



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos de Revisão

Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças

Material extraído da Dissertação de SILVA (2004), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB

Kenya de Lima Silva, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti Silva, Maria de Oliveira Ferreira Filha

RESUMO

Este artigo de revisão bibliográfica tem como objetivo correlacionar as necessidades psicossociais (amor, aceitação, atenção, gregária e segurança) da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta com a saúde mental das crianças de 0 a 5 anos, buscando oferecer subsídios para a prática profissional de enfermagem. Para isso, faz um resgate da assistência prestada a criança, desde a Idade Antiga, quando eram esquecidas, até as descobertas de Freud sobre o inconsciente humano e a valorização dos sentimentos destas nos primeiros anos de vida. Finalmente, utilizando os pressupostos teóricos do cuidado em enfermagem, descreve a importância da valorização das necessidades psicossociais para a saúde mental das crianças.

Descritores: Saúde mental; necessidades psicossociais, saúde da criança.

INTRODUÇÃO

Atualmente, muita ênfase é dada ao relacionamento pais/filhos, entretanto, nem sempre as crianças tiveram seus sentimentos ou emoções valorizadas. Durante muitos anos, na história da humanidade, nenhuma importância era dada ao seu desenvolvimento, desejo ou vontades. Segundo Áries (1981), as crianças eram consideradas “adultos em miniatura”, conforme retratavam os pintores do século XI ao XIII. As atenções do mundo adulto, como a assistência, que hoje concebemos como cuidado, era voltada às guerras, às artes e aos acontecimentos nos quais os adultos eram protagonistas.

Estamos no século XXI e as crianças pobres permanecem exploradas, castigadas e maltratadas, condição que não se limita às internadas em orfanatos ou abrigos. Essas crianças, que vivem com seus pais, têm sua saúde mental afetada, seja por maus tratos, seja pela sua condição socioeconômica que obriga as mães a se afastarem de seus filhos ainda no primeiro mês por necessitarem trabalhar, entregando-os, muitas vezes, a pessoas incapazes de cuidar.

Diante do exposto, faz-se necessário um olhar diferenciado e um cuidado direcionado a essas famílias, pelos profissionais de saúde, em especial pela enfermeira, uma vez que as especialidades têm fragmentado o homem em partes infinitamente divisíveis, e os cursos da área de saúde têm reproduzido esse enfoque ao enfatizar, na formação profissional, sobretudo, a dimensão biológica do processo saúde-doença.

No sentido da superação dessa contradição a enfermeira pode contribuir, ajudando essas famílias a compreenderem a necessidade dos cuidados da mãe ou pessoa significativa nos primeiros anos de vida da criança, bem como, perseguir e fomentar a mudança da cultura

para favorecer a consideração da importância da infância das crianças de classes sociais desfavorecidas. Urge a efetivação das políticas públicas de saúde e de educação com esse interesse e de processos de trabalhos em saúde e em enfermagem com tal finalidade. É necessário que os profissionais que lidam com saúde mental reconheçam seu papel político e sua função educadora na busca de melhores condições de vida para as populações excluídas do processo social contemporâneo (FERREIRA FILHA; SILVA, 2002).

Como enfermeiras e refletindo sobre a saúde mental da criança, reconhecemos a necessidade de a Enfermagem desenvolver processos de trabalhos para atender as necessidades psicossociais de amor, aceitação, atenção, gregária e segurança, apresentadas por Horta na teoria das Necessidades Humanas Básicas. Diante do exposto, esse artigo tem como objetivo, correlacionar as necessidades psicossociais (amor, aceitação, atenção, gregária e segurança) da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta com a saúde mental das crianças de 0 a 5 anos, buscando oferecer subsídios para a prática profissional de enfermagem.

A criança ao longo dos séculos

Na antiguidade, não existia o reconhecimento da importância da infância. Apesar de “esquecidas” na história, as crianças eram protagonistas de rituais de magia, sacrifícios, crimes (infanticídio), abandono, castigos ou espancamentos (ORLANDI, 1985). O infanticídio era prática normalmente executada na Grécia e Roma antigas. As crianças eram fechadas em vasos até se asfixiarem, abandonadas em caminhos, atiradas a animais selvagens, outras vezes, deixadas em cestos à beira de rios, como foi o caso relatado no Antigo Testamento, quando

Moisés foi deixado em um cesto, à beira do Rio Nilo (Ex.:2, 1-10) (BIBLIA SAGRADA, 1998).

Na Idade Média, as leis canônicas diminuíram o infanticídio, ao adotar a punição para aqueles que o praticavam, inclusive com promessas de castigos Divino. Entretanto, o abandono, considerado mal menor, era limitado. A Igreja Católica, para minimizar tal mal, transformou os mosteiros em refúgio para os pequenos abandonados e expostos (doados pelos familiares), onde os monges, no papel de pais adotivos, responsabilizavam-se pela educação, alimentação, vestimentas e a salvação de suas almas inocentes. Entretanto, nenhuma importância era dada aos sentimentos dessas crianças, nem mesmo quando adultas. Pois, se educadas nos mosteiros, teriam que permanecer lá para sempre, seguir os votos de pobreza, obediência e castidade. Para o mesmo autor, no século XI, o foco de atenção da Igreja passa para além da salvação da alma e direciona-se a assistência, quando o Papa Inocêncio III, determinou a construção do Hospital de Santo Espírito in Saxia, Roma, para o atendimento as crianças abandonadas e expostas, depois de um grupo de pescadores ter arrastado em suas redes uma grande quantidade de bebês afogados, no Rio Tibre, em 1203. O referido hospital tinha capacidade para atender até seiscentas crianças, no entanto, sem qualquer cuidado específico. As crianças eram entregues às amas de leite, ou cuidadas por religiosos que as mantinha na instituição, lá permanecendo junto aos adultos, portadores das mais diversas patologias, entre as quais o “mal-do-fogo” (lepra), doença que assolava a Europa naquela época. A promiscuidade na assistência desencadeou altos índices de mortalidade infantil, pois, hospitais dessa natureza espalharam-se por toda a Europa e os levantamentos demográficos referem que no século XIV, em Florença, no Hospital de San Gallo, 20% das crianças morriam ao chegar no

hospital, outros 30% até o final do 1º ano de vida. Somente 32% chegavam até os 5 anos de idade. No século XV no Hospital de Siola 25% das crianças morriam já no 1º mês e apenas 13% atingiam o sexto ano de vida (MARCÍLIO, 1998).

Para esse autor, entre os séculos XVI e XVII, a Igreja fixou normas rigorosas e extremamente moralistas através do concílio de Trento. A Inquisição era implacável com aquelas que transgrediam a moral católica. Diante de tal situação, o abandono dos bebês caiu de forma significativa. Mas, apesar das imposições da Igreja, o abandono permanecia ocorrendo, pois, nunca foi descrito como crime nos seus documentos.

A idéia de uma população sadia e em crescimento, era compatível com o valor positivo que o trabalho começou a adquirir, no fim da Idade Média, motivando o Estado a pensar mecanismos de controle que se materializou, no século seguinte, por meio da medicina social. Para Orlandi (1985), a observação dos índices de mortalidade infantil do final do século XVII, atingindo de 80 a 90% dos nascidos nas endemias e epidemias, fez com que no século seguinte, as mudanças políticas, econômicas e sociais que culminou com a Revolução Burguesa, influenciasse mudanças, também, na relação da sociedade com a criança, uma vez que, a situação de descaso passou a ser considerada como um problema a ser resolvido, em função da sobrevivência das crianças, futuros trabalhadores.

No século XIX, a criança passou a ter sua importância reconhecida, determinando o nascimento da Pediatria Social, cujo enfoque motiva o interesse do mundo científico, e, no século XX, teorias são desenvolvidas para descrever os sentimento e sensações das crianças. As descobertas de Freud sobre o inconsciente e sobre as experiências vividas desde a concepção fundamentaram a teoria psicanalítica, que reconhece a importância da infância no crescimento e desenvolvimento humano.

No século XXI, ocorreram avanços no que diz respeito à assistência a saúde, ao desenvolvimento físico, motor e, principalmente, no conceito de saúde mental, modificando todo o pensamento até então vigente sobre a criança, quando se reconhece que a falta de cuidados da mãe biológica ou substituta, no que se refere a carinho, afeto, atenção, pode provocar seqüelas tão graves no desenvolvimento mental e afetivo da criança quanto à desnutrição, pois, “a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe nos seus primeiros anos de vida é de importância vital para a sua saúde mental futura” (BOWLBY, 1981, p.13).

Necessidades Psicossociais na Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Ao nascer todo ser humano passa de uma condição estável, para uma de dependência, no mundo. Retirada do aconchegante abraço do útero e atirado às incertezas da vida social, para se manter no mundo, algumas condições são essenciais, entre as quais, as necessidades emocionais são tão imprescindíveis quanto as fisiológicas. Essas necessidades seguem uma escala de prioridades como referencia Maslow (1970), na Teoria da Motivação Humana, com a hierarquia das necessidades humanas. Nas fases de desenvolvimento do ser humano, segundo Freud na teoria psicanalítica, ou Fromm (1979), ao descrever as necessidades do homem; ou mesmo em níveis como cita Mohana (1963), ao classificar a vida em níveis psíquicos.

A Enfermagem, como ciência do cuidar, que lida com todas essas prioridades, fases ou níveis, iniciou a organização do seu conhecimento a partir da década de 1950, com o surgimento dos seus modelos conceituais. No Brasil, esses modelos foram divulgados na década de 1960 por Horta (1979), que compreende a Enfermagem como ciência e arte de “gente que cuida de

gente” e desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, baseada na teoria da motivação de Maslow, e na denominação dos níveis da vida psíquica utilizada por Mohana, na qual, encontramos os níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Tais níveis são imprescindíveis para que a enfermeira possa avaliar as reais necessidades do cliente e assim traçar suas ações. Essas necessidades diferem de um indivíduo para o outro e se distanciam ainda mais, quando nos referimos as distintas faixas etárias. Neste trabalho, detivemos-nos ao nível do psicossocial que Mohana (1963) refere como a tendência que todo ser humano tem de conversar, conviver socialmente, firmar-se perante os outros, tornar visível seus valores, sentir-se querido, amado e aceito pelo outro.

Horta (1979) apresenta as seguintes necessidades no nível psicossocial; segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à vida), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem e atenção. Nessa abordagem as necessidades psicossociais emergem paralelamente às psicobiológicas. Estas estão sempre presentes, pois, todos necessitam de cuidados, em especial as crianças, principalmente, no que se refere a suas emoções. Assim, necessidades como segurança, amor, gregária, aceitação e atenção precisam ser entendidas não só pela mãe, mas, pelo profissional que cuida e orienta, pois, o vínculo afetivo entre mãe/filho é responsável por todas as relações de afetividade que a criança venha a estabelecer com outros, no seu futuro.

Necessidades Psicossociais e a Saúde Mental da Criança

O mais primitivo dos laços naturais é o que existe entre mãe e filho, uma vez que

o ser humano ao nascer é completamente dependente da mãe, condição mais prolongada nos seres humanos que em outros animais. Nesse período, a mãe é muito mais do que alguém que cuida ou nutre, “[...] é amor, é calor, é solo” (FROMM, 1979, p.51).

A **necessidade de segurança** se desenvolve desde o nascimento. A qualidade do toque que os pais proporcionam aos filhos assume grande relevância no desenvolvimento de tal necessidade. A necessidade de segurança emocional se estabelece no som da voz e, principalmente, no toque da pessoa significativa. Isso faz com que a criança sintam-se segura. Sua falta pode afetar diretamente sua saúde mental, desencadeando inseguranças, temores e incertezas (DU GAS, 1984).

Segundo Lottermann (1982, p.127), segurança é por definição “ação ou efeito de segurar o afastamento de todo o perigo, é certeza, firmeza, convicção, é um estado do que nada se tem a temer”. Para Gonçalves (1979, p.32), necessidade de segurança emocional é “o estado do indivíduo que nada tem a temer em relação às sensações subjetivas que ocorrem em resposta a um fator estimulante”. Benedet e Bub (2001, p.154) referem que segurança emocional “é a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente”.

Durante o primeiro ano de vida, a segurança se estabelece através da confiança que a criança expressa nos sentimentos e atitudes, sendo mais alegres, explorando a si mesmas e o mundo com mais facilidade. Estando a necessidade de segurança satisfeita, as crianças de 1 a 2 anos já estão prontas para procurar sua independência. Iniciativa é característica de que a necessidade de segurança não foi afetada nos pré-escolares. Sentir-se satisfeito e realizado com suas atividades é a prova de que eles adquiriram a capacidade de realizar suas ações sem temor,

e estão seguros dos perigos reais e imaginários (DU GAS, 1984; WONG, 1999).

Contudo, é necessário que a criança também aprenda a amar. Para Horta (1979), a necessidade de amor “é o processo dinâmico de troca de energia emocional positivo entre os seres vivos”. Benedet e Bub (2001, p.162) relacionam a **necessidade de amor** com a de **aceitação** e citam que “[...] a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito, e integrado aos grupos, de ter amigos e família”. Mesmo autores que consideram as necessidades emocionais numa escala hierárquica como secundária, questionam se o amor e a aceitação são necessidades secundárias às fisiológicas para as crianças. Atkinson e Murray (1989) afirmam que a privação do afeto pode desencadear a síndrome do “*atraso no crescimento e desenvolvimento*”, pela falta de um relacionamento de amor e aceitação com o adulto significativo.

A privação do amor e aceitação da mãe ou pessoa significativa influencia as relações interpessoais futuras da criança, além do que o amor e a aceitação são necessidades prementes em todas as fases da vida. Castro (2003) cita que o amor é condição fundamental para que a criança construa uma boa imagem de si mesma e do mundo. Wong (1999) afirma ainda que é essencial que os pais ou as pessoas significativas deixem claro que as crianças são importantes, aceitas e desejadas.

O toque da mãe, suas carícias, seu carinho, seu calor, o aconchego de seu colo são tão importantes para o desenvolvimento e crescimento da criança quanto as vitaminas (BOWBLY, 1981). Ao nascer as crianças não têm seu eu construído, disso decorre sua dependência. Essa carência transforma a **necessidade gregária** na necessidade de pertencer a alguém, estabelecida através do vínculo afetivo criado entre mãe e filho ou pessoa

significativa. Para Benedet e Bub(2001, p.149), a necessidade de gregária é “[...] a necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar com os outros e realizar trocas sociais.”

Para Montagu (1988) é no contato pele a pele com a mãe que a criança tem seu primeiro estímulo do mundo exterior. A satisfação da necessidade gregária é essencial para que a criança tenha segurança, conforto, calor e adquira aptidão para novas experiências, além de contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento.

No processo de crescimento da criança essa ligação também progride, estabelecendo-se definitivamente quando a criança tem a capacidade de diferenciar sua mãe de outras pessoas e adquire o senso de permanência dos objetos (WONG, 1999). O ato de tocar a criança com carinho e atenção, olhar no olho, colocá-la no peito, proporciona um ambiente extremamente favorável para o seu desenvolvimento. Quando isso não ocorre, temos crianças insensíveis, frias, sem expressão de sentimentos. Mello (1992) refere que quando as crianças não são acariciadas ou sofrem estímulos estressantes podem desenvolver, além de perturbações persistentes, desencadear distúrbios biológicos, mentais, sociais, entre outros.

A **necessidade** de atenção está intimamente relacionada com as outras, pois **atenção** “é a necessidade que sente a criança de ser querida, saber que é valorizada e que as pessoas significativas se importam com ela, e com o que ela faz” (SILVA, 2004, p.41). A criança que sofre essa carência pode sentir-se sozinha e isolada do mundo, pois, necessita que suas ações sejam reconhecidas e aprovadas por seus pais, o que favorece o desenvolvimento de necessidades como a auto-estima ou a auto-imagem. Por isso é necessário que o adulto, ao desaprovar o comportamento da criança, sempre deixe claro o motivo de sua atitude

(ATKINSON; MURRAY 1989; WONG, 1999).

As crianças menores de um ano que têm suas necessidades de atenção afetada são quietas, diminuem sua capacidade de explorar o ambiente e evitam buscar novas atividades. Quando conseguem locomover-se, arriscam-se pouco por medo e insegurança, sendo incapazes de participar ativamente de brincadeiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da fase da vida na qual se desenvolvem os processos psíquicos, infância e adolescência – responsáveis pela organização da personalidade sadia ou não –, conduz-nos a repensar sobre a prática da assistência destinada a essa parcela significativa da população. Nessa perspectiva, tomamos como ponto de apoio a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a fim de correlacionar as partes com o todo, de pensar na criança como ser em crescimento e desenvolvimento, que tem sentimentos e emoções e que a base sobre a qual erguerá sua referência subjetiva não pode ser negligenciada.

Nesse sentido, é necessário rever a prática assistencial, principalmente, quando direcionamos a questões de saúde mental, pois, nossa formação acadêmica não tem estimulado nosso pensamento crítico e reflexivo, enquadrado-nos em currículos direcionados, sobretudo, pela dimensão biológica. Queremos ser profissionais capazes de cuidar e aprender, comprometidos com a profissão, que sejamos críticos e possamos contribuir para que o “paciente” torne-se um sujeito histórico, produtor do seu destino.

A visão que a enfermeira deve ter de quem é cuidado não pode ser simplista, ou reducionista, ao limitar-se ao fisiológico. É necessário que o profissional de saúde tenha consciência do seu papel político como

educador, a fim de que possa partilhar sua experiência, auxiliando aqueles que estão diretamente ligados as crianças, pais e familiares, no intuito de evitar comprometimento futuro na saúde os pequeninos.

Desse modo, o relacionamento interpessoal e a comunicação são instrumentos essenciais para o cuidar. Além da consciência do profissional de que a pessoa com agravos a saúde é um ser que necessita ser envolvido na assistência e não simplesmente passivo de cuidados. Quando nos direcionamos as crianças, isso deve estar ainda mais presente, pois, lidamos com seres humanos em processo de desenvolvimento e com familiares que precisam aprender e compreender a necessidade e o direcionamento dos cuidados à criança nos primeiros anos de vida, a fim de torná-los adultos mentalmente saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Áries P. História social da criança e da família. 2ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981, p. 9-156.
2. Atkinson LD; Murray ME. Fundamentos de enfermagem – introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
3. Benedet SA; Bub BC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação de diagnóstico da NANDA. 2ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.
4. Bíblia Sagrada. 26ed. São Paulo: Sociedade Bíblica Católica Internacional, 1998. p. 69-71 (Ed. Pastoral)
5. Bowlby J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1981. (Série Psicologia e Pedagogia).
6. Castro ML. O desenvolvimento da afetividade: a constituição das relações de objeto, 2003. Disponível em <<http://www.psiconica.com/psimed/files/desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2003.

7. Du Gás BW. Enfermagem prática. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
8. Ferreira Filha MO; Silva ATMC. Saúde mental e reforma psiquiátrica: uma abordagem psicossocial. Rev. Conceitos. João Pessoa, 2002; 1(1):102-7, jul/dez.
9. From E. Psicanálise e sociedade contemporânea. 9ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979. p.35-75.
10. Gonçalves MMC. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Rev. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 1979; 5(1):31-36, jan/fev.
11. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/ Editora da USP, 1979.
12. Lottermann C. Enfermagem e segurança emocional. Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre, 1982; 3(2):127-32, jun.
13. Marcílio ML. História social da criança abandonada. São Paulo: Hucitec, 1998.
14. Maslow AH. Motivation and Personality. 2nd. ed. New York: Harper & Row, 1970. p.35-57.
15. Mello F. Sensibilidade à flor da pele: excesso de estímulo aliado à sensação de pouco afeto podem desencadear no bebê reações de estresse. Rev. Crescer em família, São Paulo, 1999; 6(72):28-31, nov.
16. Mohama J. O mundo e eu. Rio de Janeiro: Agir, 1963.
17. Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. 5. ed. São Paulo: Summe, 1988. (Novas buscas em psicologia; v. 34).
18. Orlandi O. Teoria e prática do amor a criança – introdução a pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
19. Silva KL. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças hospitalizadas. (Dissertação). João Pessoa (PB): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, 2004.
20. Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Received: September 29th, 2004

Revised: October 23rd 2004

Accepted: December 6th, 2004