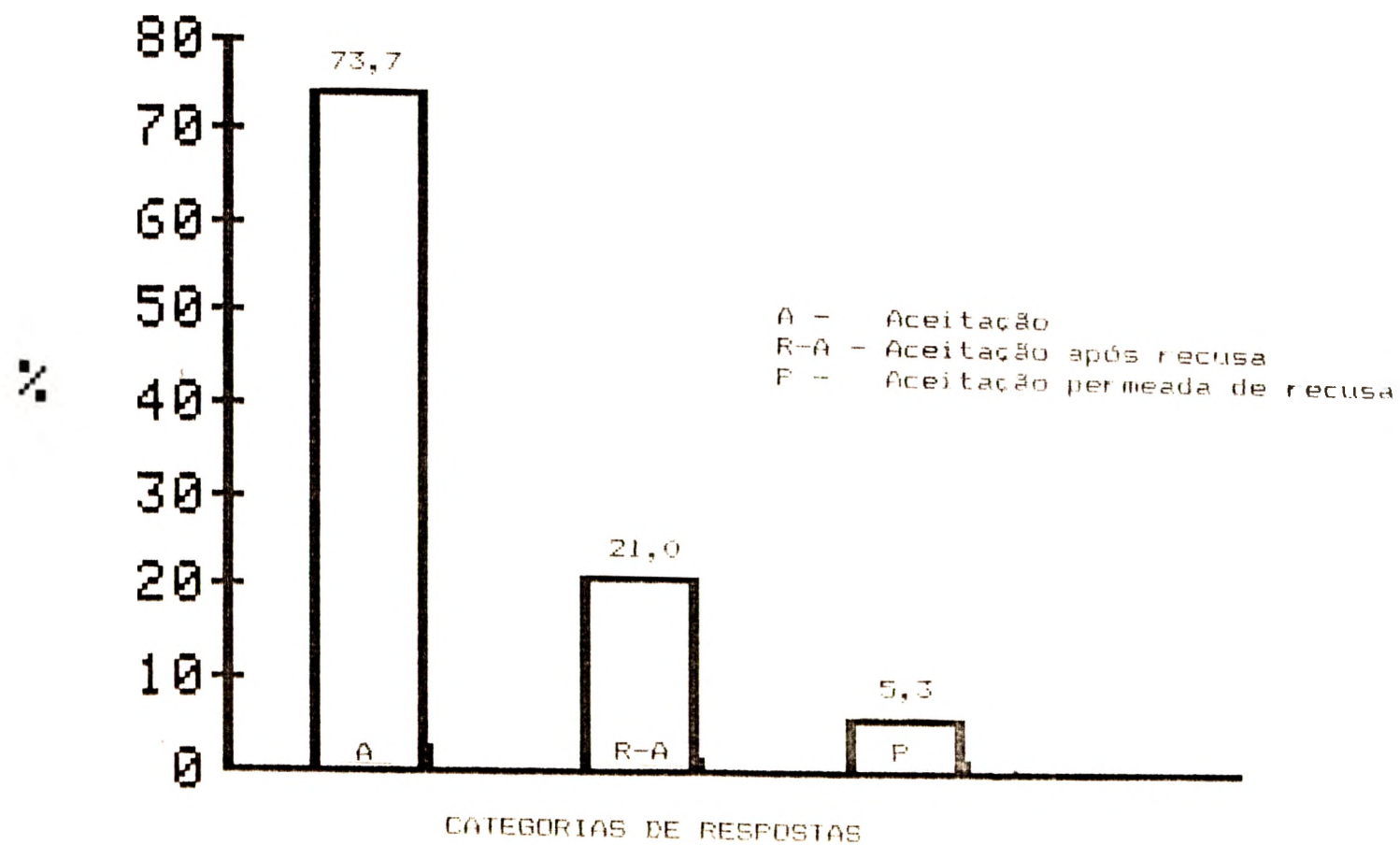


FIGURA 8. Percentagem de respostas dos sujeitos aos procedimentos de aproximação e estimulação.

Situações encontradas e procedimentos adotados: Em oito das sessões (42,1%), houve interferência de crianças, sendo que em quatro situações o rondista as engajou na interação (dois com R1 e dois com R2); em tres foi obtido o acordo (por R2) para que as crianças aguardassem sua vez, com a informação de que seriam atendidas logo depois (ver tabela 8); em uma destas tres situações, a criança interferente estava no leito ao lado do sujeito e a rondista (R2), entre os dois, atendeu a um e outro até engajar a criança em uma situação de montagem de objetos e voltou a dar atenção apenas a seu sujeito. Na outra situação, a criança interferiu cada vez mais até subir e deitar-se do leito do sujeito, enquanto o rondista (R1) não atentou por engajá-lo ou solicitar seu afastamento, até que a autora o fez. A criança, afastada, voltou logo em seguida e continuou interferindo. R1 não tomou qualquer iniciativa.

Em cinco sessões (26,3%) houve interferência de acompanhantes (4 para R2 e 1 para R1), onde em uma delas a mãe tornou confortável a posição da criança e nas outras quatro ocorreram tentativas de auxiliar a rondista na obtenção de respostas do sujeito (Ver tabela 8).

Em uma sessão houve interferência de pessoas do *staff* para tentar introduzir o soro na veia do sujeito, que respondeu chorando alto e esperneando. A rondista (R2) manteve-se inicialmente acariciando e falando com a criança, enquanto oferecia-lhe os bichinhos de látex. Juntaram-se tres enfermeiras em torno da criança, que continuou

gritando, e a rondista afastou-se porque o espaço tornou-se pequeno ao redor do leito. Após algum tempo as enfermeiras adiaram o procedimento e logo em seguida chegou o jantar. Uma das enfermeiras deu o jantar para o sujeito e a rondista, oferecendo modelo, estimulou-o verbalmente a tomar a refeição (abria a boca e pedia ao sujeito para imitá-la, dizia que estava gostoso e pedia que ele comesse tudo).

Os encerramentos em 16 das vezes (84,2%), ocorreram por haver terminado o tempo previsto para a sessão, embora muitos deles tivessem coincidido com a chegada do jantar, nas rondas realizadas a partir das 16.00h. Apenas em uma situação não houve tempo suficiente para que a rondista (R2) desenvolvesse toda a sessão antes do jantar. Em duas sessões houve indicadores de cansaço por parte das crianças e em uma sessão foi necessário dispor o sujeito para procedimento de rotina.

Houve alguma dificuldade dos rondistas em lidar com a recuperação de brinquedos ao final das sessões, insistindo muito na devolução. Houve um episódio de choro em sessão realizada por R2, onde a própria criança terminou guardando o objeto na sacola, mas o investimento de tempo na insistência e o desgaste da criança foram desnecessários. Em outra situação a criança pediu para ficar com um brinquedo e o rondista (R1) falou de outras coisas, encerrando a sessão sem voltar ao assunto e levando consigo o objeto. Nas tres

Tabela 8 - Demonstrativo da incidência e
qualidade de interferências

SUJEITO INTERFERENTE	COM ENGAJAMENTO	SEM ENGAJAMENTO	CUIDADO E CONFORTO	ESTÍMULO COLABORAÇÃO	TOTAL
CRIANÇA	4	4	-	-	8
ACOMPANHANTE	-	-	1	4	5
MEMBRO DO STAFF	-	-	1	-	1
TOTAL	4	4	2	4	14

sessões em que deixaram algum brinquedo, foram bem sucedidos em obter a colaboração dos acompanhantes e o acordo do sujeito em devolvê-lo posteriormente.

Solicitação para realizar alguma tarefa, para o encontro seguinte, foi feita uma vez por R2.

No desenvolvimento da estimulação foi observado que R1 apresentava maior número de Categorias Estimuladoras e maior variedade de objetos em curto intervalo de tempo, que R2. A criança tinha assim, diminuídas suas chances de explorar exaustivamente cada situação e cada sujeito, contrariando a proposta de ronda.

Descrição do Procedimento de Ronda de Estimulação Social: A ronda se define pelo percurso de um agente através da ala hospitalar, enfermaria por enfermaria, onde haja um paciente. A Ronda de Estimulação Social é realizada por um agente estimulador, que em seu percurso interage sistemática e individualmente com todos os pacientes, a nível social, motor e tátil. A interação assim proposta é focal e assegura a cada paciente, o recebimento de atenção a ele adequada.

O objetivo da Ronda de Estimulação Social é enriquecer o ambiente físico e social dos pacientes, que reduzem geralmente suas respostas ao meio ambiente, a partir das condições situacionais típicas da hospitalização. A estimulação existente, como o tráfego constante do *staff*, presença de visitantes, choro, riso ou fala de pacientes, ruídos diversos e toda dinâmica da rotina diária, falha em manter a variedade de respostas em geral já desenvolvidas pelo paciente em seu ambiente de origem.

No procedimento de estimulação, a questão básica da interação entre o agente estimulador e o paciente é a promoção de respostas participativas e do engajamento desse último em atividades diversificadas. Desta forma são minimizadas a apatia e ociosidade, ocasionalmente desenvolvidas em função da tendenciosidade repetitiva e qualitativamente empobrecida da estimulação diária das alas hospitalares, comparadas à estimulação típica do ambiente de origem.

II - Avaliação do contexto físico e social: A avaliação do contexto físico e social, refere-se à viabilidade da tentativa de estimulação. O rondista já munido dos objetos necessários, se optou por utilizá-los, deverá observar da porta, janela ou vidraça, o interior da enfermaria. Possivelmente encontrará uma dentre as seguintes situações:

II.1 - Sujeito sendo cuidado em rotina hospitalar tais como exames, medicação, alimentação ou coleta de material.

II.2 - Sujeito sonolento ou dormindo.

II.3 - Sujeito acordado, fora do atendimento de rotina.

De acordo com a situação encontrada, será tomada uma das seguintes decisões:

Se ocorrer II.1 - O rondista não se aproximará da criança sob cuidados, evitando a enfermaria se forem várias as pessoas presentes tornando o espaço reduzido, ou se o cuidado dispensado for reconhecido como longo ou delicado (tentativa de encontrar uma veia difícil, ou algum tipo de curativo realizado no próprio leito, por exemplo). Em geral, o rondista deverá aguardar o término da atividade para depois aproximar-se do sujeito.

II.1.1 - O rondista poderá interferir na situação se lhe for solicitado que o faça, ou caso se disponha a contribuir e seja aceito, de modo a facilitar a consecução daquele cuidado. Sua participação se dará por prestação de pequenos favores àquele que cuida da criança, no sentido de sossegar ou levar a criança a colaborar com a execução da tarefa. Informar a criança sobre a utilidade dos instrumentos utilizados e permitir que ela os examine torna-os, por dessensibilização, familiares e amenos. Em consequência, são reduzidas as respostas de choro, gritos, tremor e agitação de membros, presentes em algumas crianças diante de procedimentos simples e indolores, como aqueles que se destinam a tomar a pressão, temperatura e à ausculta.

Neste caso, a interação entre o rondista e a criança estará iniciada e deverá continuar ao término dos cuidados, conforme descrito na diretriz V. Não havendo intervenção por parte do rondista, a criança será visitada ao término da ronda.

Se ocorrer II.2 - O rondista não se aproximará para que a criança repouse, e ela será visitada ao término da ronda.

Se ocorrer II.3 - O rondista se aproximará.

III - Aproximação: A aproximação refere-se ao movimento do rondista no sentido de se colocar fisicamente próximo de seu sujeito. O rondista deverá se encaminhar na direção do

sujeito até uma distância que permita a ambos se tocarem estendendo os braços e se ouvirem mutuamente usando o tom de voz costumeiro. No percurso da porta ao leito, poderá mostrar objetos, sorrir, falar com outras pessoas ou emitir respostas lúdicas como fazer gestos, trejeitos, esconder e aparecer. Esta forma de aproximação pode favorecer a descontração do contato e caracterizar o rondista como amigável, ou pelo menos não punitivo e aplicador de procedimentos dolorosos típicos da situação hospitalar. Ele deverá assumir desde o primeiro momento da interação, um procedimento de aceitação, respeito e afeto. Esse procedimento será assim caracterizado:

a - Aceitação: serão realizados toques no corpo da criança, emitidas verbalizações e lhe será feito companhia, mesmo quando sua aparência for vista como desagradável, seu choro incômodo, as respostas lentas.

b - Respeito: serão desenvolvidos apenas procedimentos aceitos pela criança, sendo eliminados aqueles que mesmo supostamente adequados, sejam por ela recusados.

c - Afeto: serão feitas carícias, emitidos sorrisos e abraços, além da junção dos dois procedimentos anteriores.

Essas são as condições necessárias ao desenvolvimento de uma diade social produtiva e emocionalmente estável, onde

a criança estará usando e enriquecendo seu repertório social dentro de um clima afetivamente positivo. O rondista por sua vez, estará obtendo respostas interativas e se tornando um agente reforçador para a criança.

IV - Verificação da receptividade da criança: A verificação da receptividade da criança, refer-se à avaliação feita pelo rondista das condições oferecidas pelo sujeito para que seja desenvolvida uma interação sistemática, ou seu adiamento para ocasião mais adequada. Quando por exemplo, a criança olhar em direção ao rondista, ou quando ele estiver suficientemente próximo, tentará chamar sua atenção iniciando toques, referindo-se a objetos ou atividades nas quais a criança estiver envolvida, oferecendo-lhe algum objeto.

Neste contexto poderá ocorrer uma das seguintes situações:

IV.1 - A criança iniciar a interação: esta situação, de fato, antecede ou é simultânea à aproximação (III). Ao visualizar o rondista, a criança sorri, chama-o ou mostra alguma coisa, de forma que antes mesmo de serem usados quaisquer recursos para a aproximação, a criança mostra-se receptiva e colaboradora.

IV.2 - A criança dar atenção, respondendo de modo favorável à solicitação: sorri, fala, responde, estende a mão ou olha em direção ao rondista.

IV.3 - A criança negar atenção, ignorando ou rejeitando a presença do rondista.

De acordo com a situação encontrada será tomada uma das seguintes decisões:

Se ocorrer IV.1 ou IV.2 - O rondista desenvolverá a estimulação conforme a diretriz V.

Se ocorrer IV.3 - O rondista deverá insistir na solicitação, recorrendo à variação de categorias, deixando intervalos de tempo silenciosos (15 a 30 segundos), evitando aproximação que permita o contato físico. Às vezes será adequado que o rondista afaste-se 2 ou 3 passos e mantenha-se parado por instantes, ou que ensaie a curta distância diferentes categorias como mostrar objetos, acenar, conversar normalmente, usar falsetes ou onomatopéias. Em consequência poderá ocorrer uma das seguintes situações:

a - A criança responder positivamente e o rondista seguir o procedimento conforme a diretriz V.

b - A criança nega atenção e o rondista reconhecer o insucesso quando, após 4 ou 5 tentativas diferentes em média, a criança se mantiver em recusa ignorando-o ou intensificando as respostas de rejeição. Neste caso, haverá

interrupção, sendo a interação adiada para ocasião mais adequada. O rondista deverá cuidar para obter a colaboração da criança e não contribuir para a ocorrência de choro, gritos ou qualquer resposta de rejeição, correndo ainda o risco de tornar-se aversivo à criança. A ronda deverá prosseguir com outra criança na mesma enfermaria se houver, ou na enfermaria seguinte, quando o rondista reiniciará pela diretriz I.

Quando o rondista estimula outra criança na mesma enfermaria e aquela que recusou a interação tem oportunidade de observá-los, poderá ser adequado voltar a esta criança antes de sair da enfermaria. Havendo olhares, sorrisos, alguma verbalização ou gestos dirigidos ao rondista, serão interpretados como indicadores de que a criança poderá aceitar a interação e haverá nova tentativa.

A oportunidade de observar outras crianças em interação com o rondista, poderá modificar o comportamento de recusa e a criança comportar-se a exemplo dos colegas que aceitaram a estimulação. Por seu caráter reforçador, a interação pode tornar a criança reforçada em um modelo a ser seguido. Além disso, a observação da diade reforçadora poderá dissipar possíveis respostas generalizadas de recusa, tipicamente desenvolvidas diante dos procedimentos hospitalares, muitas vezes dolorosos.

Quando a criança é a última ou a única da enfermaria, ou quando não apresentar indicadores de possível aceitação, o rondista voltará a ela no final da ronda. O tempo

transcorrido poderá ter sido suficiente para minorar uma crise dolorosa, baixar uma febre ou remover outras variáveis quaisquer, possíveis promotoras das respostas de recusa por parte da criança.

Se a criança que recusa é a última da ronda, nova tentativa poderá ocorrer após 30 minutos, em média.

A partir destas tentativas, poderá acontecer uma das seguintes situações:

a - A criança responder positivamente: o rondista desenvolverá o procedimento conforme descrito na diretriz V.

b - A criança manter a recusa: o rondista encerrará simplesmente despedindo-se ou firmando contrato de retorno conforme descrito na diretriz VI. Quando houver choro ou gritos a criança possivelmente não ouvirá o que diz o rondista, tornando inútil a tentativa de firmar contrato de retorno.

V - Desenvolvimento da estimulação: O desenvolvimento da estimulação refere-se ao procedimento do rondista quanto à interação propriamente dita, norteador suas respostas a partir da categoria bem sucedida, ou seja, sequenciando as categorias a partir daquela que recebeu atenção da criança.

A evolução qualitativa e quantitativa da relação estará na dependência das respostas e condições físicas do sujeito, que ocasionalmente poderá estar limitado pela enfermidade ou

por seu momento clinico-evolutivo. O rondista selecionará as Categorias Estimuladoras de acordo com a conveniência e capacidade da criança para responder. Dessa forma, o desenrolar do procedimento será, via de regra, apropriado para cada paciente, considerando sua individualidade e a especificidade da sua situação. A atenção focal será o eixo da interação e deverá se manter durante todo o processo.

As Categorias de Estimulação poderão ser apresentadas de forma alternada, concomitante, sequenciada ou isolada. Poderão inclusive, surgir categorias novas, no momento da interação - o fato de ser aqui apresentado um elenco delas, mostra sua funcionalidade mas não sua exclusividade, e o elenco poderá ser acrescido de outras categorias, desde que operacionalizáveis e funcionais. A escolha das categorias, terá em princípio o objetivo de fortalecer a relação inicial, mantendo as características do primeiro contato. Será preferível manter o sujeito engajado em uma única atividade que seja eficaz em obter respostas desejáveis, a interromper a emissão de respostas já encadeadas para introduzir novos estímulos. Mudanças precoces na estimulação poderão impedir maior envolvimento com a atividade iniciada, que deverá possibilitar total exploração por parte do sujeito.

Poderá ocorrer a necessidade de se introduzir estimulações qualitativa e quantitativamente diferentes, a fim de manter o sucesso do procedimento. Esta necessidade será reconhecida através de indicadores fornecidos pelos

sujeitos, como diminuição da taxa de respostas, abandono da atividade ou aparência de fadiga através de verbalizações, expressões corporais do tipo bocejar, espreguiçar ou deitar. Nessas situações será entendido que a estimulação usada perdeu o efeito reforçador, urgindo sua substituição.

Em algumas situações, o contexto e não o sujeito determinará a mudança na estimulação e recursos usados para assegurar o envolvimento da criança e o alcance dos objetivos do procedimento. Um exemplo dessas situações é a interferência de alguma criança ou acompanhante durante a interação rondista-sujeito, tirando os objetos usados, cortando o diálogo estabelecido ou se engajando voluntariamente no jogo entre a diade. Esse tipo de interferência poderá ser contornado pela integração do recém-chegado que, se for o caso, deverá se comportar de acordo com as regras da situação encontrada. Não deverão ocorrer modificações que subtraíam a atenção do sujeito, que deverá permanecer como alvo principal da relação. Para isto, o rondista usará meios para assegurar ao sujeito sua prioridade, como tomá-lo ao colo, postar-se ainda mais próximo ao seu lado e manter condições para que ele possa continuar dirigindo a sequência da interação.

A proposta é de trabalhar sempre individualmente com cada criança, mas havendo interferências fora do controle do rondista, elas poderão ser consideradas e trabalhadas como parte do contexto local.

A recente prática encontrada nas enfermarias pediátricas, de internação conjunta mãe-criança, facilita as referidas interferências. O acompanhante, e outras pessoas ao observar, muitas vezes interferem na interação. Ao invés de eliminados, devem ser aceitos e engajados porque se tornarão eventuais colaboradores, capazes de suprir ocasionalmente parte do trabalho do rondista como agente estimulador. Para engajar essas pessoas o rondista poderá introduzir novos objetos a serem manipulados em conjunto, chamar-lhes a atenção para o bom desempenho do sujeito, solicitar que realizem parte do trabalho feito pelo rondista, sempre elogiando, instigando, solicitando e olhando em direção ao sujeito.

Se ocorrer de as pessoas assim introduzidas na situação requererem constante atenção, falando ininterruptamente com o rondista, tomando a frente ou agredindo o sujeito, impedindo ou prejudicando o desenvolvimento da interação, deverá ser solicitado a elas que se afastem, explicando que a criança em questão deverá ter prioridade e condições de exploração da situação.

Caso se trate de outros pacientes, o rondista solicitará que aguardem sua vez e poderá oferecer-lhes algum objeto (brinquedo), se houver, para que se ocupem até o momento em que forem atendidos.

Os estímulos apresentados e as respostas obtidas na diade, terão uma relação interdependente, de modo que o comportamento do rondista será controlado pela qualidade e

quantidade do comportamento do sujeito e vice-versa. Significa que desta forma, as respostas de um servirão como estímulo reforçador para o outro. As respostas da criança, além de reforçadoras, servirão como estímulos discriminativos para que o rondista selecione a quantidade e qualidade da estimulação apresentada.

Foderá ocorrer uma aparente redução no nível de participação do sujeito, mesmo para aqueles com taxa de respostas superior à média. Esta variação é natural e pode decorrer inclusive do tipo de evolução clínica do sujeito, capaz de reduzir suas condições de envolvimento em qualquer tipo de atividade. A estimulação deverá continuar, adequada à criança, limitando-se por exemplo a carícias, fala em voz baixa e pausada, manipulação e toques leves no corpo, sorrisos e ocasional introdução de objetos pequenos e de fácil manuseio.

A verbalização será um componente constante, embora não imprescindível, durante todo o processo. Haverá sujeitos que falarão a maior parte do tempo e sujeitos que apenas responderão monossilabicamente, após insistência do rondista. Para os últimos, poderá ser mais importante e às vezes prioritário (quando quase nunca falam com ninguém, por exemplo), centrar a relação na estimulação verbal. Pode ser usada a conversação sobre ele próprio, sua escola, suas preferências, seus passatempos, suas aspirações, sua atividade diária, sua hospitalização, ou situações criadas no jogo social, como relatar a organização e sequência de

objetos e relações, como por exemplo: "o homem subiu no caminhão e agora vai dirigir para levar esse cavalinho para outra casa" (fala de um sujeito sobre brincadeira estruturada por ele próprio).

Para sujeitos que em geral verbalizam voluntariamente ou discorrem sobre um tema após uma única solicitação, podem ser intercalados períodos de silêncio, se eles se mantiverem engajados em outra atividade, sem verbalizar. Para crianças portadoras de determinados tipos de enfermidades, será aconselhável poupar esforço pulmonar e então a conversação e mesmo o canto podem tornar-se inadequados. O rondista quando em dúvida, deverá se informar sobre as condições do paciente junto à enfermeira chefe, ou alguém do *staff* capacitado para fornecer estas informações. Nesse caso, o rondista deverá, como modelo, centrar as atividades em estimulações físicas (motoras e táteis), tornando-se ele próprio monossilábico, retirando o reforço para o comportamento verbal do sujeito, com a finalidade de reduzir sua frequência.

O tom de voz usado na verbalização também deverá se adequar às características da criança. O falsete, os tons "manhês" (imitação da fala infantil), "protetor" (imitação da fala maternal), "de igual para igual" (voz normalmente dirigida a outro adulto), onomatopéias, falar pela criança usando a 1ª pessoa do singular, falar com partes do corpo da criança, podem ser adequados mas não são igualmente funcionais para todas as crianças da mesma idade. Só a

observação poderá determinar que tentativa será melhor sucedida.

A manutenção de respostas indesejáveis, como recusa, olhos baixos e silêncio persistente, muitas vezes poderá decorrer do tipo de estimulação usada, que as reforçam. Compete ao rondista introduzir o reforçamento diferencial através do uso de categorias diferentes e alterações na sua própria verbalização, ignorando respostas inadequadas e apresentando estímulos que já obtiveram respostas desejáveis. Dessa forma, a seleção de categorias estimuladoras se dará através de tentativas de avaliação dos resultados alcançados.

A estimulação deverá ter função enriquecedora, de modo a promover a aquisição de novas respostas pela criança, manter ou aumentar a emissão de respostas já existentes em seu repertório, reduzir ou substituir respostas consideradas inadequadas, como aquelas de recusa e apatia.

A diversificação instrumental da estimulação para o alcance desse objetivo, estará assegurada na sequência das sessões, quando o rondista apresentará variações na qualidade da interação e aumentará o número de solicitações de respostas. Lembrando sempre, a cada sessão, que será permitida total exploração por parte da criança, na atividade por ela selecionada.

A estimulação focal durante 15 a 20 minutos deverá ser suficiente para a maioria das crianças, podendo ser tomado como intervalo padrão a ser considerado no planejamento do

procedimento de ronda. Ocasionalmente, poderá se tornar adequado ou necessário o encerramento após 10 minutos ou menos de iniciada a interação, ou da mesma forma, poderá ocorrer a extrapolação desse tempo sem prejuízo, nem da interação, nem da ronda.

Aproximando-se o término da sessão, o rondista poderá fazer um contrato de realização de tarefas, que manterá a criança envolvida por algum tempo, como pedir a ela que faça um desenho para mostrar no próximo encontro, ou que ensine uma música a um colega.

VI - Encerramento: o encerramento refere-se ao término da interação, onde o rondista fará o contrato de retorno com a criança dizendo a ela se voltará e quando, despedir-se-à e sairá em seguida. Possivelmente ocorrerá uma dentre as seguintes situações:

VI.1 - O sujeito mostrar-se cansado, sonolento ou dolorido, verbalizando isto ou demonstrando gestualmente.

VI.2 - O período de tempo previsto se esgotar.

VI.3 - Coincidir um procedimento de rotina para o qual se deva dispor a criança.

De acordo com a situação encontrada, será tomada uma das seguintes decisões:

Se ocorrer VI.1 - O rondista apressará a conclusão ou aceitará a interrupção feita pela criança, e dirá a ela quando será a próxima visita.

Se ocorrer VI.2 - O rondista comunicará à criança que é hora de se ir, ou que as outras crianças também estão aguardando para brincar, mas que em outra oportunidade (especificar) estarão juntos novamente.

VI.2.1 O período de tempo previsto, poderá ser estendido em situações como aquelas em que a criança estiver em meio à atividade, sem perda aparente da disposição e interesse, ou quando só nos últimos minutos da sessão, a criança aumentar a responsividade tornando-se necessário reforçá-la para estabelecer estas respostas.

Se ocorrer VI.3 - O rondista interromperá, firmando rapidamente o contrato de retorno. Nestes casos não deverá ser comum a criança se negar ao encerramento. Caso aconteça, serão usados recursos como dizer à ela sobre a importância daquele procedimento a ser cumprido, para sua mais pronta recuperação e condição para "ficar boa" e brincar.

VI.3.1 - Quando a intervenção for rápida e simples (como tomar a pressão ou a temperatura), a interação não deverá ser encerrada. O rondista poderá apenas interromper por

instantes e aguardar ali mesmo o momento para reiniciar, quando a criança for liberada, ou continuar interagindo mesmo durante aquele procedimento. Poderá ainda, auxiliar na agilização da tarefa, se for o caso, como descrito em II.1.1.

Ao concluir ou interromper a atividade o rondista deverá recolher os objetos, se foram utilizados na interação. Caso haja resistência por parte da criança para devolvê-los, ou se pedir para manter algum deles consigo, o rondista solicitará ao acompanhante (se presente), que se responsabilize pelo objeto e incentivará a criança a usá-lo, deixando feito o acordo de que ele lhe deverá ser devolvido no próximo encontro. Não havendo acompanhante no momento, a própria criança será encarregada de "cuidar do objeto".

Havendo uma terceira pessoa engajada na situação, será solicitado ou orientado a este grupo que continue ou retorne àquela atividade outras vezes.

O contrato de retorno é de importância no processo de separação rondista-sujeito, porque evita respostas de espera por parte da criança, que serão frustradas até que o agente retorne e isto poderá comprometer a estabilidade emocional proposta pela ronda. Sendo claramente especificado o momento do retorno e isto sendo cumprido, não deverão surgir dúvidas ou expectativas extemporâneas na criança, quanto à ocorrência de nova visita. A criança provavelmente se

envolverá mais motivada nas tarefas que por ventura o rondista tenha solicitado que realizasse durante o intervalo dos encontros. Obviamente o sucesso do contrato de retorno estará na dependência de que seja cumprido conforme foi firmado. As falhas neste sentido poderão ser seguidas de redução na frequência de respostas do sujeito, ou rejeição ao agente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL, HOSPITALIZAÇÃO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

O procedimento aqui descrito permitiu a observação e registro de respostas típicas de crianças em situação hospitalar, resumindo um arsenal de possíveis respostas interativas entre pacientes de diferentes idades, diferentes situações clínicas e diferentes períodos de internação.

A apreciação das consequências imediatas do procedimento de ronda, permite o reconhecimento de três funções básicas de sua aplicação:

1. *Enriquecimento ambiental*: promoção de estimulação personalizada e oportunidades para que a criança mantenha respostas de interação social e motora, de modo a minimizar possíveis perdas ou atraso no seu desenvolvimento decorrentes das adversidades hospitalares.

2. *Familiarização e dessensibilização*: redução das respostas generalizadas e tipicamente emitidas em situações aversivas (dolorosas e estranhas), de modo a facilitar a adaptação da criança ao ambiente, às pessoas e obter sua colaboração para os procedimentos médicos necessários, mesmo em internações de curta duração. Mesmo que a criança permaneça um ou dois dias na enfermaria, a atenção dirigida e oportunidade para interagir, estará facilitando sua adaptação no momento

possivelmente mais adverso e agressivo da internação, que é saída do lar e entrada no ambiente estranho do hospital.

3. Oportunidade para multiplicar agentes estimuladores: a realização da ronda possibilita a formação de quadros entre acompanhantes, pacientes e membros do *staff* que possam prover a estimulação suplementar na ausência do rondista. Enquanto se comportam como agentes estimuladores, acompanhantes e pacientes promovem sua própria atividade diversificada e a formação de grupos sociais. Membros do *staff* tornam-se mais familiares e conseqüentemente facilitam a dissociação entre eles e os procedimentos às vezes aversivos dos quais são agentes.

Ao concluir este trabalho, um outro achado já referido na literatura (Maenchen e Oremland, 1973; Zager, 1980; Zannon, 1981-a e Verzemnieks, 1984) tornou-se claro: a hospitalização para a criança pode ser uma experiência não só curativa, mas também preventiva e promotora da aprendizagem, do desenvolvimento e de atividades agradáveis.

Algumas das sugestões encontradas em propostas prévias de enriquecimento ambiental formuladas por Wood (1975), Crocker (1978), Chiattonne (1984), Sampaio (1984), Verzemnieks (1984) e Thiessen, Couto, Soares, Mamede e Corrêa (sem data), podem ser adaptadas e incluídas no contexto da ronda, incrementando as opções, utilizando as condições presentes e criando outras, novas e necessárias.

A implantação do serviço de Ronda de Estimulação Social na enfermaria pediátrica é proposta que viabiliza mais um passo para o resgate da visão global de saúde, bem como uma reforma básica da imagem ainda vigente, da hospitalização como experiência apenas árdua e dolorosa para a criança.

A ronda é um procedimento necessário considerando a relevância das atividades exploratórias e lúdicas no processo global do desenvolvimento. Sua implantação entretanto, não é suficiente nem exime a instituição hospitalar de sua responsabilidade com a criança e sua integridade bio-psico-social. Outras iniciativas paralelas devem ser tomadas no sentido de dirigir a enfermaria pediátrica para o atendimento de crianças, com todas suas características e necessidades peculiares à infância, independente do fato de estarem enfermas.

As oportunidades diárias, geralmente desprezadas, podem ser usadas para estimular as crianças nas diferentes situações rotineiras, através da reestruturação e organização dos recursos disponíveis, tornando a estimulação situacional acessível e familiar para a criança.

O treinamento de atendentes e do corpo de enfermagem, à exemplo do que vem realizando Zannon, (Zannon e Alvarenga, 1984), podem transformar os contatos dirigidos aos cuidados de rotina em atividades interativas que proporcionem oportunidade às crianças para utilizar seu repertório e desenvolver respostas novas. A troca de fraldas, o banho, a tomada de temperatura ou a hora da refeição, são exemplos de

atividades diárias que podem ser transformadas em momentos de atenção dirigida, ao invés de serem encarados como uma simples manipulação física e despersonalizada.

Verbalizações sobre procedimentos curativos, exames e instrumentos utilizados, descrevendo-os e especificando-os, podem ser promotores da redução da ansiedade e facilitadores da interação social, familiarização e dessensibilização da criança para o contexto hospitalar geral e os procedimentos médicos específicos.

Chamar a atenção da criança para os diferentes ruídos, vozes de pessoas conhecidas ouvidas ao longe, paisagens vistas da janela, rotina de horários, são meios de introduzir alguma organização na grande variedade de estímulos presentes, de modo que deixem de ser inalcançáveis pela criança.

Objetos (móveis, bonecos, formas geométricas coloridas), podem ser colocados nos leitos ao alcance das mãos ou dos pés da criança, higienizados e substituídos diariamente de modo a não se tornarem estanques e repetitivos, perdendo o poder promotor da curiosidade e exploração. Montagens e pinturas realizadas por elas próprias também podem ser expostas na cabeceira do leito ou na parede e substituídos a cada dois ou três dias. Esta forma de "decoração" visa manter a estimulação constante e caracterizar o ambiente mais próximo da criança como tipicamente infantil.

Objetos outros, encontrados na própria situação, como caixas de fraldas com fotos de bebês, frascos vazios (livres de resíduos), borrachas e frascos de soro, são também possíveis de serem utilizados, porque permitem a exploração e desenvolvimento do repertório criativo, transformando-os em móveis, adornos e brinquedos improvisados (D'Antonio, 1984 e Verzemnieks, 1984).

Como propõe Zannon (1985), "A vida da criança doente deveria ter como referencial a vida de criança." (pg.5), e não o tratamento doloroso, o afastamento da família, a reclusão ao branco da enfermaria ou o contato com a morte.

A manutenção dos cuidados de higiene hospitalar, e a aceitação objetiva da experiência da internação, não devem implicar necessariamente em desprover o ambiente da característica infantil, como presente nas situações diárias da vida da criança.

No desenvolvimento de recursos humanos para enfermarias pediátricas, faz-se importante o treinamento de pessoal que realize um trabalho de acompanhamento, observando e registrando o comportamento das crianças frente à situação estabelecida, provendo subsídios para alterar ou manter a estimulação oferecida a cada uma delas, de acordo com suas respostas e interação individual dentro do contexto.

As sugestões propostas podem ser desenvolvidas inclusive pelos acompanhantes, que às vezes tornam-se apáticos e sem iniciativa para interagir com suas crianças,

limitando-se a um afago ocasional e aos cuidados básicos necessários.

A observação dos procedimentos diários e reuniões periódicas para treinamento e discussão, podem reproduzir rondistas ocasionais entre eles e torná-los mais eficientes e mais participativos na interação com o próprio filho. Essa prática pode promover ainda o aprendizado daqueles acompanhantes a respeito dos comportamentos das crianças e possibilitar a continuidade da estimulação orientada após o retorno ao lar, bem como sua extensão aos demais filhos.

Como referido por Mc Gregor e outros (1987), tem-se introduzido estimulação adicional durante os períodos de hospitalização, mas pouca atenção tem sido dada a este aspecto depois do retorno da criança a seu ambiente de origem. Treinar acompanhantes no hospital a organizar e utilizar recursos disponíveis como referido, favorece o desenvolvimento de seu repertório no sentido de utilizar recursos artesanais de volta ao lar, modificando o meio com aquilo de que dispõe, para deixá-lo ao alcance da interação da criança. É uma forma de extensão do atendimento hospitalar à comunidade, ressaltando o enfoque curativo-preventivo proposto pela visão global de saúde.

Durante a internação, a criança passa a viver a rotina de enfermarias pediátricas, contruídas para receber doentes e não crianças; em geral desprovidas de área adequada para recreação interna, pátio para atividades ao ar livre e banhos de sol, brinquedos selecionados e conservados, que

permitam atividades estruturadas e orientadas, bem como a manifestação de atividades livres e de iniciativa própria.

A humanização no atendimento à criança inclui, além da atenção individual dirigida, o atendimento familiar e a reestruturação dos recursos materiais, físicos e humanos, para oferecer atividades alternativas dentro do contexto hospitalar que se propõe a reabilitar o pequeno enfermo em processo de crescimento e desenvolvimento.

O grande desafio para os próximos anos, para aqueles interessados na qualidade e efeitos aos cuidados pediátricos, será assegurar que deixarão de ser negadas à criança oportunidades para desenvolver atividades construtivas, apenas porque ela sofreu a experiência da hospitalização (Crocker, 1978), ou porque pertença a um contexto social e familiar pobre em recursos e conhecimento.

Faz-se necessário na área de saúde, criar recursos humanos, modificar os recursos físicos e desenvolver diferentes tecnologias comportamentais na promoção da vida e bem estar humanos, tanto quanto tem sido desenvolvida e aprimorada a tecnologia médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA, F. (1964). Peculiariedades do problema assistencial da criança. Em :Alcântara e Marcondes (editores). Pediatria Básica, SP, Prociemx.
- ARAÚJO, D.C, THIESSEN, M.L., COUTO, A.M., SOARES, C.H.P.F., NAMEDE, M.M. & CORREA, M.E.G. (sem data) Manual para visitantes domiciliares. MPAS, Sec. Serv. Sociais.
- BARBOSA, L.T. (sem data). Aspectos psico-sociais da assistência à criança. Temas de Pediatria, Nestlé, 9, 1-30.
- BAROWSKY, E.I. (1978). Young children's perception and reactions to hospitalization. In Gellert, E. (ed). Psychosocial Aspects of Pediatric Care. New York: Grune & Stratton).
- BIJOU, S.W. & BAER, D. M. (1978). Behavior Analysis of Child Development. Prentice-Hall Inc.
- BOWLBY, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. Int. J. Psycho-Anal., 39, 350-373.
- BOWLBY, J. (1960). Separation anxiety. Int. J. Psycho-Anal.,

41, 89-110.

BOWLBY, J. (1961). Separation anxiety: A critical review of the literature. J. Child Psychology Psychiatry, 1, 251-269.

BRUNER, J.S., JOLLY, A. & SYLVA, K. (editors, 1976). Play - Its role in development and evolution. England: Penguin Books.

BRUNER, J.S. & SHERWOOD, V. (1976). Peekaboo and the learning of rule structures. In: Bruner, J.S; Jolly, A. & Sylva, K. (editors). Play - Its role in development and evolution. England: Penguin Books, 277 - 285.

CARVALHO, A.A. (1977). A criança e sua educação. Anais Nestlé, 100, 68-70.

CARVALHO, A.M.A. (1983). O desenvolvimento da criança. Pediatria Moderna, XVIII(5), 268-280.

CHIATTONE, H.B.C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto à criança hospitalizada. Em: Angerami, V.A. (organizador). Psicologia Hospitalar. São Paulo, Traço.

CLARKE, A.M. & CLARKE, A.D.B. (1976). Early experience: myth and evidence. Londres, Open Books.

CLEVELAND, W.W. (1985). Dormant correspondance reconsidered. The Journal of Pediatrics, 107(6), 910-911.

CONNOR, J.R., MELONE, J.H., YUEN, A.R. and DIAMOND, C.M. (1981). Dendritic length in aged rats' occipital cortex: an environmentally induced response. Experimental Neurology, 73, 827-830.

CROCKER, E. (1978). Play programs in pediatric settings. In: Gellert, E. (editor). Psychosocial Aspects of Pediatric Care, Grune & Stratton, Inc.

D'ANTONIO, I.J. (1984). Terapeutic use of play in hospitals. Nursing Clinics of North America, 19(2), 351-359.

ERIKSON, E. (1976) Identidade, Juventude e Crise. (Tradução de Álvaro Cabral). Rio de Janeiro, Zahar editores.

FIELD, T.M. (1986). Interventions for premature infants. The Journal of Pediatrics, 100(1), 183-191.

GARFUNKEL, J.M. (1985). The pediatrician of the future. The Journal of Pediatrics, 107(6), 911-912.

HAITH, M.M. (1986). Sensory and perceptual process in early infancy. The Journal of Pediatrics, 109(1), 158-171.

HEGG, R.V. & LUONGO, J. (1977). A criança e a educação física. Anais Nestlé, 100, 81-94.

HAKIMI-MANESH, Y., MOJDEHI, H. & TASHAKKORI, A. (1984).

Short communication: effects of environmental enrichment of the mental and psychomotor development of orphanage children. J. Child Psychology and Psychiatry, 25(4), 643-650.

HUTT, C. (1976). Exploration and play in children. In: Bruner, J.; Jolly, A. & Sylva, K. (editors). Play - Its role in development and evolution. England, Penguin books, 202 - 215.

HUTT, C. & BHAVNANI, R. (1976). Predictions from play. In: Bruner, J.; Jolly, A. & Sylva, K. (editors). Play - Its role in development and evolution. England, Penguin Books, 216 - 219.

KAMIYAMA, Y. (1972). O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- KIELHOFNER, G., BARRIS, R., BAUER, D., SHOESTOCK, B. & WALKER, L. (1983). A comparison of play behaviors in nonhospitalized and hospitalized children. The American Journal of Occupational Therapy, 37(5), 305-312.
- LIPSITT, L.P. (1986). Learning in infancy: cognitive development in babies. The Journal of Pediatrics, 100(1), 172-182.
- MACHADO, D.V.M. (1977). O brinquedo e suas funções. Anais Nestlé, 100, 54-59.
- MAECHEN, A. & OREMBAND, J.D. (1973). Trauma and development: a frame of reference for considering the effects of hospitalization on children. In: Oremband and Oremband, The Effects of Hospitalization on Children, Introduction, Illinois: Charles C. Thomas, Publishes.
- MARCONDES, E. (1977). A criança e sua recreação. Anais Nestlé, 100, 45-53.
- MARCONDES, E. (1986). O ensino do crescimento da criança. Pediatria, 8(3), 128-130.
- MATOS, M.A. (1983a). Ambiente e desenvolvimento infantil. Pediatria Moderna, XVIII(5), 283-288.

- MATOS, M.A. (1983b). A medida do ambiente de desenvolvimento infantil. Psicologia, 1, 5-18.
- MASON, E.A. (1978). Hospital and family cooperating to reduce psychological trauma. Community Mental Health Journal, 14(2), 153-159.
- MCGREGOR, S.G., SCHOFIELD, W. & POWELL, C. (1987). Development of severely malnourished children who received psychosocial stimulation: six-year follow-up. Pediatrics, 79(2), 247-254. -
- MENYUK, P. (1986). Language development in a social context. The Journal of Pediatrics, 109(1), 217-224.
- METTEL, T.F.L. & LOBO, S.D. (1981). Descrição comportamental da criança hospitalizada. Pesquisa não publicada.
- OKAY, Y. (1986). Atenção global à criança e modelo biomédico. Pediatria, 8(3), 172-175.
- PIAGET, J. (1974). Biology and knowledge. Chicago, The University of Chicago Press.
- _____ (1976). Mastery Play. In Bruner, J.S.; Jolly, A. e Silva K. Play - It's Role in Development and Evolution. England, Penguin Books, 166 - 171.

QUEIROZ, A.M. (1977). Estimulação psicossensorial do lactente. Anais Nestlé, 100, 47-53.

ROMERO, F. C. e outros. (1986). Transtornos psicológicos del paciente grave y su acompañante. Revista Cubana de Pediatría, 6(58), 711-714.

ROSAMILHA, N. (1979). Psicologia do jogo e aprendizagem infantil. São Paulo, Pioneira.

ROSENBLATT, D. (1977). Developmental trends in infant play. In: Tizard, B. & Harvey, D.. Biology of Play. England: The Lavenham Press Ltd., 33-44.

ROSENZWEIG, M.R. , KRECH, D. & BENNET, E.L. (1962). Relation between brain chemistry and problem-solving among rats in enriched and impoverished environments. J.of Comparative and Physiological Psychology, 55(5), 801-807.

ROSENZWEIG, M.R. , BENNET, E.L. & KRECH, D. (1964). Cerebral effects of environmental complexity and training among adult rats. J. of Comparative and Physiology Psychology, 57(3), 438-439.

- ROSENZWEIG, M.R. (1966). Environmental complexity, cerebral change and behavior. American Psychologist, 21(1), 321-331.
- ROSENZWEIG, M.R. (1984). Experience, memory, and the brain. American Psychologist, 39(4), 365-376.
- RUTTER, M. (1979). Maternal deprivation, 1972: new findings, new concepts, new approaches. Child Development, 50, 283-305.
- SAMEROFF, A. J. (1986). Environment context of child development. The Journal of Pediatrics, 109(1), 192-200.
- SAMPAIO, V.R.C. (1984). Creche - atividades desenvolvidas com a criança. Rio de Janeiro, EBM.
- SANTORO, J.R., BARBIERI, M.A., RICCO, G.G., SOARES, F.C., DANELUZZI, J.C., FILHO, A.A. & BARROS, (1977). Aleitamento Materno. Anais Nestlé, 100, 10-25.
- SPITZ, R.A. (1965). O primeiro ano de vida - um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. SP, Martins Fontes.

SYLVA, E. (1977). Play and learning. In: Tizard, B & Harvey, D. Biology of Play. England: The Lavenham Press Ltd., 59.-72.

TWARDOSZ, S. (1984). Environmental organization and behavior. Progress in Behavior, 18, 123-161.

VERZEMNIEKS, I.L. (1984). Developmental stimulation for infants and toddlers. American Journal of Nursing, 84, 749-752.

VYGOTSKY, L.S. (1984). O papel do brinquedo no desenvolvimento infantil. Em: A Formação Social da Mente, cap.7. São Paulo, Martins Fontes.

YARROW, L.J., RUBENSTEIN, J.L. & PEDERSEN, F.A. (1975). Infant and environmental early cognitive and motivational development. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

WACHS, T.D. & GRUEN, G.E. (1982). Early experience and human development. Plenum Press. New York: MacGraw-Hill.

WILL, B.E., ROSENZWEIG, M.R., BENNET, E.L., HERBERT, M. & MORIMOTO, H. (1977). Relatively brief environmental enrichment aids recovery at postweaning brain lesions in

rats. J. of Comparative and Psysiological Psychology, 91 (1), 33-49.

WINDHOLZ, M. (1984). Relatório sobre o primeiro Simpósio Internacional sobre Intervenção e Estimulação do Desenvolvimento Infantil-Jerusalém. Anais da XIV Reunião Anual de Psicologia, Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 83-96.

WOOD, M.M. (1975). Helping children grow with materials and activities. In: Wood (editor). Developmental Therapy, cap.4, University Parle Press.

ZAGER, R.P. (1980). Emotional needs of children in hospital. Delaware Medical Journal, 52(5), 265-270.

ZANNON, C.M.L.C. (1981a). O comportamento de crianças hospitalizadas e a rotina hospitalar: subsídios para a atuação do psicólogo junto à equipe de pediatria. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Não publicada.

_____ (1981b). Atuação do psicólogo em setores de assistência hospitalar. Boletim de Psicologia, XXXIII(81), 40-51.

ZANNON, C.M.L.C. & ALVARENGA, R.C.T.H. (1985). Sistema de observação e análise de comportamentos de atendentes hospitalares em atividades de rotina de cuidados diários de crianças pequenas hospitalizadas. Texto não publicado.

ZANNON, C.M.L.C. (1985). Desenvolvimento infantil e hospitalização. Palestra proferida no II Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, realizado de 30 de setembro a 4 de outubro de 1985 no Centro de Convenções Rebouças, do INCOR em São Paulo. Texto não publicado.

A N E X O

PROTOCOLO DE REGISTRO DE OBSERVAÇÃO

PROCEDIMENTO - RONDA DE ESTIMULAÇÃO - FASE _____

OBSERVADOR _____ SESSÃO _____ DATA: ____ / ____ / ____

SUJEITO _____ IDADE _____ DIAGNÓSTICO _____

INÍCIO _____ TÉRMINO _____ ENFERMARIA _____

☐ COM OBJETOS

	SEM OBJETOS
--	-------------

ESPECIFICAÇÃO

CONTEXTO _____

[illegible]

[illegible]