

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar:
Percepções de crianças sobre a doença**

Luciana Fernanda Lucena Mendes Monteiro

Natal-RN
2007.2

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar:

Percepções de crianças sobre a doença

Luciana Fernanda Lucena Mendes Monteiro

Natal-RN

2007.2

LUCIANA FERNANDA LUCENA MENDES MONTEIRO

Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar:

Percepções de crianças sobre a doença

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA:

Prof^ª Dr.^a Raimunda Medeiros Germano.

Natal-RN

2007.2

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial de Enfermagem

Monteiro, Luciana Fernanda Lucena Mendes.

Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar: percepções de crianças sobre a doença / Luciana Fernanda Lucena Mendes Monteiro. - Natal, [RN], 2007.

106 f.

Orientador: Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

1. Criança – Dissertação. 2. Enfermagem – Dissertação. 3. Hospitalização infantil – Dissertação. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Título.

RN/UF/BSE

CDU 613.95

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação “**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar**: Percepções de crianças sobre a doença, apresentada por Luciana Fernanda L. M. Monteiro ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ / ____ / 2007.

Profª Drª Raimunda Medeiros Germano – Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Otaviana Maroja Jales Costa
Departamento de Educação da UFPB

Profª Drª Akemi Iwata Monteiro
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Rosalba Pessoa de Souza Timoteo – Suplente
Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

A Minha Família,

Aos meus pais, eternos amigos e companheiros de caminhada, agradeço por nos ensinar os valores e os princípios morais. Agradeço pelo amor, pela renúncia, pela motivação, pelo incentivo e por sempre nos mostrar a importância do estudo em nossas vidas;

Aos meus avós, pelos ensinamentos, conselhos e pelo carinho, minha eterna gratidão;

Aos meus irmãos, agradeço pela inspiração, na realização das minhas pesquisas;

Ao meu sogro e minha sogra, que nos momentos difíceis estiveram do meu lado, me acolheram e me apoiaram com tanto amor em seus corações;

A meu esposo, agradeço pelo amor, pela compreensão, pelo incentivo e pelas contribuições. Obrigada por caminhar sempre ao meu lado.

MENÇÃO HONROSA

À professora Raimundinha, por estar ao meu lado em um dos momentos mais felizes de minha vida. Agradeço pelas orientações, pelo carinho, pelos conselhos, pela conversa amiga e pela oportunidade de aprender a todo instante, a importância da pesquisa. A minha eterna gratidão pelas sábias contribuições.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela companhia em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

Obrigada por me guiar e iluminar;

Aos **professores**, pelas contribuições, pelo compromisso, pela atenção e dedicação;

Ao professor **Willington**, pelo carinho e pelas contribuições tão importantes e necessárias;

Às **companheiras da turma de mestrado**, pelos bons momentos e pelas amizades que surgiram;

Ao **Hosped** pela oportunidade de realizar nossa pesquisa;

Às **crianças entrevistadas** pelo carinho e pelo prazer que contribuíram com nosso estudo;

Às companheiras da **Promater**, que compreenderam esse momento único, especial e tão significativo em minha vida;

Enfim, a **todos** que contribuíram de todas as maneiras, o meu sincero agradecimento.

HOMENAGEM ESPECIAL AS CRIANÇAS

“...a vida, Senhor Visconde, é um pisca - pisca.
A gente nasce, isto é, começa a piscar.
Quem pára de piscar, chegou ao fim, morreu.
Piscar é abrir e fechar os olhos - viver é isso.
É um dorme-e-acorda, dorme-e-acorda, até que dorme e não acorda mais.
A vida das gentes neste mundo, senhor sabugo, é isso.
Um rosário de piscadas. Cada pisco é um dia.
 pisca e mama;
 pisca e anda;
 pisca e brinca;
 pisca e estuda;
 pisca e ama;
 pisca e cria filhos;
 pisca e geme os reumatismos;
 por fim, pisca pela última vez e morre.
- E depois que morre - perguntou o Visconde.
- Depois que morre, vira hipótese. É ou não é?”.

[Monteiro Lobato.](#)

RESUMO

MENDES, Luciana Fernanda Lucena. **Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar**: percepções de crianças sobre a doença. Natal, 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

O presente estudo focaliza a criança no ambiente hospitalar. Tem como objetivos descrever a percepção de crianças sobre sua doença e hospitalização e identificar suas principais dificuldades com o tratamento. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo como aporte teórico/metodológico o método criativo e sensível desenvolvido por Cabral (1998); os estudos de Piaget, Vygotsky e Wallon que abordam o desenvolvimento infantil; e os de Pinto et al. (2005), Collet (2004), Chiattonne (2003), Silva (2002), Lima et al. (1999) que tratam acerca da criança hospitalizada. Para sua realização, foram entrevistadas 13 crianças, na faixa etária de 7 a 12 anos, de uma instituição hospitalar pública, da cidade de Natal/RN, especializada em atendimento pediátrico. Como critério para participação deste estudo, as crianças teriam que ter mais de três dias de internação e plenas condições físicas e emocionais para interagirem com a pesquisadora, por ocasião da entrevista. A análise se processou a partir do estudo do material empírico que constou de entrevistas e um diário de campo onde eram anotadas as reações, expressões e gestos das crianças. Os resultados demonstram a existência de alguma compreensão, por parte destas crianças, sobre sua doença, tendo nos pais seus principais informantes. Elas aceitam o hospital pela necessidade de tratamento, mas reconhecem que a vida fica diferente, principalmente, pelos limites resultantes da doença e do próprio hospital. As principais dificuldades com o tratamento são: a inexistência de atividades recreativas no ambiente hospitalar à noite e nos finais de semana, a ausência dos familiares, principalmente, os irmãos, e a falta de explicação dos profissionais de saúde durante a realização de alguns procedimentos. Concluímos que as crianças percebem a doença e o ambiente hospitalar como algo que muda o ritmo de suas vidas e lhes causam transtornos, medos e apreensões. Sugerimos, portanto, que os profissionais que trabalham com crianças hospitalizadas devam receber uma formação especial para lidar com elas e seus pais, visando diminuir medos e angústias; respondendo às suas dúvidas, e, ainda, orientando os pais quanto ao tratamento de seu filho durante e após a alta. O ambiente hospitalar deve ser também alegre, colorido, com sala destinada à brinquedoteca, coordenada por pessoas preparadas para tal fim.

Palavras-chave: Criança. Enfermagem. Hospitalização infantil.

ABSTRACT

MENDES, Luciana Fernanda Lucena. Living and learning in a hospital environment: children's perceptions of illness. Natal, 2007. Master's Dissertation – Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

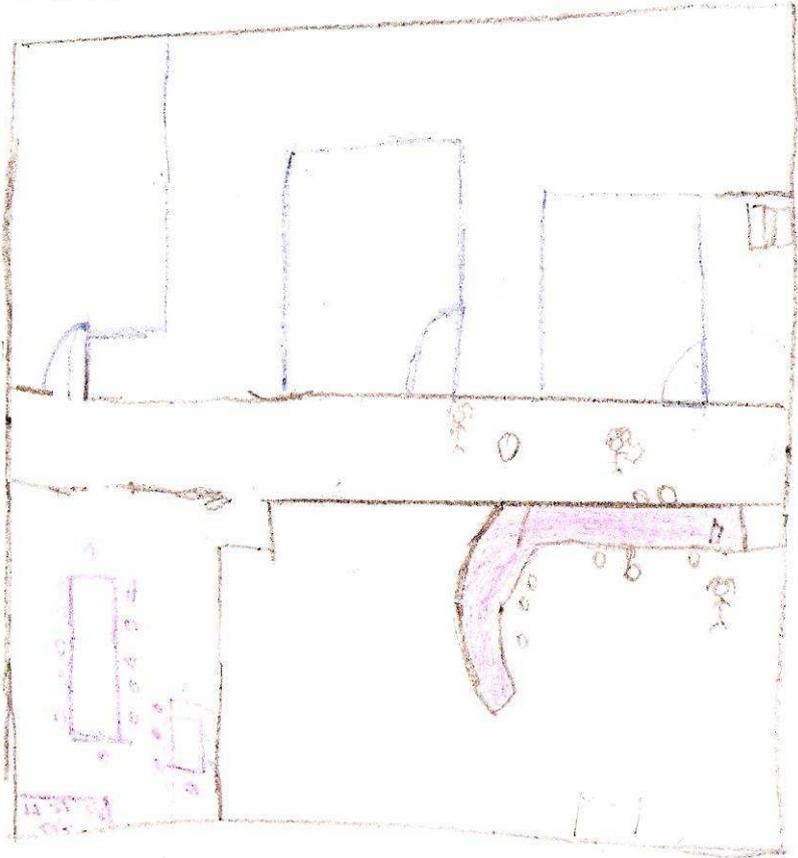
This study focuses on the child within the hospital environment. Its purpose is to describe children's perceptions of their illness and time in hospital and to identify their main hardships during treatment. This study has a qualitative nature and is theoretically and methodologically supported by the creative and sensitive method developed by Cabral (1998), studies by Piaget, Vygotsky and Wallon on child development, and studies conducted by Pinto (2005), Collet (2004), Chiattonne (2003), Silva (2002), Lima et.al (1999) on in-patient children. For this study, 13 children between the ages of 7 and 12 at a public hospital institution specialized in child care in the city of Natal, Rio Grande do Norte, were interviewed. As a criterion for taking part in this study the children would have to have been in hospital for over three days and be fully capable of physically and emotionally interacting with the researcher at the time the interview took place. Analysis drew on the study of the empirical material made up of interviews and a field diary where notes had been entered for the children's reactions, expressions and gestures. Results show that there is some understanding, on the part of these children, of their illness, with their parents as the main informants. They accept being in hospital because they need treatment, but they realize that life becomes different especially on account of the constraints resulting from the illness and the hospital itself. The main hardships during treatment are: lack of recreational activities in the evenings and on the weekends within the hospital environment; absence of family members, especially brothers and sisters; and lack of explanation on the part of health professionals regarding some procedures as these are being carried out. Our conclusion is that children perceive illness and the hospital environment as something that changes the rhythm of their lives bringing on them perturbations, fears and anxieties. Hence, we suggest that professionals working with in-patient children should be especially prepared to deal with these children and their parents, aiming at bringing down fears and anguishes, clear their doubts and, in addition, advise the parents in respect of their children's treatment while in hospital and after hospital discharge. The hospital environment should also be cheerful and colorful and have a toy room under the coordination of persons especially prepared for that purpose.

Keywords: Child. Nursing. Child Hospitalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRIANÇA	22
2.1 A CRIANÇA NA HISTÓRIA.....	23
2.2 O DESENVOLVIMENTO MENTAL DA CRIANÇA.....	29
2.3 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL.....	38
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	50
3.1 TIPO DE PESQUISA	51
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	53
3.3 POPULAÇÃO.....	54
3.4 ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO.....	56
3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	57
3.6 MATERIAL.....	60
3.7 TRATAMENTO.....	60
4 A CRIANÇA E SUAS REVELAÇÕES	61
4.1 QUEM SÃO OS PARTICIPANTES.....	62
4.2 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO: A VOZ DAS CRIANÇAS.....	65
4.2.1 Ficar doente não é divertido	66
4.2.2 Vivendo a experiência da hospitalização	73
4.3 BUSCANDO MAIS INFORMAÇÕES DAS CRIANÇAS.....	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	101

HOSPITAL



1 INTRODUÇÃO

*“Quem não compreende um olhar,
tampouco compreenderá uma longa explicação.”*

Mário Quintana

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temos percebido, através da literatura, o avanço das pesquisas na área de enfermagem abrangendo os diferentes campos do conhecimento, bem como o seu crescimento em todas as dimensões de sua atuação.

Algumas pesquisas se ocupam da educação em saúde e do cuidar visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo em vista, em algumas situações, a reinserção do indivíduo à sociedade com o mínimo de traumas físicos e psicológicos.

Paralelo a esses fatos, observamos, também em um contexto mais amplo, que alguns acontecimentos contribuíram e influenciaram essas pesquisas, dando outros enfoques para novas abordagens. Com o avanço da tecnologia, de novos equipamentos e novas técnicas em saúde, se alteram as relações entre as pessoas e isso vem conduzindo a enfermagem a novas reflexões sobre sua prática, visando sempre à melhoria da qualidade da assistência dos indivíduos.

Concomitante aos avanços em termos de conhecimentos, descobertas científicas e produção tecnológica, percebemos também, em escala mundial, a presença do desemprego, da pobreza, da insegurança, da falta ou precariedade das moradias, as insuficientes condições na assistência à saúde e conseqüentemente uma população doente, desprotegida, e mais vulnerável ao adoecimento.

Essa contradição é patente e, às vezes, nos deixa perplexos, exigindo mais sensibilidade e conhecimento por parte da equipe de enfermagem e, em particular, do enfermeiro para lidar com os problemas de saúde, comumente, complexos.

No exercício profissional, o enfermeiro tem oportunidade de trabalhar com diversas áreas, seja no ensino, na assistência, na gerência e na pesquisa. Uma das áreas de investigação que vem crescendo nos últimos anos é a pesquisa com crianças.

O enfermeiro que trabalha com pediatria precisa, acima de tudo, gostar de crianças, para que possa lhes prestar uma adequada assistência, além de saber respeitar suas opiniões, interagir, ouvir, estabelecendo, assim, vínculos com elas, principalmente no trato com crianças hospitalizadas.

Em todo momento da internação deve ser priorizada a formação de vínculos entre os profissionais, as crianças e seus familiares, visando estabelecer uma relação baseada em confiança, solidariedade, respeito e cuidado.

Os vínculos estabelecidos devem servir de elo entre os atores presentes nesse cenário e contribuir para estreitar as relações surgidas no ambiente terapêutico.

Devemos, também, estimular o acolhimento no ambiente hospitalar conforme Almeida (2006, p. 49), relata em sua pesquisa. Entretanto, esse tema, nas instituições hospitalares, é pouco trabalhado, pois é dada maior ênfase na rede básica de saúde para favorecer o acesso do usuário aos serviços e ações de saúde.

Na concepção da autora, o acolhimento é percebido, no nosso caso, pelas crianças e familiares, uma vez que cada momento de atendimento é também de acolhimento.

Conforme Boff (2005), acolher é aceitar o outro sem preconceitos, respeitando suas subjetividades, vivenciando a acolhida com atitudes de companheirismo e irmandade.

No entanto, na sua função de cuidar da criança, o enfermeiro traz também consigo os valores do seu cotidiano e da sua prática social e, muitas vezes, subestima a capacidade das crianças. Ele também vive papéis estabelecidos pela sociedade e traz para seu trabalho as imagens, as expectativas e os preconceitos que têm delas.

Devido à quantidade de tarefas que lhe são atribuídas, o contato do enfermeiro com a criança é, apenas, através da realização de técnicas e procedimentos terapêuticos

estabelecendo, por assim dizer, uma relação fria e impessoal. Dessa forma, ocorrerá um distanciamento entre os principais personagens desse ambiente, levando a uma assistência deficiente, incompleta e inapropriada.

Sabemos, entretanto, que a internação hospitalar pode ocasionar uma série de contratempos para a criança e sua família, os fatores físicos e psicológicos são envolvidos e podem levar a criança a sérios traumas referentes à hospitalização, muitas vezes, irreversíveis. O acompanhamento dos pais e familiares nesse momento, é fundamental, já que auxilia o processo de adaptação e mantém o vínculo entre eles - condição essencial ao tratamento e recuperação do paciente (a criança).

A mãe acompanhante da criança hospitalizada exerce funções importantes junto ao filho, contribuindo para a sua recuperação, oferecendo conforto, segurança e diminuindo os medos ocasionados pelo ambiente hospitalar. Dessa forma, os pais devem participar ativamente durante a internação, para que a criança se sinta mais tranqüila, confiante e protegida.

A enfermeira que cuida da criança deve se informar dos hábitos da família e do grupo social a que pertence, e entender que o estilo de cuidar está vinculado à realidade de cada grupo social. Em se tratando das relações com a família de crianças, comumente, o estilo que a mãe adota para cuidar de seus filhos e socializá-los, integrando-os ao mundo, é resultado do processo de aprendizagem que é adquirido ao longo do tempo, ensinado de gerações a gerações (CABRAL; TYRELL, 1995).

A criança – ser indefeso, frágil, imaturo, incompleto e inexperiente – necessita de cuidados e proteção dos pais em toda e qualquer situação por ela vivenciada.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), no Capítulo I, Art. 12 garante a [...] permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

A Resolução nº 41/95, que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, assegura o "direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida".

O ECA, conforme afirmamos anteriormente, garante à criança hospitalizada, o direito a um acompanhante, além da participação ativa dos pais nas diversas etapas do tratamento de seus filhos, quando hospitalizados.

Todas estas conquistas que representam ganhos incomensuráveis à vida da criança hospitalizada resultam do movimento da reforma sanitária, que se iniciou no Brasil, ainda na década de 1970, tendo culminado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988.

Torna-se oportuno lembrar que essa trajetória, por demais significativa para a saúde do povo brasileiro, enfrentou inúmeros obstáculos impostos pelo regime ditatorial (1964-1985), que restringia as iniciativas de cunho democrático, dentre as quais destacamos a defesa da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Em decorrência, inúmeros foram os desdobramentos nas diferentes áreas, incluindo-se a atenção à saúde da criança e algumas garantias à criança hospitalizada, como por exemplo, o direito a um familiar acompanhante.

Assim a podemos afirmar que a presença dos pais no ambiente hospitalar é bastante significativa, já que poderão contribuir positivamente durante a aproximação da enfermeira junto à criança hospitalizada, intermediando essa relação, mostrando aos

filhos a importância do profissional nos procedimentos adotados visando ao restabelecimento de sua saúde.

Entretanto, algumas vezes, percebemos que são eles os responsáveis pela imagem negativa do enfermeiro junto à criança. Essa imagem que os pais passam para o filho é prejudicial, pois gera sentimentos de medo, vergonha e, às vezes, de menosprezo pelo profissional. Tudo isso dificulta o atendimento de enfermagem, inclusive retardando o processo de recuperação de sua saúde. A criança passa a não aceitar sua condição de paciente para evitar o contato com os profissionais de enfermagem, preferindo a proteção dos pais, os quais, na maioria das vezes, sem a mínima habilidade para prestar uma orientação que a situação requer. Mas, apesar de alguns registros dessa natureza, no cômputo geral, a presença do acompanhante é positiva e acarreta menos traumas à criança.

Na nossa vivência hospitalar como enfermeira da pediatria, percebemos que as crianças reagem de formas diferenciadas durante a hospitalização. Algumas trazem consigo experiências de outras internações, às vezes boas, às vezes traumáticas. Nessa hora, reforçamos a importância da presença dos pais acompanhando-as, encorajando-as procurando, acima de tudo, sensibiliza-las para a aceitação do hospital, dos medicamentos e dos procedimentos de enfermagem.

Entendemos, o quanto é difícil para os familiares verem uma criança nesta situação; muitas vezes, sem um diagnóstico confirmado, sendo cuidada e manuseada por profissionais desconhecidos do seu convívio.

Ao se depararem com o ambiente hospitalar, as crianças apresentam medo, pois associam a internação aos procedimentos dolorosos, além da pouca ou nenhuma familiaridade com a equipe de enfermagem. Afinal, são pessoas desconhecidas, vestidas

de branco que vão puncionar veia, administrar medicamentos e coletar exames, contrariando sua vontade.

Observamos, que a princípio, as crianças vêem os profissionais do hospital, especialmente os de enfermagem, como pessoas más que agridem seu organismo, invadem sua privacidade e desrespeitam suas opiniões.

Nossa experiência profissional tem mostrado que a criança, ao chegar ao hospital, assim como sua família, na maioria das vezes, é vista pela equipe que a assiste, dentro de uma visão reducionista, tecnicista, preocupando-se muito mais com a "restauração do órgão debilitado", que com a saúde da criança, não levando em conta o seu desenvolvimento cognitivo e emocional para compreendê-la e auxiliá-la no enfrentamento da situação.

Os profissionais de enfermagem, por sua vez, assumem uma preocupação com o fazer, com a administração de medicamentos, com o controle e anotações de materiais, ocasionando, igualmente, um maior distanciamento da criança e dos seus familiares. Não estamos negando a importância dessas ações na prática hospitalar, mas acreditamos ser de extrema relevância que, associado ao fazer técnico, seja incluído um atendimento acolhedor, humanizado e preocupado com o bem estar físico e emocional da criança.

Dessa forma, a assistência hospitalar deve estar centrada nas necessidades da criança doente e não, apenas, na doença.

No início da internação, observamos que a criança não quer interagir com os profissionais, talvez por medo, timidez ou falta de oportunidade, pois, durante a primeira visita da enfermeira ao leito, quem responde aos questionamentos comumente são seus pais ou responsáveis.

Após os primeiros dias, é comum já existir uma relação mais próxima entre a criança e a enfermagem, inclusive, algumas vezes, ela já responde aos questionamentos

com mais delicadeza, simpatia e respeito. Com as crianças maiores observamos uma relação de amizade e, esclarecidos os procedimentos a criança se torna um parceiro no tratamento.

Nessa relação, algumas crianças são tímidas e envergonhadas enquanto outras apresentam uma facilidade em comunicar-se e, após serem questionadas sobre seu sono ou alimentação, começam a conversar e contar como foi seu dia, o que fizeram e de quais medicações estão fazendo uso.

A forma de lidar com as crianças é muito importante para que essa relação de respeito e confiança seja estabelecida. As crianças gostam de estar com profissionais simpáticos e alegres, que saibam ouvi-las e lhes dêem atenção.

Algumas crianças sentem medo e são tímidas diante dos pais e, muitas vezes, não têm oportunidade de se expressar. É nesse momento que poderemos iniciar uma relação de amizade e de respeito com os responsáveis, objetivando o contato mais próximo com os pacientes, no caso, as crianças.

Assim sendo, o interesse em estudar as questões que envolvem a relação de cuidado entre enfermeira e paciente (criança), no hospital, existem em nosso caso, duas dimensões: uma pessoal-acadêmica- profissional e outra social.

A primeira, pessoal-acadêmica-profissional, é marcada por nossa vida de estudante universitária até a pós-graduação e por nossas atividades como enfermeira assistencial do setor de pediatria em um hospital privado da cidade de Natal-RN.

Estar em contato com pessoas sempre foi uma constante em nossa vida e desde adolescente sempre tivemos próximo a crianças, convivemos com irmãos mais novos e primos. E durante essa convivência presenciamos o desenvolvimento mental e social, e percebemos que a criança compreendia o que estava se passando consigo em cada momento de uma forma progressiva com o passar dos anos. Sempre nos interessamos

pela história das crianças, seu modo de viver, seu modo de interagir com o mundo, bem como seu modo de reagir às múltiplas solicitações do ambiente e, de forma especial, seu modo de adoecer. Ao entrar na faculdade de enfermagem e cursar a disciplina criança e adolescente, vimos o quanto era interessante e prazeroso trabalhar com crianças. Como bolsista do programa de iniciação científica do CNPq, realizamos estudos sobre temas relacionados a crianças.

Atualmente, trabalhamos em um setor de pediatria de um hospital privado de Natal e, após dois anos de formada, sentimos a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos na área e iniciamos o mestrado em enfermagem, desta vez, com o tema relacionado à hospitalização infantil.

A segunda dimensão tem um caráter social. Na realidade, não pretendemos apenas realizar uma pesquisa, escrever uma dissertação. Esperamos que seus frutos sejam compartilhados não só pela academia, mas por toda a sociedade. Um trabalho dessa natureza pode trazer contribuições, levantar questionamentos, provocar debates, que seriam lamentáveis se ficassem restritos à pesquisa acadêmica.

Admitimos que as crianças chegam até nós com suas opiniões, pensamentos, idéias sobre a doença e a hospitalização. E suas opiniões devem ser respeitadas e ouvidas.

Por conseguinte, ao estudarmos qual a percepção das crianças a respeito da sua doença e hospitalização e as principais dificuldades por elas vivenciadas, não estamos fazendo, apenas, um exercício intelectual, mas buscando contribuir de alguma forma para a melhoria das relações de cuidado entre o enfermeiro e o paciente, além de melhorar o acolhimento da enfermagem à criança que chega até nós.

Com isto, estamos refletindo acerca de uma relação de confiança e respeito entre o profissional e a criança, possibilitando a aceitação do cuidado de forma mais tranqüila, positiva e com menos medos.

Também percebemos que a equipe de enfermagem sente necessidade de trocar informações, tanto referente à criança, quanto ao processo de hospitalização visando proporcionar um atendimento mais prazeroso e mais capacitado para ambos.

A realização deste estudo deve contribuir com alguns dados relevantes para a assistência de enfermagem, visando a um trabalho mais humanizado e mais próximo à criança.

A partir do momento em que procuramos nos familiarizar com a criança, interagindo mais diretamente, estamos proporcionando um cuidado mais completo e direcionado às suas necessidades.

Escolhemos trabalhar com a faixa etária de 7 a 12 anos, levando em consideração as definições apresentadas por Piaget, para esse estágio.

Quando a criança atinge 7 ou 8 anos, pensa antes de agir, começando, assim, a conquista deste processo difícil que é a reflexão (PIAGET, 2006).

Nessa faixa etária, consideramos que a criança chega ao hospital já com alguma compreensão sobre a doença e hospitalização e para que ela se estabeleça nesse novo ambiente existe um processo de interação social no qual o enfermeiro e a enfermagem exercem um papel preponderante.

A partir do momento em que estabelecemos esse contato, ouvindo, acolhendo, desmistificando e minimizando os medos, acreditamos que poderemos melhorar a internação infantil tornando-a menos traumática. E, ao mesmo tempo, estamos contribuindo para que a criança, após receber esclarecimentos da equipe de saúde e de seus responsáveis, tenha uma maior adesão ao seu tratamento e, conseqüentemente, sua

permanência no hospital será rápida, menos traumática e, quem sabe, até mesmo prazerosa.

Cabe aos profissionais que lidam com essa clientela buscar, através da literatura, de cursos de capacitação, especializações e de sua própria vivência, embasamento científico para ajustar e melhorar o atendimento oferecido nos hospitais.

Portanto, estudar a percepção de crianças de 7 a 12 anos, sobre a sua doença e hospitalização, constitui o objeto desta pesquisa.

Diante de tais considerações são objetivos da investigação:

- ❖ Descrever a percepção de crianças sobre sua doença e hospitalização;
- ❖ Identificar as principais dificuldades da criança com o tratamento a partir da sua percepção sobre sua doença e hospitalização.

Além desta introdução, a dissertação tem a seguinte ordem de apresentação: as considerações sobre a criança, em que abordaremos a história da criança, o seu desenvolvimento mental e a hospitalização. Na seqüência, teremos os procedimentos metodológicos; um capítulo destinado à análise, contendo a identificação dos participantes do estudo, as categorias e subcategorias de análise, além do item acerca de outras informações reveladas pelas crianças; por último, as considerações finais.



2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

"A alegria que se tem em pensar e aprender faz-nos pensar e aprender ainda mais."

Aristóteles

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

Para melhor compreensão do tema, teceremos algumas considerações acerca da criança em três momentos distintos e complementares: a criança na história, no seu desenvolvimento mental e, por fim, no hospital.

2.1 A CRIANÇA NA HISTÓRIA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991), criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos, e assim como o adolescente, tem direitos à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Quando estudamos, qualquer que seja o tema proposto, devemos antes de mais nada, conceituá-lo e, em seguida, observar e descrever as relações desse com os outros e com o mundo. No caso da criança, é importante observar que o indivíduo é conseqüência das características herdadas dos seus pais, familiares e do meio ambiente onde está inserido.

Portanto, para compreendermos melhor as relações estabelecidas com as crianças, se faz necessário buscar um aporte teórico mais aprofundado possibilitando uma maior compreensão sobre o assunto.

Iniciaremos nosso passeio pela literatura contextualizando como era vista a criança no passado e atualmente. Dessa forma, conseguiremos entender melhor as questões atuais e a importância da criança nesse ambiente.

No decorrer da história, a criança tem ocupado diferentes posições, dependendo do valor que a sociedade lhe atribuía e ainda atribui. Ariés (1981) afirma que na

sociedade tradicional a criança ainda não tinha uma identidade, era caracterizada como filhote de homem e sem passar pelas etapas da juventude se transformava em um homem jovem.

Não existiam definições nem preocupações com a criança e seu mundo. Havia uma preocupação com o adulto, seu modo de vida, seu trabalho, sua sobrevivência e sua família.

Acrescenta, ainda, que a educação era transmitida através da convivência da criança com a sua família. Não existia um modelo de educação formal, ela aprendia ajudando os adultos na realização dos seus trabalhos.

Essa forma de transmitir informações de maneira informal ocorre inclusive em nossos dias, principalmente nas relações familiares, entretanto, naquela época, essa situação era mais freqüente.

O que nos chamou atenção é que anteriormente, não existia uma preocupação com a criança, havia um espaço para a criancinha em seus primeiros anos de vida, enquanto ela era ainda uma “coisinha engraçada”.

A criança era diferente do homem em escala reduzida, ou seja, no tamanho e na força, enquanto as outras características pareciam iguais.

Até o século XVII a infância era ignorada e considerada por todos um período de transição. A partir daí, passou de um infanticídio secretamente admitido para um respeito cada vez mais exigente pela vida da criança, saindo do anonimato e passando a ter um mundo próprio, separado do mundo do adulto (ARIÉS, 1981).

Ser criança era viver a vida da sociedade em seus diversos momentos. A infância não era uma fase diferente, mas uma época que devia ser vivida normalmente. Assim, ela esteve ligada à idéia de dependência; no decorrer da história, vem sendo tratada como alguém com perspectiva de “vir-a-ser”, mas que ainda não é (ARIÉS, 1981).

Nesse contexto apenas nas famílias abastadas, as crianças tinham algum valor, recebiam certa proteção. Esse relato se traduz bem nas palavras de Áries (1981):

As crianças do povo, os filhos dos camponeses e dos artesãos, as crianças que brincavam nas praças das aldeias, nas ruas das cidades ou nas cozinhas das casas continuaram a usar os mesmos trajes dos adultos; jamais são apresentadas usando vestido comprido ou mangas falsas. Elas conservaram o antigo modo de vida que não separava as crianças dos adultos, mesmo através do traje, nem do trabalho, nem através de jogos e brincadeiras.

A infância é uma fase de nossas vidas em que não devia haver preocupações; as crianças aproveitariam cada momento intensamente, e as brincadeiras seriam as atividades mais interessantes. É o momento em que a criança aprende brincando. As relações estabelecidas entre ela, os familiares e amigos, nessa fase, contribuem para estimular o desenvolvimento infantil.

Lajolo (1997 apud COSTA, 1998) nos diz que “as palavras infante, infância e demais cognatos, em sua origem latina e nas línguas derivadas, recobrem um campo semântico estritamente ligado à idéia de ausência de fala”.

Dessa forma, conforme a autora, a criança, é aquela que não tem voz, que não se expressa, e conseqüentemente não detém nenhum poder no mundo dos adultos. Seus pais são os responsáveis por decidirem sobre suas escolhas e, algumas vezes, sobre as decisões a serem tomadas na vida.

Ghuiraldelli Júnior (1997 apud COSTA, 1998) relata em sua obra que entre os anos quinhentos e o final dos setecentos, isto é, entre o Renascimento/Reforma e a Revolução Francesa, se dissemina entre os adultos um novo sentimento em relação às crianças, do qual emerge a noção de infância.

Por causa dessa mudança, surgiam pensadores afirmando, de um lado, a autonomia infantil; de outro, a fragilidade da criança, sua carência e imaturidade.

Assim, a infância se apresenta como uma fase própria que adquire, aos poucos, respeito e um olhar diferente da sociedade.

A partir do século XIX, a infância torna-se o centro das atenções, passando a ser matéria de estudos, surgindo daí a pediatria. Com o passar dos anos, outras conquistas foram alcançadas. Em 1959, foi proclamada a Declaração dos Direitos da Criança e como fruto da Constituição de 1988, foi aprovada a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991).

Entretanto, mesmo com todos os ganhos, as crianças não passaram a viver no paraíso. Em algumas partes do mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, elas são submetidas a trabalhos duros nos campos, nas fábricas, nas minas e dentro da sua própria moradia.

Atualmente, existem órgãos que fiscalizam a exploração do trabalho infantil. Existem também incentivos do Estado e de algumas empresas privadas para que não haja exploração do menor. Mas, ainda estamos longe de alcançarmos uma sociedade que respeite os indivíduos, oferecendo trabalho, educação, alimentação, saúde, condições de moradia e lazer a todas as famílias.

Segundo Gaíva e Paião (1999), não obstante as mudanças ocorridas, ainda não há o respeito às crianças como co-autoras do universo. Elas continuam em nossa realidade, escravas dos desejos e ansiedades dos adultos, que não conseguem perceber nelas a capacidade de pensar, querer e de sentir. A tendência é vê-las como seres dependentes e que necessitam ser protegidas.

Concordamos com as autoras citadas e entendemos que as crianças necessitam de relacionamentos consistentes, para o desenvolvimento da sua saúde física, emocional social e intelectual.

Para Machado (1985), a criança tem necessidades afetivas básicas para o seu desenvolvimento, e uma delas é a de proteção; essa se contrapõe à necessidade de independência, ou seja, quanto mais nova a criança, maior necessidade de proteção e menor sua necessidade de independência.

Ela também necessita de segurança, regras, relacionamentos contínuos e a participação dos pais nesta contínua evolução.

Observamos, na atualidade, que muitas crianças são submetidas a riscos, mesmo antes de nascerem, sendo expostas a todos os tipos de agressões que afetam o sistema nervoso como fumo, álcool e outras substâncias tóxicas, prejudicando, visivelmente o seu desenvolvimento integral. Conhecemos histórias de crianças que ingerem comprimidos dos pais ou dos avós, além de outros produtos, justificando a beleza das embalagens e querendo inclusive brincar com elas.

Pensando em evitar futuros problemas às crianças lembramos de algumas informações relevantes: A necessidade de um ambiente seguro e protegido começa bem antes do nascimento, evitando doenças e hospitalizações. Em muitos países ainda convivemos com as desigualdades sociais, guerras, fome, pobreza, falta de alimento adequado, abrigo e cuidados médicos insuficientes. Além disso, o estresse emocional e social, bem como o uso excessivo de tv e jogos de computador em lugar da interação humana levam as crianças a manifestarem dificuldades de relacionamento no futuro (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Na fase, de 7 a 12 anos, as emoções estão emergindo e são, na verdade, os arquitetos, os condutores ou os organizadores internos de nossas mentes. Nós aprendemos coisas através de nossas interações emocionais e então aplicamos aquele conhecimento ao mundo cognitivo.

Segundo Brazelton e Greenspan (2002), quando as crianças têm 7,8,9 e 10 anos as atividades podem ser um pouco mais desafiadoras. Elas terão seus interesses especiais, e assim, os pais precisam juntar-se a elas, seja em esporte, dança, brincadeiras com personagens de ação de um programa de tv favorito ou jogos que elas e seus amigos apreciam na escola.

Dessa forma, quando negligenciamos em relação aos cuidados com as crianças, as consequências podem ser desastrosas. Isso implica, portanto, um esforço conjunto de toda a sociedade, no sentido de propiciar-lhes um crescimento e desenvolvimento saudáveis, com a esperança de um futuro melhor.

2.2 O DESENVOLVIMENTO MENTAL DA CRIANÇA

Nessa etapa vamos discorrer sobre o desenvolvimento mental infantil e, para isso, citaremos alguns autores como Piaget, Wallon e Vygotsky que desenvolveram trabalhos relacionados à criança em vários aspectos. Suas obras são citadas até hoje devido à originalidade, riqueza e contribuição para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Esses autores vêem as crianças como seres integrados ao meio, que interagem, absorvem e se desenvolvem no ambiente onde estão inseridas, daí a importância deles para educação.

As pesquisas de Piaget consideraram a compreensão da formação dos mecanismos mentais da criança; para ele, o núcleo de seu pensamento é o desenvolvimento e dentro deste o crescimento da inteligência, compreendida como um processo de adaptação ao meio e como um modo de organização de suas estruturas.

Assim, o desenvolvimento psíquico é crescente; começa quando nascemos e termina na idade adulta, orientando-se para o equilíbrio. Em uma de suas obras, para um melhor esclarecimento e nossa compreensão, ele compara o desenvolvimento mental à edificação de um grande prédio que, à medida que se acrescenta algo, ficará mais sólido.

Conforme ainda o mesmo autor (PIAGET, 2006) são seis os estágios ou períodos de desenvolvimento. Assim, ele descreve a aparição de estruturas originais, cuja construção o distingue dos estágios anteriores. São eles:

- ❖ O primeiro estágio é denominado como estágio dos reflexos, dos mecanismos hereditários, assim como também das primeiras emoções.
- ❖ No segundo estágio, observam-se os primeiros hábitos motores e as primeiras percepções organizadas, como também os primeiros sentimentos diferenciados.
- ❖ O terceiro estágio é o da inteligência senso-motor ou prática (anterior à linguagem), das regulações efetivas elementares e das primeiras fixações exteriores da afetividade. Esses três primeiros estágios constituem o período da lactância (até por volta de um ano e meio a dois anos, isto é, anterior ao desenvolvimento da linguagem e do pensamento).
- ❖ O quarto estágio é o da inteligência intuitiva, dos sentimentos interindividuais espontâneos e das relações sociais de submissão ao adulto (de dois a sete anos, ou a segunda parte da “primeira infância”).
- ❖ O quinto estágio é o das operações intelectuais concretas (começo da lógica) e dos sentimentos morais e sociais de cooperação (de sete a onze - doze anos).
- ❖ O sexto estágio é o das operações intelectuais abstratas, da formação da personalidade e da inserção afetiva e intelectual na sociedade dos adultos (adolescência).

No nosso estudo, iremos trabalhar com o quinto estágio, o das operações intelectuais concretas, que se inicia aos sete anos e termina por volta dos doze anos.

A idade de 7 anos coincide com o começo da escolaridade na criança e marca uma modificação decisiva no desenvolvimento mental. Nessa faixa etária, ocorre um duplo progresso com relação à socialização: a criança consegue se concentrar quando trabalha sozinho, e se apresenta colaborativo quando há vida em comum (PIAGET, 2006).

Segundo Piaget (2006), nessa faixa etária organizam-se as “operações concretas”, isto é, os grupamentos operatórios do pensamento recaindo sobre os objetos manipuláveis ou suscetíveis de serem intuídos.

É também nessa fase que as discussões tornam-se possíveis, porque elas compreendem a idéia do adversário e, mesmo não concordando, conseguem estabelecer um diálogo emitindo suas opiniões. Elas tornam-se capazes de cooperar, porque não confundem mais seu próprio ponto de vista com os dos outros.

Assim, a criança consegue dominar, com maior segurança, as estruturas lógicas, volta-se com mais atenção para a realidade, exerce com certa liberdade a fantasia, e é capaz de ler textos mais extensos e complexos no que diz respeito às idéias centrais e à linguagem. Seu senso crítico se refina, embora ainda lhe faltem meios para elaborar o pensamento formal.

Vários estudos comprovam que o desenvolvimento infantil é um processo que depende das experiências anteriores das crianças, do ambiente em que vivem e de suas relações com esse ambiente. Ocorre de forma diferente em cada criança e cada uma alcança determinados estágios em momentos também diferentes.

Dessa maneira, devemos considerá-la como um sujeito que está sempre em desenvolvimento, que explora situações, que formula significados e realiza ações.

A obra de Piaget tem contribuído até hoje para compreendermos o desenvolvimento da criança.

Percebemos que essa constrói o mundo interagindo com ele, em contato com as coisas e as pessoas. É dessa maneira que a criança se socializa e compreende o mundo em sua volta.

Segundo Piaget (2005), existem cinco tipos de reações observáveis das respostas obtidas pelas crianças nas entrevistas, são elas: O não-importa-o-que-ismo, a crença sugerida, a crença desencadeada, a crença espontânea e a fábula.

Teceremos alguns comentários sobre os cinco tipos de reações.

- ❖ Não-importa-o-que-ismo: Percebemos esse tipo de resposta quando a criança sem mais refletir, responde à uma pergunta inventando uma história na qual não acreditava;
- ❖ Crença sugerida: Quando a criança se esforça por responder à pergunta, mas esta é sugestiva ou a criança quer agradar o entrevistador, sem recorrer a reflexão;
- ❖ Crença desencadeada: Quando a criança responde com reflexão, extraindo a resposta de sua própria base, sem sugestão, mas a pergunta é nova para ela;
- ❖ Crença espontânea: Quando a pergunta não é nova para ela e quando a resposta resulta de uma reflexão anterior e original;
- ❖ Fabulação: Quando ela crê na resposta por um simples treinamento verbal.

Utilizaremos essas reações para analisar as respostas obtidas nas nossas entrevistas, como veremos na análise das informações.

Para compreendermos melhor a criança, buscamos também os trabalhos realizados por Vygotsky e suas explicações sobre desenvolvimento social.

Vygotsky (2003) salienta que não se pode, apenas, encarar o desenvolvimento como uma espécie de estágio, porém se deve considerar as necessidades das crianças e os incentivos eficazes para colocá-la em ação. Isso significa dizer que a criança necessita de motivações diferenciadas e em constantes mudanças que a impulsionarão rumo a novas descobertas.

Segundo o mesmo autor, o conhecimento é uma construção social, uma tarefa que só se realiza na cooperação e na mediação do outro. E é através dessas relações com o ambiente e com o outro que a criança cria novos laços sociais e novas possibilidades de crescimento.

Nessas interações sociais, a criança não é uma simples repetidora ou receptora de informações; é um indivíduo profundamente interessado, se estímulos lhe forem apresentados, em construir o seu próprio saber.

Através da realização de experimentos com crianças, o autor descreve em sua obra a importância da fala para atingir um objetivo, ou seja, a fala e ação se fundem para conseguir algo almejado pela criança. E, quanto mais complexa essa ação, maior será a importância da fala na resolução dos problemas. Essa situação é vista em crianças menores de 7 anos. Essas ações precedem outras mais complexas.

Diante de seus estudos, Vygotsky (2003) conclui que as crianças utilizam a fala para resolverem suas tarefas práticas, assim como com a ajuda dos olhos e das mãos. A fala e ação formam uma unidade de percepção, que ocasiona a internalização do campo visual, facilitando desta forma, a manipulação de objetos pela criança.

Inicialmente, a criança se expressa através de uma fala egocêntrica, em que ela, ao realizar suas ações, vai descrevendo-as para facilitar sua execução. Ao sentir

necessidade de resolver um problema e na impossibilidade de resolvê-lo sozinha, recorre ao adulto e solicita sua ajuda. Com o passar dos anos e a constante participação do adulto nas resoluções da criança, processa-se uma mudança no uso da linguagem como instrumento para resolução de problemas; a fala se torna socializada e é internalizada na criança. Após essa mudança, a criança passa a apelar para si mesma, impondo a ela mesma uma atitude social. Vygotsky (2003) descreve que a história do processo de “internalização da fala social” é também a história da socialização do intelecto prático das crianças.

Portanto, para Vygotsky (2003), só há desenvolvimento intelectual quando o indivíduo convive, se reporta, confronta, retifica, coloca-se no lugar do outro, descentra-se, isto é, uma proposta profundamente social, pois seu cerne é a cooperação, sempre mediada pela presença do outro.

Nessas relações com outro, a linguagem torna-se um instrumento fundamental, pois não é somente um meio de expressão, mas também o papel de organizadora das ações dos indivíduos.

Com o desenvolvimento de sua linguagem a criança percebe o mundo não somente através dos olhos, mas também através da fala, que se torna parte essencial do desenvolvimento cognitivo da criança.

As pesquisas de Vygotsky (2003) mostram que a percepção e a linguagem estão ligadas. Assim, entendemos que o mundo não é visto em cor e forma, mas como um mundo com sentido e significado.

Além desses dois autores, são igualmente importantes, as contribuições de Wallon que trata do desenvolvimento infantil na perspectiva da afetividade.

Segundo Wallon (1977), é através da afetividade que a criança entra em contato com o mundo, relaciona-se com o adulto, direciona suas ações para o controle e a inserção no grupo, do qual vai depender por muitos anos de sua vida.

Wallon estuda a inteligência sobre a ótica da afetividade e emoção e verifica que a criança dispõe de uma série de meios para mobilizar o ambiente ao seu favor. O choro infantil é a expressão dessa afirmação. Por ele, o organismo é capaz de controlar e direcionar o mundo adulto, preocupado com o seu desconforto e com sua possível doença.

Do mesmo modo que Piaget, Wallon estabelece estágios que direcionam o crescimento infantil de modo que esse desenvolvimento não se faz de maneira retilínea, mas segue um modelo circular, em cada estágio prepara para o próximo e serve de ponto de referência.

Os estágios são denominados: o estágio do impulso emocional, estágio sensório motor projetivo, estágio personalista e estágio categorial.

No estágio categorial, que surge por volta dos seis anos, a criança apresenta notáveis avanços no plano da inteligência, devido à função simbólica e à diferenciação da personalidade, iniciada e, às vezes, já adquirida na fase anterior, o que vem provar a circularidade dos estágios do desenvolvimento.

Aos 7/8 anos, a objetividade consegue se estabelecer e a criança consegue ver o mundo segundo uma rede de categorias que permite classificações, seriações e relações.

Questionada, a criança consegue dar explicações objetivas, reais em alguns momentos e fictícias e artificiais em outros. É nesse estágio que a criança apresenta os primeiros e sólidos sentimentos de cooperação, de vida em equipe, de trabalhos comuns. Seus parceiros são escolhidos de acordo com um objetivo comum, com tarefas a cumprir, solidários.

Neste ponto, Wallon (1977) insiste em que toda ação é uma ação social. Quando a ação coletiva da criança apresenta os primeiros sinais de competição irracional, quando o conflito aparece, quando os sentimentos de rejeição e repulsa se insinuam no grupo, temos os indícios de que a infância está fechando seu ciclo, e outra etapa, a puberdade, toma seu lugar.

A criança começa a perceber o mundo não somente através dos olhos, mas também através da fala. Assim, ela se torna essencial ao seu desenvolvimento cognitivo.

O papel da linguagem na percepção é surpreendente. A fala requer um processamento seqüencial. Os elementos são rotulados, separadamente, e então conectados numa estrutura de sentença, tornando a fala essencialmente analítica.

Coll e Miras (1996 apud COSTA, 1998), referindo-se as influências que a vida social exerce sobre o indivíduo na formação e compreensão do mundo, afirmam:

Da mesma forma que acontece com nossas reações diante dos objetos do mundo físico, tudo parece indicar que nossas reações ante os fenômenos sociais e mais concretamente, frente às outras pessoas estão em grande parte mediados pela percepção e pela representação que temos delas. Em outras palavras, as pessoas não respondem a totalidade de estímulos potenciais que nos chegam do meio, mas a uma seleção dos mesmos determinados, ao menos em parte, pela percepção e compreensão que temos deles.

Mais tarde, os mecanismos intelectuais relacionados à fala adquirem uma nova função: a percepção verbalizada, na criança, não mais se limita ao ato de rotular.

Um aspecto especial da percepção humana, que surge em idade muito precoce, é a percepção de objetos reais, em que o mundo não é visto, simplesmente, em cor e forma, mas também como um mundo com sentido e significado. Assim, a percepção humana consiste em percepções categorizadas ao invés de isoladas. A percepção é parte de um sistema dinâmico de comportamento.

A criança, com o auxílio da fala, cria um campo temporal que lhe é tão perceptivo e real quanto o visual. A criança que fala tem, dessa forma, a capacidade de

dirigir sua atenção de uma maneira dinâmica. Ela pode perceber mudanças na sua situação imediata do ponto de vista de suas atividades passadas e pode agir no presente com a perspectiva de futuro.

Segundo, ainda, Vigotsky (2003), a criança nasce com suas possibilidades de percepção definidas pelas características do sistema sensorial humano. Durante o desenvolvimento infantil, ocorre a internalização da linguagem, dos conceitos e dos significados fazendo com que a percepção passa a ser mediada por conteúdos culturais. Desta forma, a percepção do mundo não se dará por objetos isolados, mas por eventos e situações categorizados pela cultura.

Todas essas contribuições ao presente estudo, naturalmente, possibilitam uma melhor interação com as crianças, na compreensão de suas atitudes, em face do processo de investigação.

2.3 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Esperamos que no hospital exista uma equipe multiprofissional segura e preparada, nas várias especialidades, que haja recursos técnicos avançados, e que o atendimento aconteça de forma rápida e ininterrupta. Mas, vemos que, historicamente, ele nem sempre existiu dessa maneira e sua evolução precisa ser resgatada para que possamos compreender algumas situações apresentadas nos dias de hoje, durante a hospitalização infantil.

Neste capítulo, vamos discorrer um pouco sobre esta instituição terapêutica que tem como objetivo principal, cuidar de pessoas doentes, dentre outras funções. Faremos um breve relato da história do hospital bem como sua função nos dias atuais. E a seguir, discorreremos sobre a hospitalização infantil.

Segundo Gonçalves (1983) e Borba (1985), a palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede, dando origem a “hospitalis” que designava o lugar onde se hospedavam na Antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos. Quando o estabelecimento se ocupava dos pobres, incuráveis e insanos, a designação era de “hospitium”, ou seja, hospício, que, por muito tempo, foi usado para designar hospital de psiquiatria.

Na Grécia, Egito e Índia antigos, os médicos aprendiam medicina junto aos templos e exerciam a profissão no domicílio das pessoas enfermas. Foram encontrados junto ao túmulo de Esculápio, na Grécia antiga, construções semelhantes a hospitais. As pessoas eram colocadas junto ao templo para que as ações dos sonhos e de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes.

Na Índia antiga, se tem notícias do aparecimento de construções tipo hospitalar junto às estradas por onde passavam os exércitos. Nesses locais, as tropas descansavam

e tratavam os enfermos. Surgem também, locais para o isolamento de pessoas portadoras de doenças contagiosas excluindo-as da sociedade.

No estudo da história, encontramos referência a dois tipos de hospitais:

- ❖ Os Valetudinários, que consistiam em modestas enfermarias para o atendimento dos gladiadores romanos e aos guerreiros. Foram construídas junto aos alojamentos das tropas e do lado das arenas;
- ❖ Os Tabernae Medicae, de origem grega, destinavam-se ao pronto atendimento dos doentes, como nos atuais ambulatórios, sem o regime de internação.

No século XI, surgiu na Inglaterra o primeiro hospital geral, o St. John, que tinha por finalidade principal a restauração da saúde; para combater a lepra-hanseníase, foi construído o Hospital St. Bartholomew.

Buscamos subsídios em Foucault (1999) para compreender o hospital atual e percebemos que esse é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Assim, o hospital como instituição de cura aparece claramente em torno de 1780.

A literatura acerca do tema mostra que o hospital era um local de assistência aos pobres, destinado a separá-los e excluí-los do convívio social. Dessa forma, essa instituição abrigava os doentes para proteger os outros do perigo que eles traziam (FOUCAULT, 1999). Mas para Trevizan (1998), assistência prestada visava, também, à diminuição do sofrimento.

O personagem principal até o século XVIII era o pobre que estava morrendo e um local para morrer era o hospital. Nele, atendiam-se pobres, loucos, prostitutas e a

medicina dessa época estava preocupada com a doença e suas manifestações (FOUCAULT,1999).

Para a sociedade da época, o hospital era visto como uma região sombria, obscura, confusa para onde eram levadas as pessoas no momento da morte. Isto causava medo, angústia nas pessoas que não o conheciam, principalmente à criança.

Talvez venha daí a imagem que os adultos passam para as crianças acerca do hospital; um local que causa medo, angústia e repulsa. Essa era a imagem predominante até pouco tempo, mesmo para os adultos.

Também devemos fazer referência ao peso da religião que exerceu durante a Idade Média forte influência, a partir dos mosteiros; os frades aprendiam noções de medicina e os monges mantinham quase todos os hospitais que existiram nesta época (TREVIZAN, 1998). A maioria dos cuidadores eram pessoas religiosas e o trabalho prestado era caritativo; a maior preocupação centrava-se na salvação da alma. Logo, não existia um desvelo pelos aspectos técnicos, propriamente.

Nesse período, foram criados hospitais na zona urbana para abrigar os leprosos e distanciá-los da população. Esses doentes eram cuidados pela ordem de São Lázaro.

A partir do século XVIII, começaram a surgir pesquisas sobre os hospitais para definir um programa de assistência que contemplasse, entre outros fatores, o número de doentes, as acomodações, a circulação de ar, a extensão e altura das salas, a taxa de mortalidade e de cura, entre outros aspectos. Alguns critérios foram estabelecidos como, por exemplo, a separação entre pacientes com feridas e mulheres grávidas, a circulação e distribuição de materiais limpos e contaminados em um mesmo espaço, entre outras medidas.

Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital, objetivando o curar e modificando a situação existente na época. Mesmo assim, isso ocorreu de forma gradual e com traumas.

A passagem da coordenação dos hospitais por religiosos, na primeira metade do século XIX, para uma organização dirigida por leigos foi marcada por dificuldades de diversas ordens, dentre, dentre elas, a expulsão dos religiosos e a substituição por pessoas sem qualquer preparo para as funções auxiliares incluindo a enfermagem.

Na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale, enfermeira inglesa, surge como uma figura de grande destaque na organização dos hospitais, com destaque para o Saint Thomas, em Londres. Funda aí, em 1860, a primeira escola de enfermagem, com fundamentos em princípios científicos, expandindo-se para todo o mundo.

O século XIX, por sua vez, foi pródigo na criação de escolas e cursos na área de saúde mas, sobretudo, na fundação de hospitais.

No hospital atual, é primordial o cuidado dos profissionais de saúde, cujas ações são norteadas por normas científicas e tecnológicas e por requisitos de racionalidade e economia organizacional.

Com o passar dos anos, muitas mudanças se processaram na assistência hospitalar, graças às pesquisas científicas que proporcionaram conhecimentos e melhorias na infra-estrutura e no aperfeiçoamento profissional.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991):

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico/sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Mas, apesar de todo esse discurso oficial acerca do hospital, Chiattonne (2003) critica a desumanização no atendimento de muitos hospitais e relata que:

O doente passa a ser uma peça de engrenagem e a doença é encarada como um desajuste mecânico. O homem é despojado de seus aspectos existenciais para se tornar um objeto, um número de leito ou de prontuário, uma síndrome ou um órgão doente. Ao ser doente resta assistir ao total aniquilamento de seus direitos existenciais- o direito de ser, de existir enquanto pessoa.

É importante e essencial reforçar que, antes de ser um doente, ele é um ser humano que está doente. E é nesse momento que a enfermagem exerce o que tem de mais humano, o cuidar.

Torna-se importante lembrar que devemos realizar uma assistência humanizada e capacitada tecnicamente visando ao restabelecimento da pessoa e aqui, particularmente, da criança, com o mínimo de traumas e seqüelas possíveis.

Nos últimos anos, dentre as várias áreas de estudos, temos percebido um aumento no número de pesquisas com temas relacionados à criança hospitalizada, como também aos acompanhantes. Existe uma preocupação com o bem-estar da criança e conseqüentemente com os seus familiares.

Autores como Pinto et al. (2005), Collet (2004), Souza et al. (2003), Sugano et al. (2003), Lima et al. (1999), Chiattonne (2003) realizaram trabalhos significativos com a criança hospitalizada e seus familiares, tendo contribuído com as melhorias observadas no ambiente hospitalar.

Segundo Alderson (2005), envolver as crianças mais diretamente nas pesquisas pode resgatá-las do silêncio e da exclusão, e do fato de serem representadas, implicitamente, como objetos passivos, ao mesmo tempo em que o respeito por seu consentimento informado e voluntário ajuda a protegê-las de pesquisas encobertas, invasivas, exploradoras ou abusivas.

A assistência à criança hospitalizada, nos países ocidentais, vem sofrendo transformações significativas, principalmente, a partir de fins do século XIX. Tais mudanças estão diretamente relacionadas ao modo de produção, ao desenvolvimento da prática médica e ao valor e significado que a sociedade dá à criança (LIMA et al.,1999).

A literatura norte-americana na área descreve que, até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada, tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso. Essa forma de assistir afastou a mãe e familiares de um envolvimento com a criança e com os profissionais (LIMA et al.,1999).

A partir de 1940, nos Estados Unidos, ocorrem mudanças de atitudes em relação à assistência à criança hospitalizada. Esta, torna-se mais complexa, acompanhando os avanços da prática médica, que se desenvolve para dar respostas às necessidades sociais que emergem, principalmente, com a Segunda Guerra Mundial (LIMA et al.,1999).

Outro marco na organização das práticas de assistência à criança hospitalizada diz respeito à publicação do Relatório Platt, em 1959, na Inglaterra. Esse documento trouxe à tona a preocupação com o bem-estar da criança internada em instituições hospitalares e levou pais e profissionais a discutirem e analisarem o processo de hospitalização, procurando alternativas para "humanizar" essa experiência (LIMA et al., 1999).

Desde 1950, a literatura a respeito da hospitalização infantil indica que essa vem caminhando em direção à humanização e passando por modificações. Até 1980, os textos exploravam os efeitos da hospitalização na saúde física e mental da criança; após esse período, enfatizam os benefícios da participação da mãe como acompanhante, e os

conflitos surgidos entre essa e a equipe de enfermagem, assim como a tentativa de mediação desses conflitos (PINTO et al., 2005).

A mesma autora acrescenta, ainda, que a partir de 1990, outros estudos surgiram na busca do aperfeiçoamento da assistência à criança hospitalizada, tais como: a participação do acompanhante nos procedimentos hospitalares, as informações fornecidas à família, horários de visita e revezamento de acompanhantes, custos financeiros da permanência do acompanhante à instituição e à família, dentre outros. Foi decisivo para isso a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, já citado.

Na emergência da situação de hospitalização infantil, nota-se normalmente um certo despreparo em se lidar com os sentimentos que são suscitados pela própria situação (dor, sofrimento, agressividade), o que, na maioria das vezes, leva a uma inadequabilidade nas formas de se tratar a criança em questão, para auxiliá-la a vivenciar essa situação de forma mais satisfatória e, assim, contribuir para uma promoção de sua saúde e de uma melhoria na evolução do quadro clínico (OLIVEIRA et al., 2003).

A hospitalização na infância, portanto, pode se apresentar como uma experiência traumática. Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte (MITRE; GOMES, 2004). Ocorre a interrupção das suas atividades escolares, do ritmo de vida, a ausência dos colegas, das brincadeiras preferidas e de seu espaço.

Chiattonne (2003) aponta para vários distúrbios conseqüentes da hospitalização, que, muitas vezes, estão associados à impossibilidade da criança em lidar com os acontecimentos. Entre esses distúrbios, pode-se salientar culpa e depressão, angústia,

personalidade instável, falta de iniciativa, diminuição na vocalização, atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional, agressividade e manifestações psicossomáticas.

Concordamos com as observações feitas por Chiattonne (2003), pois devido à hospitalização, percebemos que algumas crianças deixam de sorrir para um rosto humano ou de reagir aos diversos estímulos do mundo, podendo apresentar inapetência, perda de peso, insônia e diminuição da vocalização. A mesma autora assemelha essas atitudes a características depressivas típicas do adulto. Essa reação é de tristeza e leva a criança a afastar-se de tudo ao seu redor, não procurando contato nem reagindo a ele.

Outras crianças reagem com apatia e agressividade dificultando a atuação da equipe de saúde rejeitando as medicações, os exames e as dietas.

Outro fato importante é como estava a situação psico-afetiva dessa criança antes da hospitalização, já que sabemos que relacionamentos estáveis e seguros serão essenciais para embasarem as situações estressantes. Segundo Chiattonne (2003), a criança confiante, segura e amada terá mais condições de enfrentar situações difíceis e ameaçadoras, criando recursos para estabilizar seu equilíbrio interno, conturbado com a ocorrência de uma hospitalização.

A capacidade de adaptação da criança está vinculada à sua personalidade, ao seu relacionamento com os pais, sua compreensão de mundo, a um ambiente hospitalar humanizado e a uma equipe treinada e capacitada.

Segundo Collet e Rocha (2004), pode ocorrer o estabelecimento de vínculos entre a criança e a equipe de saúde. Pela vivência no hospital, a criança passa a conhecer os trabalhadores e a manter um relacionamento afetivo e carinhoso com eles, se houver abertura da equipe para isso. Os membros da equipe de saúde, ao se relacionarem com a criança, compreendem suas falas e entendem seus gestos e comunicação não-verbal,

abrindo uma prerrogativa de amplitude no relacionamento. Dessa forma, a equipe que lida com crianças deve gostar do seu trabalho e estar preparada tecnicamente.

O relacionamento com a equipe hospitalar pode evoluir para o estreitamento do vínculo, a partir do momento em que a família se sente compreendida e atendida em suas necessidades ou, então, gerar conflitos (PINTO et al., 2005).

Concordamos com Chiattonne (2003) quando nos diz que a rigidez profissional, a desconsideração dos aspectos bio-psico-sociais da criança doente e hospitalizada, o excesso de trabalho, o desinteresse na área, a falta de humanidade e principalmente de bom senso determinarão um ambiente de trabalho rigoroso e carregado de rotinas onde a criança significa uma peça a mais na estrutura hospitalar.

As rotinas hospitalares devem ser flexíveis e deve haver bom senso e sensibilidade da enfermagem na realização de suas funções. Para minimizar o medo, a participação da criança e a explicação antes dos procedimentos, devem ser uma constante.

Concordamos com Delgado e Muller (2005) quando afirmam que as crianças e os adultos devem ser vistos como uma multiplicidade de seres em formação, incompletos e dependentes, e é preciso superar o mito da pessoa autônoma e independente, como se fosse possível não pertencermos a uma completa teia de interdependências.

Para compreendermos a criança, devemos levar em consideração que ela vive no mundo com outras pessoas, está enraizada em uma cultura, relaciona-se com seus familiares, amigos, professores e sofre influências deste mundo que também o influencia.

Isso resulta certamente das várias heranças da família, da religião, do senso comum, da política, das relações que se estabelecem ao longo da vida, das práticas

escolares e de múltiplos e variados arquétipos sócio-culturais que orientam a existência humana.

Toda criança, hospitalizada ou não, deve ser vista como um ser em desenvolvimento que traz consigo pensamentos, idéias, opiniões e sentimentos que devem ser respeitados e orientados sempre que necessário. Elas devem se sentir motivadas, ou seja, estimuladas pelos seus familiares por suas conquistas, sentindo-se animada a prosseguir, superando, inclusive, sua doença, quando for o caso. Segundo Chiattonne (2003), a ausência de estímulo cultural e emocional resulta em diminuição da habilidade funcional da criança, levando ao déficit intelectual em crianças hospitalizadas.

Numa pesquisa realizada por Chiattonne (2003) com relação à privação materna, por ocasião da hospitalização, foi verificado que as crianças apresentavam: angústia, carência afetiva, sentimentos de vingança, culpa, depressão, distúrbios emocionais, sensação de abandono, personalidade instável, falta de iniciativa, apatia, problemas de sono, tristeza, regressão no processo de maturação psico-afetiva, agressividade, ocorrências de infecções e manifestações psicossomáticas.

Na maioria das vezes, as mães acompanham a criança hospitalizada, mas há casos em que devido à quantidade de filhos que essas mães têm e as dificuldades enfrentadas por elas, algumas crianças ficam sozinhas, ou acompanhadas por parentes ou amigos.

No hospital onde realizamos nossa pesquisa percebemos que a maioria das crianças estão em companhia dos pais, mas encontramos crianças maiores sozinhas sendo auxiliadas quando necessário, pelas mães de outras crianças de algum leito próximo.

A literatura registra que a criança diante da ausência da família pode reagir de forma hostil à mãe ao encontrar-se novamente com ela. Essa é uma situação difícil para mãe e para todos do hospital, mas, comumente, é passageira.

Outra situação, por vezes, encontrada é a solicitação excessiva das crianças pela presença da mãe ou pessoas a sua volta, de forma possessiva, egocêntrica, alternando momentos de carinho e agressão.

Um alerta importante observado por Chiattonne (2003) é que a equipe de saúde deve estar atenta às crianças que reagem com apatia, pois há uma tendência a considerá-las “bons pacientes”, que não “dão trabalho” e preocupação. Essa é uma situação preocupante para os familiares e para a equipe de saúde, sendo necessário reforçar o trabalho da psicologia e, em casos extremos, da psiquiatria.

Uma situação cada vez mais comum, mesmo não sendo a esperada, é encontrar crianças satisfeitas e felizes durante a hospitalização. Geralmente, são crianças pobres que não têm conforto em casa, alimentação, são espancadas pelos pais ou familiares, ficam muito tempo sozinhas ou ainda têm pais etilistas e tabagistas.

Contudo, independente de sua condição familiar, devemos respeitar a criança considerando suas possibilidades e desejos, inclusive no que se refere à transmissão de seu diagnóstico. A família deve ser ouvida e, sempre que possível, envolvida nessa tarefa. As discordâncias devem ser consideradas objeto de trabalho a ser realizado: identificadas, analisadas, repensadas. Para o profissional, a aceitação dessa tarefa, certamente, significa um trabalho a mais, muitas vezes complicado e doloroso, mas com prováveis benefícios e gratificações compensadoras (LECUSSÁN, 2000).

Em decorrência da hospitalização, a família experimenta a desorganização de suas rotinas e o sofrimento gerado pela convivência limitada, tanto pelas suas condições como pelas condições impostas pelo hospital, vivenciando a desestruturação do

cotidiano familiar. Apesar de manter algumas rotinas existentes antes da hospitalização e de desejar retomar seu cotidiano para exercer sua autonomia, a família realiza mudanças estruturais em sua organização, quando se depara com atividades que não consegue dar continuidade, buscando reorganizar a rotina familiar (PINTO et al.,2005).

A hospitalização da criança, portanto, pode contribuir com a perda de controle da rotina familiar, representada pelo contato com o inesperado e a desestruturação, em um contexto difícil de conviver, tendo como base sua história de vida. Ao mesmo tempo, a família, buscando manter o equilíbrio para atender suas necessidades e cuidar da criança hospitalizada, inicia estratégias em buscando suprir novas demandas, que estão sendo geradas por essa vivência. Nesse contexto, os profissionais de saúde e, em particular, a equipe de enfermagem, deve representar um suporte tendo em vista a recuperação da criança.



3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

"É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer."

Aristóteles

A busca da pesquisa científica se dá a partir do momento em que o ser humano tenta resolver problemas de uma maneira ordenada e sistemática. Antes disso, esse ser possui uma curiosidade sobre o mundo em que está inserido e através dessas inquietações encontra na pesquisa respostas para essas questões.

Os profissionais de todas as áreas necessitam de conhecimentos científicos para que possam exercer sua prática. E com a enfermagem não é diferente. Ela utiliza as pesquisas científicas para enriquecer e aprimorar seus conhecimentos, bem como para proporcionar uma assistência fundamentada e responsável aos seus pacientes. Portanto, apreender as percepções de crianças sobre sua doença e hospitalização constitui o fim precípua da presente investigação.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, ancorado em três dimensões teóricas: Uma que aborda o desenvolvimento infantil como os estudos de Piaget (2006), Vygotsky (2003) e Wallon (1977); outra que trata sobre a criança hospitalizada tendo como autores principais Pinto et al. (2005), Collet (2004), Chiatonne (2003), Oliveira et al. (2003), Silva (2002), Lima et al. (1999) entre tantos outros que contribuiram para fundamentar a análise dessa investigação. E uma terceira acerca do método criativo e sensível que explora a criatividade e sensibilidade, desenvolvido por Cabral (1998), conforme veremos a seguir.

De acordo com Cabral (1998), essa técnica conjuga a coleta de dados com dinâmicas de criatividade e sensibilidade, sendo utilizada como uma nova alternativa de pesquisa em enfermagem.

Segundo a autora, um aspecto que dever ser considerado nesse processo de pesquisa é a combinação entre ciência e arte, criatividade e sensibilidade à realidade e à expressão criativa. Nesse método, são utilizadas as técnicas de entrevista e observação participante como também diversos outros instrumentos e procedimentos utilizados em pesquisa qualitativa como desenhos ou quaisquer outros recursos. E ressalta as dinâmicas de criatividade que através de oficinas utilizam técnicas de colagem, recortes, modelagem, dramatização, entre outras, buscando através desse processo, a produção dos dados para a pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa com crianças, o método foi significativo no sentido de orientar uma abordagem baseada na criatividade e sensibilidade.

A utilização de desenhos, pinturas e leituras, facilitou, sobremaneira, nossa interação com as crianças participantes desse estudo. Devemos observar, no entanto, que essas atividades representaram tão somente um ponto de aproximação com as mesmas, não se constituindo em objeto de análise.

Nossa preocupação foi interagir com as crianças, adquirindo sua confiança, mantendo um ambiente acolhedor, alegre, deixando a criança à vontade para responder aos questionamentos sem forçar as respostas, deixando-a livre, sem pressioná-la ou intimidá-la.

Ao escolher a pesquisa qualitativa, segundo Polit e Hungler (2004), estamos buscando utilizar uma pesquisa holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador). Assim, os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores.

De acordo com as autoras citadas, as pesquisas qualitativas permitem uma maior liberdade ao amplo potencial das percepções e subjetividades humanas.

Para Minayo (2000), a maior preocupação da pesquisa qualitativa é estar focada no aprofundamento e abrangência da compreensão, do que na generalização em razão do seu critério não ser numérico.

Será levada em consideração, neste trabalho, a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas que envolvam seres humanos no Brasil (COSTA; VALLE, 2000). Desse modo, a pesquisa de campo foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Parecer nº 098/06, conforme apêndice D, bem como a autorização da instituição onde foi realizada a coleta de dados, conforme apêndice E. A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade serão respeitadas, como também todas as fases da pesquisa apresentadas neste trabalho.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi constituído de um hospital público da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, que oferece assistência à pediatria. Essa Instituição faz parte da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) e é denominado Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra.

O Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra não possui apartamentos, consta de 10 enfermarias com 40 leitos. Os leitos são divididos por patologias. Os quartos dispõem de cama e berço para os pacientes e cadeira para um acompanhante. Existe uma cozinha comunitária para os funcionários e as refeições das crianças são

feitas no quarto. Existe um banheiro em cada quarto. O posto de enfermagem é coordenado nos turnos da manhã, tarde e noite por uma enfermeira. A equipe é composta por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem e como hospital escola, recebe estudantes em nível médio e superior da própria instituição. Existe uma sala de recreação, denominada brinquedoteca, com mesas, cadeiras, material para pintura, desenho, brinquedos e quebra-cabeça. É coordenada por uma recreadora e uma assistente social. As instalações são simples, mas tudo é muito organizado e limpo. O hospital é composto de 1 recepção, ambulatório, consultórios, farmácia, centro cirúrgico, central de material, cozinha, depósito. Toda a infra-estrutura para o atendimento é utilizada apenas para a pediatria.

A decisão para a coleta de dados se deu em virtude de ser um hospital escola, pertencente à UFRN, dispor de infra-estrutura para a sua realização, por acreditarmos que teríamos uma grande receptividade e com os resultados obtidos poderíamos contribuir com melhorias no atendimento à pediatria.

3.3 POPULAÇÃO

Os sujeitos da pesquisa foram 13 crianças com a faixa etária de 8 a 12 anos internadas no setor de pediatria, com mais de três dias de hospitalização, que tinham condições físicas e emocionais de participarem do estudo. Apesar do estudo se referir a crianças de 7 a 12 anos, por ocasião da pesquisa empírica, não havia crianças hospitalizadas com a idade de 7 anos, que atendessem aos critérios de inclusão.

Solicitamos à enfermeira responsável pelo setor que nos informasse quais as crianças que se encontravam nessa faixa etária e com condições de participar espontaneamente da pesquisa. Naturalmente, após o consentimento delas e autorização

dos seus responsáveis. Considerando tratar-se de uma pesquisa com crianças hospitalizadas tivemos a preocupação de observar horário, disponibilidade e quaisquer outros eventos que pudessem comprometer o bem-estar da criança, como também, respeitar a criança, não forçando-a na obtenção de respostas, ouvindo-a com atenção, respeitando seu ritmo, de maneira que ela se sentisse tranqüila e confiante ao dar sua informação.

Os responsáveis pelas crianças foram informados sobre os itens da pesquisa com uma linguagem simples para que houvesse entendimento e não permanecessem dúvidas, deixamos bem claro a sua total liberdade de não participar, se fosse seu desejo. Após a sua concordância em participar, eles assinaram o termo de consentimento, conforme apêndice B, juntamente com a pesquisadora. As crianças foram informadas também sobre a pesquisa e, após sua aceitação, assinaram o termo de consentimento, apêndice C, e foram iniciadas as entrevistas.

A escolha dessa faixa etária foi estabelecida pela autora após consultar a literatura relacionada à criança e às observações realizadas em seu cotidiano de trabalho.

Segundo Piaget (2006), a partir de 7 ou 8 anos, a criança, pensa antes de agir, começando, assim, a conquista desse processo difícil que é a reflexão.

Observamos que as crianças a partir dessa idade possuem uma liberdade de expressão maior, conseguem interagir com a equipe de enfermagem e compreendem, mesmo de forma simples, sem dificuldades, sem barreiras, o que está acontecendo ao seu redor, podendo, dessa forma, contribuir com a pesquisa para que alcancemos nosso objetivo.

Nessa oportunidade, foi a própria criança falando sobre sua doença e hospitalização, pois geralmente são seus pais ou o responsável quem informa suas

necessidades. E isto foi facilitado pela utilização de atividades lúdicas conforme anunciado anteriormente.

Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos entrevistados, esses foram identificados com codinomes de personagens infantis da literatura brasileira.

3.4 ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO

Seguimos um roteiro por nós estabelecido visando a uma melhor organização, dos passos da investigação empírica:

1. Escolhemos o espaço da investigação: um hospital público;
2. Conversamos com a direção médica, o corpo técnico e enfermeira responsável pelo setor, explicando os objetivos do trabalho e falando da colaboração que podíamos obter com os resultados da pesquisa. Como o hospital público faz parte da UFRN e é um hospital escola, existe um comitê de pesquisa que solicitou a cópia do trabalho e, só após sua avaliação e confirmação, é que realizamos as entrevistas;
3. Conversamos com a enfermeira do setor do turno para escolha dos melhores dias e horários e condições para realização da entrevistas com as crianças. As enfermeiras enviaram as crianças que, naquele momento, tivessem condições físicas e psíquicas e que quisessem participar da pesquisa, dentro da faixa etária estabelecida;
4. A coleta de informações foi realizada na sala de recreações em uma mesa para não interromper ou desviar a atenção da entrevistada.

3.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o diário de campo, um roteiro de entrevista (apêndice A) e disponibilizamos material para desenho, caso a criança quisesse utilizá-lo. As entrevistas aconteceram conforme disponibilidade dos entrevistados e foram gravadas após autorização prévia das crianças e de seus responsáveis.

Considerando que trabalhamos com crianças hospitalizadas, foram disponibilizados todos os instrumentos necessários, como lápis de cor, papel, borracha, caneta, giz de cera.

Conforme Piaget (2005), toda pesquisa sobre o pensamento da criança deve partir da observação e a ela voltar para controlar as experiências que essa observação vier a inspirar.

A importância desse olhar é ressaltada por Ludke e André (1986 apud COSTA, 1998) ao escreverem:

É fato bastante conhecido que a mente humana é altamente seletiva. É muito provável que, ao olhar para um mesmo objeto ou situação, duas pessoas enxerguem diferentes coisas. O que cada pessoa seleciona para ver depende muito da sua história pessoal e principalmente de sua bagagem cultural. Assim o tipo de formação de cada pessoa, o grupo social a que pertence, suas opiniões e predileções fazem com que sua atenção se concentre em determinados aspectos da realidade, desviando-se de outros.

Dessa forma, conscientes de que observar a realidade é possuir um olhar abrangente, registramos no diário de campo todos os aspectos relevantes que puderam contribuir com o nosso estudo.

Segundo Arfouilloux (1976), a entrevista é uma troca, um diálogo, uma relação que se estabelece em certas condições entre duas pessoas. O autor deixa claro em sua obra que a entrevista pode ser feita com mais de um interlocutor, mas, nessa pesquisa, aconteceu com uma criança por vez. Dessa maneira, não houve interrupção, nem

indução das respostas de outras crianças, deixando-a mesma mais confortável ao dar suas respostas.

Percebemos a importância da nossa escolha em utilizar a entrevista nas palavras do mesmo autor anteriormente citado, quando diz que a entrevista é um conjunto de estímulos aos quais o sujeito reage em função de seu grau de organização, de sua estrutura caracterológica, de suas aptidões, estado afetivo, experiências anteriores, em suma, de tudo o que constitui sua personalidade. Assim, além de seu valor informativo sobre a realidade vivida e a história do sujeito, a entrevista tem para o observador um valor expressivo e projetivo.

Entretanto, ao realizarmos as entrevistas fomos éticos, neutros, não impomos nossas idéias, nossas opiniões, como também não induzimos a criança a nos dar essa ou aquela resposta. Nossa fisionomia, ou seja, nossas expressões faciais, não podiam expressar gestos de negação, discordância ou até mesmo menosprezo diante das respostas das crianças. Conduzimos a entrevista de forma ética buscando alcançar nossos objetivos conversando com a criança com uma linguagem clara e compreensiva para ela.

E, no caso de dúvidas, elas eram esclarecidas sempre de maneira imparcial e imediata.

Arfouilloux (1976) diz que, entrevistar uma criança não é somente escutá-la, e, se possível ouvi-la, mas também observá-la, embora saibamos perfeitamente que também somos observados por ela.

Ela nos chama atenção para as dificuldades de se entrevistar crianças, enfatizando principalmente duas:

- a) A entrevista não é pedida pela criança, mas pelo adulto;
- b) A linguagem infantil nem sempre é relacional nem meio de comunicação, mas frequentemente um jogo. Para essa autora, uma entrevista é inicialmente uma troca, um diálogo, uma relação

que se cria certas condições entre duas pessoas numa dada situação vivida aqui e agora, enriquecida pela interação e pela transação que se institui entre as duas partes.

Dessa maneira, podemos afirmar que a entrevista é um excelente meio de obter as respostas desejadas segundo o objetivo da pesquisa. Se bem conduzida leva o entrevistador a captar toda a riqueza da fala dos entrevistados. Por meio da linguagem a criança vai compreendendo o mundo e interagindo com o ele.

Oferecemos material para o desenho, caso a criança quisesse utilizá-lo, mas deixamos bem claro que a escolha ficava a critério dela. E a nossa aceitação estaria vinculada à oferta da mesma. Portanto, esse instrumento foi utilizado, apenas, para deixar o ambiente mais agradável visando, também, a uma maior interação da pesquisadora e das entrevistadas.

Para Arfouilloux (1976), o desenho pode ser comparado à linguagem, pois tem uma função de expressão e de comunicação. É essencial lembrar que, mesmo que se utilize o desenho, a linguagem é, sem dúvida, o grande mediador entre o mundo e a personalidade infantil. Ainda que desenhando, a criança sente necessidade de falar, de expressar oralmente o que expressou graficamente, de explicar para o adulto a sua produção.

Assim, falar e desenhar são realidades que na mente da criança se interligam e se completam.

3.6 MATERIAL

Para a coleta de dados com as crianças, utilizamos alguns materiais:

1. Folhas de papel sulfite branco ou verde, tamanho ofício, sem pauta;
2. Caixa de lápis comum colorido;
3. Borracha, apontador e régua, utilizados a pedido da criança.

Além desse material básico, durante a entrevista utilizamos um gravador e um diário de campo, no qual anotamos as observações que fizemos ao longo do contato com a criança e que não estarão registradas na fala propriamente dita: gestos, indecisões, reações, recusa, risos, dificuldades.

Percebemos a importância do diário de campo em outros trabalhos sobre crianças, após o término das entrevistas, pois ele descreve uma riqueza de expressões, gestos, que só um olhar atento poderá perceber e que não será revelado nas transcrições, nem nos desenhos feitos.

3.7 TRATAMENTO

A análise se processou a partir do estudo do material empírico, com base nas entrevistas, na observação e no diário de campo, com anotações sobre cada criança apoiada no referencial teórico acerca da criança e do processo de hospitalização.

Com relação às entrevistas, a análise levou em conta os aspectos totalizantes das respostas, que foram agrupadas em categorias e em quadros pertinentes a cada situação particular.



4 A CRIANÇA E SUAS REVELAÇÕES

"É possível descobrir mais sobre uma pessoa numa hora de brincadeira do que num ano de conversa."

Platão

4 A CRIANÇA E SUAS REVELAÇÕES

A análise das informações foram obtidas a partir dos dados empíricos resultantes das entrevistas, e dos recursos de observação, auxiliada pelo aporte teórico acerca do tema. Na seqüência, faremos a identificação dos participantes, seguida das categorias e subcategorias e, por fim, apresentaremos alguns quadros que contêm informações complementares em relação aos sentimentos das crianças.

4.1 QUEM SÃO OS PARTICIPANTES

Conforme mencionamos na metodologia, as crianças internadas, participantes da pesquisa, foram nomeadas segundo personagens da literatura infantil brasileira, entre eles: Emília, Aninha, Marina, Rosinha, Mônica, Magali, Cebolinha, Chico Bento, Anjinho, Cascão, Horácio, Pelezinho e Franginha.

A seguir, descreveremos cada entrevistado, com seu codinome e suas características.

Emília é uma menina de 11 anos, mora com os pais em casa própria, na área metropolitana de Natal, estuda, tem dois irmãos, estava internada com um quadro de cansaço, febre e dificuldade de ganhar peso. É portadora de fibrose cística, já se internou mais de cinco vezes. Criança participativa, simpática e alegre.

Aninha é uma menina de 12 anos, mora com a madrinha, em uma cidade a 86 km de Natal, não tem irmãos, estuda. Estava internada com dores abdominais. É portadora de Síndrome Nefrótica e está em tratamento desde 2003. Criança segura, independente, e compreensiva e conformada. Estava sozinha.

Marina é uma menina de 9 anos, mora com os pais em um sítio à 87 km de Natal. Mora com os pais e os irmãos em casa própria, estuda, seu internamento foi programado para fazer uso de medicação específica. É portadora de Fibrose Cística. Não é a primeira vez que se interna. É muito simpática, tímida, alegre e se considera feliz.

Rosinha é uma menina de 10 anos, mora com os pais e um irmão em um bairro de Natal, tem casa própria, estuda, seu internamento foi programado para fazer uso de medicação específica. Foi internada com dores articulares, manchas vermelhas no rosto e gânglios cervicais. É portadora de Lupus. Não é a primeira vez que se interna. É uma criança simpática, alegre e participativa.

Mônica é uma menina de 11 anos, mora com os pais e os irmãos, em uma cidade a 12 km de Natal, estuda. Estava internada com dores nos membros inferiores, tonturas e cefaléia. É portadora de Lupus. É sua quarta internação. Criança segura, independente, inteligente, alegre e simpática.

Magali é uma menina de 8 anos, mora com os pais e os irmãos, em um sítio a 400 km de Natal, estuda. Estava internada com um quadro de dor abdominal tendo sido submetida a uma laparotomia exploradora para retirada de um cisto renal. É portadora Síndrome Nefrótica. Encontra-se com sonda vesical de demora, alopecia e palidez cutânea. Está em tratamento desde de 2005. Apesar de sua situação, não me pareceu envergonhada. Criança tímida, esperta, gosta de conversar e relata que gosta de estudar.

Cebolinha é um menino de 8 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria, em um bairro de Natal e estuda. Estava internado para realizar um procedimento cirúrgico denominado hipospádia. Essa é a quarta internação. Foi submetido a um cateterismo, há alguns meses, em um hospital privado da cidade.

Criança simpática, alegre, esperta, gosta de conversar, relata que gosta de estudar e é bastante religioso.

Chico Bento é um menino de 11 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria, em um bairro de Natal e relata gostar de estudar. Estava internado para realizar o tratamento para Lupus. Informa ter sido internado várias vezes. Criança simpática, alegre, esperta, gosta de desenhar.

Anjinho é um menino de 12 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria, em uma cidade a 358 km de Natal e estuda. Estava internado para realizar o tratamento para Lupus. Informa que está em tratamento há sete anos e que foi traqueostomizado devido ao agravamento de sua doença. Atualmente, apresenta disfagia. Está em tratamento com fonoaudióloga. Criança séria, esperta, inteligente, informa ter muitos amigos e que atrasou dois anos escolares.

Cascão é um menino de 12 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria, em uma cidade a 69 km de Natal e estuda. Estava internado há uma semana com quadro de febre, vômitos e dores articulares, informa ter febre reumática. Essa é a primeira internação. Criança simpática, gosta de conversar, relata ter muitos amigos e brincar muito com eles.

Horácio é um menino de 10 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria, em uma cidade a 31 km de Natal e estuda. Estava internado para tratar uma infecção na unha do pé, apresentava também tosse e febre. É portador de síndrome Nefrótica. Ele acredita que essa é a 15ª internação. É uma criança alegre e simpática.

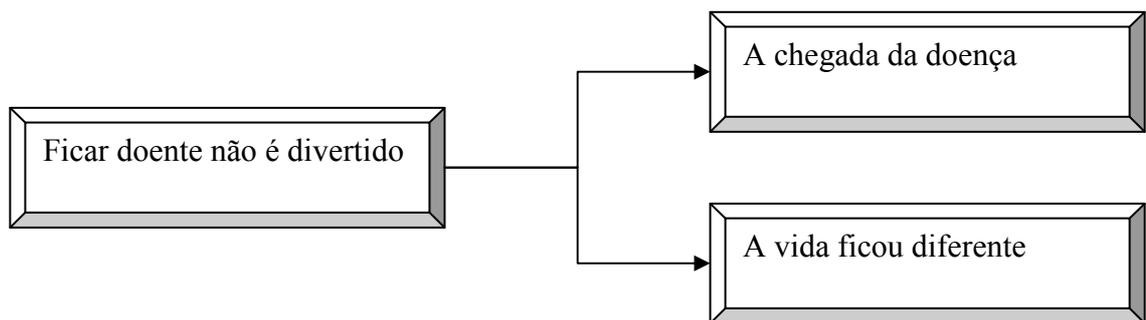
Pelezinho é um menino de 8 anos, mora com os pais em casa própria, em uma cidade a 87 km de Natal e estuda. Faz tratamento há muitos anos. É portador de Leucemia. Criança simpática, gosta de conversar e, como filho único, relata sentir falta de um irmão para brincar.

Franginha é um menino de 8 anos, mora com os pais e os irmãos, em casa própria em uma cidade a 100 km de Natal e estuda. Faz tratamento há vários anos. É portador Síndrome Nefrótica. Estava com sonda vesical de demora e relata trocá-la a cada 15 dias Criança calma, educada e simpática.

4.2 A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO: A VOZ DAS CRIANÇAS

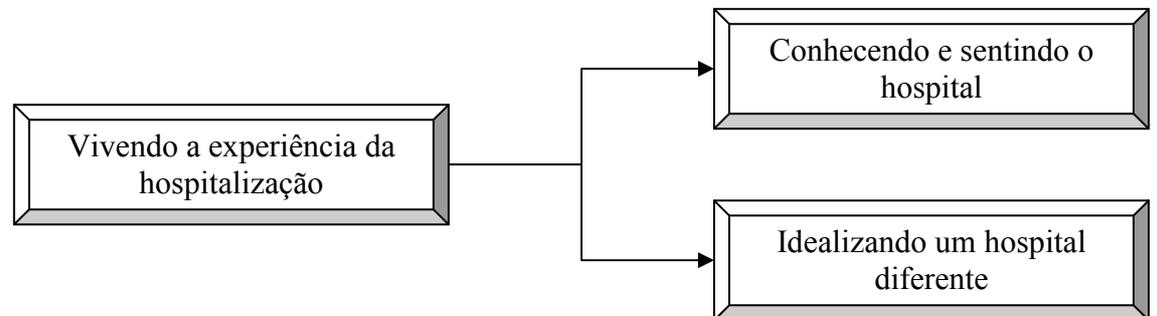
Neste espaço, apresentaremos a síntese de nossa investigação e os passos para sua realização. Iniciamos pelo processo de organização do material empírico, resultante das entrevistas realizadas com as treze crianças participantes do estudo, anteriormente apresentadas. Após a leitura exaustiva de todos os relatos, buscamos identificar as unidades de significação, tendo em vista os objetivos propostos. Com base no agrupamento das informações, definimos duas grandes categorias, desdobrando-se cada uma delas, em duas subcategorias conforme mostra as figuras 1 e 2.

Figura 1



Fonte: Informações da própria autora

Figura 2



Fonte: Informações da própria autora

4.2.1 Ficar doente não é divertido

Para a criança, ficar doente implica sofrimento, logo não é divertido. Essa categoria se desdobra em duas subcategorias: *a chegada da doença* e *a vida ficou diferente*.

Reportando-nos á primeira subcategoria intitulada *a chegada da doença*, buscamos identificar nas falas das crianças entrevistadas o que representa para elas a chegada da doença em suas vidas.

- ❖ *Eu tinha a barriga grande, os olhos e as pernas inchadas e passei um bocado de dias na UTI. Recebi alta, fui para casa e depois voltei porque estava sentindo dor (Magali, 8 anos).*
- ❖ *Antes eu sentia dor na barriga, ficava inchada (Aninha, 12 anos).*
- ❖ *Eu sentia dor nas pernas, tonturas, minha mãe pensou que era vista. Me levou para o médico, mas já era a doença. Via duas coisas, sentia cefaléia. Agora tomo remédio e não sinto nada. Eu tomo remédio de rins e pressão alta (Mônica, 11 anos).*

Perguntamos às crianças o que elas sabem sobre sua doença e nas três primeiras respostas apresentadas verificamos que, para elas, a doença é percebida a partir dos sintomas, ou seja, quando esses se manifestam. Elas sentem as mudanças ocorridas em seu corpo, como também a impossibilidade de realizar suas atividades diárias. A forma de compreender a doença se revela pelas modificações do estado fisiológico normal.

Em outras respostas, acerca da mesma pergunta, percebemos um maior conhecimento sobre a doença através dos seus sintomas, mas também na sua forma conceitual, como pode ser observado:

- ❖ *Quando eu nasci a doença veio no sangue e nos ossos. Quem me contou foi minha mãe. Ela disse que era Leucemia. (Pelezinho, 8 anos).*
- ❖ *A doença é Fibrose Cística, atinge o pulmão, intestino e pâncreas (Marina, 9 anos).*
- ❖ *Eu nasci com dois canais, um deu a volta na bexiga e tampou o canal que sai a urina (Franginha, 8 anos).*
- ❖ *Quando eu nasci desceu os ovinhos e subiu de novo. O médico (cardiologista) quis primeiro cuidar do meu coração, para depois fazer a cirurgia (Cebolinha, 9 anos).*

Segundo Piaget (2005), quando a criança responde a um questionamento com reflexão, extraindo a resposta de sua base, sem sugestão e a pergunta é nova para ela dizemos que há uma crença desencadeada. Essa crença é influenciada pela entrevista, pois a maneira de interrogá-la, a faz pensar em certa direção, sistematizando seu saber, pois é produto do pensamento infantil, não sendo influenciado pelo pesquisador.

As respostas, pois, apresentadas decorrem da compreensão infantil sobre a doença. Essa compreensão é resultado da necessidade de a criança de entender o que acontece com seu corpo e com o mundo em sua volta.

Não podemos esquecer de que os pais têm um papel fundamental nessa compreensão, considerando a importância deles na vida da criança. Muitas relataram ter sido os pais, principalmente a mãe, os primeiros a explicarem sobre sua doença. Esse amparo afetivo durante o internamento só traz benefícios para a criança, pois ameniza o medo, estimula a confiança e aumenta a interação entre pais e filhos.

A criança, conforme Piaget (2005), sofre forte influência do pensamento do adulto, e, nesse caso particular, um adulto exerce grande significação em sua vida. Portanto, a orientação aos pais, pela equipe de saúde, a respeito do diagnóstico e condições de cada criança, torna-se imprescindível.

A enfermagem, nessa situação particular, assume grande responsabilidade por sua permanência junto à criança e seus pais, prestando esclarecimentos acerca de suas dúvidas, concorrendo, em parte, para diminuir suas tensões.

Tezza (1999), referindo-se à família da criança hospitalizada, afirma que “sua ansiedade, medo e insegurança foram diminuídos a partir das orientações dadas”.

Ainda, acerca da chegada da doença, vejamos alguns outros depoimentos que expressam também uma certa compreensão das crianças sobre a doença e a importância da presença dos pais nesse processo.

- ❖ *Tenho Lupus. A pessoa tem dor em todo corpo (Chico Bento, 11 anos).*
- ❖ *Tenho Fibrose Cística. Tenho cansaço, tosse, febre, dificuldade para ganhar peso. Quem me explicou foi minha mãe (Emilia, 11 anos).*
- ❖ *Lupus é uma doença do sangue, da pele e dos ossos. Quem me explicou foram os meus pais (Anjinho, 12 anos).*

- ❖ *Ela vem do sangue, minha doença. A pessoa fica manchada, depois toma remédio, fica com a bochecha gorda. (Mônica, 11 anos).*

Nas quatro afirmações ora descritas, é possível observar que as crianças já atingiram uma estrutura mental passível de um entendimento mais refinado, pois, como afirma Piaget (2005, p. 30), “as crianças da mesma idade mental chegam a mesma representação de um dado fenômeno, apesar dos acasos de suas circunstâncias pessoais, dos contatos que tiveram, das conversas ouvidas”. Acrescenta o autor: “a partir de 11-12 anos a criança compreende tudo o que lhe é dito”.

A segunda subcategoria, *a vida ficou diferente*, nos mostra as mudanças ocorridas no cotidiano das crianças com o aparecimento da doença decorrendo muitas vezes, uma hospitalização.

A hospitalização infantil ocasiona o distanciamento dos familiares, dos amigos, das brincadeiras, dos seus brinquedos, da escola, enfim, da rotina diária da criança.

Segundo Chiattonne (2003), os principais efeitos da hospitalização infantil são: negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, solidão, distúrbios neuróticos, frustração de sonhos, regressão e a busca de proteção, intolerância emocional e negativismo.

Essas características, segundo a autora, dependerá da idade da criança e do estágio da doença, ambos relacionados à fase de desenvolvimento.

Assim, nas crianças de 6 a 12 anos de idade, é mais comum o aparecimento de frustração de sonhos, insegurança, raiva/culpa e ansiedade.

Percebemos que a vida ficou diferente conforme suas respostas:

- ❖ *Em casa eu ficava sentado brincando, assistia tv, jogava video game. Nos domingos eu ia para a casa de minha avó (Pelezinho, 8 anos).*

- ❖ *Sinto falta da minha mãe, irmã, irmãos e da escola (Marina, 9anos).*
- ❖ *Eu estou sentindo falta dos meus irmãos (Cebolinha, 9 anos).*
- ❖ *Aqui no hospital eu me sinto ruim. Eu sinto saudades do meu irmão, de casa e não acho bom não (Horácio, 10 anos).*

A doença leva a criança a ter restrições, ocasionando a tristeza e conseqüentemente grande dificuldade em aceitá-la. De conformidade com Lima et al. (1999, p.34), “a hospitalização é uma experiência estressante, que envolve profunda adaptação da criança às várias mudanças ocorridas no seu dia-a-dia. Contudo, pode ser amenizada pelo fornecimento de certas condições tais como: presença de familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores da saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras”.

Nas frases subseqüentes, podemos perceber o desejo e as restrições das crianças que foram entrevistadas.

- ❖ *Eu queria comer milho. Não posso por causa dos olhos, por que tem pêlo e meus olhos estão doentes (Cascão, 12 anos).*
- ❖ *Não posso tomar sol (Chico Bento, 11 anos).*
- ❖ *Eu não posso sair para brincar toda hora, não. Em casa brinco de manhã e de noite. Não posso levar sol, não posso andar de bicicleta, não posso comer catchup, refrigerante e cuscuz. Mas eu gosto (Anjinho, 12 anos).*
- ❖ *Antes eu jogava bola, vídeo game e lia muito (Cascão, 12 anos).*
- ❖ *Depois que eu fiquei doente não posso mais ficar no sol nem comer sal (Mônica, 11 anos).*
- ❖ *Se eu não cuidar com cuidado, posso ficar aleijado. Tem que bater um eletro por que se atingir o coração pode dar um ataque e eu morrer (Cascão, 12 anos).*

Nas falas dessas crianças, podemos observar que existe uma compreensão de suas restrições, confirmando o que Piaget (2005) preconiza acerca desta faixa etária.

No entanto, apesar desse entendimento por parte da criança acerca de seu problema de saúde, não a isenta de sofrimento. Nesse sentido, a enfermagem, como os demais profissionais da equipe de saúde, dentro do ambiente hospitalar, podem minimizar essa condição de desconforto, na medida que tiverem um maior respeito à criança, incluindo-a no planejamento de seu próprio tratamento.

Gaíva e Paião (1999 p. 77) recomendam “a participação ativa da criança no processo assistencial, recebendo informações, sendo consultada, fazendo as escolhas possíveis, ou seja, sendo tratadas como sujeitos de direitos”.

Outras crianças ressaltam as restrições em suas vidas, após o aparecimento da doença, bem como, a necessidade de submeter-se a um tipo de procedimento, antes não existente, como “tomar injeção”, por exemplo.

- ❖ *Antes eu brincava com minha irmã do meu tamanho (Magali, 8 anos).*
- ❖ *Eu comia de tudo, sal. Agora não posso mais comer (Rosinha, 10 anos).*
- ❖ *Nunca tomava injeção, agora tomo (Rosinha, 10 anos).*

Para Gonzaga e Arruda (1998), os procedimentos invasivos, comumente dolorosos, embora não possam ser evitados podem ser suavizados pela humanização da assistência.

Pinheiro e Lopes (1993) ao se referirem à equipe humanizada, salientam a importância do compromisso que essa deve ter, em proporcionar uma assistência de qualidade, no que diz respeito aos aspectos técnicos, mas, igualmente, as abordagens humanas de compreensão, atentando para a interação enfermeiro-criança, com vistas ao restabelecimento do seu equilíbrio físico-emocional.

Acrescentamos que essa atitude deve ser cultivada por toda a equipe e, particularmente, pela enfermagem, pelo fato de permanecer por longo tempo junto à criança hospitalizada.

Segundo Chiattonne (2003), “dificilmente é dada à criança, a oportunidade de participar, de perguntar, de viver esse momento que apesar de tudo é seu”.

Sadala e Antônio (1995) ressaltam :

A ajuda (significa) o oferecimento de oportunidade à criança para que expresse os seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas, assim como a ansiedade, a raiva, a hostilidade. Esta ajuda poderá ser proporcionada dentro de um relacionamento seguro e construtivo, dadas as características de dependência que a criança apresenta com relação ao outro.

Esse outro do qual falam os autores, são os profissionais de saúde, entre os quais se inclui o enfermeiro e a equipe de enfermagem como um todo.

Segundo os mesmos autores, o enfermeiro é o profissional que tem maior responsabilidade nessa humanização, uma vez que mantém sob sua coordenação um grande número de profissionais de enfermagem comprometidos com a assistência e próximos da criança, a maior parte do tempo.

4.2.2 Vivendo a experiência da hospitalização

Essa categoria se divide em duas subcategorias: *conhecendo e sentindo o hospital* e *idealizando um hospital diferente*. Aqui, particularmente, buscamos apreender, a partir das falas dos entrevistados, a vivência e a experiência da hospitalização no sentido de descrever o conhecimento e o sentimento que as crianças apresentaram durante sua internação hospitalar, e, como seria o hospital ideal para elas.

Prosseguindo na análise, nos concentraremos, a seguir, na subcategoria *conhecendo e sentindo o hospital*.

Para a maioria das crianças, o hospital lembra um local para onde são levadas as pessoas idosas doentes para morrer e onde se encontram as pessoas enfermas. Esse pensamento que exprime uma visão negativa e limitada da instituição, incluindo, “um ambiente onde se vai para morrer”, em parte, é consequência do processo histórico e cultural que envolve o hospital e a imagem negativa que o acompanhou por muitos anos.

Para Gonçalves (1979) a situação de doente e a hospitalização determinam uma conscientização em face das incertezas, como por exemplo, medo de sentir dor, de ser submetido a manuseios indevidos, de ser maltratado, de ser cortado, de ficar incapacitado, da dependência física e da morte.

É possível que, em parte, essa idéia se deva a forte influência do pensamento do adulto, conforme Piaget (2005).

Podemos observar nas respostas, a seguir, relatos nesse sentido, transmitidos informalmente à criança através de gerações:

- ❖ *Quando eu lembro de um hospital eu penso que vou tomar injeção. Lembro do meu avô. Ele foi para um hospital, já não estava mais falando e morreu (Rosinha, 10 anos).*
- ❖ *O hospital é para cuidar do doente (Chico Bento, 11 anos).*
- ❖ *O hospital é ruim, fazem sete anos que venho ao hospital (Anjinho, 12 anos).*
- ❖ *O hospital me lembra doença. Não gosto muito de ficar aqui, não! Mas, se é para o bem... (Aninha, 12 anos).*
- ❖ *O hospital lembra quando eu fiquei doente pela primeira vez (Pelezinho, 8 anos).*

Em outras respostas, percebemos uma visão diferente e, ao mesmo tempo, mais próxima à realidade da criança.

Admitem ser o hospital um ambiente onde uma diversidade de personagens se encontram em busca de algo a ser realizado, destacando crianças e profissionais.

As frases seguintes descrevem o pensamento dos entrevistados quanto ao ambiente hospitalar:

- ❖ *O hospital me lembra médico, enfermeira (Franginha, 8 anos).*
- ❖ *O hospital lembra: criança, remédios, doentes, mulheres grávidas...
[...] É bom mas não tem o que a pessoa fazer (Cascão, 12 anos).*
- ❖ *O hospital lembra um local bom (Horácio, 10 anos).*
- ❖ *Eu acho o hospital bom. Para eu tomar meus medicamentos e ficar boa (Marina, 9 anos).*

Como podemos depreender das falas, existe uma familiaridade dessas crianças, com o hospital. Exceto Cascão, todas as demais são portadoras de doenças crônicas e, portanto, vítimas de internações recorrentes.

Tudo faz crer que suas internações anteriores não resultaram em experiências traumáticas, ao contrário, teriam outra percepção do ambiente hospitalar.

Assim como os filhos, os pais têm a oportunidade de trocar experiências com outros acompanhantes, e percebem que suas angústias, seus medos, a solidão, ou a impotência diante da doença não é vivida só por eles. É um momento de solidariedade, união e formação de novas amizades. Essa foi uma situação que de alguma maneira nos comoveu.

Da mesma forma, as crianças portadoras de doenças crônicas conhecem o hospital, os profissionais, os ambientes terapêuticos, pois vêm com frequência a essa

instituição. Observamos que isso contribui para que essas crianças sejam responsáveis em mostrar o hospital para os recém-chegados. É um momento de acolhimento, de troca e espontaneidade.

Nesse contexto, é fundamental que a enfermagem possa apoiar essa intermediação entre crianças hospitalizadas e seus familiares, orientando as famílias na sua chegada, tirando dúvidas, apresentando o ambiente hospitalar e os profissionais que cuidaram e cuidam de seus filhos. Essa atitude contribuirá para que os pais se sintam mais acolhidos e o ambiente seja menos estranho para eles.

Para Waldow (2004), eles querem sentir-se seguros e confiantes de que, além de serem considerados seres humanos, terão a equipe de saúde desempenhando suas funções com conhecimento e habilidade. Segundo a mesma autora, essas relações estabelecidas promovem vínculos regidos por respeito, consideração e solidariedade.

Chiattonne (2003, p.44) admite que “o objetivo do atendimento da equipe de saúde deve seguir sempre o princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e fazendo dessa criança um elemento ativo dentro do processo de hospitalização e doença”.

Segundo Silva (2002), a equipe de saúde é responsável por acompanhar o processo de adaptação de cada criança ao ambiente hospitalar, realizando um acolhimento capaz de prevenir suas carências e assisti-la em suas dificuldades.

Essa última subcategoria se reporta à imaginação infantil voltada para a realidade que a criança, naquele exato momento, vivencia a hospitalização.

Assim, *idealizando um hospital diferente*, expressa o que seria para essas crianças um hospital ideal. Vejamos o que dizem:

- ❖ *Se eu tivesse um hospital, ele seria bem grande e teria um monte de enfermeira. Teria um canto para os meninos brincarem, baterem raio x e televisão para assistirem (Aninha, 12 anos).*
- ❖ *Meu hospital ia ser bonito, sala com desenho. Teria que ser legal, grande, branco, ia ter brinquedoteca, lugar para as mães comerem, sala de procedimento e ia ser limpo (Emília, 11 anos).*
- ❖ *Se eu tivesse um hospital eu trataria as pessoas muito bem, para que elas ficassem boas e não morressem como meu avô. Ele foi para o hospital e ficaram esperando ele morrer até a morte (Cascão, 12 anos).*
- ❖ *Meu hospital seria igual a esse. Mudaria o horário do café, a brinquedoteca aberta todos os dias só fecharia a noite. Ia ter muitas enfermeiras e médicos (Mônica, 11 anos).*

Esse conjunto de falas que representa o pensamento do grupo de mais idade dentre os participantes da pesquisa, revela um certo amadurecimento. Ressaltam a importância do lúdico, o que seria natural, mas apontam para a necessidade de espaços especiais, sala de tv, lugar destinado ao brinquedo, entre outros. Porém, nos chamou atenção a idéia de um lugar para as mães realizarem suas refeições, uma sala limpa para execução dos procedimentos com as crianças e um bom tratamento para as pessoas.

Em nossa observação durante as entrevistas, percebemos que as mães, na instituição em pauta, se servem no próprio refeitório dos funcionários, ou seja, não há um espaço destinado para elas. A sala de procedimentos não apresenta um bom aspecto porque sua estrutura está antiga, merecendo alguma reforma, o que pode ter suscitado na criança, a idéia de não ser limpa. Sobre o fato de dispensar um bom atendimento às pessoas, entendemos que as crianças podem associar o mau atendimento à morte.

Quanto aos espaços lúdicos mencionados pelas crianças, estas se referem ao ambiente em si, como bonito, colorido, com desenho, portanto, querem além do brinquedo.

Pereira (2004 p. 52) assinala que “a enfermagem pediátrica seja sempre um local alegre, cheio de vida e nunca um ambiente sem cor, para que ofereça alternativas às crianças”.

Chiattonne (2003) reforça que esse ambiente pode ser um poderoso auxiliar na reabilitação infantil, dependendo da forma como o mesmo se apresenta.

Neste sentido, o hospital deve apresentar condições mínimas necessárias para o tratamento infantil, ou seja, conforto, ventilação, temperatura, acústica, iluminação, ergonomia e mobiliário adaptado à criança.

É necessário, adequar o ambiente hospitalar ao universo infantil, evitando monotonia e repetição, utilizando as cores que possam estimular, mas também tranquilizar, quando necessário (SILVA, 2002).

Neste sentido, as falas, a seguir, dão conta da importância da cor para as crianças e vem reforçar as referências feitas pelas autoras, anteriormente citadas.

- ❖ *Meu hospital seria pintado, a parte de fora azul. Janelas bonitas e muitos brinquedos (Pelezinho, 8 anos).*
- ❖ *Meu hospital seria pintado com flores. Todo alegre, enfeitado, com brinquedoteca, livros e brinquedos (Marina, 9 anos).*
- ❖ *Meu hospital ia ser do mesmo jeito. Os brinquedos seriam mais novos, todos os dias a brinquedoteca seria aberta e só fecharia à noite (Franjinha, 8 anos).*
- ❖ *Se eu tivesse um hospital ele teria 1º andar, uma sala para brinquedos. O brinquedo seria bem bonito. Teria uma sala rosa e uma azul também. Teria muita criança e muitas pessoas. Eles ficariam brincando na sala de recreação (Rosinha, 10 anos).*

Outro aspecto que nos chamou atenção foi a espontaneidade das crianças ao responderem, de imediato, como seria o hospital por elas idealizado. Mesmo entre

aquelas, de faixa etária mais baixa, observamos a precisão de suas respostas, demonstrando uma organização da vontade e a expressão da afetividade.

De acordo com Piaget (2006, p.53), nesta faixa etária (7 a 12 anos) novos sentimentos morais aparecem e há “uma organização da vontade, que leva a uma melhor integração do eu e a uma regulação da vida afetiva”.

Vygotsky (2003) ressalta a importância do ambiente no desenvolvimento da criança, particularizando as motivações diferenciadas de cada uma. Mesmo se tratando de crianças doentes, foi possível observar suas diferentes motivações durante esse processo de internação que a pesquisa propiciou.

Mussen et al. (2001) afirmam que as condições ambientais podem modificar o desenvolvimento de duas formas: no que se refere às condições físicas do espaço, e pelos relacionamentos interpessoais inerentes ao ambiente ao qual o indivíduo pertence.

Segundo Silva (2002), o uso das cores em hospitais é um instrumento que proporciona conforto aos pacientes. Para Gomes et al. apud Silva (2002) a cor e luz influenciam o comportamento dos mesmos, diminui o estresse, tranquiliza nos momentos de tensões e procedimentos e ameniza a agressividade ambiental das instituições hospitalares.

Quanto aos móveis hospitalares, esses devem ser adequados à criança, ou seja, berços e camas com grades, em boa condição de uso, pintados e limpos. As cadeiras para os acompanhantes devem proporcionar um certo conforto, pois elas serão utilizadas à noite para repouso dos familiares.

Assim, pensando na criança hospitalizada temos que compreendê-la em suas necessidades e oferecer-lhe um ambiente que possa contribuir para o seu desenvolvimento mental, minimizando as possíveis conseqüências do processo de adoecimento.

As outras duas falas que se seguem, apenas reforçam o que as demais crianças já disseram, principalmente, quanto ao ambiente lúdico.

- ❖ *Meu hospital seria bem organizado, bem bonito, alegre e com remédios para o povo tomar (Horácio, 10 anos).*

- ❖ *O meu hospital teria 1º andar, toda a frente branca, uma porta de vidro que abre sozinha quando a pessoa passa. Bem grande, bem espaçoso, muitas enfermeiras e médicas. Muita comida, tv, dvd, fitas de vídeo para assistirmos e ar condicionado. Cadeira que deita, sala de brinquedo para crianças, boneco que fala e três pessoas para cuidarem da alimentação. Eu seria o dono e minha mãe cuidava (Cebolinha, 9 anos).*

Esses depoimentos foram emitidos por crianças menores do grupo pesquisado, o que significa dizer que o brinquedo assume um destaque especial para elas e não há qualquer emissão de crítica ou reivindicação como ocorreu no grupo um pouco mais maduro (faixa etária entre 11 e 12 anos).

A referência aos alimentos pode ser compreendida pela própria origem social dessas crianças, comumente, oriundas de famílias carentes.

4.3 BUSCANDO MAIS INFORMAÇÕES DAS CRIANÇAS

Os quadros I, II, III e IV contêm respostas relevantes emitidas pelas crianças, reforçando, em parte, o conteúdo expresso nas categorias analisadas, estando dispostas em quadros para uma melhor visualização.

QUADRO I- SABORES E DISSABORES ACERCA DO HOSPITAL

De que a criança gosta	De que ela não gosta
<ul style="list-style-type: none"> - da brinquedoteca; - de brincar; - dos brinquedos; - dos alimentos; - dos médicos (são divertidos); - das enfermeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> - dos remédios; - das injeções; - de puncionar veia; - de ser furado; - de estar no hospital; - de não poder brincar, jogar e ler; - da brinquedoteca ser fechada no final de semana; - de ficar deitado na cama; - dos alimentos; - do banheiro sujo.

Fonte: Informações das crianças entrevistadas

Como podemos observar no quadro I, de que as crianças mais gostam no hospital é da brinquedoteca, dos brinquedos e do brincar. Essas respostas reforçam o posicionamento dos autores acerca dos brinquedos e da importância deles para as crianças.

Para Oliveira (1984) o brinquedo é uma ponte para o imaginário das crianças, um meio pelo qual externam suas criações e emoções. Segundo o mesmo autor, é através do brinquedo que elas conhecem o mundo, enfrentam desafios e estimula msua curiosidade.

Para Alves (2004, p.28), é “através da brincadeira que a criança encontra espaço para lidar com representações da realidade social, com sua individualidade física, intelectual e emocional em desenvolvimento, além de exteriorizar impulsos agressivos”.

Assim, o brincar assume uma função terapêutica, pois as crianças podem exteriorizar seus medos, angústias, problemas internos, revelando-se, resgatando a alegria, a felicidade e o entusiasmo.

Whaley; Wong (1989) afirmam que brincar é um dos aspectos mais importantes na vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para diminuir o estresse.

Brincando, a criança esquece o mundo a sua volta, direciona seu pensamento e suas idéias ao ato de brincar. A diversão é consequência dessa ação, levando o indivíduo a entreter-se e distrair-se. Naquele momento, não há nada mais importante do que seu brinquedo.

Pereira (2004, p.44), ressalta que “brincar é indispensável à saúde física, emocional e intelectual da criança, contribuindo, no futuro, para a eficiência e o equilíbrio do adulto”. E, ainda, acrescenta que brincando a criança aprende novas situações e enfrenta conflitos interiores existentes.

Portanto, cabe primeiramente aos pais, incentivar, motivar, estimular e participar das brincadeiras dos filhos, dando a oportunidade para que eles explorem sua imaginação, se desenvolvam emocional e intelectualmente.

Durante as brincadeiras, as crianças, têm também a oportunidade de fazer amigos, de respeitar os indivíduos, ganhar e perder como também, trabalhar em equipe.

É um momento de socialização, em que, as algumas relações de amizade estabelecidas, poderão permanecer por toda a vida. Essa advertência faz sentido para a enfermagem na sua missão de cuidar da criança, pois, apesar da hospitalização, prossegue a preocupação com o seu desenvolvimento mental e, além disso, a criação de laços de solidariedade, são importantes na construção do processo educativo.

No ambiente hospitalar, o brinquedo é um instrumento utilizado para diminuir o impacto da hospitalização e proporcionar à criança um ambiente prazeroso, lúdico e educativo, ajudando em sua recuperação.

A perspectiva de sua utilização em enfermagem pediátrica é a de servir como meio de comunicação entre os profissionais e a criança proporcionando uma relação de amizade. Do ponto de vista da criança, ele promove o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral; ajuda-a a perceber o que ocorre consigo, libera temores, raiva, frustração e ansiedade. Ajuda a criança, ainda, a revelar seus pensamentos e sentimentos, promovendo satisfação, diversão e espontaneidade. Assim, brincando ele exercita suas potencialidades (FRANÇANI et al., 1998).

Acrescentam, ainda essas autoras que, mesmo reconhecendo-se a importância do brincar para o desenvolvimento infantil, sua utilização sistemática na assistência à criança hospitalizada ainda não é uma realidade em muitas instituições brasileiras.

No Estado do Rio Grande do Norte, nos hospitais particulares, não existe um setor destinado à brinquedoteca, encontramos-lo, apenas nos hospitais públicos.

Independente de sua existência ou não desse setor e de suma importância a capacitação dos profissionais para uma interação com as crianças, objetivando tornar o ambiente hospitalar mais agradável, lúdico e prazeroso para elas.

Nos últimos anos, temos observado várias pesquisas que relatam a utilização do brinquedo com crianças hospitalizadas e apontam os resultados como bastante

satisfatórios na promoção da saúde e bem-estar desses pacientes. Isso vem reforçar o lugar que o brinquedo ocupa na vida de qualquer criança.

Segundo Arfouilloux (1976), a criança que brinca experimenta-se e constrói-se através do brinquedo. Ela aprende a dominar a angústia, a conhecer seu corpo, a fazer representações do mundo exterior e, mais tarde, a agir sobre ele. O brinquedo é um trabalho de construção e criação.

É através do brincar que a criança aprende acerca do seu mundo, demonstra suas tentativas de domínio e controle desse mesmo mundo, e do que lhe parece assustador, temerário e conflitante, da mesma forma que se encontra com seus desejos e anseios (OLIVEIRA et al., 2003).

Considerando que o adoecimento e a hospitalização contribuem para aumentar a ansiedade da criança, o brinquedo pode representar um antídoto a essa situação.

Percebemos, conforme referem os autores, que quando os pais trazem um brinquedo da criança para o hospital, ela se torna mais alegre, pois o objeto traz consigo lembranças felizes, imagens da sua casa e dos familiares.

Essa constatação, por exemplo, é reforçada por Oliveira et al. (2003) quando afirmam que os recursos lúdicos no hospital trazidos de casa, por exemplo, torna-se uma referência da família, do contexto do qual a criança viu-se obrigada a se separar.

Nesse sentido, toda a equipe de enfermagem e demais profissionais que lidam com a criança devem, de fato, se empenhar em descobrir e proporcionar alguma atividade lúdica, aquilo de que ela mais gosta, objetivando minimizar parte de seu sofrimento.

Ainda nos reportando ao quadro I, vamos encontrar o “alimento” como algo agradável e desagradável. Entendemos que como se trata de crianças, na maioria carentes, o alimento tem uma representação positiva. No entanto, as crianças com dietas

especiais, como por exemplo, alimentação sem sal, registramos em seus depoimentos tratar-se de algo indesejável.

Fechando o quadro, devemos registrar, o que seria esperado: a coluna dos dissabores supera, em muito, aquilo que elas apreciam

QUADRO II- LEMBRANÇAS ALEGRES E TRISTES DO AMBIENTE HOSPITALAR

Lembranças alegres	Lembranças tristes
<ul style="list-style-type: none"> - da brinquedoteca ; - de ganhar presente ; - de me ver crescendo; - dos colegas. 	<ul style="list-style-type: none"> - tomar remédios; - sentir dor; - sentir saudade dos irmãos; - saudade de minha mãe; - lembrar da morte (dos avós); - ver o sofrimento de outras crianças; - sentir falta da minha cama; - sentir falta do vídeo game.

Fonte: Informações das crianças entrevistadas

Como esperávamos, o quadro II segue a mesma tendência do quadro I, as lembranças tristes superam as lembranças alegres no que diz respeito às percepções da criança em relação ao ambiente hospitalar.

Mais uma vez, a brinquedoteca é referida como uma lembrança alegre.

Biz (2003) a este respeito acrescenta que o brinquedo representa uma nova abordagem ao cuidado à criança, tendo em vista que o hospital aparece como um ambiente hostil.

Oliveira et al. (2003) observam na equipe de saúde, um certo despreparo em lidar com os sentimentos que são demonstrados pela própria situação de dor, sofrimento, agressividade, o que, na maioria das vezes, leva a uma inadequabilidade nas formas de se tratar a criança.

Este despreparo de que falam os autores, às vezes, se prende à falta de identidade e à sensibilidade dos profissionais em lidar com as crianças, redundando em mais sofrimento para elas. Isto representa motivo de preocupação, pois, como afirma Cyrulnik (2006), uma desafeição lenta e insidiosa (em relação à criança) pode ser mais destrutiva que uma dor física.

QUADRO III- DESEJOS E SONHOS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

- Ser normal e sadio;
- Ir para casa e dizer tchau aos enfermeiros;
- Ir para casa;
- Ficar boa;
- Quero ter um ônibus no hospital para passear com as crianças;
- Quero que minha doença acabe e nunca mais volte;
- Quero ser médico do coração;
- Quero ser médica e ganhar muito dinheiro;
- Quero comer milho e pizza;
- Quero ser enfermeira;
- Quero uma bicicleta;
- Quero uma casa e um carro.

Fonte: Informações das crianças entrevistadas

Entendemos ser natural que as crianças hospitalizadas, participantes dessa pesquisa, desejem retornar para suas casas, sonhem com esse dia. É importante salientar que não observamos durante a fase das entrevistas, sentimento de rejeição por parte de seus familiares, em relação a qualquer criança.

Por outro lado, a maioria dos seres humanos deseja alguma coisa, isto é o que impulsiona o indivíduo a caminhar, a buscar, a se motivar a cada dia, diante de algo desejado, todos temos desejos e sonhos. Esses variam conforme os momentos pelos quais passamos em nossas vidas.

Na faixa etária em que as crianças se encontram (8 a 12 anos) sonham com o futuro e com uma profissão. É interessante observar que as profissões escolhidas estavam representadas nos profissionais que com elas lidavam diretamente, médico e enfermeira.

Para Vygotsky (2003), o mecanismo de imitação na criança liga-se a reconstrução individual daquilo que é observado nos outros. Representa uma oportunidade de a criança realizar ações que estão além de suas próprias capacidades.

Além desses aspectos observados, vale, também registrar que entre seus desejos e sonhos aparecem os bens materiais, compatíveis com o mundo do consumo acenado pelos meios de comunicação, dos quais adultos e crianças são vítimas.

QUADRO IV- MEDOS E APREENSÕES

- De pegar bactéria dos outros pacientes, porque assim eu demoro mais no hospital;
- Quando vai lavar a veia com soro e puncionar a veia;
- Quando não me explicam tudo;
- Quando vai pegar a veia eu choro um pouquinho;
- Quando as enfermeiras me explicam eu não choro;
- De injeção;
- De colher exames;
- De bichos selvagens.

Fonte: Informações das crianças entrevistadas

O medo relatado pelas crianças assume duas dimensões: o medo daquilo que não se vê, como bactérias; e o medo daquilo que é visto e sentido, como injeção, coleta de exames entre outros.

Tomando os ensinamentos de Piaget (2006) como referência, vamos encontrar nesta faixa etária (8 a 12 anos), o pensamento concreto, explicando de certa maneira, a natureza dos medos e das apreensões contidos no quadro IV. No entanto, aos doze anos, o próprio Piaget admite, também, a possibilidade de a criança fazer algum esboço de abstração, em um processo de transição para a maturidade. Isso pode explicar a compreensão dela, nesse caso, acerca da bactéria.

Sabemos ser o medo uma emoção que está vinculada à nossa existência. Quando nos sentimos ameaçados ou quando passamos por situações desconhecidas que possam nos envolver com algum dano, nosso corpo libera substâncias químicas que fazem o coração bater mais forte.

Para Wolff (2007, p.19) “o medo é portanto, uma emoção negativa, que é acompanhada de sofrimento”. Para esse autor, a criança tem a idéia de morte muito próxima a ela, embora o morrer pareça longínquo.

Nessa perspectiva, o mundo do hospital com todos os seus procedimentos, alguns, por vezes dolorosos, tendem a aterrorizar as crianças e proporcionar-lhes muito medo.

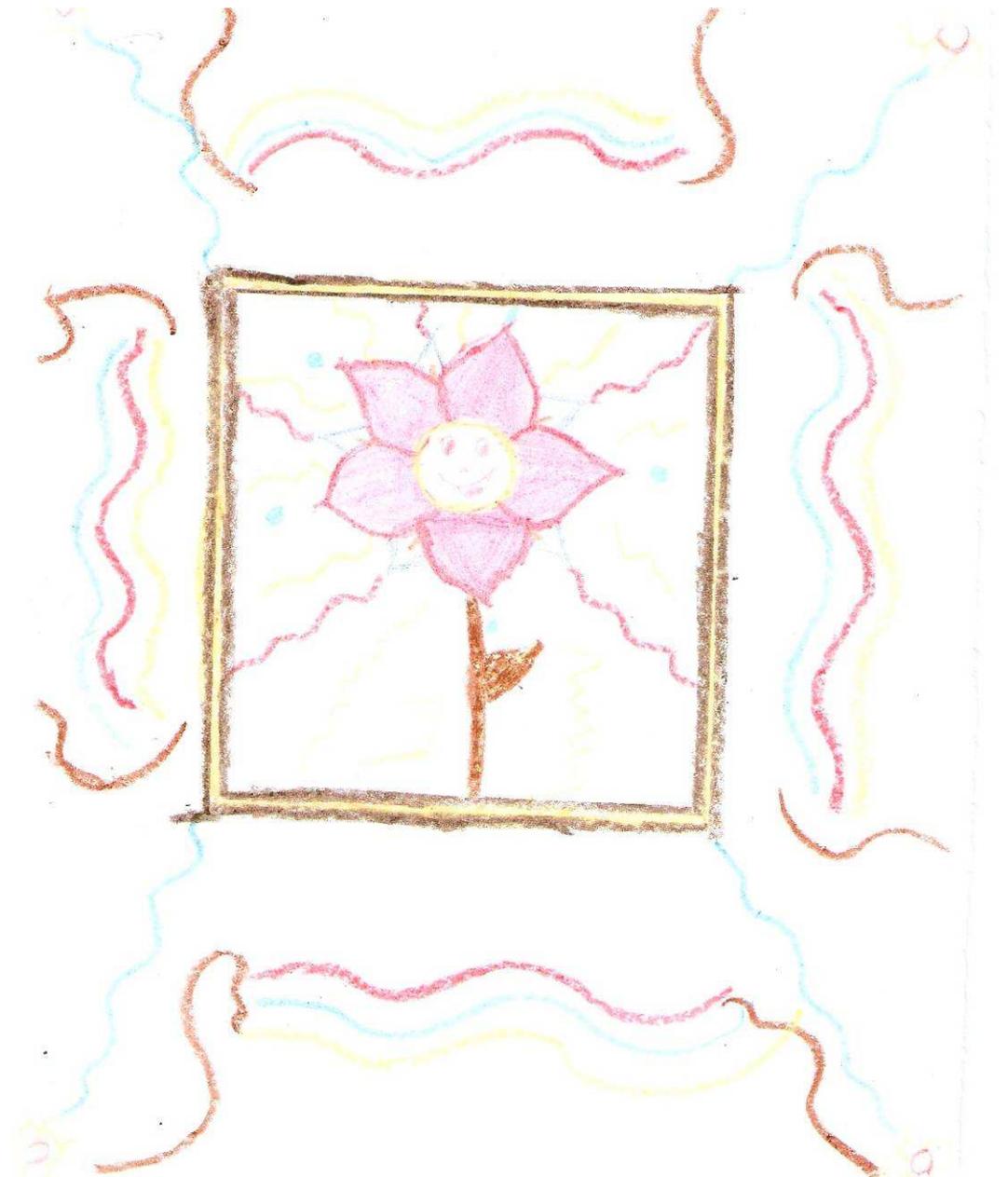
Entretanto, com o passar dos dias e as sucessivas internações, comumente as crianças passam a aceitar melhor o hospital e encarar com mais tolerância os procedimentos a que serão submetidas.

O medo do desconhecido é substituído aos poucos, dependendo da atenção dispensada à criança, por um melhor conhecimento do ambiente hospitalar e maior segurança e familiaridade com os profissionais de saúde.

Chiattonne (2003, p.83) ressalta que “a criança deixa de ser paciente que assiste e teme o desenrolar dos acontecimentos sem nada saber e participa, entende, se preocupa, se cuida. Desta forma, sofre menos”.

Para que possamos atuar na minimização desse sofrimento, sugerimos a realização de atividades como: pintura, desenho, colagem, recorte, modelagem, dramatização, teatrinho e música para tornar o ambiente hospitalar mais prazeroso, menos traumatizante e, a criança, mais colaborativa com o seu tratamento.

Alem disso, as próprias crianças estão falando da importância de serem preparadas para os procedimentos a que serão submetidas. No entanto, temos que reconhecer que nem sempre esse cuidado é devidamente respeitado pela equipe que a assiste.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas realizações."

Vincent Van Gogh

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos possibilitou descrever a percepção de crianças, sobre sua doença e hospitalização e identificar as principais dificuldades apresentadas por elas ao tratamento.

Admitimos que os objetivos foram alcançados no momento em que conseguimos responder aos nossos questionamentos: mas, para isto, fomos levados a fazer uma reflexão sobre a criança, buscando compreender seu pensamento, experiência com a doença e hospitalização, como também as dificuldades vivenciadas e as mudanças ocorridas em sua vida.

O enfoque metodológico escolhido contribuiu, sobremaneira, para a aproximação que desejávamos ter com a criança, pois se não tivéssemos a sua confiança e simpatia mesma, não conseguiríamos alcançar nosso propósito.

Nessa perspectiva, o estudo realizado nos conduz, neste momento conclusivo, às seguintes considerações:

Com a chegada e desenvolvimento da doença, a criança percebe que a vida ficou diferente e as atividades cotidianas e prazerosas, antes realizadas, como; andar de bicicleta, jogar bola ao sol ou comer sem restrições, foram deixadas de lado, impondo-lhes a elas limites ocasionados pela doença. Tal situação provocava insatisfação e tristeza, ora causadas pela presença da doença, ora pelo distanciamento dos pais, irmãos e familiares, no caso da hospitalização.

As crianças demonstram, igualmente, uma certa compreensão sobre a doença e, em suas observações, referem a sensação de que algo estava mudando em seu corpo e em sua vida. Essas informações levaram-nas a entender os limites de sua condição ao ficar doente.

Observamos, também, a participação dos pais como informantes do que estava acontecendo acerca do processo de adoecimento e hospitalização, e a segurança das crianças diante da presença destes.

Quanto à percepção acerca da experiência da hospitalização, concluímos que a criança aceita esse ambiente, por vezes, hostil, na visão dela, principalmente, pela necessidade de realizar seu tratamento, ou seja, tomar medicações, submeter-se a exames, contrariando sua vontade, mas na esperança de retornar para casa.

A pesquisa também nos leva a afirmar que as crianças concordam com a realização dos procedimentos quando os profissionais de saúde e a enfermagem, em particular, explicam o que será realizado. Essa atitude leva a criança a sentir-se segura, confiante e participante de seu tratamento, além de reduzir sua ansiedade, aumentar a aceitação dela na situação da doença e da hospitalização, facilitar sua participação no tratamento e favorece o processo de enfrentamento da doença.

Para nós, profissionais de saúde, que trabalhamos e que gostamos de estar com as crianças, a doença tem vários significados. Dentre eles, a formação de vínculos estabelecidos por ocasião da hospitalização, gerados pela necessidade de sociabilidade inerente aos seres humanos e tão necessária e importante nesse contexto. A comunicação nesse cenário torna-se essencial para compreendermos as reais necessidades da criança, sejam elas físicas ou emocionais.

Um aspecto que nos surpreendeu durante as entrevistas e merece, a nosso ver, um registro, foi visualizar em seus rostos as expressões de alegria, confiança, acompanhada de risos, espontaneidade, brilho nos olhos, e, ao mesmo tempo, uma maturidade que a própria doença parece propiciar à criança.

Essa reflexão nos faz pensar e sentir que a vida nos ensina de diversas formas e uma delas é observando as crianças durante sua internação, e delas nos aproximando

com afetividade e sem preconceitos. Os profissionais de saúde, nesse caso, a enfermagem, deve respeitar a criança como um ser em formação, com pensamentos, idéias, opiniões e experiências vividas, pois cada uma delas tem sua história, sua doença e sua percepção.

Devemos, também, admitir, e isto foi possível observar, que a mãe, como acompanhante, passa a ser outro agente do trabalho, pois lhe é delegada uma série de atividades que são de responsabilidade da enfermagem. Entretanto, percebemos uma boa aceitação da criança, nesse sentido.

Além dos cuidados, identificamos a participação das mães nas atividades lúdicas de seus filhos. Esse envolvimento possibilita a relação entre ambos, mas também é fonte de lazer, pois não existe um programa nas instituições, destinado aos acompanhantes, com esse fim. A atividade recreacional é parte importante do processo terapêutico da criança hospitalizada, mas é, também, parte essencial na construção, mais especificamente, na reconstrução de sua identidade. Na perspectiva das mães, a atividade recreacional é uma estratégia para distrair os filhos e minimizar o estresse presente nos processos de hospitalização.

As instituições de saúde que internam crianças devem ser preparadas para receber pais e filhos. A presença dos pais junto à criança diminui sua angústia, aumenta e estimula os vínculos afetivos e, ainda, pode representar uma oportunidade de a equipe trabalhar a educação para a saúde.

Por essa razão, devemos fornecer informações aos pais a respeito das condições do filho hospitalizado, pois é, também, uma responsabilidade que deve ser exercida pela enfermagem. A enfermeira precisa ter competência para exercer essa atividade, sem ultrapassar seus limites como profissional, como também utilizar uma linguagem acessível para que haja uma compreensão dos pais e das crianças.

Nesse sentido, é importante estabelecer vínculos de confiança e atitudes que os reforcem, como olhar nos olhos, usar palavras adequadas, responder dúvidas, estar disponível e acessível quando requisitado. E, ainda respeitar as fases da criança, para não chamar de bebê a criança maior ou exigir atitudes de adulto em uma criança menor. Cada criança é única, sendo assim as necessidades variam e a forma de relacionar-se, aproximar-se deve ser avaliada a todo o momento dependendo de cada situação.

Além de todas essas observações, devemos também ressaltar o peso do brinquedo na vida das crianças, hospitalizadas ou não.

A brinquedoteca, no caso das crianças hospitalizadas, aparece como uma referência de alta significação, inclusive com reivindicação de funcionamento às noites e finais de semana.

Na verdade, é uma importante área de lazer onde as crianças podem realizar atividades lúdicas, interagir com outras crianças, trocar experiências, brincar, ouvir música, desenhar, ou seja, um ambiente alegre e agradável que vai contribuir com o processo de recuperação.

Portanto, sugerimos, uma especial atenção aos aspectos lúdicos, por parte de toda a equipe que trabalha em pediatria, se possível, admitindo especialistas em recreação, pelos benefícios que podem produzir à criança em sua vida e no seu processo de recuperação.

Além disso, é fundamental que todos os profissionais que assistem a criança, em particular, a equipe de enfermagem, procurem permanentemente caminhar ao seu lado e de sua família, durante a hospitalização, visando garantir-lhes uma assistência de qualidade, com respeito e dignidade.

REFERÊNCIAS

- ALDERSON, P. As Crianças como pesquisadoras: Os efeitos dos direitos de participação sobre a metodologia de pesquisa. **Educação e Sociedade**, Campinas (SP), v. 26, n. 91, p. 419-442, maio/ago. 2005.
- ALMEIDA, S.G. P. **Segredos da alma**: a dádiva na assistência de enfermagem. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.
- ALVES, V. M. B. A função do lúdico na constituição do sujeito- estudo de caso. Especialização em psicopedagogia. UFRN, Natal-RN.
- ARIÉS, PHILLIPPE. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- ARFOUILLOUX, J. C. **A entrevista com a criança**: a abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças**: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre (RS): Artmed, 2002.
- BIZ, A. S. A interação lúdica entre criança e enfermeira - ações e percepções. In: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J. R.; RIBEIRO, R. R. (Orgs.). **Humanização e trabalho**: razão e sentido na enfermagem. Brasília: ABEn, 2003. p. 107 – 118.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível – hospitalidade**: direitos e deveres de todos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.
- BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração Hospitalar**: princípios básicos. São Paulo: Centro São Camilo de desenvolvimento em administração, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

CABRAL, I. E.; TYRREL, M. A. R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 189-195, out. 1995.

CABRAL, I. E. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. (Orgs.). **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CHIATONNE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATONNE, H. B. C.; MELLETTI, M. R. (Orgs.). **A psicologia no hospital**. São Paulo: Thompson, 2003.

CYRULNIK, B. **Falar de amor a beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

COLLET, N. et al. Alojamento conjunto pediátrico: percepções da equipe de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.3, p. 427- 434, jul./set. 2004.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.2, p.191-197, abr. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. **Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil (BR): Seção I, p.16319-16320, 17 de outubro de 1995.

COSTA, S. F. G; VALLE, E. R. R. **Ser ético na pesquisa de enfermagem**. João Pessoa (PB): Idéia, 2000.

COSTA, O. M. J. **Representações sociais de crianças sobre professoras: “o reverso da Medalha”**.1998. 410f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Educação, Departamento de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 1998.

DELGADO, A. C.C.; MÜLLER, F. Sociologia da Infância: pesquisa com crianças. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 351-360, maio/ago. 2005.

FRANÇANI, G. M. et al. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.5, p.27-33, dez. 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 14. ed. São Paulo: Ed. Graal, 1999.

GAÍVA, M.A. M.; PAIÃO, M.R.R.S. O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, p.75-83, jan. 1999.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, M. M. C. Enfermagem e segurança nacional do paciente. **Revista Enfermagem Nova Dimensões**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 31- 36, jan./fev. 1979.

GONZAGA, M.L. de C.; ARRUDA, E. N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 17-26, dez. 1998.

LECUSSAN, P. A criança e o diagnóstico: o pediatra deve contar à criança doente seu diagnóstico?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2007.

LIMA, R. A. G. de; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n. 2, p.33-39, abr. 1999.

MACHADO, D. V. M. Higiene Mental. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1985. p. 119-125.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência, saúde coletiva**, v.9, n.1, p.147-154, 2004.
MUSSEN, P. H. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. São Paulo: Harbra, 2001.

OLIVEIRA, P. S. **O que é brinquedo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

OLIVEIRA, S. S. G. de; DIAS, M. da G. B. B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, v.16, n.1, p.1-13.

PEREIRA, I.S.A.M. **O lúdico como recurso facilitador do psicólogo no contexto da hospitalização infantil**. 2004. 60f. Monografia (Especialização) - Curso de especialização em psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2004.

PIAGET, Jean. **A Representação do mundo da criança**. São Paulo: Idéias & Letras, 2005.

_____. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

PINHEIRO, M. C. D.; LOPES, G.T. A influência do brincar na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 117- 131, abr./jun. 1993.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. de. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.974-981, dez. 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2004.

SADALA, M.L.A.; ANTÔNIO, A. L. O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p. 93-106, jul. 1995.

SILVA, V. O. **A criança em ambiente hospitalar**: estudo de adaptação de crianças com câncer ao espaço físico do Hospital Infantil Varela Santiago. 2002. 46 f. Monografia (Especialização) - Curso de especialização de psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

SOUZA, C. C. F. de; OLIVEIRA, I. C. dos S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 379 - 387, dez. 2003.

SOUZA, S. V. de; CAMARGO, D. de; BULGACOV, Y. L. M. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.8, n.1, p.101-109, jun. 2003.

SUGANO, A. S.; SIGAUD, C. H. de S.; REZENDE, M. A. A enfermeira e a equipe de enfermagem: segundo mães acompanhantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.5, p. 601-607.

TEZZA, V. M. Hospitalização Neonatal - o significado para os pais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 327, set./dez. 1999.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: UNB, 1998.

VYGOTSKY, L.S. A formação social da mente: **O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

WALLON, H. **“L’ évolution psychologique de l’enfant”**. Paris: Armand Colin, 1977.

WOLFF, F. Devemos temer a morte? In: NOVAES, A. (Org.). **Ensaio sobre o medo**. São Paulo: Senac; edições Sesc, 2007.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à interação efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. p. 452-457.

APÊNDICES**APÊNDICES A****ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO**

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

IDADE: _____

NOME DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS: _____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

- 1- O que foi para você ficar doente?
- 2- O que você sabe sobre sua doença?
- 3- Quem lhe explicou sobre sua doença?
- 4- Você sente falta de alguma coisa?
- 5- O que o hospital lembra para você?
- 6- Se você tivesse um hospital como ele seria?
- 7- O que você gosta aqui no hospital?
- 8- O que você não gosta?
- 9- Quais as lembranças alegres que você tem do hospital?
- 10- Quais as lembranças tristes?
- 11- Você tem algum desejo?
- 12- Você tem medo? De quê?

APÊNDICES B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) responsável,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para seu filho(a) participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar**: Percepções de crianças sobre a doença”, que tem como objetivos conhecer as percepções de crianças sobre sua doença e hospitalização e identificar formas de contribuição da criança ao tratamento a partir de suas percepções sobre a doença.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de melhorar o atendimento das crianças hospitalizadas, diminuindo medos e estreitando a relação entre a enfermeira e a criança.

A coleta das informações será por meio de uma entrevista, o que será necessário sua prévia autorização, para o uso de um gravador, sendo importante para captar todas as informações de forma precisa, que será transcrita e lhe mostrada, e após sua concordância quanto ao conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo e anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Raimunda Medeiros Germano, professora titular do Departamento de Enfermagem. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Natal RN, ____/____ de 2006.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar** : Percepções de crianças sobre a doença”

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador

Natal RN, ____/____ de 2006.

Raimunda Medeiros Germano (Coordenadora da Pesquisa)
Rua: João Vilar da Cunha, 2542.
Lagoa Nova - Natal-RN
CEP: 59078-590
Fone: (84) 3234-5982
e-mail: rgermano@natal.digi.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova,
Natal/RN BR 101
Cep. 59.072-970. Fone: 32153135
e-mail: www.etica.ufrn.br

APÊNDICES C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Criança,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar**: Percepções de crianças sobre a doença”, que tem como objetivos conhecer as percepções de crianças sobre sua doença e hospitalização e identificar formas de contribuição da criança ao tratamento a partir de suas percepções sobre a doença.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de melhorar o atendimento das crianças hospitalizadas, diminuindo medos e estreitando a relação entre a enfermeira e a criança.

A coleta das informações será por meio de uma entrevista e o uso do gravador, sendo importante para captar todas as informações de forma precisa, que será transcrita e mostrada ao responsável, e após sua concordância quanto ao conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo e anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Raimunda Medeiros Germano, professora titular do Departamento de Enfermagem. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Natal RN, ____/____ de 2006.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “**Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar**: Percepções de crianças sobre a doença”

Assinatura da criança

Assinatura do pesquisador

Natal RN, ____/____ de 2006.

Raimunda Medeiros Germano (Coordenadora da Pesquisa)
Rua: João Vilar da Cunha, 2542.
Lagoa Nova - Natal-RN
CEP: 59078-590
Fone: (84) 3234-5982
e-mail: rgermano@natal.digi.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova,
Natal/RN BR 101
Cep. 59.072-970. Fone: 32153135
e-mail: www.etica.ufrn.br

APÊNDICES D



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado

Prot. nº	098/06 – CEP – UFRN
CAAE	0090.0.051.000-06
Projeto de Pesquisa	Vivendo e Aprendendo no Ambiente Hospitalar: Representações de crianças sobre a doença.
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde – Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Raimunda Medeiros Germano
Instituição Onde Será Realizada	UFRN – Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Finalidade	Obtenção do grau de Mestre
Período de Realização	Início – agosto/2006 – coleta de dados: ago – set/06 Término – dezembro/2007
Revisão Ética em	12 de julho de 2006

RELATO

1. RESUMO

Em um estudo qualitativo e tendo como objetivo central: “*conhecer as representações de crianças sobre sua doença e hospitalização*”, a pesquisa delineada neste PROTOCOLO espera fornecer conhecimentos, sobre essas representações, que possam influenciar nas maneiras individuais, metas e rotinas “*para a compreensão e melhoria das relações de cuidado entre a enfermeira e o paciente*”.

Doze crianças com idade entre 7 e 12 anos internadas, com mais de três dias de hospitalização, no Hospital Maternidade Promater constituirão a amostra para avaliação do objeto de pesquisa.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semi-estruturada gravada que será transformada em texto por transcrições.

Os autores acreditam que “*os resultados poderão melhorar a qualidade do atendimento estabelecendo um relacionamento com a equipe de saúde*” de forma que [...] a criança passe a aceitar o hospital como um lugar acolhedor e capaz de ajudar na sua recuperação”.

2. PARECER

Considerando que: o protocolo de pesquisa, ora analisado, encontra-se tecnicamente bem instruído e mostra uma proposta de pesquisa com consistência científica e metodológica, preenchendo as exigências éticas e científicas fundamentais descritas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – item III, este Comitê enquadra o protocolo em questão na categoria de PROTOCOLO APROVADO.

3. ORIENTAÇÃO AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail cepufm@reitoria.ufrn.br, <http://www.etica.ufrn.br>

Jul 3

CEP-UFRN-098/06

2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);

3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);

4 – apresentar ao CEP/UFRN relatórios parciais semestralmente e final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP. (www.ética.ufrn.br)

Natal, 12 de julho de 2006



Dulce Almeida
Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

APÊNDICES E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF. HERIBERTO BEZERRA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Natal, 27 de novembro de 2006.

PARECER

CP-HPHFB-PROJETO Nº. 16/2006

O Projeto de Pesquisa intitulado "Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar: Representações de crianças sobre a doença", coordenado por Profª Dra. Raimunda Medeiros Germano, foi avaliado e cadastrado para execução dentro de estrutura do Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Ferreira Bezerra sem restrições, desde que aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa/UFRN.

O Projeto é interessante, oportuno e compatível com as atividades do setor enfermagem/HOSPED. A pesquisadora deverá reportar-se ao setor de Enfermagem e Psicologia que deverá ser previamente notificado do mesmo. Recomendamos que a aluna deva estar identificada por jaleco e crachá, bem como se apresentar ao chefe do plantão no dia em que for realizar as entrevistas. A apresentação da aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFRN é imprescindível para o prosseguimento do projeto.

Solicitamos aos Responsáveis pela pesquisa que informem à comissão o término, se possível com resultados e conclusão da mesma.

Atenciosamente,

Ricardo Fernando Arrais
Coordenador da Comissão

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)