



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO**

**A CRIANÇA E SUA REDE FAMILIAR:
SIGNIFICAÇÕES DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARINA MENEZES

**A CRIANÇA E SUA REDE FAMILIAR:
SIGNIFICAÇÕES DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré/UFSC, Brasil

Co-Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Luísa Torres Queiroz de Barros/FP-UL, Portugal

Apoio: Capes

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M543c Menezes, Marina
A criança e sua rede familiar [tese] : significações do
processo de hospitalização / Marina Menezes ; orientadora,
Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, co-orientadora, Maria Luísa
Torres Queiroz de Barros. - Florianópolis, SC, 2010.
411 p.: il., grafs., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia.

Inclui referências e apêndices

1. Psicologia. 2. Saúde. 3. Doenças. 4. Hospitalização.
5. Infância. 6. Estrutura social. I. Moré, Carmen Leontina
Ojeda Ocampo. II. Barros, Maria Luísa Torres Queiroz de. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDU 159.9


Marina Menezes

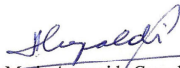
**A CRIANÇA E SUA REDE FAMILIAR; SIGNIFICAÇÃO
DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutorando, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de junho de 2010.

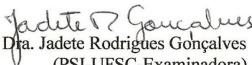

Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora PPGP)


Dra. Carmen Leontina O. Ocampo Moré
(PPGP-UFSC-Orientadora)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP-UFSC-Examinadora)


Dra. Maria Luiza T. Queiroz de Barros
(FPCE-UL-Portugal-Examinadora)


Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
(UNIVALI-SC-Examinador)


Dra. Jadete Rodrigues Gonçalves
(PSI-UFSC-Examinadora)


Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
(UFES-ES-Examinadora)

Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP-UFSC-Suplente)

Dra. Magda Do Canto Zurba
(PSI-UFSC-Suplente)

*À minha mãe Aldacy e ao meu pai Gilson,
por me ensinarem a verdadeira dimensão
do cuidado.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida Orientadora Prof.^a Doutora Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, que generosamente me acolheu tornando possível a realização desse Doutorado, permitindo que boas parcerias fossem construídas. Agradeço suas orientações e guardarei em meu coração o convívio desses quatro anos maravilhosos! Obrigada por todas as oportunidades e por me mostrar que a docência é uma arte;

À Prof.^a Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros, pela carinhosa acolhida em Portugal, permitindo-me conhecer o seu trabalho e contribuindo para a minha formação. Muito obrigada pela possibilidade de compartilhar os resultados desse estudo e ter a sua presença neste momento tão importante;

À Prof.^a Doutora Maria Aparecida Crepaldi, que sempre foi uma inspiração no trabalho com crianças. Obrigada pelo estímulo e por fazer parte desse processo desde o início;

À Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, por proporcionar um Programa de Pós-graduação em Psicologia com uma qualidade incontestável, promovendo o desenvolvimento e a formação profissional;

À Capes, pela oportunidade em realizar o Programa de Estágio de Doutorando no Exterior - PDEE, através do apoio financeiro.

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - FP-UL, que gentilmente me recebeu, disponibilizando os melhores recursos para a realização do meu estágio;

À Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, que possibilitou meu afastamento para realizar essa etapa de formação;

Ao Prof. Doutor Pedro Geraldi, Coordenador do Curso de Psicologia da UNIVALI pelo apoio e amizade, essenciais em todos esses anos;

À querida amiga Josiane da Silva Delvan, pela amizade, incentivo e apoio incondicional sempre. Mais do que colega de trabalho, é amiga para toda a vida!

À Daisy Ligia Santos Domingues e Mario Domingues, queridos amigos por sempre me apoiarem e terem sido meus “padrinhos” de profissão;

Aos professores do Curso de Psicologia da UNIVALI pela parceria;

Aos meus alunos, pelo carinho, incentivo e pelas trocas generosas;

À Maria Isabel Caminha, Cibele Motta e Fernanda Duarte, as “Carminianas” de alma e coração!!! Amigas queridas e companheiras desse trajeto, obrigada por todo o carinho, incentivo e suporte SEMPRE;

À Prof.^a Doutora Sonia Enumo, por gentilmente aceitar dividir seus conhecimentos, tornando esse momento ainda mais especial;

À Prof.^a Doutora Jadete Gonçalves, que carinhosamente acolheu este trabalho;

Ao Prof. Doutor Luiz Roberto Cutolo, por acompanhar a trajetória desse estudo desde o início;

À equipe de saúde, funcionários e colaboradores do hospital onde foi realizada a pesquisa, por possibilitarem que este trabalho se concretizasse;

Aos participantes da pesquisa, por dividirem suas histórias comigo;

À minha família pelo apoio e afeto, sem os quais seria impossível realizar esse trabalho.

O menino dorme.

*Para que o menino
durma sossegado,
sentada ao seu lado
a mãezinha canta:*

*- “Dodói, vai-te embora!
“Deixa meu filhinho.
“Dorme... dorme... meu...”*

*Morta de fadiga,
Ela adormeceu.
Então, no ombro dela,
Um vulto de santa,
Na mesma cantiga,
Na mesma voz dela,
Se debruça e canta:
- “Dorme, meu amor.
“Dorme, meu benzinho...”*

E o menino dorme.

*(O Menino Doente – Manoel
Bandeira)*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	15
RESUMÉ.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3. REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1 Pressupostos Epistemológicos.....	27
3.2 O Desenvolvimento Infantil, a Doença e a Hospitalização.....	29
3.3 A Compreensão de Saúde, Doença e de Hospitalização na Infância.....	36
3.4 Reações da Criança diante da Doença e da Hospitalização.....	53
3.5 O Desenho como Instrumento de Medida de Fenômenos Psicológicos.....	60
3.6 A Família da Criança Hospitalizada.....	64
3.7 Redes Sociais Significativas.....	76
3.8 A Equipe de Saúde e as Relações com a Criança Hospitalizada e sua Família	78
4. MÉTODO.....	85
4.1 Caracterização da Pesquisa	85
4.2 Local da Pesquisa.....	87
4.3 Participantes.....	90
4.3.1 Criança.....	90
4.3.2 Acompanhante.....	92
4.4 Instrumentos para a Coleta de Dados.....	92
4.4.1 Observação Participante.....	93
4.4.2 Protocolo de Consulta aos Prontuários.....	94
4.4.3 Desenho Livre.....	94
4.4.4 Desenhos-Estórias Temáticos.....	95
4.4.5 Entrevista Semi-Estruturada.....	96
4.4.6 Mapa de Redes de Suporte Familiar, Social, de Serviços de Saúde e Hospitalar.....	98

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	100
4.5.1 Trajetória da Pesquisadora.....	100
4.5.2 Procedimentos Éticos.....	102
4.5.3 Coleta de Dados.....	103
4.6 Procedimentos de Análise dos Dados.....	106
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	108
5.1 Caracterização dos Participantes.....	108
5.2 Apresentação das Categorias de Análise.....	120
5.2.1 Categorias de Análise de Conteúdo – Crianças e Acompanhantes.....	120
5.2.1.1 Definição das Categorias e Subcategorias – Crianças.....	121
5.2.1.2 Definição das Categorias e Subcategorias – Acompanhantes.....	129
5.2.1.3 Categorias de Análise Desenvolvimentista dos Desenhos – Crianças.....	139
6. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	150
6.1 Categorias de Análise de Conteúdo – Crianças.....	150
6.2 Categorias de Análise de Conteúdo – Acompanhantes.....	212
6.3 Análise Desenvolvimentista dos Desenhos.....	280
6.3.1 Análise geral dos desenhos no grupo etário de 5-6 anos.....	280
6.3.2 Análise geral dos desenhos no grupo etário de 7-8 anos.....	283
6.3.3 Análise geral dos desenhos no grupo etário de 9-10 anos.....	285
6.3.4 Análise geral dos desenhos no grupo etário de 11-12 anos.....	287
6.3.5 Categoria Desenho Livre.....	289
6.3.6 Categoria Pessoa no Hospital.....	290
6.3.7 Categoria Motivo da sua Hospitalização.....	291
6.3.8 Categoria Sentimentos durante a Hospitalização.....	292
6.3.9 Categoria Profissional da Equipe de Saúde.....	292
6.3.10 Análise Geral dos Desenhos.....	293
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	298
8. REFERÊNCIAS.....	308
9. DICIONÁRIO DE TERMOS.....	333
10 ANEXOS.....	336
11. APÊNDICES.....	351

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análise e comparação das categorias e estádios de desenho – análise desenvolvimentista	140
Tabela 2 –	Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 5 – 6 anos.....	142
Tabela 3 –	Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 7 – 8 anos.....	144
Tabela 4 –	Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 9 – 10 anos.....	146
Tabela 5 –	Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 11 – 12 anos.....	148

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ambiente ecológico do desenvolvimento da criança hospitalizada	35
Figura 2 – Níveis de significação de saúde e doença na perspectiva desenvolvimentista, adaptado de Barros (2003)	45
Figura 3 – Significados de doença na percepção de crianças de 7 a 12 anos, adaptado de Moreira e Dupas (2003)	50
Figura 4 - Modelo de mapa de redes de Sluzki (1997).....	98
Figura 5 - Modelo de mapa de redes de suporte familiar social e de serviços de saúde hospitalar, adaptado de Sluzki (1997)	99
Figura 6 – Caracterização das crianças hospitalizadas	109
Figura 7 – Caracterização dos acompanhantes das crianças hospitalizadas	115
Figura 8 – Categorias, subcategorias e elementos de análise – crianças	124
Figura 9 – Categorias, subcategorias e elementos de análise – acompanhantes	133

MENEZES, Marina. **A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização.** Florianópolis, 2010. 411p. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Doutora Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Co-Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.

Defesa: 18/06/2010.

RESUMO

O processo de doença e hospitalização representa uma experiência comum na infância, no entanto, a maioria das crianças não é esclarecida nem preparada para enfrentar o ambiente hospitalar. Apesar da informação e da comunicação adequada representar um direito do paciente infantil e seu acompanhante, na prática não se observa sua ocorrência. O presente estudo qualitativo objetivou compreender as significações do processo de hospitalização a partir da perspectiva da criança hospitalizada e seu acompanhante. Participaram 20 crianças com idades entre 5 a 12 anos e seus acompanhantes, perfazendo um total de 40 participantes, sendo utilizada com as crianças uma entrevista semi-estruturada e desenhos temáticos sobre doença e hospitalização e com os acompanhantes utilizou-se uma entrevista semi-estruturada e o mapa de redes, além das observações sistemáticas, realizadas com registro cursivo e as anotações do diário de campo. Os dados foram analisados a partir da Teoria Fundamentada Empiricamente através da análise de conteúdo das entrevistas e da análise desenvolvimentista dos desenhos. Os resultados evidenciaram que as crianças possuíam conhecimentos sobre o processo de saúde e doença, sendo que os mesmos foram relacionados à evitação de comportamentos de risco e ao desenvolvimento de comportamentos de saúde. O hospital foi definido como o local onde as pessoas são tratadas para o restabelecimento da saúde, e a vivência da hospitalização foi caracterizada por sentimentos e experiências positivas e negativas. A análise dos desenhos revelou que as crianças menores demonstraram ser mais afetadas pela hospitalização, revelando regressão em suas habilidades gráficas. As crianças maiores apresentaram características gráficas que evidenciaram sentimentos depressivos e de vulnerabilidade relacionados à situação de hospitalização. Os acompanhantes revelaram conceitos de saúde e doença de crianças relacionados à evitação de comportamentos de risco

e à falta de cuidados parentais. O hospital foi definido como um local que trata as doenças, mas restringe e isola, causando sofrimento. Também os acompanhantes evidenciaram sentimentos e experiências positivas e negativas referentes à vivência de acompanhar a criança na internação hospitalar, indicando que a maioria utilizou estratégias de enfrentamento caracterizadas por atitudes facilitadoras. As redes de relações sociais significativas indicaram o pai fornecendo maior apoio à família durante a hospitalização, além dos vizinhos e amigos como pessoas próximas aos acompanhantes, auxiliando com os cuidados da casa e filhos. No contexto do hospital, os porteiros e copeiros foram considerados pessoas que apresentaram uma atitude acolhedora na perspectiva dos acompanhantes, que também citaram os enfermeiros como as pessoas mais significativas da equipe de saúde. Destaca-se a importância dos profissionais de saúde infantil receberem formação para compreender como acessar e interpretar as significações das crianças e seus acompanhantes, a fim de possibilitar que o hospital se configure efetivamente em um contexto de desenvolvimento humano.

Palavras-Chave: saúde e doença, hospitalização na infância, redes sociais

MENEZES, Marina. **Children and their family network: significations of the hospitalization process.** Florianópolis, 2010. 411p. Doctoral Dissertation, PhD in Psychology, Post-Graduation Program of Psychology, Universidade Federal de Santa Catarina.

Advisor: Dr. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Co-Advisor: Dr. Maria Luísa Torres Queiroz de Barros – School of Psychology, University of Lisbon, Portugal.

ABSTRACT

Illness and hospitalization processes are common experiences during childhood. However, most children are neither instructed nor prepared to deal with hospital environments. Despite appropriate information and communication being a child patient's right, this was found not to occur in practice. The present qualitative study aimed at understanding the significations of the hospitalization process from the hospitalized child and his/her attendant's perspective. 20 children aged 5 to 12 and their attendants took part, adding up to 40 participants. A semi-structured interview and theme drawings of the illnesses were used with the children. A semi-structured interview and the network map were used with the attendants, as well as systematic observations by means of record book and note-taking on a field journal. Data analysis was based on the Grounded Theory through content analysis of the interviews and development analysis of the drawings. The results showed that the children had knowledge of the health and illness process and that knowledge was related to risk avoidance behavior and healthy behavior development. The hospital was defined as the place where people are treated in order to restore their health and being hospitalized was characterized by both positive and negative feelings and experiences. The analysis of the drawings revealed that younger children are more affected by hospitalization through signs of retrogression in their graphic skills. Older children showed graphic characteristics expressing feelings of depression and vulnerability related to being hospitalized. The attendants' concept of child health and illness was associated with risk avoidance behavior and lack of parental care. The hospital was defined as a place where illnesses are treated but which restrains and isolates, thereby causing suffering. The attendants also showed both positive and negative feelings and experiences as regards taking care of and keeping company to a child during hospitalization and most of them

used facing strategies characterized by facilitating attitudes. Meaningful social relation networks indicated the father as providing more family support during hospitalization, in addition to neighbors and friends as people close to the attendants, helping to take care of the household chores and of the children. Within the hospital context, doorkeepers and catering staff were perceived by the attendants as having a welcoming coming attitude and nurses were considered to be the most relevant people in the medical staff. Emphasis must be placed on the need train child health professionals to access and interpret children and their attendants' significations so as to effectively make the hospital become part of a context of human development.

Keywords: health and illness; hospitalization during childhood, social networks

MENEZES, Marina. **L'enfant et son réseau familial: Commentaires du processus d'hospitalisation.** Florianópolis, 2010. 411p. Thèse de Doctorat en Psychologie, Programme de Troisième Cycle en Psychologie, Université Fédérale de Santa Catarina.

Conseillère d'Orientation : P^f D^f Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Co-Conseillère d'Orientation : P^f D^f Luísa Torres Queiroz de Barros -
Faculté de Psychologie, Université de Lisbonne, Portugal.

RÉSUMÉ

Le processus de maladie et d'hospitalisation représente une expérience commune dans l'enfance, cependant la majorité des enfants n'a pas reçu d'explications et n'est pas préparée à affronter le milieu hospitalier. Bien que l'information et la communication adéquate représentent un droit du petit patient et de son accompagnant, dans la pratique cette réalité ne se produit pas. La présente étude qualitative a eu comme objectif de comprendre les commentaires du processus d'hospitalisation depuis la perspective de l'enfant hospitalisé et de son accompagnant. Y ont participé 20 enfants âgés d'entre 5 et 12 ans et leur accompagnant, soit un groupe de 40 participants, avec utilisation pour les enfants d'entretiens semi-structurés et dessins thématiques sur la maladie et l'hospitalisation, et pour les accompagnants d'entretiens semi-structurés et schémas des réseaux familiaux et sociaux, en plus des observations systématiques enregistrées dans un style cursif et des annotations du journal de terrain. Les données ont été analysées à partir de la Théorie Basée Empiriquement au travers de l'analyse de contenu des entretiens et de l'analyse du développement des dessins. Les résultats ont mis en évidence que les enfants possèdent des connaissances sur le processus de santé et de maladie, et également que celles-ci sont liées à l'évitement de comportements à risque et au développement de comportements sains. L'hôpital a été décrit comme le lieu où les personnes sont traitées pour le rétablissement de la santé, et l'expérience de l'hospitalisation a été caractérisée par des sentiments positifs et négatifs. L'analyse des dessins a révélé que les enfants les plus petits se sont montrés davantage affectés par l'hospitalisation, révélant des régressions de leurs habiletés graphiques. Les enfants les plus grands ont présenté des caractéristiques graphiques qui ont mis en évidence des sentiments dépressifs et de vulnérabilité liés à la situation d'hospitalisation. Les accompagnants ont révélé des concepts de santé et de maladie d'enfants liés à l'évitement de

comportements à risques et au défaut de précautions des parents. L'hôpital a été défini comme un lieu qui traite les maladies mais qui contraint et isole, provoquant des souffrances. Également les accompagnants ont souligné des sentiments et expériences positives et négatives en rapport à l'expérience d'accompagner l'enfant dans l'internement hospitalier, indiquant que la majorité a utilisé des stratégies d'affrontement caractérisées par des attitudes de facilitation. Les réseaux de liens sociaux significatifs ont montré le père fournissant un plus grand appui à la famille durant l'hospitalisation, en plus des voisins et amis comme proches des accompagnants, aidant à s'occuper de la maison et des enfants. Dans le contexte de l'hôpital, les gardiens et surveillants ont été considérés comme présentant une attitude accueillante du point de vue des accompagnants, qui ont également cité les infirmiers comme les personnes les plus importantes de l'équipe de soins. Cela souligne le rôle majeur de la formation des professionnels de santé infantile en ce sens qu'ils doivent recevoir cette formation pour comprendre comment obtenir et interpréter les commentaires des enfants et de leurs accompagnants, cela afin que la configuration de l'hôpital soit effectivement en accord avec le développement personnel de la personne.

Mots-Clés : santé et maladie, hospitalisation dans l'enfance et réseaux sociaux.

1 INTRODUÇÃO

Os conhecimentos de crianças e suas famílias sobre saúde, doenças e tratamentos têm despertado o interesse de pesquisas na Psicologia e áreas afins, pois o modo como as pessoas elaboram conceitualmente esses conhecimentos produz implicações práticas em suas experiências, comportamentos e conseqüências em saúde (Rodríguez-Marín, Román, Marcos & Sebastián, 2003). O interesse dessas investigações, parece em parte, motivado pelo intuito de favorecer a comunicação entre os profissionais de saúde, as crianças e seus familiares.

No entanto, nas instituições pediátricas é comum a imposição de tratamentos à revelia da família e das crianças, principalmente apoiada na crença dos profissionais de saúde acerca da imaturidade infantil para compreender o processo de doença e hospitalização. Alguns pais e responsáveis também consideram que as informações referentes ao que ocorre numa internação hospitalar não devem ser repassadas às crianças pelo temor dos efeitos que tais conhecimentos possam provocar às mesmas. Tais condutas não favorecem a comunicação e o esclarecimento dos procedimentos adotados em tratamentos de saúde e hospitalização de crianças. Essa constatação tem sido demonstrada em estudos como os de Baldini e Krebs (1999), Barros (2003), Crepaldi (1999a), Garcia (2003), Oliveira, Dantas e Fonseca (2004), Tates e Meeuwesen (2001) e Sabatés e Borba (2005) que afirmam que a interação e a comunicação clara e eficaz entre os profissionais da saúde, as crianças e os familiares são requisitos fundamentais para a compreensão dos processos vivenciados na hospitalização infantil.

Na Resolução nº 41/95 (Brasil, 1995, s/p), que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, está assegurado o “(...) direito a ter o conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário” (Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA). Também os pais ou responsáveis têm direitos garantidos a participar ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico, sendo informados sobre os procedimentos a que a criança será submetida.

A partir da década de 50 do século XX, com base nos estudos de Bowlby (1982/2006) e Spitz (1979/2004) sobre os efeitos da separação mãe-criança, a investigação das conseqüências da hospitalização na

saúde física e mental da criança passou a representar interesse para os profissionais da saúde. Nos anos 80, a permanência da mãe como acompanhante passou a ser o foco, assim como os conflitos gerados com a equipe em virtude desta participação. De 1990 em diante, surge a busca pelo aperfeiçoamento da assistência à criança hospitalizada, objetivando a participação do acompanhante nos procedimentos da rotina hospitalar, fornecendo informações à família, dentre outros.

Crepaldi (1999b) enfatiza que parte dos programas que se prestam a incluir os familiares no processo de hospitalização infantil limitam-se a mantê-los presentes no hospital, nos papéis de espectadores ou realizando procedimentos de cuidados da criança sem orientação ou treinamento prévio. Assim, em alguns casos não é oferecida ao familiar uma programação que permita a sua participação efetiva, pois nas práticas profissionais com a criança hospitalizada é comum não ocorrer a compreensão da vivência da família nos diversos contextos e do manejo das necessidades da criança.

A experiência da hospitalização é também influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e familiares que por sua vez podem favorecer ou dificultar a adaptação a esta condição. A família com frequência é submetida à desorganização das rotinas domésticas e ao sofrimento decorrente da limitação da convivência, quer pelas condições do paciente, quer pelas imposições das regras do hospital, o que suscita a vivência de perda da autonomia e da independência.

A hospitalização representa um evento que pode ocorrer com certa frequência na infância, no entanto, estudos como os de Correia, Oliveira e Vieira (2003), Dias, Baptista e Baptista (2003), Doca e Junior (2007), Mitre e Gomes (2004), Motta e Enumo (2004a, 2004b), Oliveira (1997) e Soares (2001) ressaltam que a maioria das crianças não é esclarecida nem preparada para enfrentar o ambiente hospitalar. De forma abrupta, passam a ter que conviver com regras, a receber ordens de permanecer num local determinado, a vestir as roupas da instituição, a vivenciar relações com a equipe de saúde, experimentando sentimentos de anonimato, despersonalização e perda de controle. Quando à criança é permitido falar sobre os seus sentimentos e idéias acerca da hospitalização e do adoecer, muitos relatos revelam culpa e a fantasia de estar sendo castigado ou punido através da doença ou dos procedimentos dolorosos (Barros, 2003; Bibace & Walsh, 1980; Boruchovitch & Mednick, 1997, 2000; Del Barrio, 1990; Moreira & Dupas, 2003; Perosa & Gabarra, 2004; Perrin & Gerrity, 1981; Simeonson, Buckley & Monson, 1979).

A situação de hospitalização representa, em qualquer fase do ciclo vital, uma realidade desconhecida e geradora de ansiedade. No entanto, a permanência no hospital também representa a possibilidade de receber os cuidados necessários para a manutenção da vida e, portanto, esse ambiente também se configura como um contexto de desenvolvimento para a criança. A despeito desse aspecto dicotômico do hospital, este é comumente associado à doença e perda de controle sobre a própria vida, o que não favorece o desenvolvimento de estratégias mais consistentes que apostem na possibilidade da doença e da hospitalização serem vivenciadas como experiências que estimulem o desenvolvimento infantil. Nesse sentido é preciso voltar o olhar para esses eventos também como oportunidades da criança e da família obterem maior conhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da dor e ampliando as interações sociais, que conferem a essas experiências, um caráter positivo.

A doença em suas diferentes manifestações provoca mudanças, sendo que na criança, o corpo é o primeiro a sinalizar isso através dos sintomas decorrentes da própria doença ou da idéia que a criança faz dela. A criança reage à doença em função de variados fatores como: idade, estresse ocasionado pela dor física, aspectos da doença, angústia de separação (durante a hospitalização), aspectos da personalidade da criança, suas experiências anteriores e a qualidade das suas relações parentais (Barros, 2003; Crepaldi, 1999a; Dias et al., 2003; Lewis & Wolkmar, 1993).

Crianças que nunca estiveram no ambiente hospitalar experimentam a vivência de um local que é quase sempre impessoal, com odores diferentes, sons provenientes de aparelhos estranhos, pessoas uniformizadas que utilizam instrumentos desconhecidos para verificar constantemente o funcionamento do corpo. Também, durante a hospitalização, as crianças são submetidas à restrição alimentar, à imposição de dor física justificadas pela necessidade de “fazê-las melhorar”, além da impossibilidade de contato com irmãos e colegas de escola, derivando em alguns casos em comportamentos regredidos e pouco aderentes ao tratamento.

O fato da criança já ter vivenciado a experiência da hospitalização anteriormente, representa um elemento favorável ou não para desenvolver uma postura colaboradora. Barros (2003) ressalta aspectos prévios à hospitalização como o relacionamento parental e as experiências de separação com pessoas de referência para a criança, como os agentes causadores de problemas de adaptação ao contexto

hospitalar. Nesse sentido, as intervenções junto à família auxiliam no manejo dessas condições, visto que os pais possuem uma relação privilegiada com as crianças e dessa forma têm mais elementos para identificar os fatores que provocam reações mais ou menos adaptativas em seus filhos.

A ocorrência de hospitalização na infância, seja ela ocasionada por uma situação emergencial ou planejada, representa um evento que leva a criança e a família a experimentar níveis diferentes de estresse e ansiedade. Em casos de emergência, os estressores provenientes dessa situação ampliam os sentimentos de fragilidade e impotência. Muitas vezes os adultos tendem a utilizar explicações “fantasiosas” e banais para a criança, ao se referirem à doença, à hospitalização e aos procedimentos dolorosos. Isso decorre da dificuldade em responder às perguntas infantis ou da concepção de que as crianças devem ser poupadas da verdade por serem cognitivamente imaturas. Desse modo, as significações que os pais constroem sobre o processo de saúde e doença influenciam as significações desenvolvidas pelas crianças e assim, atuando de forma recursiva, o processo de compreensão se afeta mutuamente, além disso, as respostas pouco consistentes dos profissionais, com frequência causam sofrimento psíquico na criança e na família.

A experiência de ter um filho doente e hospitalizado provoca alterações no cotidiano familiar e social, pela necessidade de redimensionar funções e papéis durante o período de permanência no hospital. As relações significativas que compõem os vínculos estabelecidos nos contextos familiar, de amizades, de trabalho ou estudo, das relações comunitárias e de serviços são afetadas pela doença e hospitalização, conforme têm apontado os estudos de Andrade e Vaitsman (2002), Lorenzi e Ribeiro (2006) e Sluzki (1997). Dessa forma, o conhecimento desses vínculos, bem como das características das redes sociais significativas de famílias de crianças hospitalizadas representa uma perspectiva de acesso à realidade das mesmas, visto que no cotidiano de um hospital, as interações que acontecem entre profissionais, família e a instituição como um todo, são permeadas por negociações, disputas e até conflitos. Tais aspectos implicam diretamente na construção do tipo de relação que a criança estabelecerá com o ambiente hospitalar, além de fatores como a idade da criança, as características da sua doença e tratamento, experiências prévias com doenças e hospitalização, o tempo de permanência no hospital, bem como as experiências às quais será submetida neste ambiente (Barros, 2003; Crepaldi, 1999a; Rodríguez-Marín et al., 2003). Assim, a atuação

dos profissionais precisa considerar as singularidades que afetam a construção das significações das crianças e seus acompanhantes a respeito desse processo, a fim de que a comunicação se torne efetiva e revestida de sentido para os implicados.

Diante dos aspectos anteriormente mencionados, a necessidade de atenção às demandas da hospitalização infantil para além da execução técnica dos procedimentos médicos e de enfermagem, se faz presente, para que se alcance uma abordagem integral da doença na infância que considere os aspectos biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos usuários dos serviços em Pediatria.

A busca de ações de saúde que, essencialmente contemplem a perspectiva da integralidade gerou a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a implementação de políticas públicas de saúde nos seus diversos níveis de atenção, ancorada em diretrizes básicas como: integralidade, universalidade, aumento da equidade e incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. A humanização compreende então, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, fomentando a autonomia desses sujeitos para que se comprometam com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e atendimento. Tais condutas promovem a identificação de necessidades, desejos e interesses dos diferentes participantes do processo de atenção à saúde (Brasil, 2004).

No âmbito hospitalar, as Diretrizes Gerais para a implementação da PNH incluem parâmetros que referem a criação de Grupos de Trabalho de Humanização com planos definidos, que ressaltam o direito à presença e permanência do acompanhante, das visitas abertas à rede social, além de mecanismos de recepção e de escuta para a população e trabalhadores, com o acolhimento dos usuários nas dimensões organizacional, ética e relacional. Estabelece também a presença de equipe multiprofissional mínima que atenda aos pacientes, à família e rede sociais, além de ouvidoria funcionando e um plano de educação permanente (Brasil, 2004).

Nessas práticas de cuidados em saúde, observa-se a presença de um conjunto de aspectos que se afetam mutuamente gerando uma trama relacional que está implicada no processo de hospitalização, processo aqui entendido como o jogo dinâmico e imprevisível entre os diferentes atores envolvidos. De acordo com Grandesso (2000), os seres humanos vivem emaranhados em múltiplos sistemas simbólicos com diferentes lógicas de significados e organização. Por um lado, cada pessoa pode ser compreendida como um sistema em si, mas por outro, também pode ser

considerada como parte de outros sistemas mais amplos estendidos no espaço e no tempo.

O desejo de desvendar ou aprofundar a compreensão das significações sobre o processo de hospitalização para a criança e seu acompanhante mobilizou alguns desdobramentos que originaram as seguintes questões: *Como a criança hospitalizada e seu acompanhante compreendem o processo de saúde, doença e hospitalização? Quais são as redes sociais significativas recorridas pelo acompanhante da criança hospitalizada durante o período de internação?*

Tais questionamentos por sua vez subsidiaram as reflexões que se encontram ao longo deste trabalho. Para tanto, optou-se em realizar uma leitura sob uma perspectiva desenvolvimentista das significações infantis, visto que a comunicação com o paciente pediátrico tem representado um desafio aos profissionais da área da saúde na execução de suas atividades diárias junto às mesmas e suas famílias. Além disso, pretendeu-se conhecer os aspectos compreendidos pelos usuários de forma que as intervenções e a estruturação do ambiente possam ser planejadas contemplando suas perspectivas.

Ulla e Remor (2003) identificam no campo da Psicologia, algumas razões que justificam a pertinência e a necessidade de se desenvolver pesquisas no âmbito hospitalar: a) para aumentar a qualidade da atenção prestada aos usuários e garantir que as intervenções implantadas sejam tão eficazes e efetivas quanto o possível e conforme os objetivos para cada caso; b) para diminuir custos para o hospital, bem como para o sistema de saúde, tanto em termos de tempo para a recuperação do paciente, como em recursos materiais e humanos; c) para o incremento do conhecimento sobre o comportamento humano, suas relações com a saúde e a doença e com a hospitalização. Além disso, Bruscato e Benedetti (2004) assinalam que a contribuição da Psicologia na produção de conhecimento para a área hospitalar permite compreender o que embasa as ações realizadas nesse contexto.

Espera-se, portanto, que os resultados obtidos neste estudo possam gerar subsídios para o desenvolvimento de políticas de formação de profissionais que atuam na saúde infantil, considerando ainda os aspectos relativos ao desenvolvimento, que podem ser estimulados nos contextos de saúde, bem como o conhecimento das redes sociais significativas da família de crianças hospitalizadas, a fim de favorecer a comunicação e a interação entre a equipe e os usuários. O acesso às significações construídas pelos acompanhantes e crianças pode auxiliar na elaboração de medidas que minimizem os agentes estressores presentes na hospitalização, seja no campo dos procedimentos médicos

e de enfermagem ou no campo dos relacionamentos, garantindo os direitos previstos aos pacientes infantis e seus acompanhantes durante a experiência da hospitalização.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

2.1.1 Analisar as significações de saúde, doença e hospitalização de crianças de 5 a 12 anos de idade que se encontram hospitalizadas e seus acompanhantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Identificar as significações de saúde, doença e tratamentos para a criança hospitalizada e seu acompanhante;

2.2.2 Descrever o processo de hospitalização segundo a criança hospitalizada e seu acompanhante;

2.2.3 Identificar e analisar as redes significativas de suporte familiar, social e hospitalar descritas pelo acompanhante durante o período de hospitalização da criança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Pressupostos Epistemológicos

Os pressupostos epistemológicos que norteiam o presente estudo encontram-se ancorados na perspectiva da complexidade, pois ela permite a formulação de uma visão integradora das diversas descrições que compõem a totalidade do fenômeno estudado. As singularidades, a amplitude e a abrangência das significações da hospitalização para crianças e seus familiares não podem ser explicadas por leis de causa e efeito, mas pelo estabelecimento de novas relações a partir da construção do conhecimento que provém de diferentes olhares.

As concepções positivistas da ciência dividiram o conhecimento em compartimentos estanques, onde cada disciplina ocupava-se de seu objeto de estudo sem “contaminar-se” ou “contaminar as demais”; mas principalmente, sem “contaminar-se com a subjetividade”, considerada fonte de erro e desvio do caminho reto do saber objetivo (Najmanovich, 1998). A forma para se apreender a realidade, decorria, portanto, da fragmentação do conhecimento nas diferentes áreas e setores humanos, evidenciando o homem e suas partes, o homem e suas doenças.

Vasconcelos (2005) ressalta três avanços importantes no desenvolvimento do novo paradigma da ciência contemporânea: a passagem do pressuposto da simplicidade para a complexidade; da estabilidade para a instabilidade e da objetividade para a intersubjetividade. Em termos de pensamento, a simplicidade fornecia a segurança pela possibilidade de separar o objeto de seu ambiente, isolando-o do observador que o observa. Isto por sua vez, acarretava em um pensamento disjuntivo e redutor, cuja explicação do todo se dava através das partes.

A mudança para o pensamento complexo implicou a revisão de tradições e posições, pois o pensamento complexo não se configura como onisciente, completo, dogmático ou cético, ele compreende a noção de tempo, incerteza e humanidade (Morin, 1996). Da crença da estabilidade surgiu o reconhecimento da instabilidade, da imprevisibilidade e incontrollabilidade dos fenômenos, alterando-se a idéia tradicional de um universo estável e fechado. Dessa forma, a noção de objetividade científica, conseqüentemente também foi afetada passando-se a considerar que a realidade é de fato constituída pelo observador e pelas escolhas que ele faz para descrevê-la, conferindo-lhe a perspectiva da intersubjetividade, pois “(...) a realidade é demasiado

rica, cheia de relevos complexos (...) e um só projetor não poderia iluminá-la em sua totalidade” (Vasconcellos, 1995, p.64).

A transformação da concepção científica estática para uma descrição dinâmica, com redes ou padrões de interações nasceu, portanto, de uma nova metáfora que compreende o universo como uma rede ou trama de relações e os indivíduos como os nós dessa rede. A interação produz um *plus* de significados que permite que a totalidade possa vir à tona, formada por unidades abertas, heterogêneas e em constantes trocas. Nestas unidades complexas, as partes são distintas, porém suas propriedades e significados são adquiridos através da interação com um todo maior (Najmanovich, 2002b).

A necessidade de explicar a transformação através da complexidade impeliu a ciência contemporânea a considerar o *modelo sistêmico*, que compreende que o todo é mais do que a soma das partes, sendo aplicado ao organismo dos seres vivos, ao comportamento individual, familiar, social, à comunicação (incluindo a linguagem) e em geral a todo sistema complexo, através de modelos que busquem não só a descrição de elementos ou objetos, mas principalmente, as relações que se estabelecem entre eles (Czeresnia, 2004).

A saúde e a doença são formas de manifestar a vida e, portanto, correspondem à experiências subjetivas e particulares, cujo reconhecimento e significados não podem ser totalizados pela palavra (Czeresnia, 2004). Porém, por meio da palavra o doente manifesta seu mal estar, da mesma forma que o médico ou profissional da saúde atribui os significados às queixas de seu paciente. Dessa forma, o grande desafio da complexidade encontra-se em não reduzir as significações de saúde e doença apenas ao que está circunscrito no discurso verbal, mas abrir-se a outras possibilidades metodológicas, que possibilitem a apreensão da realidade do fenômeno que se busca conhecer.

Renunciar à idéia de um método único que produza conhecimentos não significa banir a utilização de instrumentos, técnicas e procedimentos. Porém, reforça a idéia de que o método não deve se antepor à experiência, e de que não haverá apenas um caminho ou uma forma considerada adequada para pensar, explorar, inventar ou conhecer. Najmanovich (2002a) afirma ainda que renunciar ao método único não implica cair no abismo do “sem sentido”, mas, abrir-se à multiplicidade de significados.

A Psicologia na pós-modernidade, influenciada pelo pensamento complexo passou a valorizar o singular e peculiar ao indivíduo; o que é contextualmente situado e não apenas aquilo que se aplica às leis gerais. O psicólogo pós-moderno dirige-se, portanto, aos significados antes dos

fatos, pois o conhecimento psicológico pertence ao domínio do intersubjetivo, no qual os significados são construídos nos espaços comuns de pessoas que se relacionam (Grandesso, 2000). Nesse contexto, a complexidade no campo da investigação psicológica contribuiu para validar métodos que conferiram o reconhecimento da bidirecionalidade de toda produção do conhecimento, ou seja, das impressões do pesquisador frente ao fenômeno investigado através de uma postura ética que possibilite a adoção de diferentes perspectivas das pessoas e contextos.

Levando-se em conta tais aspectos, a construção que se faz a seguir é organizada a partir dos diferentes aportes teóricos que sustentam a compreensão do processo de doença e hospitalização para crianças e seus acompanhantes.

3.2 O Desenvolvimento Infantil, a Doença e a Hospitalização

Ao longo do desenvolvimento, as crianças constroem de forma ativa, a partir de múltiplas fontes de informação os conceitos de si mesmas e dos contextos que as cercam, assim, a elaboração das representações da realidade vão sendo substituídas à medida que se tornam imprecisas ou inadequadas. Estar doente implica uma série de mudanças físicas e psíquicas que alteram a existência da criança e do ambiente a curto, médio e longo prazo, sendo que as conseqüências dessa experiência afetam de formas variadas o desenvolvimento infantil. Portanto, o conhecimento que a criança tem sobre os aspectos relacionados à saúde e à doença vão condicionar a evolução adaptativa de seus comportamentos ante a eventos como a doença e a hospitalização (Rodríguez-Marín et al., 2003).

Os primeiros estudos sobre os aspectos cognitivos da representação infantil da doença adotaram a perspectiva da teoria piagetiana e do *método clínico*¹ elaborados por Piaget (1896-1980), pois, o raciocínio utilizado pelas crianças em suas respostas, bem como os estágios de desenvolvimento do pensamento passaram a representar uma

¹ O *método clínico* de Piaget representa um método de conversação livre com a criança sobre um tema dirigido pelo investigador, que segue as respostas da criança, pedindo que ela justifique e explique verbalmente suas idéias, dizendo o porquê, além disso, o investigador pode realizar contra-sugestões, para que a criança fale livremente e expresse domínios da inteligência como a lógica, explicações causais e a função do real (Dolle, 1974/1983).

perspectiva metodológica possível para a investigação e análise dos conceitos de saúde e doença, demonstrada nos estudos de Bibace e Walsh (1980), Brewster (1982), Del Barrio (1990), Perrin e Gerrity (1981) e Redpath e Rogers (1984). Del Barrio (1990) ressalta ainda que o próprio Piaget não abordou o estudo do conceito de doença em crianças, mas ponderou sobre a evolução histórica da fisiologia e as concepções de doença que subjaziam a cada etapa evolutiva.

Para Piaget (1967/1998) o desenvolvimento representa a descrição dos processos de crescimento e mudança que ocorrem naturalmente, pois o desenvolvimento “(...) é uma equibração progressiva, uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior” (p. 13). A forma final do equilíbrio atingido pelo crescimento orgânico é mais estática do que aquela para a qual se direciona o desenvolvimento mental, porém também mais instável, pois uma vez atingida a evolução ascendente, inicia-se automaticamente a evolução regressiva rumo à velhice.

No pressuposto piagetiano, as características biológicas da criança humana impõem alguns limites na ordem e velocidade da emergência das competências cognitivas específicas, pois a experiência ativa com o mundo é vista como essencial ao crescimento cognitivo (Newcombe, 1999). Nesse sentido, o desenvolvimento mental para Piaget (1967/1998) representa uma construção contínua, que sofre acréscimos e cujas fases gradativas de ajustamento conduzem à uma flexibilidade e mobilidade que aumentam quanto mais estável se torna o equilíbrio. As estruturas variáveis definem as formas ou os estados sucessivos de equilíbrio e as funções constantes asseguram a passagem de qualquer estado para o nível seguinte. Assim, as estruturas variáveis representam a organização da atividade mental sob dois aspectos: a) motor ou intelectual e b) afetivo, com suas dimensões individual e social (*interindividual*).

As estruturas cognitivas ou *esquemas* que ocorrem durante o desenvolvimento caracterizam-se por um padrão organizado de pensamentos ou ações, que são utilizadas para explicar ou manejar com algum aspecto da experiência, favorecendo à criança o domínio do próprio ambiente inicialmente, para, posteriormente, manipular informações e o pensamento lógico sobre os temas e problemas do cotidiano. Desse modo, as crianças constroem novos entendimentos do mundo a partir da maturação e das próprias experiências (Newcombe, 1996/1999; Shaffer, 2005).

O processo que possibilita a interpretação dessas novas experiências, a partir da estrutura cognitiva disponível da criança, foi

denominado por Piaget de *assimilação*, que permite que a criança incorpore essas experiências a seus *esquemas* já existentes. Quando ocorrem contradições entre a compreensão da criança e os fatos ou eventos ambientais, evidenciam-se os *desequilíbrios*, que, por sua vez, levam ao processo de *acomodação*, denominado por Piaget como a modificação de *esquemas* existentes através da incorporação ou adaptação de novas idéias. Em contrapartida, o *equilíbrio* ou *equilíbrio* representa a relação harmoniosa e balanceada entre os processos de pensamento e o ambiente (Palangana, 1998/2001; Shaffer, 2005).

De modo complementar, Newcombe (1996/1999) ressalta que a perspectiva piagetiana foi organizada considerando que o conhecimento tem como objetivo auxiliar o indivíduo em sua adaptação ao ambiente. Assim, a *assimilação* e a *acomodação* ocorrem quase sempre juntas, pois, inicialmente, a criança busca compreender uma nova experiência a partir de idéias e soluções existentes e, quando estas não funcionam, torna-se necessário um esforço para mudar a sua *estrutura* ou entendimento do mundo.

Piaget (1966/1999) definiu estágios ou períodos de desenvolvimento, que marcam o surgimento das estruturas sucessivamente construídas. Cada estágio caracteriza-se pelas estruturas originais que são construídas de forma distinta dos estágios anteriores. Dessa forma, Piaget propôs que o desenvolvimento cognitivo ocorreria em uma sequência invariável de quatro estágios ou períodos qualitativamente diferenciados; porém, considerando as diferenças individuais em termos da velocidade com que as crianças atingem estes estágios. Assim, as idades cronológicas associadas representariam apenas uma aproximação ou uma referência à média. Os estágios ou períodos do desenvolvimento cognitivo propostos por Piaget (Dolle, 1974/1983; Newcombe, 1996/1999; Palangana, 1998/2001; Shaffer, 2005) definem-se como *estágio sensório-motor*, *estágio pré-operatório*, *estágio operatório-concreto* e *estágio operatório formal* (Anexo 1).

No decorrer dos estágios mais desenvolvidos, são mantidos os aspectos essenciais das sucessivas construções, criando-se subestruturas que se tornam base para novas características. No adulto, cada um dos estágios passados corresponde a um nível mais ou menos simples ou superior da hierarquia das condutas, pois:

(...) a cada estágio correspondem também características momentâneas e secundárias, que são modificadas pelo desenvolvimento ulterior,

em função da necessidade de melhor organização. Cada estágio constitui então, pelas estruturas que o definem, uma forma particular de equilíbrio, efetuando-se a evolução mental no sentido de uma equilibração sempre mais completa (Piaget, 1967/1998, p. 15).

Para Piaget (1966/1999), a criança, assim como o adulto, somente realiza uma ação exterior ou interior quando motivada e isso se traduz sempre sob forma de necessidade que pode ser representada por uma necessidade elementar, um interesse ou uma pergunta.

As manifestações do desenvolvimento cognitivo sob a perspectiva piagetiana, também passaram a ser consideradas na avaliação do desenho infantil, sendo este compreendido como um índice das evoluções da representação das relações espaciais na criança (Piaget, 1981/1993).²

Os estudos de Piaget influenciaram muitos pesquisadores a investigar as capacidades dos bebês (Newcombe, 1996/1999) e os pressupostos piagetianos sofreram várias críticas a partir da década de 80 do século XX. Com o advento da informática e do uso do vídeo nas pesquisas, a mensuração das competências cognitivas dos bebês permitiu novos questionamentos sobre a possibilidade de certas representações cognitivas mais complexas (e não restritas somente a um funcionamento sensorio-motor) já estarem presentes antes mesmo dos 2 anos de idade. Além disso, as críticas também sugerem que o desenvolvimento cognitivo da criança poderia ocorrer de forma não linear, com curvas de aprendizado irregulares ou através de ondas (estratégias cognitivas) que se sobrepõem. Os questionamentos às proposições de Piaget, a partir da década de 90, indicam ainda para críticas sobre a cronologia no desenvolvimento dos estágios de pensamento da criança e para os mecanismos que permitem passar de um estágio a outro (Houdé, 2009).

No campo das pesquisas sobre a compreensão da saúde e doença, as críticas à literatura sobre o desenvolvimento cognitivo na perspectiva piagetiana, adotada nas investigações referentes a estes temas, apontam para fragilidades metodológicas como: descrição pobre das amostras, dos instrumentos de avaliação e procedimentos; ausência de controle do potencial tendencioso do observador, dos

² As evoluções das relações espaciais elementares e o desenho como índice de avaliação do desenvolvimento infantil estão explicitadas no Anexos 3 e 4.

efeitos esperados e outras variáveis; e uma atenção mínima à fidedignidade e validade das questões (Burbach & Peterson, 1988; Yoos, 1994). Rushforth (1999) ressalta ainda a crítica às hipóteses de que as concepções errôneas, as confusões e a compreensão parcial dos conceitos de saúde e doença em crianças seriam apenas conseqüências inevitáveis da imaturidade cognitiva, que só poderia ser superada por meio do avanço da maturidade e da idade cronológica. Nesse sentido, a autora indica que algumas pesquisas têm reforçado a idéia de que o potencial infantil para compreender saúde e doença é mais amplo do que anteriormente se acreditava, pois mesmo as crianças muito jovens possuem habilidades para conquistar um nível sofisticado de compreensão de suas experiências com a doença quando as informações repassadas às elas são claras e apropriadas.

Rodríguez-Marín et al. (2003) ressaltam que nas críticas realizadas aos estudos sobre o desenvolvimento da compreensão de saúde e doença para as crianças, na perspectiva piagetiana, o enfoque centrava-se *naquilo que a criança não sabia*, porém, os estudos mais atuais têm direcionado o foco para *aquilo que a criança sabe*, como oposto ao que não sabe. Além disso, tais estudos sugerem que as crianças menores pensam sobre as doenças em termos do que sabem sobre as pessoas e o comportamento humano, sendo que as crianças maiores entendem que o que define a doença são os sintomas e não a conduta da pessoa doente.

A despeito das críticas ao modelo teórico de Piaget, parte da literatura referente à investigação da compreensão infantil sobre o funcionamento do corpo, causalidade das doenças, conceitualização da saúde e o entendimento de eventos como a hospitalização, tem se sustentado, nos últimos 30 anos, nos aportes do *método clínico* e do desenvolvimento cognitivo propostos por Piaget.

Outras perspectivas sobre desenvolvimento infantil também têm sido adotadas para analisar e compreender a experiência da doença e hospitalização em crianças e suas famílias e, entre elas destaca-se a perspectiva ecológica fundamentada nos pressupostos teóricos de Bronfenbrenner (1917-2005) que representa uma abordagem sistêmica, multidimensional, que considera o desenvolvimento a partir das múltiplas interações da pessoa com o seu ambiente, pois as:

(...) teorias dos sistemas ecológicos, muito bem representadas pelo modelo bioecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner, apontam para uma direção

bastante promissora, na medida que contemplam a complexidade e a diversidade dos fenômenos de desenvolvimento e inserem o contexto ambiental como parte ativa do processo (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005, p.31).

A perspectiva ecológica define o desenvolvimento a partir das relações entre o indivíduo e os contextos em que funciona ativamente e da capacidade crescente da pessoa descobrir, sustentar ou modificar suas propriedades (Bronfenbrenner, 1979/1996). No entanto, o ambiente e suas inter-relações não estão restritos apenas ao aspecto físico ou às interações diretas entre os indivíduos, pois outros ambientes e os contatos indiretos também estão envolvidos (Polonia, Dessen & Silva, 2005).

Costa Junior (2005) ressalta que a doença pode constituir-se uma situação adversa ao desenvolvimento, sendo necessário que medidas sejam tomadas através do que ele denominou de “planejamento de oportunidades ambientais compensatórias” (p.172), a fim de que o curso evolutivo do desenvolvimento não seja afetado em grandes proporções.

Kazak, Segal-Andrews e Johnson (1995) e Kazak, Rourke e Crump (2003), a partir do modelo ecológico de desenvolvimento de Bronfenbrenner, propõem uma perspectiva ecológica da hospitalização de crianças que permite a compreensão e a percepção das influências mútuas entre os *microssistemas* família, hospital e rede social. A própria doença é considerada parte do *microssistema*, pois implica demandas específicas da criança e seu sistema familiar.

Novaes e Portugal (2004) citam que o modelo ecológico de desenvolvimento possibilita a demonstração da importância para a criança hospitalizada, das inter-relações estabelecidas no *microssistema* hospitalar para resolver seu problema de saúde, promover desenvolvimento e contribuir para aprendizagem de atitudes mais saudáveis.

Ao adoecer, a criança realiza uma *transição ecológica*, assumindo um novo papel, alterando sua posição em relação aos seus contextos, às inter-relações e pessoas com quem irá interagir. Assim, ocorre uma transição do *microssistema família*, para o *exossistema hospital*, que existe no *mesossistema*, representado pelo conjunto de relações entre os diferentes *microssistemas*.

Entende-se que essa transição implica em alterações na família e na comunidade, pois a criança possui diferentes papéis nestes contextos. A qualidade das relações e ligações significativas da criança e da família

tem implicações diretas na qualidade da *transição ecológica*, sendo que a presença de interconexões de apoio e segurança entre os vários contextos sociais garantem o pleno desenvolvimento da criança (Novaes & Portugal, 2004). Essa *transição ecológica* pode ser visualizada na Figura 1, a seguir:

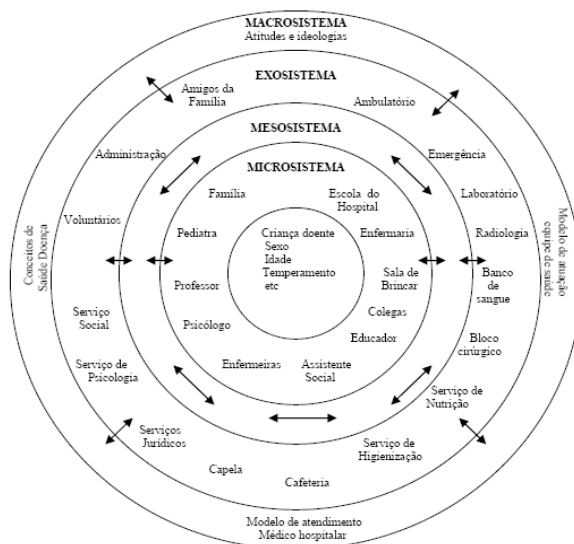


Figura 1 - Ambiente ecológico do desenvolvimento da criança hospitalizada³

A experiência de adentrar no contexto hospitalar pode ser facilitada se a criança tiver a possibilidade de estar acompanhada da mãe ou de pessoa cuja referência seja significativa para ela, funcionando como figura de apoio e segurança para que ingresse nesta transição com mais qualidade. Além disso, os membros da equipe de saúde também são participantes do processo de desenvolvimento da criança, através das inter-relações que se estabelecerem, pois a:

(...) criança doente hospitalizada não faz um hiato em sua vida, segue vivendo, brincando, aprendendo, crescendo, e desenvolvendo-se; por

³ “Figura 2 Ambiente ecológico do desenvolvimento da criança hospitalizada” (Novaes & Portugal, 2004, p. 224).

isso sofre influências diretas ou indiretas do contexto hospitalar sobre esse desenvolvimento (Novaes & Portugal, 2004, p.228).

Desse modo, o hospital poderia configurar-se como um ambiente que promove o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais e, portanto, não vinculado apenas à experiências negativas. Assim, a criança durante a hospitalização pode: a) aprender que é capaz de lidar com a dor; b) ter a oportunidade de estar fora do ambiente familiar; c) solicitar apoio de adultos diferentes que podem auxiliá-la, ampliando a autonomia; d) aprender estratégias de enfrentamento para a dor, o medo e a ansiedade; e) ampliar a percepção de si mesma em relação à auto-eficácia e competência, entre outras situações promotoras de crescimento (Barros, 2003).

Barros (2003) ainda ressalta que as pesquisas em Psicologia Pediátrica demonstram que semelhante aos adultos, as concepções das crianças sobre doença são multidimensionais e determinadas pelo desenvolvimento cognitivo, pela própria interpretação da experiência, assim como pela modelagem e exposição à crenças e expectativas do meio familiar e cultural próximos.

Tais fatos indicam a presença de diferenças e idiosincrasias entre crianças de um mesmo nível etário e de desenvolvimento, assim como diferenças nos níveis de significação expressas por uma mesma criança em situações diferentes. Dessa forma, variados aspectos estão presentes nas concepções infantis sobre saúde, doença e hospitalização, sendo necessário descrevê-los, situando-os historicamente.

3.3 A Compreensão da Saúde, Doença e da Hospitalização na Infância

A doença na infância representa um evento de ocorrência imprevisível ao longo do desenvolvimento. Concomitante a isso, as consultas médicas para prevenção, fazem parte da rotina de acompanhamento da saúde das crianças.

No Brasil, no período de 2008 a 2010, o número de internações pediátricas foi de 2.985.527. A distribuição de internações por grupo de causas e faixa etária até 14 anos se deu em decorrência de: 1º) doenças do aparelho respiratório; 2º) algumas doenças infecciosas e parasitárias; 3º) algumas afecções originadas no período perinatal; 4º) lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências com causas externas; e 5º) doenças do aparelho geniturinário. A média de internação hospitalar

pediátrica no período acima citado foi de 5,0 dias e o número de óbitos infantis foi de 33.225⁴.

Entre as doenças que acometem as crianças, estão as agudas e as crônicas. Segundo Ferreira (2006) as doenças agudas são geralmente de curta duração e exigem condutas pontuais, predominando a indicação para uso de medicamentos ou procedimentos profiláticos acompanhando a remissão de sintomas. Já as doenças crônicas necessitam de intervenções terapêuticas que desacelerem ou impeçam o progresso da doença, aliviando os sintomas e mantendo o melhor funcionamento do organismo durante o curso da doença.

As doenças agudas mais frequentes podem ser exemplificadas por doenças respiratórias, infecto-contagiosas, acidentes ortopédicos, desnutrição, apendicite, cirurgias entre outras e as doenças como o câncer, cardiopatias, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), fibrose cística, diabetes, disfunções renais, hipertensão, asma, epilepsia, hemofilia e as doenças decorrentes da prematuridade do bebê que acarretam em internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, representam exemplos de doenças crônicas que acometem a infância com frequência (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006). O desenvolvimento de doenças agudas ou crônicas na infância pode desencadear o processo de busca pelos serviços de saúde, tais como as Unidades Básicas de Saúde - UBS, Pronto-Atendimentos - PA e Hospitais.

Kovacs, Feliciano, Sarinho e Veras (2005) referem a crença parental de que os hospitais são as instituições que possuem as condições de amparar os filhos com maior resolubilidade do que os serviços da atenção básica, considerando-se o tempo de espera pelo atendimento do pediatra nas UBS e a falta de hábito da criança ser consultada pelo profissional da enfermagem. Além disso, a demanda espontânea nos hospitais, somente seria justificada nos horários em que as UBS não estivessem funcionando para os casos de urgência e emergência. Nessa mesma linha, Batistela, Guerreiro e Rossetto (2008), em estudo sobre os motivos de procura de um serviço de pronto-socorro pediátrico de um hospital universitário de Londrina-PR, observaram que a população não utilizava os serviços da atenção básica como primeira opção, pois esses eram vistos com descrédito e subvalorização. Tais dados indicam que o hospital ainda representa a porta de entrada para o

⁴ Fonte: Atualização das informações de internações hospitalares de janeiro/2009 a fevereiro/2010. DATASUS, acessado em 20/04/2010, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

sistema de saúde, perpetuando o predomínio do modelo curativo, hospitalocêntrico e centrado na autoridade do médico.

Em termos históricos, a literatura especializada a respeito da hospitalização na infância distingue dois períodos, cujos estudos apontam ênfases diferentes: o primeiro, referente às pesquisas dos anos 50 até meados dos anos 80 do século XX, focalizando os efeitos negativos da separação da família (da mãe em especial), que acarretariam sofrimento, desencadeando déficits cognitivos, retardamento do desenvolvimento, susceptibilidade a infecções, dermatoses, manifestações psicossomáticas, variações de humor, agressividade, regressão, distúrbios de linguagem, perturbações digestivas e nutritivas, desorientação, diminuição da afetividade e mudanças de comportamento inclusive no pós-alta (Barros, 2003; Capparelli, 1996; Chiattonne, 2003; Crepaldi, 1999a; Crepaldi et al., 2006; Lewis & Wolkmar, 1993; Ribeiro & Ângelo, 2005). E o segundo período, a partir da metade dos anos 80, que passa a discutir os benefícios da presença da mãe durante a hospitalização, promovendo menor tempo de internação, acarretando no declínio da incidência de infecção cruzada e complicações pós-operatórias, possibilitando maior senso de segurança, maior facilidade na coleta de material para exames e melhor interação social (Barros, 2003; Ribeiro & Ângelo, 2005).

Os estudos a partir dos anos 80 ressaltam os conflitos entre as mães e a equipe de saúde durante a internação hospitalar da criança, e as tentativas de mediação destes conflitos (Crepaldi, 1999a; Ribeiro & Ângelo, 2005). Observa-se também nesse período, a intensificação de pesquisas que discutem mais aprofundadamente as fontes de estresse da criança hospitalizada (Carrillo & Quiles, 2000; Motta & Enumo, 2004a; Ribeiro & Ângelo, 2005; Rodríguez-Marín & et al., 2003). Cabe destacar que surge, nesta etapa, a criação de serviços especializados em Pediatria, bem como novas formas de tratamento, sedação e analgesia pediátrica, além de pesquisas que discutem os aspectos da hospitalização a partir de relatos da própria criança (Barros, 2003) e que serão apresentadas na sequência.

Natapoff (1978) propôs uma análise desenvolvimentista para avaliar a compreensão do conceito de saúde em crianças. Em seu estudo, as crianças demonstraram uma definição positiva da saúde, relatando a ausência de sintomas, a inclusão de atividades como brincar, estar com os amigos, comer vegetais, praticar esportes. Também mencionaram que estar com o corpo em forma, a pele em bom estado e os olhos limpos, representavam indicadores de saúde. Suas conclusões apontaram para a possibilidade desse conceito ser expresso por crianças a partir da

maturidade e do avanço da idade, como nos outros conceitos do mundo físico e social. Além disso, a autora ressalta que, para as crianças, a definição de saúde é mais positiva do que para os adultos, pois essa é vista como um estado que permite realizar as atividades desejadas (jogar, brincar), enquanto para os adultos a saúde está associada a possibilidade de realização de suas obrigações.

Nesta mesma perspectiva Simeonsson, Buckley e Monson (1979) avaliaram crianças hospitalizadas a respeito das causas da doença e hospitalização. Os resultados demonstraram que o conceito das causas das doenças segue a progressão do desenvolvimento em estágios similares ao observado em outros domínios, como proposto por Piaget.

Whitt, Dykstra e Taylor (1979), a respeito da compreensão das crianças sobre a doença, também ressaltam a relação entre o construto piagetiano de desenvolvimento de habilidades cognitivas através dos diferentes estágios de pensamento (pré-operacional, operatório concreto e formal) e a formação do conceito de doenças nas crianças.

Também utilizando a hipótese de que as crianças desenvolvem as idéias sobre doenças de forma coincidente com o desenvolvimento do raciocínio causal segundo Piaget, autores como Bibace e Walsh (1980) estudaram a compreensão infantil das causalidades das doenças e obtiveram o seguinte conjunto de categorias explicativas: a) *Fenomenismo*: a criança define a doença em termos de experiência sensorial externa, utilizando a explicação mágico-fenomenológica; b) *Contágio*: a explicação da doença ocorre em termos de pessoas, objetos ou acontecimentos exteriores sem definir a relação entre estes e a doença; c) *Contaminação*: na definição da doença aparece a variedade dos sintomas e existe uma relação causal concreta entre o agente externo e os efeitos no corpo; d) *Interiorização*: a doença é localizada no interior do corpo; e) *Fisiológico*: a compreensão da doença se dá em decorrência do mau funcionamento interno, manifestando-se através de sintomas variados; f) *Psicofisiológico*: explica a doença através do funcionamento fisiológico interno, porém, a origem da doença também pode ser associada a pensamentos e sentimentos.

Perrin e Gerrity (1981), numa perspectiva semelhante, pesquisaram a compreensão de crianças sobre as doenças utilizando o modelo piagetiano para a análise das respostas. Através de uma escala organizada hierarquicamente, estabeleceram seis categorias que situavam as repostas em globais, concretas e abstratas. Nesse modelo, observaram que as crianças utilizavam repostas que indicavam o desconhecimento sobre as causas das doenças, ou através de repostas circulares e mágicas (pensamento pré-operatório), ou por meio de

definições concretas, estereotipadas, enumerando sintomas observáveis (pensamento operatório concreto), ou ainda reconhecendo alguma relatividade nas causas das doenças, demonstrando a compreensão do funcionamento dos órgãos internos. Para os autores, o conceito de prevenção mostrou-se mais difícil de ser atingido, quando comparado aos conceitos de causalidade e tratamento.

Na mesma linha, Brewster (1982) estudou os conceitos de doença a partir da perspectiva dos diferentes estágios de desenvolvimento cognitivo, em crianças hospitalizadas com doenças crônicas e observou que, para crianças menores de 7 anos, a compreensão baseava-se na crença de que a doença resulta de uma ação humana negativa. Dos 7 aos 10 anos, a causalidade foi explicada pela concepção de que mesmo um grande número de doenças ocorre por meio de causa única, externa e não por uma ação humana direta. E, finalmente, em um estágio mais avançado, a definição foi pautada em um princípio abstrato, que considerava que a doença poderia ter múltiplas causas em interação.

Natapoff (1982), em outro estudo, analisou as respostas de crianças sobre saúde e concluiu que o desenvolvimento do conceito de saúde ocorre seguindo a progressão do desenvolvimento do pensamento postulado por Piaget; pois a compreensão de causa e efeito, a habilidade para conservar idéias, a reversibilidade de pensamento, a noção de perspectiva futura e a formulação de hipóteses seriam processos desenvolvidos com a maturidade, idade e experiência.

A investigação do conceito de doença para crianças também foi realizada por Redpath e Rogers (1984), sendo que os autores incluíram no estudo os conceitos de hospital, equipe médica e realização de cirurgias em pré-escolares. Os resultados mostraram que, em relação aos conceitos avaliados, ocorreu uma interação significativa entre as respostas sobre conceitos médicos, e níveis de desenvolvimento cognitivo. O fator idade também influenciou as respostas das crianças sobre os conceitos de hospital, função do médico e cirurgias e doenças, pois as crianças pré-escolares demonstraram não saber definir as funções do médico e do enfermeiro, sugerindo que crianças pequenas não diferenciam estas duas categorias profissionais.

Natapoff e Essoka (1989) analisaram respostas sobre saúde entre crianças que apresentavam deficiência física e crianças sem deficiência. De forma semelhante a outros estudos, as autoras observaram que as crianças dos dois grupos apresentaram conceitos influenciados mais pela idade do que pela deficiência física, indicando que tais conceitos seriam desenvolvidos de forma similar à progressão dos estágios de pensamento propostos por Piaget.

Del Barrio (1990) estudou a forma como as crianças constroem os conhecimentos biológicos relacionados com a doença e o funcionamento corporal. Em relação às causas das doenças, concluiu que as respostas indicaram níveis de explicação, variando entre a incompreensão, explicações pré-operatórias, lógico-concretas e lógico-formais. Para a autora, as características cognitivas se expressaram de modo particular nas diferentes áreas em que a compreensão da doença foi estudada: a) a representação geral da doença; b) a explicação causal da mesma; e c) as idéias sobre controle e prevenção. Sua análise foi sustentada pelos aportes teóricos do desenvolvimento cognitivo de Piaget e apontou para premissas de que as idéias infantis sobre a doença, sua causa, tratamento e prevenção revelam características dos diferentes níveis de explicação que são aplicados a conteúdos distintos, segundo o aspecto da doença que se aborde. Suas análises ainda confirmaram a relação entre idade e nível de explicações dentro de cada aspecto, não sendo observadas diferenças nos tipos de resposta em função do gênero. O ritmo de desenvolvimento foi considerado ocorrendo de modo peculiar a cada um dos aspectos estudados, pois incluiu-se a possibilidade de ocorrer aspectos com maior carga de informações, que indicariam um nível de pensamento mais desenvolvido e outros em que determinada concepção se manteria ao longo de muito tempo em um nível menos desenvolvido (como, por exemplo, a crença do poder curativo de uma vacina). Ressaltou a autora que cada nível de conceitualização implica a presença de diferenças qualitativas e não apenas quantitativas nas informações que as crianças fornecem. Além disso, Del Barrio (1990) concluiu que a informação sobre saúde e doença não conduziriam de modo automático a compreensão por parte da criança, pois esta parece depender da interação entre informação e nível cognitivo.

Ainda na mesma perspectiva, Goldman, Whitney-Saltiel, Granger e Rodin (1991) avaliaram e identificaram como as concepções de doença são organizadas nas crianças e como elas compreendiam os conceitos de saúde. Os resultados demonstraram que as crianças compreendem a doença sob a representação de cinco aspectos (causa, identidade, conseqüência, duração e cura), que também são encontradas nas representações de adultos. Também foram associados às dimensões da doença, os conceitos de nutrição e o conhecimento sobre os exames médicos de rotina.

Perrin, Sayer e Willett (1991) relataram a partir de estudos com crianças saudáveis e portadoras de doenças crônicas, que a compreensão

da causa das doenças, com o avanço da idade, amplia a diferença dos conceitos entre crianças saudáveis e cronicamente doentes.

Para Eiser, Patterson e Eiser (1983), o conhecimento da saúde e da prevenção de doenças para crianças de 6 a 11 anos demonstrou que entre as crianças mais novas a saúde foi definida em termos de práticas concretas como boa alimentação ou fazer exercícios, já as crianças mais velhas definiram saúde em termos de estados gerais, como sentir-se forte ou em forma. A prevenção das doenças foi apontada pelos participantes através de uma boa dieta, da evitação de pessoas doentes, não se expor à temperaturas frias ou molhar-se. Em relação ao conhecimento de doenças concretas, demonstraram desconhecimento sobre os sintomas e a natureza do contágio, comparando doenças mais familiares, como sarampo, a doenças como o câncer. Somente as crianças com idades entre 9 e 11 anos souberam explicar a função e no que consistiam as vacinas; porém, os autores não indicam explicações referentes às diferenças encontradas entre as idades. Corroborando tais dados, Crisp, Ungerer e Goodnow (1996) referem que a idade é uma variável comumente utilizada nas pesquisas para explicar as mudanças na compreensão das crianças a respeito da doença, assim como a experiência prévia para o desenvolvimento do conceito de doença.

Hansdottir e Malcarne (1998) também concluíram a ocorrência de diferenças significativas nos três níveis de desenvolvimento cognitivo da Teoria Piagetiana (pré-operatório, operatório concreto e operatório formal) entre as crianças participantes de uma pesquisa realizada na Islândia, a respeito dos conceitos sobre doença. Segundo esses autores, quanto mais madura em termos de idade e nível cognitivo é a criança, maior progressão ocorrerá na sua compreensão sobre a doença. Conforme os dados apresentados, é possível constatar que, para os autores citados, os conceitos de doença e suas causas estão alinhados de forma progressiva e hierárquica, partindo do concreto para o abstrato, do particular para o geral (Carson, Gravley & Council, 1992).

No Brasil, Perosa e Gabarra (2004) estudaram o desenvolvimento cognitivo e as explicações referentes às causas das doenças entre crianças hospitalizadas por diversas situações, com idades entre 5 a 9 anos, através do referencial piagetiano. Concluíram que as crianças processaram as informações em uma seqüência cognitiva que avança conforme a idade, porém, com algum atraso na aquisição da conservação, utilizando explicações com poucos elementos subjetivos, sem referências às próprias doenças. As causas mais atribuídas às doenças foram as explicações auto-culpabilizantes, sendo a desobediência associada como a principal atribuição à causa das

doenças, independente da idade e do nível cognitivo. As autoras também observaram uma relação estatisticamente significativa entre a complexidade das explicações e o número de hospitalizações prévias experimentado pelas crianças, sugerindo que as internações anteriores acarretaram em maior exposição às informações da equipe de saúde para algumas crianças, levando-as a desenvolver uma compreensão maior da causalidade das doenças.

Para Barros (2003), a experiência da doença e dos tratamentos, impelem a criança a buscar a compreensão do que está vivenciando, pois esses eventos acarretam mudanças na rotina, produzem sensações físicas diferenciadas e não habituais; além de proporcionar um conhecimento sobre o funcionamento corporal outrora desconhecido, levando em alguns casos, à constatação da inexplicável perda de controle de partes e funções de seu próprio corpo.

Esses dados a respeito da evolução do conceito de doença e sua causalidade podem favorecer uma melhor compreensão dos profissionais da saúde no atendimento da criança hospitalizada, visto que a consideração do nível de desenvolvimento cognitivo representa um parâmetro para a explicação e o entendimento dos procedimentos utilizados na hospitalização (Rushforth, 1999).

Eiser e Patterson (1984) em pesquisa relativa ao conhecimento de crianças saudáveis entre 5 a 10 anos sobre suas percepções a respeito do hospital, observaram que as crianças descreveram o hospital em termos: a) físicos (descrições das alas do hospital e dos procedimentos médicos); b) sociais (as funções da equipe médica e a presença de outras crianças e visitantes, sendo essa descrição a mais freqüente); c) negativos (envolvendo o aborrecimento, a solidão, a possibilidade de sentir dor e morrer). Os autores também investigaram a percepção das crianças sobre o que é preciso fazer durante a hospitalização e as respostas indicaram que *o brincar com outras crianças e receber cuidados dos médicos e enfermeiros* apresentaram uma freqüência maior do que *permanecer na cama, ler ou assistir TV, aborrecer-se e ir ao espaço escolar do hospital*. Em relação ao tempo de permanência, as crianças pré-escolares consideraram que a hospitalização se referia a períodos longos. Já as crianças em idade escolar, utilizaram respostas explicativas indicando que o tempo de permanência estava relacionado à doença, sendo que ao referirem-se ao número de dias de hospitalização, expressaram períodos mais curtos ou relativos à doença. Também foram avaliadas as respostas referentes às causas da hospitalização e as respostas mais freqüentes indicaram causas como: acidentes, fraturas, exames e diagnósticos de doenças indefinidas. As crianças indicaram

como “a pior coisa do hospital” os fatores associados à doença (mal estar, dor, injeções, cirurgias) e fatores sociais (saúde dos amigos e família, ficar aborrecido ou com medo). A “melhor coisa do hospital” foi definida em termos de brincar, assistir TV, estar com outras crianças, descansar, receber presentes, faltar à escola e receber visitas. Apenas as crianças mais novas indicaram que as mães cuidam das crianças no hospital, pois as crianças mais velhas mencionaram os médicos e enfermeiros e entre elas, apenas algumas citaram outros profissionais como fisioterapeutas e paramédicos. Além disso, as crianças também não diferenciavam claramente as funções dos médicos e enfermeiros, sendo a resposta geral associada a “fazer melhorar”; porém, os médicos foram mais relacionados à funções como: dar injeções, fazer cirurgias, Raio-X, administrar medicamentos. A função de diagnóstico foi reconhecida apenas pelas crianças mais velhas, sendo que algumas crianças mais novas associaram entre as tarefas dos enfermeiros as funções de arrumar as camas, providenciar comida e auxiliar os médicos. As crianças mais jovens ainda referiram que o que ocasiona a melhora do doente no hospital é descansar e receber cuidados, já as mais velhas referiram o uso de medicamentos e as cirurgias, sendo que as operações foram descritas com mais detalhes pelas crianças mais velhas quando comparadas às descrições das crianças menores. Os autores ainda observaram que a maior parte das crianças obteve conhecimentos sobre o hospital a partir de programas de TV, livros (alguns específicos ao tema da hospitalização) ou através da família (pais).

O tema da prevenção das doenças para as crianças também foi investigado por Del Barrio (1990), que ressaltou que os aspectos relacionados ao controle e à prevenção das doenças são intrínsecos à compreensão global desse fenômeno, pois para conceber a doença, tanto em termos gerais ou em particular, leva-se em conta o que impede ou dificulta a sua aparição. A autora elaborou cinco categorias de respostas infantis sobre a noção de prevenção: a) *incompreensão*, quando a criança manifesta uma resposta incoerente que indica o desconhecimento sobre o que pode ser feito para não adoecer; b) *fatalismo*, que é composto por respostas mágicas e respostas que fazem referência a procedimentos de cura, como utilizar remédios para nunca adoecer, ressaltando a percepção em si mesmo de uma ausência de controle sobre a aparição da doença; c) *prevenção negativa*, caracterizada pela ação de enumerar ações de caráter normativo enunciadas sob forma abertamente negativa (não comer guloseimas, por exemplo); d) *ações positivas*, que referem-se às respostas que aludem ações que impliquem colocar meios positivos para estar saudável,

incluindo as vacinas e vitaminas, quando não utilizadas de forma exclusiva; e) *incremento de defesas*, que representa um passo a mais na descrição positiva de atividades de tipo preventivo, proporcionando defesas ao organismo para que ele responda aos agentes que provocam a doença, pois esta é suscetível de ser controlada pela interação entre o organismo e diversos procedimentos pessoais e médicos.

Para Del Barrio (1990), as crianças menores (5 a 9 anos) demonstram mais respostas fatalistas ou acompanhadas de ações mais construtivas como a utilização de vacinas e vitaminas, sem contudo conseguirem justificar porque estas previnem a doença, pois a noção de funcionamento das vacinas começaria a ser explicitada com clareza a partir dos 10 anos. A autora cita que os meios de comunicação apresentam muitas referências de modos profiláticos para as doenças e as crianças são expostas às informações sobre normas de tipo preventivo em relação a alimentação, higiene e práticas físicas em atividades de educação para a saúde. Nesse sentido, Eiser (1997) destaca também que as crianças necessitam compreender as razões da doença e da morte ao longo dos diferentes momentos de seu desenvolvimento, pois, isto serviria de base para a adoção de medidas preventivas, principalmente quando se trata de evitar comportamentos de risco ou de promover hábitos de vida saudável.

Barros (2003) sistematizou uma síntese integradora da construção das compreensões dos fenômenos de saúde, doença e morte sustentadas pelos princípios da compreensão dos fenômenos do mundo físico e social de Piaget, que pode ser visualizada na Figura 2 a seguir:

Níveis	Conceitos
Nível Pré-operatório	Neste nível as significações sobre a realidade dos sintomas apoiam-se na percepção mais direta e evidente daquilo que vê, ouve, sente e cheira. Os sintomas podem ser descritos de forma indiferenciada, global e categórica, apoiada em atribuições de tudo ou nada. A causalidade dos fenômenos é entendida a partir da proximidade, evidência e também sob a perspectiva de ser auto-provocada. A dor e a doença percebidas concretamente revelam um processo que vitimiza ou invade o sujeito que possui poucas possibilidades de alterar o sofrimento decorrente das mesmas.

Nível Operatório Concreto	No nível das operações concretas, a emergência de uma causalidade objetiva e racional é utilizada para fenômenos ou explicações mais complexos e menos perceptíveis diretamente, sendo possível a compreensão de uma graduação dos níveis de dor e gravidade das doenças. Neste nível ocorre uma diferenciação maior entre o real e o imaginário. A criança passa a aceitar a possibilidade de que suas ações podem contribuir para a diminuição do sofrimento ou para favorecer o processo de cura.
Nível Operatório Formal	O acesso às operações no nível formal possibilita a progressiva capacidade de compreender os processos internos do organismo e a complexidade presente nos processos de adoecer e de curar. Este nível permite uma progressiva compreensão ampliada do papel do organismo e dos processos psicológicos, o que favorece à adesão de metodologias de controle da dor e a aceitação dos limites decorrentes da doença. O pensamento não apenas concreto possibilita uma maior exploração dos processos de enfrentamento e resolução de problemas, recorrendo ao pensamento hipotético e à capacidade de abstração.

Figura 2 - Níveis de significação de saúde e doença na perspectiva desenvolvimentista, adaptado de Barros (2003)

Helman (2009) refere o estudo realizado com crianças de 7 a 12 anos entre 1990 e 1993, conhecido como COMAC *Childhood and Medicines Project*, que objetivou examinar a experiência da doença e dos remédios entre crianças de nove países europeus, através de entrevistas e elaboração de desenhos sobre a última vez que haviam ficado doentes. Os resultados indicaram que as crianças manifestaram modelos explicativos, como a teoria dos germes, para justificar as causas das doenças, através do contágio que se dá pela tosse, espirro, que são aspirados, contaminando as pessoas. Aspectos como o clima frio, a dieta e o seu próprio estilo de vida ou comportamento (fazer algo errado) também foram citados. As crianças também definiram a doença como um evento súbito e inesperado, sem qualquer razão aparente, que simplesmente acontecia. Em relação aos desenhos, as crianças se retrataram como figuras solitárias, deitadas na cama, em atitude passiva, sendo que algumas retrataram suas mães servindo-lhes chá ou

oferecendo flores e o médico/médica foram figuras proeminentes. Descreveram também aspectos positivos da doença, como ganhar doces, receber visitas, assistir TV. Os pesquisadores desse projeto ressaltaram que as inferências que as crianças fizeram sobre suas doenças se baseavam nas informações a que se viam expostas com maior frequência, sendo que os remédios foram associados à descrição de suas experiências com as doenças, indicando que se lembravam de um sabor doce se a experiência da doença foi positiva e de um gosto amargo se ficaram sozinhas ou entediadas. Os remédios também foram relacionados ao poder que os adultos têm sobre as crianças, pois são substâncias que as crianças não podem acessar sozinhas. Algumas crianças não citaram os remédios, mas o repouso e a atenção como mais importantes no tratamento, indicando a doença em termos sociais pelo tempo em que desfrutaram dos cuidados especiais.

As diferenças transculturais nos conceitos de saúde e doença e as atribuições de causalidade também foram estudadas por Boruchovitch e Mednick (1997, 2000), em 96 crianças no Rio de Janeiro-RJ, provenientes de escolas pública e privada. As autoras concluíram existir mais similaridades do que diferenças nos conceitos de saúde e doença, além disso, observaram que os temas utilizados pelas crianças brasileiras para definir saúde e doença são consistentes com os temas utilizados por crianças pesquisadas em outros países. Também observaram que o cuidado de si mesmo foi indicado como a causa mais importante para a saúde, seguido do cuidado familiar. As causalidades mais frequentes para a doença foram vírus, germes e falta de cuidado consigo mesmo. Para as autoras, a relação de progressão da idade e da série escolar, provoca modificações nos conceitos de saúde e doença, tornando-os mais diferenciados e multidimensionais.

Em um outro estudo com 55 crianças brasileiras saudáveis entre 9 e 12 anos, a respeito dos conhecimentos, causalidade e prevenção da AIDS, Cordazzo (2004) observou que, a despeito das informações disponibilizadas pelos meios de comunicação, as formas de transmissão e prevenção não estavam claras para o grupo estudado, sendo que a causalidade da AIDS mostrou-se desconhecida para a maior parte dos participantes do estudo. Entre as crianças que atribuíram causas à doença, identificou-se maior frequência de respostas referentes ao sexo como o fator causal da AIDS.

Oliveira (1993) ressalta que o relacionamento com a doença infantil e com a criança doente tem sido mediado constantemente pelo adulto. Mesmo considerando o que os adultos nomeiam de “relativa” dificuldade de comunicação e consciência da criança, a autora se apóia

no pressuposto que: “(...) existe uma dimensão vivencial da enfermidade na infância sobre a qual a criança doente é capaz de saber e de dizer” (p.327). Seu estudo sobre as representações de doença para a criança hospitalizada originou um grupo de categorias sobre as concepções infantis acerca dos eventos doença e hospitalização que se relacionam com: a) forma de dor e evento concreto, que se expressam na sensação física, mas que necessariamente não estão interligados à entidade mórbida objetiva; b) a modificação do comportamento usual, que impossibilita a criança do contato com seus colegas, de movimentar-se livremente, ou de executar suas tarefas escolares; c) a ameaça à integridade física, manifestada através dos procedimentos médicos ou do ambiente hospitalar; d) o medo e/ou vivência de morte, através da referência à doença em si próprio ou de algum familiar; e) o suplício e/ou tortura e a culpa e/ou castigo, onde situa-se a vivência do centro da enfermidade para criança, pois esta experimenta a sensação de ter feito algo errado, sendo necessários castigos convertidos nos procedimentos mais dolorosos, que na percepção das crianças, são aplicados intencionalmente pelos familiares e profissionais para expiar a suposta culpa (Oliveira, 1993; 1997).

Tendo como pano de fundo os autores citados, considera-se importante fazer menção a algumas distinções de concepção sobre doença e hospitalização de acordo com a faixa etária, referidas pela literatura especializada.

Em um estudo realizado com crianças de 1 a 5 anos hospitalizadas, com e sem acompanhantes em um hospital infantil do Crato-CE, objetivou-se identificar e comparar as reações físicas e emocionais das crianças a partir das 12 primeiras horas de internação. Os resultados indicaram que a enurese noturna (apesar de não representar um distúrbio nessa faixa etária) e o choro foram as reações físicas mais evidentes entre os dois grupos (com e sem acompanhantes). A inapetência, taquicardia, hipertemia, vômitos, diarreia, e insônia também foram observados entre as crianças. Com relação aos sintomas emocionais, o medo, a irritabilidade e a indiferença foram os mais frequentes, assim como a agressividade (Oliveira, Dantas & Fonseca, 2004).

Crianças menores de 4 anos podem apresentar alterações comportamentais temporárias após a alta hospitalar, como consequência do ambiente estranho do hospital, da separação dos entes queridos e da falta de oportunidade de formar vínculos (Lewis & Wolkmar, 1993; Oliveira et al., 2004).

O hospital é percebido pelas crianças de 5 anos como um local onde é possível realizar atividades lúdicas, além de proporcionar a recuperação da saúde e o conseqüente retorno ao lar e à escola. Porém, nos casos em que a patologia impõe uma sintomatologia mais dolorosa, a internação, associada à figura do médico, representa a separação de casa. Apesar da doença e a hospitalização acarretarem a impossibilidade de domínio de algumas habilidades, a capacidade de estabelecer relações de causa-e-efeito mantém-se preservada (Correia, Oliveira & Vieira, 2003).

Crianças até 7 anos de idade manifestam pensamentos mágicos em relação à doença e percebem o mundo de acordo com suas crenças (Baldini & Krebs, 1999; Dias et al., 2003). A separação da família durante a hospitalização ainda é um fator importante, contudo, ocorre o aumento do medo ao dano corporal e há uma sensibilidade aumentada em relação à dor, feridas, sangue e aos procedimentos médicos e de enfermagem. As crianças nessa idade desenvolvem uma vigilância especial por seu futuro, de seus familiares e dos outros pacientes. Ainda entre os 7 e 9 anos, evidenciam-se várias preocupações entre as crianças, como a preocupação em perder seu lugar na enfermaria, em ficar inválido definitivamente, de ser afastado para sempre de sua casa, amigos e escola. Além disso, as crianças temem ficar incapacitadas intelectualmente em função da hospitalização e, assim, ser ultrapassadas pelos colegas de escola (Baldini & Krebs, 1999).

As crianças de 7 a 14 anos pensam em termos mais concretos, sendo capazes de discriminar as propriedades das coisas, compreendendo que estão doentes, mesmo quando não visualizam um ferimento (Dias et al, 2003). Nessa faixa etária, também é comumente observado que as crianças pensam que são responsáveis pela doença (Hackbarth, 2000; Crepaldi & Hackbarth, 2002), além da presença de idéias de cura ou não e a sua proximidade com a morte (Correia et al., 2003). Surge ainda a expectativa de alívio e ausência de dor, o que configura o hospital como um local que presta assistência e cuidado às pessoas. Porém, esta visão não é compartilhada por todas as crianças, pois, algumas percebem o hospital como um local onde a relação profissional-paciente pode ser despersonalizada e anônima, quando o profissional de saúde é associado pela criança, apenas à sua doença e ferimentos (Correia et al., 2003).

Crianças a partir de 12 anos percebem a instituição hospitalar também pela sua dimensão física, como um local grandioso. Apresentam preocupações puberais relativas às suas funções corporais, produtos orgânicos, exposição do corpo frente à equipe hospitalar e

demais pacientes. Também nesta idade, quando a criança é portadora de doença crônica e submetida à inúmeras internações, surge o conformismo, associado à idéia de que neste local receberá os cuidados necessários (Baldini & Krebs, 1999; Correia et al., 2003).

Moreira e Dupas (2003), em pesquisa sobre o significado de saúde e doença na percepção de crianças de 7 a 12 anos provenientes de uma escola pública e de uma unidade pediátrica no interior de São Paulo, constataram que as crianças não compreendem a saúde e a doença enquanto processo. Para as autoras citadas, as crianças conseguem contextualizar saúde e doença, porém não como algo multicausal e multifatorial, pois a percepção é de que ambas caminham juntas e são determinadas por causa e consequência. Abaixo, na Figura 3, encontram-se sintetizadas algumas conclusões sobre os significados de doença, conforme as autoras supracitadas:

<p style="text-align: center;">DOENÇA Segundo Crianças Hospitalizadas</p>	<p style="text-align: center;">DOENÇA Segundo Crianças em Contexto Escolar</p>
<p><u>Conceito:</u> Fundamentado na sua experiência, desde os primeiros sintomas até sua evolução, de forma concreta e pouco teórica. Levanta questões acerca de sua vivência física e emocional. Sofrimento pelo afastamento da rotina. Enfatiza sua própria situação e doença</p>	<p><u>Conceito:</u> A doença é provocada por algo, além de possuir uma causa que pode ir de um vírus a um vício. Não esgota o conceito na definição da doença, procura compreendê-la e questioná-la. Já presenciou a doença, mas não faz parte dela atualmente</p>
<p><u>Consequências:</u> Mudanças no corpo, problema, dor, inapetência, internação, desejo de cura, limitação, rompimento das atividades diárias, separação da família, despojamento do sentido de identidade</p>	<p><u>Consequências:</u> Dor, mal estar, medo, necessidade de cuidados, internação, limitação, impedimento</p>

Figura 3 - Significados de doença na percepção de crianças de 7 a 12 anos, adaptado de Moreira e Dupas (2003).

A Figura 3 permite observar que as crianças que não se encontram hospitalizadas, citam suas experiências passadas com doenças, ao contrário das crianças internadas, que utilizam a experiência

da hospitalização e do momento que estão vivendo para conceituar a doença.

A experiência de doença e hospitalização na infância também foi investigada por Gabarra (2005), em estudo com crianças de 5 a 13 anos, portadoras de doenças crônicas e hospitalizadas em Florianópolis-SC. A autora também identificou que as crianças utilizavam a sua própria experiência com a doença, hospitalização e fatos da vida para compreender as doenças em geral e sua própria doença. Como fatores que interferem na compreensão da criança, encontram-se o tempo de diagnóstico, idade, tipo de doença, comunicação recebida sobre sua doença, rede de apoio, estratégias emocionais de enfrentamento e experiências com doenças.

Baldini e Krebs (1999) referem que, partir dos 12 anos, ainda persistem para algumas crianças, as preocupações com incapacidade, dor e desgraça, mas intensificam-se os temores pelo aspecto, proporção, integridade, diferenças e disfunções do próprio corpo, estimulando a depressão, as representações dramáticas e menor adesão aos tratamentos propostos.

Outros estudos evidenciam que as crianças, ao serem admitidas no hospital, não são esclarecidas e tampouco preparadas pelos pais ou responsáveis para o que terão que enfrentar (Correia et al., 2003; Dantas & Fonseca, 2004; Doca & Costa Junior, 2007). No entanto, segundo a Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995 sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados - CONANDA, toda criança tem:

§ 8º (...) direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando a sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário (Brasil, 1995 s/p).

Alguns pais preferem não informar seus filhos sem saber que a desinformação ou a informação reduzida, prestada a uma criança que vai realizar procedimentos médicos como uma cirurgia, amplia os riscos da mesma desenvolver severas alterações emocionais pós-cirúrgicas (Blanco & Iñon, 1998). A maioria dos pais quer informar, mas não sabe como fazê-lo, temendo causar danos à criança. Esse estado de angústia, muitas vezes não permite que a comunicação ocorra de forma fluida e torna-se necessária a ajuda profissional.

Ao mentir ou omitir fatos que a criança percebe claramente, na tentativa de protegê-la do sofrimento, produz-se confusão e descrédito. A mentira, ainda que caridosa e humanitária, enfraquece a autoridade e a confiança no adulto. Na maior parte das vezes, as crianças percebem a realidade camuflada e adotam também a postura de fingimento e mentiras e assim, lhes é negada a oportunidade de esclarecer suas dúvidas (Baldini & Krebs, 1999; Capparelli, 1996; Correia et al., 2003). Dessa forma, adultos e crianças ficam presos em uma trama que impossibilita a criança de alcançar um processo de elaboração.

Algumas concepções que as crianças desenvolvem sobre a doença, acabam derivando também da própria experiência de afastamento dos pais durante o período de hospitalização. Para Kovács (2002) a doença suscita desde o início a vivência de morte, através do luto vivido pela separação durante a hospitalização, pelo medo do desconhecido e pelo temor ao aniquilamento. A negação do adulto em esclarecer ou ignorar a curiosidade da criança frente à doença, o tratamento em si e a hospitalização, contribuem para a não elaboração desses processos para a criança hospitalizada, pois esta:

(...) demonstra capacidade aguda de observar e captar as situações que se passam ao seu redor e com ela mesma, revelando ser bastante perspicaz na percepção dos fatos que os adultos tentam ocultar de forma deliberada, entre eles a própria questão da morte (Correia et al., 2003, p.415).

Coyne (2006) analisou os medos mais freqüentes referidos por crianças inglesas de 7 a 14 anos. Entre os temores mais freqüentes foram citados os referentes à separação dos pais e da família, ao ambiente estranho, às investigações e tratamentos e a perda da autodeterminação. A autora indica que as crianças necessitam de informações adequadas às suas necessidades e que o planejamento dos cuidados e do ambiente hospitalar devem ser centrados na criança, pois as experiências atuais produziriam influências sobre as futuras.

Assim, ao informar a criança sobre sua doença, hospitalização e procedimentos, além do cumprimento de um direito, também se pretende que a criança e sua família compreendam esse evento como um processo reparador e revestido de sentido. Dessa forma, espera-se que gradualmente, a criança se aproprie de seu corpo e cuidados, desenvolvendo uma atitude positiva com relação à sua saúde.

A sistematização de estudos sobre a formação do conceito de doença para a criança permitiu um maior acesso à compreensão desta experiência na vida infantil. Barros (2003), analisando as pesquisas de Rutter de 1976 e 1993, observa que há uma ênfase especial no desenvolvimento da criança e da preparação prévia para a hospitalização e/ou para os procedimentos invasivos dolorosos, pois esses representam dois aspectos amplamente relacionados com as significações infantis sobre a doença e a hospitalização.

3.4 Reações da Criança diante da Doença e da Hospitalização

Para Ajuriaguerra e Marcelli (1991), a experiência da doença acarreta na criança diferentes movimentos psicoafetivos, como: a) *regressão*, que costumeiramente acompanha a doença e que se caracteriza pelo retorno a uma relação de dependência e cuidados similares aos prestados ao bebê; b) o *sofrimento*, que está relacionado à punições e/ou culpa, pois muitas vezes os adultos sinalizam à criança que a doença está vinculada às suas atitudes; c) o *acometimento do esquema corporal*, que se associa diretamente às limitações, gravidade e duração da doença e que ocasionam a percepção de um corpo frágil e imperfeito; e d) a *morte*, que encerra em si mesma a relação com a doença, gerando diferentes compreensões, sendo um tema comumente evitado pelas famílias.

Lewis e Wolkmar (1993) referem que a doença representa a tensão generalizada mais comum na vida infantil, sendo as reações psicológicas decorrentes, manifestadas de forma singular em cada criança. Estar doente remete a sentimentos de dependência e fraqueza, pois a doença está intimamente relacionada na maior parte dos casos, ao sofrimento orgânico e psicológico. As doenças infantis, tanto agudas como crônicas podem apresentar profundas repercussões na vida da criança, modificando consideravelmente o seu desenvolvimento, a organização da família e a resposta social desta criança. Neste caso, essas enfermidades representam um risco de grande magnitude, para além do ponto de vista médico, incluindo dificuldades sociais, educacionais e psicológicas impostas para a criança e sua família (Dias et al., 2003). Para Nigro (2004), a angústia advinda da doença grave esconde fantasias de morte ou cronicidade, ocasionadas por informações pouco consistentes e ausência de prognóstico ou tratamento.

Entre os diversos comprometimentos que afetam a qualidade de vida da criança estão as doenças crônicas, que impõem uma rotina de sucessivas consultas médicas, internações hospitalares, menor

freqüência escolar, problemas psicológicos e comportamentais. Quando a criança é acometida por doenças transitórias, o enfrentamento parece não ser tão penoso quando comparado a doenças graves crônicas.

Nesse sentido, Baldini e Krebs (1999) chamam a atenção para alguns fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos durante a hospitalização, como: a) a intensificação de psicopatologias ou distúrbios psiquiátricos pré-existentes na criança ou em um dos pais, b) o relacionamento pais-criança inadequado (manifestados pela rejeição, negligência ou superproteção), c) faixa etária inferior a 5 anos de idade (onde há maior vulnerabilidade), gravidade da doença e seus efeitos psicológicos, quantidade e qualidade do preparo pré-hospitalar, a compreensão da criança acerca da sua doença (expectativas e fantasias), reações parentais de pessimismo e desesperança, uso de drogas (atropina, cimetidina, etc.), morte súbita, sem um trabalho prévio de luto e internação em unidade de terapia intensiva. Também observa-se a presença de sintomas físicos como: inapetência, perda de peso, enurese, encoprese, insônia, alterações psicoendocrinológicas e dor em função dos sintomas e/ou procedimentos adotados nos tratamentos.

Radovan (1989 citado por Dias et al., 2003) sinaliza alguns perfis de comportamento relacionados a desvios de comportamento frente a doenças agudas e crônicas, geradoras de possível comprometimento nas situações de crescimento e desenvolvimento da criança no que se refere às atividades cotidianas como: a) comportamento cognitivo, habilidades motoras; b) estratégias de enfrentamento e desenvolvimento emocional; c) nas relações familiares (pais e irmãos); d) no rendimento escolar, relações com seus pares e atividades externas ao lar; e e) nas respostas frente à doença, referentes aos conhecimentos sobre a mesma, além da participação e adesão aos tratamentos.

Sintetizando-se os dados da literatura especializada (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991; Barros, 2003; Crepaldi, 1999a; Chiattonne, 2003; Lewis & Wolkmar, 1993; Nigro, 2004; Oliveira, 1993, 1997; Oliveira et al., 2004; Sadala & Antônio, 1995), reuniu-se as informações que demonstram que as reações psicológicas da criança frente à doença e a hospitalização vão depender de fatores como:

- a) faixa etária (desenvolvimento cognitivo, emocional e capacidade adaptativa);
- b) personalidade da criança, natureza e severidade da doença;
- c) preparação prévia para a hospitalização;
- d) a chegada ao hospital; rotinas desconhecidas e impostas em caso de internação hospitalar;

e) tipo e duração da internação; hospitalizações anteriores; experiências vividas durante a hospitalização;

f) as atitudes de seu meio e da equipe hospitalar (incluindo as punições); as visitas; dos significados atribuídos pela criança e seus pais acerca da doença;

g) as preocupações com sua integridade física, as sensações de desconforto e a natureza mais ou menos agressiva dos cuidados;

h) das relações parentais, bem como das respostas da criança frente à reação dos pais; das experiências prévias de abandono, das dificuldades no relacionamento social e preparo da alta hospitalar.

Barros (2003) ressalta ainda que os estudos de Rutter de 1976 e 1993, sobre as conseqüências da hospitalização, indicaram que os efeitos negativos deste evento estavam associados a fatores de risco, como a ausência de experiências positivas prévias de separação e à perturbação e carências básicas na família, anteriores à hospitalização da criança. Também demonstraram que a ansiedade parental, a separação do ambiente familiar e a interrupção dos cuidados básicos por um adulto responsável podem acarretar em problemas adaptativos na hospitalização.

Méndez, Ortigosa e Pedroche (1996) identificaram, como principais agentes estressores da hospitalização infantil, a doença, a dor e o ambiente hospitalar desconhecido. Também ressaltaram que a exposição aos procedimentos invasivos, a separação dos pais e o estresse dos acompanhantes representariam fontes de estresse para as crianças. A ruptura da rotina habitual e adaptação à nova e desconhecida rotina hospitalar, assim como a perda da autonomia, do controle e da competência pessoal, gerariam estresse na situação de hospitalização. A dúvida sobre a conduta mais adequada e a morte também representam fortes estressores.

Além disso, constata-se que durante a internação hospitalar ocorre uma predominância de comportamentos de repressão de sentimentos, estimulados pelo discurso dos adultos acerca do controle que as crianças devem adotar na expressão de seus sentimentos de medo, choro e raiva (Souza, Camargo & Bulgacov, 2003; Motta & Enumo, 2004a).

Martins, Ribeiro, Borba e Silva (2001) relatam que o medo dos procedimentos invasivos dolorosos realizados por meio de agulhas e injeções é o mais comum sendo que juntamente com a internação propriamente dita, representam as causas mais freqüentes de ansiedade nas crianças durante a hospitalização, fato também citado por Quiles e Carrillo (2000).

Nesse sentido, Horstman e Bradding (2002) ressaltam que as crianças hospitalizadas manifestam mais emoções de caráter negativo do que as emoções referentes à esfera positiva. Tal dado também foi observado na pesquisa de Dias (2008), com crianças portuguesas com diagnóstico de câncer, sobre as suas experiências com a hospitalização.

Autores como Baldini e Krebs (1999), Barros (2003), Capparelli (1996), Castro Neto (2000), Chiattonne (2003), Crepaldi (1999a), Correia, Oliviera e Vieira (2003), Lewis e Wolkmar (1993) e Soares e Zamberlan (2003), apontam que a doença e a hospitalização provocam alterações geradoras de sentimentos, pensamentos e comportamentos nas crianças, expressadas através de: a) medo da equipe de saúde; b) passividade; c) carência afetiva; d) ansiedade; e) ira; f) ressentimento; g) vergonha; h) autodepreciação; i) negação da doença; j) racionalização; k) intelectualização; l) tristeza; m) irritabilidade; n) regressão; o) interpretação da doença como castigo; p) isolamento; q) mutismo; r) estresse, até quadros de psicopatologia infantil como hipocondria, fobias, tiques, reações histéricas, comportamentos auto-eróticos, temor da perda do controle e despersonalização e recusa em permanecer no hospital. No entanto, em decorrência da hospitalização, ressalta Barros (2003) que é “(...) consensual a idéia de que uma proporção importante de crianças sofre conseqüências psicológicas moderadas (Melamed & Bush, 1985) e que só um número reduzido de crianças sofrerá problemas significativos (Wallander & Verni, 1992)” (p.72).

O contexto de hospitalização pode influenciar na compreensão e no uso de estratégias de regulação das emoções por parte da criança, pressupondo-se que estas sejam o entendimento de que sentimentos tristes podem ser minimizados desde que sucedidos por situações alegres e positivas. Em pesquisa citada por Oliveira, Dias e Roazzi (2003), crianças sadias, entre 6 e 10 anos, utilizavam estratégias de regulação das emoções, como a distração e a utilização de jogos diante de situações em que relataram que estiveram doentes. Porém, as crianças que encontravam-se hospitalizadas mostraram-se pessimistas, considerando que nada poderia ser feito para mudar a situação. Em contrapartida, em seu próprio estudo com crianças de 6 a 10 anos, hospitalizadas em Natal-RN, Oliveira et al. (2003) observaram que a utilização de recursos lúdicos favoreceu a evocação de respostas menos pessimistas nas crianças.

O não brincar é também uma das conseqüências da hospitalização infantil (Oliveira, 1993), visto que esta atividade representa um desejo e um comportamento típico da criança. Porém, mesmo quando se encontra hospitalizada e quando lhe é oferecida a oportunidade de brincar,

algumas crianças demonstram o desejo ou a intenção de realizar atividades lúdicas. Isso fica evidente no estudo realizado por Motta e Enumo (2004b), com 28 crianças de 6 a 12 anos, em uma unidade onco-hematológica de um hospital infantil de Vitória-ES, sobre a utilização do brincar como estratégia de enfrentamento da hospitalização. Afirmam as autoras que, 38% das crianças participantes citaram que *brincar* era a atividade mais realizada, sentida e pensada durante a hospitalização. Além disso, 78% das crianças relataram que *brincar* representava a atividade que mais gostariam de fazer no hospital. Segundo as autoras, “(...) ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização” (Motta & Enumo, 2004b, p.25).

No entanto, para favorecer a atividade lúdica em ambientes de saúde torna-se imprescindível adaptá-lo às necessidades infantis. A respeito disso, Chiattonne (2003) ressalta que:

“(...) uma enfermaria pediátrica deve ser sempre um lugar alegre, cheio de vida, e nunca um ambiente hostil, cinzento, despido de cor. Se a proposta é fazer com que as crianças tenham seu sofrimento minimizado no hospital, o ambiente físico tem um papel importantíssimo no sentido de dar alternativas e estimulação às crianças” (p.60).

Tais considerações vão ao encontro da definição de *ambiência*, que segundo a Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (Brasil, 2008), caracteriza-se como o:

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores.

Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (p.51-52).

A utilização do recurso lúdico como parte da ambiência em hospitais tem sido enfocada em diversas pesquisas (Bersch & Yunes, 2008; Frota, Gurgel, Pinheiro, Martins & Tavares, 2007; Melo & Valle, 2002; Mello, Goulart, Ew, Moreira & Sperb, 1999; Mitre & Gomes, 2002; Oliveira & Oliveira, 2008; Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello & Luiz, 2007; Saggese & Maciel, 1996), quer pelo valor que o brinquedo tem na abordagem da criança, ou na sua utilização mediante a realização de procedimentos médicos e de enfermagem, amenizando a experiência da internação; quer pelo seu valor no desenvolvimento da criança, ampliando habilidades emocionais, físicas, cognitivas e sociais. Porém, torna-se necessário estruturar esse ambiente lúdico considerando as diferentes faixas etárias e as necessidades das crianças, para que o material disponível seja efetivamente adequado ao público infantil. Além disso, é necessário que esse ambiente seja administrado por profissionais que gerenciem o funcionamento desse espaço, para que ele não se caracterize como um depósito de brinquedos. Entre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, ressalta-se o artigo 9º que garante o direito a: “(...) desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar” (Brasil, 1995, s/p). A discussão referente a esse tema também mobilizou em 2005 a criação da Lei 11.104, que torna obrigatória a instalação de brinquedotecas em todas as unidades de saúde com regime de internação pediátrica. De acordo com Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva e Macchiaverni (2009), a brinquedoteca hospitalar tem como função possibilitar que a criança e seu acompanhante realizem atividades lúdicas, a fim de que se torne efetiva a dimensão terapêutica do brincar. Além disso, essas autoras observaram que as crianças que brincam podem lidar melhor com a hospitalização, apresentando menos comportamentos de agitação, ficando mais relaxadas e verbalizando o seu contentamento em poder brincar. No relato referente às atividades realizadas na brinquedoteca e mediadas pelos brinquedistas, as autoras assinalam ainda que essas atividades possibilitam a experiência da tomada de decisões e a autonomia, não tão comuns às crianças que estão internadas, e a presença dos acompanhantes e familiares propicia um ambiente descontraído e agradável entre equipe, família e crianças.

O enfrentamento da doença e da hospitalização também representa um tema de interesse crescente entre os pesquisadores da infância, destacando-se a importância da avaliação dos estudos de *coping*⁵ com crianças. Motta e Enumo (2004b) desenvolveram um instrumento para avaliar as estratégias de enfrentamento da hospitalização (AEH), dividido em dois conjuntos de pranchas (A- Enfrentamento da Hospitalização e B- Brincar no Hospital), aplicados conjuntamente com uma entrevista. Mais especificamente o conjunto de pranchas A, continha cenas representativas de comportamentos previamente classificados como *estratégias facilitadoras*, consideradas adaptativas à situação hospitalar: brincar, assistir TV, cantar, dançar, rezar, estudar, conversar, ouvir música, ler gibi, buscar informações e tomar remédio e cenas de comportamentos classificados como *estratégias não-facilitadoras*, consideradas não adaptativas à situação de hospitalização: chorar, brigar, esconder, ficar triste, desanimar, fazer chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, sentir medo, pensar em milagre e dormir (Motta, Enumo & Ferrão, 2006). O instrumento mostrou-se adaptado para avaliar as crianças por apresentar um caráter lúdico que motivou o seu engajamento na tarefa. Moraes e Enumo (2008) citam a versão informatizada desse instrumento, como uma proposta para tornar mais fácil a aplicação e processamento das informações por parte do psicólogo.

A experiência de enfrentar a doença e a hospitalização pode também constituir-se como uma oportunidade para a criança adquirir comportamentos mais adaptativos, aprendendo mais sobre seu corpo, descobrindo as profissões da área da saúde, adquirindo estratégias de enfrentamento, na tomada de decisões, independência e autocontrole (Soares & Bomtempo, 2004). Algumas crianças conseguem expressar a partir da experiência de hospitalização, conseqüências positivas como: a percepção de maior atenção voltada para si, atendimento imediato de suas necessidades e boa receptividade da equipe hospitalar (Correia et al., 2003).

Também Ribeiro e Angelo (2005), em pesquisa com crianças pré-escolares de 3 a 6 anos em São Paulo-SP, sobre o significado da hospitalização, descrevem os aspectos dessa experiência na infância,

⁵ O termo *coping* é aqui definido como “(...) um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos utilizado com o objetivo de lidar com situações específicas, que surgem em situações de estresse e sobrecarregam os recursos pessoais (Lazarus & Folkman, citados por Antoniazzi, Dell’Aglio & Bandeira, 1998)”(Moraes & Enumo, 2008, p.222).

vivenciada em especial junto à mãe como cuidadora. O modelo desenvolvido pelas autoras descreve a história de sofrimento e também a força expressada pelas crianças, em sua vulnerabilidade diante da hospitalização, ao enfrentar esta situação contando com a presença da mãe. Esse modelo indica que a vivência da hospitalização e o enfrentamento dessa situação ocorrem simultaneamente, exercendo efeitos mútuos, interdependentes e inter-relacionados entre si (Ribeiro & Angelo, 2005).

As situações como a doença crônica, conforme citado anteriormente, representam uma fonte de estresse para a criança e a família; no entanto, podem representar uma oportunidade de aprendizagem, pois os efeitos da doença vão depender da forma como a família e a criança serão, com a ajuda dos profissionais, capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências derivadas (Barros, 2003). Esta autora propõe, então, que não seria a experiência de hospitalização em si, mas os processos que podem estar associados a ela, e que são passíveis de controle, tanto pelos adultos como pelas crianças, que são comumente associados às perturbações emocionais e problemas comportamentais posteriores.

As reações da criança diante do processo de doença e de hospitalização fornecem vários subsídios para a tentativa de adaptação do ambiente hospitalar às necessidades que a criança apresenta, assim como a identificação dos agentes estressores e dos aspectos positivos da situação de hospitalização, que representam uma referência para o atendimento oferecido à criança. Os variados modelos teóricos apresentados propõem concepções diversas sobre os conceitos de doença e hospitalização para as crianças. Assim, a partir da revisão da literatura especializada, foi possível identificar os elementos chaves de análise para atender aos objetivos da presente pesquisa.

A seguir serão apresentadas as considerações sobre a utilização do desenho como medida de avaliação de aspectos psicológicos de crianças que se encontram hospitalizadas, pois, conforme citam Menezes, Moré e Cruz (2008), o desenho tem sido associado à avaliação de ansiedade e à investigação dos conceitos sobre saúde e doença para crianças acometidas por doenças agudas e crônicas.

3.5 O Desenho como Instrumento de Medida de Fenômenos Psicológicos em Crianças Hospitalizadas

O desenho enquanto manifestação gráfica de sentimentos e pensamentos representa uma das formas mais primitivas de

comunicação humana (Anning & Ring, 2009; Di Leo, 1985; Favero & Salim, 1995; Greig, 2004; Klepsch & Logie, 1984; Weschler, 2003; Weschler & Schelini, 2002). De modo geral, os estudos referentes ao uso do desenho estão relacionados à avaliação da cognição, motricidade, afetividade, aspectos culturais e sociais do ambiente infantil Grubits (2003).

Como instrumento de medida de fenômenos psicológicos, o desenho adquiriu importância na investigação da inteligência e desenvolvimento cognitivo (Hutz & Bandeira, 2000) sendo o uso da figura humana aplicado na construção de instrumentos de avaliação psicológica por vários pesquisadores, como Goodenough, em 1926, 1964; Machover, em 1949 e Harris, em 1963. Koppitz, em 1968, ampliou a escala Harris-Goodenough, por meio de um sistema quantitativo, objetivando a avaliação de problemas de aprendizagem e distúrbios emocionais (Hutz & Bandeira, 2000). No Brasil, são referidos também os trabalhos de Van Kolck, em 1966 e 1984; Alves, em 1981 e 1998; Hutz e Antoniazzi, em 1995; Weschler, em 2003; e Sisto, em 2005 (Sisto, 2005; Weschler, 2003).

O uso do desenho com a perspectiva projetiva também foi muito difundido, pois as técnicas projetivas possibilitam a observação e a compreensão de aspectos latentes ou inconscientes da personalidade. Nesse sentido, Klepsch e Logie (1984) descrevem o uso do desenho para avaliar aspectos variados da personalidade, entre eles os aspectos relacionados às doenças físicas.

Williams, Wetton e Moon (1989) estudaram as crenças e os conhecimentos de crianças com idades entre 4 e 8 anos, sobre o que é ser saudável e o que é possível fazer para ser ou se manter saudável, através da utilização do desenho seguido de relato verbal, chamado de “desenho-e-conversa”. Os autores observaram que a técnica favorecia a obtenção de informações junto às crianças mais novas, mostrando-se também como uma possibilidade para investigar crianças com idades variadas, em diferentes idiomas e até com necessidades especiais.

Slusarska, Krajewska-Kula e Zarzycka (2004) citam o desenho como instrumento de investigação das concepções reais e ideais de crianças sobre o profissional da enfermagem. Outros autores demonstraram interesse na utilização do desenho para investigação de aspectos relacionados à doença e hospitalização infantil, entre eles Di Galo (2001), que demonstrou que o desenho livre possibilitava um espaço potencialmente criativo entre realidade e fantasia, tornando mais fácil à criança expressar os significados da doença e a sua influência na experiência pessoal e sentimentos.

Crepaldi e Hackbarth (2002) avaliaram sentimentos e comportamentos de crianças hospitalizadas que aguardavam cirurgias eletivas utilizando o desenho e o relato verbal e concluíram que a situação de cirurgia mobilizou a experiência de sentimentos negativos associados à punição por comportamentos inadequados, além da percepção da falta de acolhimento por parte da equipe de saúde.

O desenho também foi utilizado como medida de ansiedade antes e após a cirurgia por Oliveira, Cariola e Pimentel (2001), que avaliaram crianças com fissura lábio-palatina que aguardavam cirurgia eletiva. Os dados não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, mas o uso do desenho foi considerado eficaz para a avaliação da ansiedade infantil.

O'Malley e McNamara (1993), em um estudo com crianças que aguardavam a realização de cirurgias observaram que o desenho possibilitou uma forma de comunicação e avaliação que pode auxiliar a equipe de saúde hospitalar a reconhecer os medos das crianças e oportunizar conforto e esclarecimentos de conceitos errôneos às mesmas.

Clatworthy, Simon e Tiedman (1999a, 1999b) utilizaram o desenho para avaliar o estado emocional de crianças hospitalizadas, com idades entre 5 e 11 anos através do instrumento *The Child Drawing: Hospital* e concluíram que o mesmo se mostrou adequado para medir os níveis de ansiedade de crianças hospitalizadas.

Com a proposta de investigar o que pensam e sentem crianças internadas e suas mães em relação às suas experiências com saúde, doença e o significado das mesmas em enfermaria pediátrica, Marrach e Kahhle (2003) com base no estudo de Fávero e Salim (1995), utilizaram o desenho como instrumento de coleta de dados. As autoras concluíram que a saúde e a doença foram associadas às condições físicas (possibilidades e restrições) enfatizando os sentimentos decorrentes dessas experiências.

Trinca A. M. T. (2003), através da técnica do “desenho-estória”, que explora vários elementos da dinâmica psíquica como as fantasias, os desejos, as angústias, a utilização do pensamento e as defesas, avaliou crianças que aguardavam a realização de cirurgias eletivas e observou que a técnica permitia o acesso às ansiedades e fantasias referentes a esse procedimento.

Quintana, Arpini, Pereira e Santos (2007) utilizaram a entrevista lúdica e a técnica do “desenho-estória” para conhecer como crianças com idades entre 8 e 10 anos vivenciavam a experiência de hospitalização. Os resultados indicaram a percepção do hospital como

um lugar triste, mas que proporcionava algumas situações agradáveis como o espaço para brincar. Além disso, as crianças apresentaram compreensão dos procedimentos hospitalares realizados para a obtenção da superação da doença, apesar de dolorosos. Os autores também verificaram que a relação com a equipe de saúde foi identificada de forma ambivalente, pois os profissionais são “legais” e se preocupam com as crianças, mas ao mesmo tempo realizam procedimentos que são percebidos como angustiantes e dolorosos.

Utilizando a mesma metodologia do “desenho-estória”, Ribeiro e Pinto Junior (2009) avaliaram crianças de 7 a 12 anos que encontravam-se hospitalizadas, objetivando conhecer as representações sociais da hospitalização/hospital. Os autores concluíram que as crianças se ancoraram em duas diferentes teorias: a primeira relativa ao hospital enquanto equipamento de ajuda, tratamento, apoio e salvação e a segunda, como local de privação, exclusão, sofrimento, punição e castigo.

Em outro estudo, Rezende, Brito, Malta, Schall e Modena (2009) avaliaram a relação de crianças com idades entre 4 e 16 anos, portadoras de câncer, em tratamento pelo SUS em hospitais oncológicos de referência que encontravam-se hospedadas em casas de apoio. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram entrevistas e desenhos (livre e temático), sendo que o desenho foi percebido como um instrumento que favoreceu as condições para a projeção da realidade de crianças e adolescentes, além da constatação de seu caráter prático, econômico e expressivo. Contudo, os autores sinalizam que as dificuldades no uso dessa metodologia encontram-se na análise do conteúdo que deriva do desenho, pois a mesma deve considerar a singularidade de cada sujeito, seu contexto e história clínica. Os desenhos possibilitaram verificar também, a necessidade de uma escuta adequada dos profissionais de saúde frente às queixas, dúvidas e dificuldades relativas à compreensão e manejo do tratamento das crianças e adolescentes.

O conjunto dos estudos citados evidenciam portanto, o consenso de que o desenho permite a observação e a avaliação de fenômenos psicológicos relacionados aos contextos de saúde, doença e hospitalização infantil, caracterizando-se como um instrumento eficaz de medida, fato também ressaltado por Menezes et al. (2008).

A seguir serão apresentadas as considerações de estudos elaborados com familiares e acompanhantes de crianças hospitalizadas, bem como as implicações desta experiência para a família, pois o adoecimento e a permanência no hospital afetam o grupo familiar da

criança, que vivencia esse momento com uma variedade de emoções que são moduladas a partir das significações que vão sendo construídas.

3.6 A Família da Criança Hospitalizada

Os primeiros hospitais destinados à criança, no século XVIII, possuíam uma atmosfera familiar, pois os pais eram encorajados a permanecer com seus filhos e a equipe de saúde não se vestia de forma diferenciada. Ao final do século XIX, algumas mudanças ocorreram e a possibilidade dos pais transmitirem infecções aos filhos hospitalizados modificou o panorama anterior, sendo as visitas familiares desencorajadas e restritas (Capparelli, 1996, Crepaldi, 1999a). Em função dessas alterações, a equipe também passou a vestir-se com roupas denominadas “higiênicas” e por sua vez, o paciente passou a ser a doença, um número de leito ou prontuário (Capparelli, 1996; Ceccim, 1997).

A partir dos anos 50 do século XX, os estudos de Bowlby (1982/2006) e Spitz (1979/2004) sobre os efeitos da separação e privação da criança de sua mãe, bem como da institucionalização de crianças e a saúde mental das mesmas, incentivaram a tomada de medidas efetivas para ocorrer novamente a inclusão de familiares durante o processo de hospitalização da criança. Isso também se deve à constatação de que a presença da família durante esse processo, favorece o desenvolvimento da criança e possibilita às mães o aprendizado de cuidados básicos com a criança hospitalizada (Crepaldi, 1999b; Crepaldi & Varella, 2000; Zannon, 1994).

No Brasil, a partir da Lei N° 8.069 de julho de 1990⁶, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA de 1990, foi efetivado o direito da criança ser acompanhada, conforme o Art. 12, que prevê que “(...) os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Brasil, 1991/2003, p.12). Ressalta-se ainda que a presença da mãe durante o período de hospitalização do filho se mostra mais freqüente entre os acompanhantes do que outros membros da família (Crepaldi & Varella, 2000; Moura & Ribeiro, 2004).

⁶Fonte: LEI N° 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990, acessado em 20/04/2010, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.

A este respeito, estudos como o de Sabatés e Borba (2005) relacionam o predomínio da presença da mãe, à capacidade feminina em dedicar-se à criança nos momentos em que esta necessita de atenção, suprimindo as demandas de higiene, alimentação e conforto, ou do contato que possibilita a manifestação do sentimento de unidade entre ambas. Além desse aspecto, Milanese, Collet, Oliveira e Vieira (2006) ainda ressaltam que o elo de ligação entre mãe e filho muitas vezes é relacionado ao fato de algumas mães referirem a percepção de sentir a dor do filho ou expressarem o desejo de que toda a situação de dor e sofrimento gerado pela hospitalização seja direcionada à ela, poupando a criança da dor de estar hospitalizada.

Machado, Souza, Machado e Rebello (2006) referem ainda que é mais comum a permanência materna no hospital, pelo fato de muitos pais apresentarem emprego fixo e das mães ocuparem-se mais dos afazeres da casa e dos filhos. Mesmo nas situações em que a mãe trabalha, é mais freqüente a mulher faltar ao trabalho nas circunstâncias de hospitalização de uma criança, pois o cuidado com os filhos é entendido culturalmente como uma responsabilidade feminina. Para Moura e Ribeiro (2004), os pais manifestam mais sentimentos de ambivalência do que as mães quando avaliam a necessidade de estar no hospital com o filho ou desempenhar o papel de provedor da família. Outros autores relatam também que a criança demonstra a preferência da presença da mãe durante a hospitalização, pela forma como esta reage às manifestações de choro, irritação, inquietude, agitação, medo e dor da criança, em especial das crianças mais novas, que costumam estar mais tempo em contato com suas mães (Machado et al., 2006; Sugano, Sigaud & Rezende, 2003).

No entanto, Novaes (2006) chama a atenção para o fato de que nem sempre é a mãe quem acompanha a criança durante a internação hospitalar, pois ocorrem situações freqüentes em que a figura materna é substituída por irmãs mais velhas, avós, tias, pais ou avós. A autora justifica que tal situação estaria associada às mudanças estruturais no núcleo social familiar, que impelem a família a encontrar formas variadas para a resolução da crise gerada pela doença da criança, pela necessidade de cuidados durante a internação e pelas pressões sócio-econômicas. O modelo do pai provedor já não responde mais à realidade única e em muitas famílias o trabalho da mãe é a fonte de renda principal, acarretando na escolha de outros acompanhantes para a criança durante a hospitalização.

A reinserção durante o processo de hospitalização, após o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, inicialmente da mãe

acompanhante, depois da família e da rede de apoio familiar e social, trouxe consigo o impacto dessa presença para a equipe de saúde que presta o atendimento, pois os pais, em muitos casos, são considerados como um problema, em decorrência da expressão de seus sentimentos e dos questionamentos à equipe sobre o cuidado e tratamento da criança. Porém, Crepaldi (1999b) demonstra que algumas equipes de saúde reagem de forma diferente à presença dos pais durante a hospitalização. Essa diversidade de respostas pode ser observada em sua pesquisa, realizada com famílias em duas unidades pediátricas que mantinham o programa Mãe-participante (cujo objetivo é a permanência do familiar por tempo integral com a criança hospitalizada), a fim de comparar os dados sobre a participação dos pais nos cuidados aos filhos hospitalizados em ambas instituições. Os resultados indicam como hipóteses para as diferenças encontradas nos dois locais da pesquisa, a presença ou a falta de integração e treinamento da equipe de saúde em prestar assistência de boa qualidade, sugerindo a necessidade de planejamento para a participação dos pais nos cuidados do filho hospitalizado em termos de projeto da equipe de saúde como um todo.

A interação da família com a doença e a hospitalização gera desestruturação na organização da estrutura familiar, assim como a tentativa de reaver o equilíbrio através de uma redistribuição das cargas emocionais (Crepaldi, 1999; Motta, 2004). Aspectos como o diagnóstico de uma doença no filho e seu tratamento, são geradores de sentimentos diversos na família. As reações mais comuns à doença e à hospitalização são, por parte da família: a) tranquilidade; b) força interior; c) respeito; d) esperança; e) medo; f) insegurança; g) pressão; h) apatia; i) desespero; j) desestruturação; k) superproteção; l) redução da afetividade; m) abandono do lar; n) angústia; o) impaciência; p) intolerância; q) culpa; r) negação; s) raiva; t) barganha; u) depressão e v) aceitação (Chiattonne, 2003; Motta, 2004).

Crepaldi (1999a), em seu estudo referente às representações sociais de famílias sobre a doença e hospitalização dos filhos, afirma que a doença infantil apresenta um núcleo básico formado pelo sintoma, sendo o seu surgimento fundamental para que o estado de doença seja admitido pelos pais. A autora concluiu que, além dos sintomas, os pais identificaram a doença nas crianças através da incapacitação para o brincar e o estado de prostração que se opõe à vivacidade e à atividade da criança. Para os pais, a primeira preocupação ao chegar ao hospital referiu-se à necessidade de denominar a doença, conhecer o diagnóstico e as causas da mesma, sendo que as causas foram entendidas sob três pontos de vista: a) fatores endógenos, que são os

fatores inerentes à própria criança; b) fatores exógenos, considerados agentes concretos e externos e ao homem, frequentemente presentes nos ambiente e agentes abstratos e pouco delimitados como as manifestações climáticas; e c) fatores ligados aos pais de forma direta ou indireta, imediata ou não. Neste terceiro ponto de vista, a autora observou a presença de sentimentos de culpa, visto que os pais imaginavam que de algum modo poderiam ter evitado a doença. O diagnóstico da doença representou para os pais uma condição para atingir a cura e assim, o nome da doença e o diagnóstico significavam o ponto de partida para que fossem estabelecidas as estratégias de tratamento da equipe que, a partir da chegada da criança, assumia o papel de curar a doença (Crepaldi, 1999a).

Os sentimentos gerados pelo diagnóstico também afetam a compreensão da família sobre a doença, sendo frequentemente associados à forma como os conhecimentos e as percepções acerca das causas e tratamento são veiculadas no meio familiar. Em um estudo com pais e crianças usuárias de um ambulatório de AIDS pediátrica em Belo Horizonte-MG, Drummond, Pinto, Mesquita e Schall (2008) buscaram investigar os conhecimentos e percepções das crianças soropositivas e seus pais sobre AIDS e observaram que as crianças não têm uma idéia real da doença em virtude dos pais tentarem manter o diagnóstico em segredo, privando-as das informações corretas sobre a sua patologia. Muitas mães manifestaram o medo de expor a doença da criança aos responsáveis da escola por temerem que ocorresse a discriminação da criança. Outras mães alegaram que seus filhos não freqüentavam a escola devido à medicação e ao medo de que as pessoas descobrissem que a criança era portadora do vírus HIV, desse modo, algumas crianças eram privadas de experimentar os benefícios da vida escolar e as relações saudáveis com outras crianças.

No que diz respeito à dinâmica interacional da família que possui algum membro doente ou hospitalizado, observa-se que os papéis que sustentam as interações familiares são alterados, podendo inclusive desencadear ou ampliar problemas conjugais. Além disso, Milanese et al. (2006) ressaltam que a estadia no hospital pode representar um momento gerador de ambivalência aos pais, visto que ao acompanhar a criança doente durante a hospitalização, nem sempre podem contar com alguém que lhes ajude com os outros filhos que estão em casa. Os irmãos de uma criança doente também podem manifestar sentimentos de rejeição em função da ausência dos pais (Chiattone, 2003; Crepaldi et al., 2006).

Milanesi et al. (2006) em seu estudo com familiares de crianças hospitalizadas relatam que durante o processo de hospitalização do filho, a mãe encontra-se exposta às pressões internas e externas. As autoras referem às pressões internas, os sentimentos de preocupação e culpa, entre outros, e às externas, relacionam os aspectos do ambiente, do hospital e suas particularidades. Esses fatores acarretam em expressões diretas do sofrimento vivido, através de atitudes agressivas, preocupações, medo, desconfiança, desânimo, tensões e individualismo. As mães também expressaram os sentimentos de nervosismo e impaciência frente ao tempo que “parece não passar”, para aquele que acompanha um paciente hospitalizado. Tais sentimentos também parecem ser incrementados pela angústia diante da ausência de diagnóstico e de impotência frente à situação. Além disso, algumas mães demonstraram o sofrimento por meio de choro, somatizações e cansaço, como limite do enfrentamento do mesmo. Nesse sentido, indicam Milanesi et al. (2006), o quanto é psicologicamente oneroso sair do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, caracterizado pela estranheza tanto em termos físicos, quanto em termos das relações ali estabelecidas, exigindo uma adaptação a esse ambiente cujo objetivo final é a cura da criança. No entanto, algumas mães também expressaram sentimentos positivos, como a possibilidade de acompanhar os filhos durante a hospitalização, fornecendo carinho e amor, pois, o fortalecimento do vínculo mãe-filho acabava neutralizando o sofrimento, indicando que com o passar do tempo, a família vai aceitar os fatos e interpretando os mesmos de forma mais otimista. Assim, os sentimentos apresentados pelos acompanhantes foram relacionados pela vivência particular desse evento na trajetória dos mesmos.

Balieiro e Cervený (2004) ressaltam que a doença pode virar o foco da família, tornando periféricos os outros problemas, sendo necessária a utilização de inúmeras manobras para que o grupo familiar encontre alguma acomodação nas alterações que está vivendo. Pois, ao vivenciar a doença de um filho que necessita de hospitalização, “(...) a família ingressa em um mundo novo, o mundo do hospital, cuja organização, dinâmica e lógica são muito diferentes do seu cotidiano (...)” (Motta, 2004, p.154).

Como visto anteriormente, a compreensão e as reações da criança frente à doença e a hospitalização, estão estreitamente relacionadas às crenças e significados que a família atribui a esses eventos, bem como às experiências familiares vinculadas à hospitalização e as preocupações com a doença e/ou cirurgias (Barros, 2003; Capparelli, 1996; Crepaldi,

1999a; Dias et al., 2003; Oliveira, 1993). Esta correlação entre a família e os significados atribuídos à doença ficam bem evidenciados na citação abaixo:

Quando a mãe leva o filho para o hospital, traz para esse lugar de separação uma parte do seu corpo que sofre e a faz sofrer, que está destruído e a destrói, que a persegue e é por ela perseguido. Assim, o pedido que a mãe faz ao médico não se refere apenas e necessariamente à cura, mas é também um pedido de proteção e reparação: reparação para a mãe e proteção para ambos, contra os impulsos de morte (Torres, 2002, p.130).

Quando o processo de doença da criança culmina em hospitalização, o manejo da família para a vivência desse momento deve ser direcionado de forma cuidadosa. A esse respeito, Crepaldi e Varella (2000) referem que a recepção da família da criança na instituição hospitalar representa um momento decisivo para os acompanhantes, por caracterizar-se no momento de tomada de decisões, através do consentimento para realizar os procedimentos médicos com a criança, informar os parentes sobre esse evento e gerenciar a ansiedade ocasionada por essa situação.

Partindo desses dados, as autoras supracitadas avaliaram a vivência dos pais de crianças hospitalizadas, no momento da recepção para a internação hospitalar dos filhos, em uma unidade de pediatria de um hospital universitário. Os dados decorrentes desse estudo revelaram que a interação dos pais com a pessoa que os recebe na internação foi considerada pouco *personalizada*, apesar da equipe manter um membro relativamente próximo aos acompanhantes na ocasião de recepção da criança internada. De modo geral, as mães são vistas como pessoas que devem auxiliar no processo de cuidados com a criança (banho, alimentação, troca de fraldas). Porém, constatou-se que ocorreu uma divergência de informações para as mães sobre *poder permanecer* com a criança internada, caso fosse o desejo das mesmas, ou *ter que permanecer*. As informações fornecidas pela recepção e assimiladas pelas mães foram relativas às necessidades mais imediatas das mesmas; porém, o estado emocional materno, influenciou na forma como essas informações foram assimiladas. A conclusão final sinaliza para uma falta de uniformidade de procedimentos informativos à família, gerada

talvez pela falta de consenso da equipe sobre a permanência dos pais durante o processo de internação e que por sua vez acarreta em dificuldades de interação com equipe e na adaptação ao contexto hospitalar.

Nesse sentido, Sabatés e Borba (2005) reafirmam a necessidade da ocorrência de informações suficientes e consistentes sobre a rotina hospitalar aos pais e criança, visto que seus estudos apontam para a evidência de insatisfação dos pais a respeito das informações recebidas durante a hospitalização do filho.

As interações com a família que vivencia a doença e a hospitalização também representaram foco de estudo para Silveira e Ângelo (2006). No estudo das citadas autoras, realizado com famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de São Paulo-SP, os dados demonstraram que a compreensão sobre a interação da família contribuiu especialmente para o entendimento e a ampliação dos conceitos de cuidado centrado na família, que abrangem a participação dos pais no cuidado da criança, o envolvimento e a colaboração da equipe de saúde com os pais na tomada de decisão. Mais do que participar dos cuidados da criança, os pais têm necessidade de se sentirem acolhidos e seguros no ambiente hospitalar.

Nessa mesma linha, Dallalana e Macedo (2006) em seu estudo sobre os aspectos que organizam a interação das famílias dos pacientes com as equipes de saúde hospitalar, observaram os seguintes fatores positivos para que a família colabore na relação com a equipe de saúde: receber estímulo da equipe, apoio, informações, ter abertura para discordar e discutir sobre o tratamento. Os fatores negativos associados foram: a banalização do sofrimento, contato restrito com o médico, falta de atenção nas conversas, grosseria, não ter prioridade no atendimento, tratar a pessoa com rapidez, não oportunizar a conversa, não manter uma relação de proximidade e a demonstração de insatisfação profissional. No mesmo estudo, os aspectos referentes às informações transmitidas pela equipe foram percebidas pelos familiares através do diálogo, sendo este aprimorado na medida em que o profissional está próximo dos familiares e estes podem receber informações claras e completas, sentindo-se à vontade para perguntar. Para tanto, as famílias sinalizam que entre as atitudes do profissional, devem estar presentes a franqueza, o respeito, o uso de linguagem acessível que considere as diferenças culturais e a atitude gentil manifestada através de brincadeiras e sorrisos.

Crepaldi (1999b) também observou, em seu estudo sobre hospitalização conjunta de crianças e seus pais em duas instituições, que o hospital que promovia as informações aos familiares, através de

demonstrações de receptividade, acolhimento e conforto, foi avaliado com um índice alto de satisfação, apesar do cansaço e da dificuldade de enfrentamento relatado pelos pais. Além disso, estes afirmaram terem aprendido, através das informações e procedimentos, a cuidar do filho hospitalizado, a cuidar dos outros filhos e de si mesmos. A manifestação de insatisfação ocorreu através do relato da falta de contato com o médico, que por sua atitude impessoal, não estimulava a família a buscar a interação. Já no outro hospital, que não promovia o apoio às ansiedades dos pais, estes buscavam o suporte nas relações com outros pais, procurando a equipe somente quando careciam de informações. Andraus, Minamisava e Munari (2004) corroboram com este tema, ao referirem as seguintes necessidades relatadas por pais de crianças hospitalizadas durante a internação: a) necessidade de segurança; b) necessidade de segurança da criança; c) comunicação; d) controle; e) competência; f) adaptação; g) família; h) assistência e i) necessidade de satisfação de necessidades práticas. Indicando a importância de ouvir a perspectiva daqueles que acompanham o processo de hospitalização dos filhos. Quando a perspectiva dos acompanhantes é ouvida, uma gama de fatores referentes ao cuidado prestado pode ser avaliada. Nesse sentido, Costenaro, Daros e Arruda (1998) referem em seu estudo com acompanhantes de crianças hospitalizadas, que, em termos de cuidado recebido, os acompanhantes expressaram significados relativos a um cuidado bom, descrito como aquele que foi além de simplesmente recebê-los, mas onde estiveram presentes a cordialidade, a atenção e o acolhimento às necessidades do acompanhante e da criança. E embora tenham manifestado a percepção de terem sido bem cuidados, os acompanhantes indicaram aspirar níveis melhores de cuidados e orientação.

Milanesi et al. (2006) afirmam em seu estudo que as mães utilizaram estratégias de enfrentamento para lidar com o sofrimento psíquico gerado pela hospitalização dos filhos. Entre as estratégias citadas, a *conversa* foi referida como uma saída para lidar com as pressões decorrentes da vivência de acompanhar a hospitalização de uma criança, pois “(...) ao conversar, as mães contam umas às outras seus sentimentos e preocupações, enfim, acabam se identificando, pois todas têm muitos aspectos em comum”(p.773). Outras estratégias citadas referiram-se a *deixar o quarto da criança por alguns instantes* e *caminhar pelo corredor ou pelos ambientes do hospital*, além de *chorar* e *ter fé em Deus*. No entanto, algumas mães alegaram desejar sair do quarto, mas não o fizeram por temer que pudesse acontecer algo com a criança durante a sua ausência temporária. Tais estratégias estão

associadas ao que Nascimento, Luiz, Furquim, Bortoli, Rigotti e Gianoti (2006) referem em relação ao espaço hospitalar ser encarado também como um local que oferece oportunidade ao lazer dos acompanhantes, pois a descontração e a alegria transformam os aspectos desagradáveis da hospitalização e contribuem para melhorar a qualidade de vida da criança e de quem a acompanha na internação.

Cabe apontar que na relação de cuidadores, o pai aparece na assistência à criança doente quase sempre de forma indireta (Oliveira, 1993), representando uma atitude que muitas vezes a equipe desqualifica, sem previamente investigar os motivos da não participação paterna, para além das questões culturais.

Em muitos casos, ambos, pai e mãe e suas famílias se vêem impossibilitados de permanecerem ou visitarem seus filhos hospitalizados. Segundo Chiattonne (2003), as principais causas para a não visitação dos pacientes internados na pediatria de Hospital em São Paulo-SP pela família foram: a) o horário de trabalho incompatível ao horário de visitas; b) residir longe do hospital; dificuldades financeiras para utilizar condução até o hospital; c) impossibilidade de deixar os filhos pequenos em casa sozinhos; d) impossibilidade física (dos pais ou irmãos); e) ansiedade e culpa em relação à doença e por responsabilidades imediatas; f) incapacidade para suportar o sofrimento da criança; g) negação da doença; e h) transferência da responsabilidade à equipe de saúde, abandono e afastamento da criança com doenças terminais. É possível inferir também que a restrição para o período de visitas da família ao hospital desestimule a aproximação desse ambiente. Tais informações parecem apontar para vários indicadores de mudanças que favoreceriam uma melhor adaptação do hospital às necessidades e possibilidades da família.

Crepaldi (1999a) ressalta que a abordagem da equipe em relação aos familiares deve privilegiar os seguintes aspectos: a) considerá-los como pessoas que acompanham seus filhos e necessitam receber treinamento para esta função; e b) considerá-los como usuários que também necessitam de atenção. De forma complementar, Ceccim (1997) refere que assegurar uma abordagem humanística de assistência, evitando os sentimentos de solidão através do encorajamento, consolo e conforto, garantindo para que a criança e sua família se sintam cuidados, representam fortes conteúdos para uma ação integral de “escuta à vida”, pois a falta de disposição para atender cria sentimentos negativos como a perda, o abandono e a dor, enquanto o relacionamento agradável se mostra terapêutico e restaurador.

Barros (2003) afirma que os pais quando acompanham seu filho durante a hospitalização e tratamentos dolorosos, possuem um papel central, que precisa ser por eles reconhecido com a ajuda da equipe de saúde, pois lhes permite conhecer e compreender as reações infantis mais comuns e esperadas, possibilitando a utilização dessa relação mais privilegiada para auxiliar o filho nos momentos difíceis.

Nesse sentido, o conhecimento das significações que os pais atribuem a esse evento se torna um elemento indispensável para que a equipe de saúde estabeleça melhores mediações entre o paciente infantil e sua família. As significações são definidas como atividades dirigidas à interpretação ou explicação da realidade, que “(...) que equivalem a construções mentais, que se produzem de forma ordenada e inclusiva durante o desenvolvimento” (Joyce-Moniz, 1993, p. 53).

Com base nessa perspectiva, Barros (1996, 1999 e 2003) desenvolveu um modelo de significações parentais que constitui uma seqüência desenvolvimentista das significações parentais sobre os problemas de desenvolvimento, comportamento e saúde dos filhos. Essa seqüência foi caracterizada em diferentes níveis hierárquicos de significação parental que partem de níveis mais concretos para os mais abstratos, sendo que “ (...) uma leitura desenvolvimentista destas construções parentais permite definir uma seqüência que se hierarquiza em níveis de progressiva diferenciação, flexibilidade e integração tais como definidos por Piaget (Barros, 1996)” (Barros, 2003, p. 49)⁷.

Na mesma linha de investigação das significações sobre saúde e doença em adultos, Fradique e Reis (2002, 2004) estudaram as significações que pessoas leigas em medicina possuem sobre saúde e doença. Os autores pesquisaram as significações de portugueses adultos jovens (18 a 35 anos), adultos de meia idade (36 a 65 anos) e idosos (mais de 65 anos) e identificaram os seguintes temas na dimensão da saúde: a) não estar doente; b) não sentir o corpo; c) bem-estar físico e psicológico; d) bem-estar consigo próprio; e) não cometer excessos; f) poder fazer aquilo que se quer; g) capacidade para gerir o dia-a-dia; h) saber controlar a doença; i) órgãos funcionam bem; j) saúde não é estado perfeito ou absoluto; k) equilíbrio biopsicossocial; l) saúde é ausência de dores e de sofrimento; m) sentir o corpo; n) subjetividade da saúde; e o) saúde como dádiva de Deus. A dimensão da doença foi caracterizada pelos seguintes temas: a) presença de sintoma, sensações; b) anomalia

⁷ A síntese desenvolvimentista dos níveis das significações parentais de Barros (2003) e Silva (2006) pode ser visualizada no Anexo 2.

do organismo; c) não poder fazer o que se quer; d) mal-estar; e) falta de apoio inter-pessoal; f) estado de espírito; g) desequilíbrio biopsicossocial; h) perda da autonomia; i) subjetividade da doença; j) dependência de outros; k) não ter saúde; l) doença identificada com diagnóstico médico; m) perda de capacidades.

Em uma outra análise referente às significações leigas de adultos sobre as causas e a prevenção das doenças, Reis e Fradique (2003) identificaram um perfil causal e um perfil preventivo. No perfil causal, as significações mais freqüentes foram relativas a: a) falta de cuidados; b) alimentação; c) vírus e bactérias; d) problemas congênitos e hereditários; e) estado de espírito, sendo a mais freqüente atribuída a falta de cuidados. No perfil preventivo, observaram as seguintes significações: a) cuidados pessoais (prevenir-se com a realização de cuidados com a higiene, alimentação, utilizar agasalhos) e b) impossibilidade de prevenir certas doenças (doenças causadas pela hereditariedade, ou decorrente de alguma propensão do organismo, acidentes). Seguindo a perspectiva desenvolvimentista, o estudo se propôs a verificar a existência de variações das significações com a progressão da idade. Os dados indicaram que as significações de causalidade das doenças entre jovens adultos enfatizaram o estado de espírito; o grupo de adultos de meia idade referiu o tema perda de capacidades; e o grupo de idosos privilegiou a falta de cuidados. Em relação às significações da dimensão da prevenção das doenças, tanto os jovens adultos, como os adultos de meia idade e os idosos enfatizaram os cuidados pessoais.

Dessa forma, o conhecimento sobre as significações dos adultos possibilita compreender a construção das significações das crianças, visto a influência que as crenças e atitudes parentais têm sobre o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, Barros (2003) ainda ressalta que:

O reconhecimento do primado das significações na sua complexidade cognitiva e emocional também nos ajuda a compreender melhor o processo de interação e determinação mútua entre pais e filhos. Ao longo da vida, e por meios de vivências de ameaça e/ou concretização de doenças diversificadas, pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos seus processos de aquisição e transformações de significações sobre saúde e doença, sobre a adesão aos tratamentos e sobre as melhores formas de confortar a

ansiedade e o sofrimento (Barros, 1996a) (Barros, 2003, p.39).

Os pais ocupam um papel considerado privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças sobre saúde e doença; além disso, representam moderadores importantes da saúde da criança tanto pelas atitudes concretas, quanto pelas significações que expressam de diferentes modos em contextos diversos (Barros, 1996).

Joyce-Moniz (1993) ressalta ainda a valorização da intervenção com os adultos que mais diretamente organizam e estruturam as experiências das crianças, pois, as perturbações infantis relacionam-se comumente a processos adaptativos que ocorrem em situações de crise e estresse, e que freqüentemente estão sob o controle total ou parcial do adulto. Desse modo, a perspectiva desenvolvimentista considera e reconhece o papel essencial dos pais na prevenção e tratamento das doenças dos filhos.

Quando os pais assumem esse papel nos cuidados e tratamento do filho também devem conferir à criança a participação em seu processo de reabilitação e cura, pois a mesma precisa ser considerada um parceiro ativo no diagnóstico e tratamento; no entanto, até próximo ao fim da adolescência, são os pais os responsáveis principais pelo tratamento da criança, pois “(...) face à prescrição tratamentos e à recomendações de atitudes educativas, os pais são sempre ‘resolvedores de problemas’, a quem cabe tomar a decisão de cumprir, ignorar ou adaptar os conselhos dos profissionais” (Barros, 2003, p. 48).

Crepaldi (1999a), numa outra perspectiva que baseia-se nas representações sociais, refere que as representações da doença da criança, para os pais, se constroem a partir de uma multiplicidade de fatores como aquilo que viram e ouviram sobre as doenças infantis, e as “(...) imagens e significações que acumularam, advindas do grupo social ao qual pertencem (...)” (p.85), além da própria experiência de ter um filho doente.

Assim, a importância de incluir e preparar os pais para desempenhar as funções de cuidado do filho hospitalizado, implica na utilização de estratégias adequadas por parte da equipe de saúde, pois esta experiência pode ser considerada também uma oportunidade de promover o desenvolvimento dos próprios cuidadores, visto que ao acompanhar a criança podem se sentir competentes por contribuir na recuperação do filho (Bezerra & Fraga, 1996), além de ampliar seu repertório de conhecimentos acerca do processo saúde e doença.

Os efeitos e a importância da participação da família durante a hospitalização, também são sinalizados por Collet e Rocha (2004), Dupont e Soares (2005), Franco e Aguillar (2007), Imori, Rocha, Sousa e Lima, (1997), Lima, Rocha e Sochi, (1999), Oliveira e Ângelo (2000), Oliveira et al. (2004), Pinto, Ribeiro e Silva (2004, 2005), Rocha, Nascimento e Lima (2002), que referem que a partir da compreensão das necessidades e das interações realizadas com a família e demais redes sociais significativas, a equipe de saúde pode proporcionar uma assistência e abordagem centradas na família, caracterizando um investimento que permite a prestação de serviços suficientes à criança e seus pais.

A estruturação e as características das redes sociais significativas serão abordadas a seguir, bem como sua interface com o processo que envolve os acompanhantes de crianças hospitalizadas.

3.7 Redes Sociais Significativas

O universo relacional do indivíduo é sustentado pelos contextos culturais, subculturais, históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, de existência ou de carência de serviços públicos, de particularidades regionais, nacionais ou continentais. Em um nível mais próximo, a rede social pessoal pode ser definida como “(...) a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (Sluzki, 1997, p.41-42). Sendo assim, as redes são compostas pelos vínculos estabelecidos nos contextos da família, das amizades, das relações de trabalho ou estudo e das relações comunitárias, de serviço.

A composição das redes pode ser registrada e avaliada por meio da construção de um mapa mínimo que inclui todos os indivíduos com quem se estabelece interações, sendo o registro realizado através da consideração dos vínculos de apoio indicados como sendo presentes, com diferentes graus de proximidade, em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou estudo e relações comunitárias (que incluem os serviços de saúde). Desse modo, a rede é avaliada em termos de suas características: a) estruturais: tamanho, densidade, composição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade e tipo de funções; b) funções: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e serviços e acesso a novos contatos; e c) atributos do vínculo: função predominante, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade (compromisso), frequência dos contatos, história (Sluzki, 1997).

Andrade e Vaitsman (2002) citam que as investigações das redes sociais e a saúde têm indicado que a pobreza das relações sociais constitui um fator de risco, comparável inclusive a outros fatores nocivos à saúde como a obesidade, o tabagismo e a hipertensão, acarretando em implicações clínicas para a saúde pública.

Nesse sentido, Sluzki (1997) ressalta que a investigação das relações presentes nas redes sociais é relevante, pois, auxilia na compreensão global dos processos de “(...) integração psicossocial, de promoção do bem estar, de desenvolvimento da identidade e da consolidação dos potenciais de mudança” (p.37), bem como os processos de desintegração psicossocial, de mal estar, doença e dificuldades nos processos de adaptação construtiva e mudanças.

A condição de enfermidade impõe ao indivíduo a presença de impedimentos que modificam as relações sociais, bem como abalam sua identidade. A fragilização provocada por esses fatores, muitas vezes leva à pessoa a reduzir as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, diminuindo a interação daqueles com quem antes se relacionava na rede, gerando um processo potencializador de enfermidade/desvitalização das relações pessoais/enfermidade (Andrade e Vaitsman, 2002).

Por outro lado, as influências positivas da rede social na saúde podem ser compreendidas pelo apoio social que remete ao dispositivo de ajuda mútua, através de aspectos como compartilhar informações, oferecer auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Na situação de doença, a disponibilidade do apoio social favorece a auto-estima e a vontade de viver do paciente, contribuindo com o sucesso do tratamento. Assim,

(...) existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde (Sluzki, 1997, p.67).

Para Dabas (1993) a rede social tem um papel fundamental no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de crise, pois, as diferentes aprendizagens efetuadas pelas pessoas podem ser

potencializadas quando são partilhadas socialmente na busca de soluções para problemas comuns.

A doença e a hospitalização na infância representam fatores que podem afetar as relações da criança e seu acompanhante, pois, durante a internação, os pais que acompanham a criança precisam se ausentar do lar e da convivência com os outros filhos, dos afazeres domésticos e laborais. Muitas vezes, são os familiares, vizinhos e amigos que auxiliam os pais nesta tarefa. Quando a hospitalização é longa, aumenta a preocupação parental em relação à segurança dos outros filhos que permanecem em casa; porém, quando a família não possui uma rede de apoio no período de internação, as dificuldades são potencializadas, pois se somam às já existentes no dia a dia.

Tais aspectos foram observados por Lorenzi e Ribeiro (2006) ao estudar a rede de apoio familiar durante a hospitalização infantil. As autoras ainda ressaltam que, na tentativa de se organizarem em termos de núcleo familiar, os membros buscam apoio a fim de favorecer a permanência dos pais no hospital, sem um prejuízo do cotidiano familiar. Desse modo, a ajuda vem da família nuclear, ampliada e extensa, do hospital e muitas vezes de outras instituições.

Assim, a utilização do mapa de redes sociais significativas permite visualizar quem são os indivíduos que configuram as redes de apoio de acompanhantes de crianças hospitalizadas, visto que uma família bem orientada e com uma rede de apoio atuante, vivencia a internação hospitalar de forma mais positiva. Além disso, o conhecimento das características das famílias possibilita à equipe de saúde uma escuta mais individualizada, e, portanto, mais próxima das necessidades das crianças e seus acompanhantes, sendo esses elementos descritos a seguir.

3.8 A Equipe de Saúde e as relações com a Criança Hospitalizada e sua Família

O ponto de interseção equipe de saúde, criança e família é um aspecto nodal que pode direcionar os rumos do tratamento, da concepção e significados de doença seja de um ponto positivo ou negativo.

Quando a criança adoece e é hospitalizada, deve-se contemplar com atenção e respeito suas necessidades emocionais, os sentimentos de seus pais e também as atitudes, conceitos e emoções dos profissionais que prestam a assistência (Capparelli, 1996).

A equipe hospitalar, de modo geral, parece preocupar-se mais com a “ (...) restauração do órgão debilitado” do que com a saúde da criança, desconsiderando seu desenvolvimento cognitivo e emocional e isentando-se da tarefa de auxiliá-la no enfrentamento da situação (Oliveira, Dias & Roazzi, 2003). Porém, cabe destacar que o ambiente hospitalar exige, por parte dos profissionais, agilidade na tomada de decisões, concentração, cuidado e delicadeza em suas ações. Portanto, a equipe pauta suas atividades em uma série de detalhes essenciais para a manutenção da vida dos pacientes, direcionando sua atuação em procedimentos e dessa forma, acaba não desenvolvendo habilidades de melhor comunicação com a família e o paciente em situação de internação (Nieweglowski & Moré, 2008).

A enfermidade e a hospitalização produzem para a criança uma relação muito particular com o mundo, onde cuidado, cura e atitude de saúde requerem uma abordagem mais integral do profissional que não desqualifique a construção singular da existência, em detrimento dos saberes sobre o comportamento clínico (Ceccim, 1997). Embora seja possível entender a leitura desse autor, considera-se que o sustento de uma abordagem integral da doença no contexto hospitalar implica um conjunto de interações e estratégias que envolvem todo o contexto hospitalar, além de suas relações com os demais sistemas sociais, considerando que não somente médico e enfermeiro são responsáveis.

A preocupação e o medo que as crianças experimentam diante dos procedimentos invasivos (punções venosas, suturas, curativos) têm promovido o estudo dos fatores que desencadeiam tais reações, bem como a criação de programas de preparo psicológico a fim de minimizar o aparecimento de alterações emocionais que venham a interferir no manejo da equipe médica/saúde e que possam repercutir negativamente no futuro ajustamento psicológico infantil (Quiles, Ortigosa, Méndez & Pedroche, 1999). A cirurgia representa um dos procedimentos mais atemorizantes e está geralmente associada a imagens assustadoras veiculadas pela mídia, com objetos cortantes, sangue, procedimentos traumáticos, situações de dor, morte e profissionais utilizando máscaras e roupas específicas do ambiente médico (Barros, 2003; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Kikuchi, Tramontini, Lopes, Kemmer & Garanhani, 2000). A intervenção cirúrgica exige, portanto, o enfrentamento de uma variedade de estressores que provocam diferentes reações psicológicas, biológicas ou evolutivas nos pacientes pediátricos.

A falta de informações adequadas sobre os procedimentos cirúrgicos pode acarretar em fantasias de punição, castigo e temores, que por sua vez estão relacionados a dificuldades na alimentação, problemas

de sono, reaparecimento de comportamentos próprios de etapas anteriores do desenvolvimento, depressão e somatização (Castro, Silva & Ribeiro, 2004; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Quiles et al., 1999).

O comportamento da criança diante da doença, hospitalização e intervenção cirúrgica é diferente do adulto, já que necessita do apoio de seus pais e familiares, não participa da decisão de internação hospitalar e carece de mecanismos de autodefesa efetivos para enfrentar estas situações de estresse (Mora, Leal & Rueda, 2000).

Para melhorar a qualidade de vida, a preparação psicológica no campo da Psicologia da Saúde aplicada à crianças é, segundo Carrillo e Quiles (2000), todo tipo de atuação que tem como objetivo aliviar o estado emocional da criança e seus pais, como consequência da hospitalização. Doca e Costa Junior (2007) citam também a importância de se avaliar os efeitos da intervenção psicológica sobre o comportamento de crianças hospitalizadas e expostas a procedimentos específicos

Para maximizar a efetividade da comunicação, os médicos e outros profissionais da saúde necessitam saber como se avalia emocionalmente um paciente e como comunicar-se com ele a fim de reduzir a ansiedade e a desinformação. Assim, permite-se que o paciente adquira conhecimentos e habilidades que otimizem os resultados dos procedimentos (Aguirre, Urieta & Gutierrez, 2002).

A preparação psicológica baseada na informação, portanto, consiste em proporcionar e esclarecer conhecimentos relacionados a aspectos médicos, sociais e psicológicos da doença e da hospitalização.

Carrillo e Quiles (2000); Palácio e Sebastián (2000) e Sebastián, Quiles e Carrillo (2003) assinalam que a informação oral para crianças hospitalizadas deve ser orientada a: a) evitar as explicações longas, complicadas e muito técnicas, e ainda, evitar dar muitas informações em pouco tempo; b) estar muito consciente que a comunicação é com uma criança e não com um adulto; c) utilizar muitos exemplos esclarecedores; d) assegurar-se da quantidade de informação que o paciente pode reter. Tal orientação deve ser realizada de acordo com o nível de desenvolvimento da criança e através de estratégias e meios adequados à capacidade cognitiva infantil (Barros, 2003).

Alguns recursos têm sido relatados no preparo psicológico de crianças para procedimentos invasivos/cirúrgicos e a própria hospitalização, como a utilização do brinquedo terapêutico, dramatizações, contar histórias, utilizar o material hospitalar (seringas, esparadrapo, máscaras, luvas, etc), livros, vídeos, desenhos, técnicas de relaxamento, respiração, distração, imaginação, treino comportamental e

modelagem (Broering & Crepaldi, 2008; Huerta, 1996; Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Mendéz, Ortigosa & Pedroche, 1996; Sebastián, Quiles & Carrillo, 2003; Soares & Bomtempo, 2003,2004), pois os mesmos permitem à criança hospitalizada, a compreensão de significados que muitas vezes ainda não consegue verbalizar completamente, além de auxiliar a expressão de sentimentos e emoções. Além disso, a utilização de palestras, filmes e cartilhas e livros que envolvem a temática do adoecimento, tratamento médico e hospitalização com crianças que não estejam hospitalizadas, como por exemplo no ambiente escolar, pode representar uma forma de preparação preventiva de cunho educativo (Doca & Costa Junior, 2007).

Helman (2009) citando o COMAC, ressalta ainda que mesmo as crianças pequenas são capazes de reconhecer sintomas anormais e compreender muito do que seus médicos verbalizam, pois não são meramente espectadores passivos de sua doença. Dessa forma, “(...) é importante fornecer-lhes informações que façam sentido para elas em termos de sua própria base exclusiva de referência” (p.134). Assim, a comunicação deve se pautar numa relação que considere a criança e sua família como elementos ativos e participativos de seu processo de tratamento.

Essa comunicação serve com a base da relação médico-paciente, no entanto, conforme Haynal (2005); Jeammet, Reynaud e Consoli (2000); Mello Filho (1992); Perosa, Gabarra, Bossolan, Ranzani e Pereira (2006), contempla não apenas as informações puramente técnicas, mas aspectos subjetivos, necessários para a formulação de um bom diálogo que propicie a compreensão do doente por parte do profissional e a restituição ao paciente da sua compreensão. O trecho a seguir ilustra essa percepção:

Quando o curar e o cuidar significam a afirmação apenas da técnica e do olhar do profissional sobre a criança, estrutura-se um processo pedagógico em que o conhecimento e o saber pertencem ao outro, reduzindo a potência de ação do conhecimento e sua produção de uma positividade à doença e hospitalização (Ceccim, 1997, p.32).

A humanização do atendimento médico, quando se considera que o paciente é uma criança, tem sido objeto de muitos estudos, conforme Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), Bergan, Santos, Bursztyn (2004) e Pauli e Bousso (2003), evidenciando a necessidade de incluir

durante a internação hospitalar, de aspectos inerentes à infância, aos contextos familiar e social da criança e de seus pais.

Oliveira (1993) cita experiências de uma Pediatria menos normativa na adoção de estratégias como a presença de profissionais de educação, a utilização de técnicas psicoterapêuticas e recursos lúdicos que favoreçam a elaboração do processo de doença e hospitalização. Inclui também o programa *Mãe Participante*, que permite à equipe interdisciplinar realizar com as crianças e as famílias, atividades destinadas a minimizar os efeitos negativos da hospitalização. A esse respeito refere Ceccim (1997):

(...) Ampliar a abordagem de saúde na pediatria, para um perfil de atenção que toma como critério a vida, em seus valores de produção de vida e não apenas de sobrevivência ou qualidade biológica da existência, afirma positivamente a experiência da enfermidade ou da hospitalização em lugar de marcá-las como ruptura com os laços interativos da experiência vivencial (p.35).

A literatura especializada indica que quando uma criança é hospitalizada, as pessoas que prestam assistência a ela poderão influenciar positiva ou negativamente o seu desenvolvimento. Dessa forma, tratar de crianças hospitalizadas requer estar atento para a potencialização dos recursos desenvolvimentais da infância. Os profissionais responsáveis pela realização de exames e procedimentos com crianças hospitalizadas são agentes na execução dos mesmos em enfermarias pediátricas; porém, as rotinas extenuantes do trabalho em hospitais dificultam a qualidade do tempo dedicado ao paciente infantil (Soares & Vieira, 2004).

Nessa mesma linha, Martins e Paduan (2010) investigaram o conhecimento do processo de desenvolvimento infantil por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de crianças hospitalizadas em um hospital-escola de São Paulo-SP. Os participantes desta pesquisa (atendentes e auxiliares de enfermagem) não mencionaram ter tido acesso a conteúdos referentes ao desenvolvimento infantil em sua formação, que foi mais voltada para os aspectos gerais do trabalho com crianças. Ainda indicaram que, através da prática, aprendiam o que era preciso, já que em suas formações não foram tratados temas referentes ao desenvolvimento psicossocial da criança. Entre os aspectos negativos relacionados à hospitalização, foram citados pelos participantes o

estranhamento do ambiente hospitalar, que acarretaria em comportamentos sociais, verbais e físicos aquém daqueles que já haviam sido desenvolvidos pelas crianças. Com relação aos aspectos positivos, citaram os ganhos secundários proporcionados pela hospitalização, que configuraria o hospital como um contexto mais favorável de cuidado, atenção e alimentação do que o ambiente doméstico de algumas crianças. Os participantes ainda referiram que, no cuidado com a criança, aspectos como a atenção, o brincar, a vinculação afetiva, o contato físico e a linguagem são importantes. Ainda relataram realizar procedimentos que promoviam esses aspectos, no entanto, não os reconheciam como importantes para o desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada e dessa forma, não se reconheciam como mediadores do desenvolvimento da criança, atribuindo essa função a outros profissionais.

Para Martins e Paduan (2010) tais fatores evidenciam a cisão entre as diversas áreas do conhecimento, o que representa um aspecto que não favorece a prestação dos cuidados de forma integrada, pois perpetua a cultura do atendimento fragmentado. Desse modo, a formação e a capacitação do profissional que atua na área pediátrica devem incluir os conteúdos referentes ao desenvolvimento infantil, a fim de que as ações junto à criança e sua família sejam realizadas considerando as peculiaridades da infância.

Ao investigar os sentimentos de crianças hospitalizadas frente à equipe de enfermagem, identificou-se o desconhecimento por parte da criança sobre a sua doença, sobre o tratamento, medo e ansiedade frente aos procedimentos e desinformação referente aos exames realizados e a realizar, contrariando o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e o que ele preconiza em relação aos direitos da criança hospitalizada (Soares & Vieira, 2004).

Promover a informação às crianças, de seus direitos quando hospitalizadas, estimula a compreensão além de aliviar alguns dos sentimentos experimentados nesta situação (Oliveira, Dantas & Fonseca, 2004). A produção de bem estar na hospitalização infantil deve ser atribuição de todos os profissionais da área da saúde e a Psicologia tem um papel específico ao subsidiar programas de promoção de conhecimento e desenvolvimento de comportamentos que favoreçam a adaptação da criança e da família, através da construção de estratégias de regulação das emoções que permitam o desenvolvimento da criança como um todo (Oliveira, Dias & Roazzi, 2003; Soares, 2001).

As perspectivas apresentadas representam em parte, as vivências observadas pela equipe hospitalar pediátrica, que, segundo Motta

(2004), requer por parte da mesma “(...) o reconhecimento dos limites da vida e o sofrimento de ter a morte como companheira constantemente no cotidiano do hospital, deixam marcas na equipe de saúde, quase sempre profundas (...)” (p. 163), demandando apoio para a manutenção do equilíbrio psicológico a fim de exercer suas funções de trabalho.

Ao percorrer, portanto, a literatura enfatizada neste capítulo, e tendo como base os pressupostos epistemológicos, pretendeu-se abordar a compreensão do processo saúde/doença e hospitalização para a criança e seu acompanhante/família. Além de evidenciar os aspectos do desenvolvimento infantil, que englobam as dimensões cognitivas, emocionais e sociais, bem como o contexto das relações produzidas e estabelecidas no contexto hospitalar junto à equipe de saúde e demais profissionais que nela atuam, destacou-se a multidimensionalidade do tema, a fim de produzir os aportes teóricos necessários para sustentar a discussão dos elementos que caracterizam a complexidade do fenômeno estudado.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização da Pesquisa

A metodologia de investigação não pode ser apenas considerada um conjunto de procedimentos que constituem um fim em si mesmos, mas uma maneira de obter conhecimento legítimo que permita uma posterior articulação a um marco teórico determinado (Ulla & Remor, 2003). No caso do presente estudo e conforme apresentado anteriormente, pretendeu-se identificar a realidade de crianças hospitalizadas e suas famílias a fim de obter dados que em consenso, constituíssem as significações⁸ do processo de hospitalização infantil com base na perspectiva dos usuários. Essa abordagem almejou a possibilidade da construção de conhecimento sobre a experiência vivida pelos participantes, porém, não um conhecimento concebido apenas como uma imagem especular da realidade, mas como uma forma de expressão singular da relação dos indivíduos com o mundo através da linguagem simbólica, que é produto da vida cultural e das trocas com o meio ambiente (Najmanovich, 2002b). Essa singularidade observada nas constantes interações com o mundo permite pensar a subjetividade presente nas relações humanas de forma multidimensional, propondo um modelo ecológico de conhecimento através da complexidade. Como já ressaltado anteriormente, o pensamento complexo requer mais do que apenas uma mudança paradigmática, mas uma transformação global do modo de experimentar o mundo, de co-construí-lo nas interações, de produzir e validar conhecimento (Najmanovich, 2002a).

Por se tratar de um estudo que objetivou conhecer a natureza do fenômeno, suas características e variáveis, classificando-as em categorias que descrevessem os conceitos presentes nas interações, nos desenhos e nos discursos dos entrevistados, o mesmo se configurou como um estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa investiga os significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes das pessoas, caracterizando um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 1998). Além disso, é orientada pela análise de casos concretos, considerando as particularidades, expressões e atividades das pessoas em seus contextos temporais e locais (Flick, 2004).

⁸ O termo *significação* é aqui adotado para nomear os pensamentos que caracterizam a realidade percebida e construída pelos indivíduos (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

A experiência da hospitalização para a criança e seu acompanhante implica no contato direto com o ambiente hospitalar, com as rotinas, restrições, procedimentos realizados no corpo da criança, com as mudanças das atividades cotidianas e que necessitam ser consideradas para que seja possível apreender as significações dessa experiência aos que nela estão inseridos. Nessa perspectiva, Brocki e Wearden (2006) ressaltam que as pesquisas em Psicologia da Saúde têm atribuído grande importância à compreensão das percepções e interpretações das experiências corporais dos pacientes e o significado que eles conferem às mesmas. Essa perspectiva, portanto, permite que se explore as experiências subjetivas auxiliando na descrição e entendimento dos relatos dos participantes elaborados no processo de significar suas experiências.

No caso das pesquisas envolvendo crianças, esses aspectos requerem uma abordagem que compreenda o processo de desenvolvimento infantil de forma ampla. Para tanto, as pesquisas no campo da Psicologia Pediátrica têm contribuído para a compreensão desse processo, pois o foco dos estudos tem considerado o funcionamento e desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional, além da relação entre saúde e doença em crianças, adolescentes e suas famílias (Barros, 2003; Castro, 2007; Spirito, Brown, D'Angelo, Delamater, Rodrigue & Siegel, 2003a, 2003b). A Psicologia Pediátrica ainda preconiza que as pesquisas neste campo contemplem temas relevantes à saúde na infância e adolescência, a fim de contribuir para o esclarecimento de processos e problemas do dia-a-dia de profissionais que atuam com essa população, em contextos de saúde. Autores como Fiese e Bicham (1998) ressaltam ainda que estudos com uma perspectiva qualitativa possibilitam a compreensão de como as percepções dos pacientes infantis e seus familiares sobre os processos de saúde e doença influenciam suas interações com o sistema de cuidados à saúde. Nesse sentido, recomendam as autoras supracitadas que a sistematização de investigações qualitativas poderia trazer uma perspectiva inovadora à antigas questões, contribuindo para a geração de novas formas de intervenção.

A investigação com crianças implica também o gerenciamento de questões metodológicas, sendo necessário o desenvolvimento e a utilização de instrumentos específicos que considerem as características da população pediátrica. Há, na atualidade, um interesse crescente em desenvolver medidas sensíveis o bastante, em termos metodológicos, para avaliar a saúde infantil na perspectiva da criança (Black & Krishnakumar, 2003; Viana & Almeida, 1998). Para Kellet e Ding

(2004) as crianças são as melhores indicadas como fonte de informações sobre elas próprias e seus problemas, desde que os métodos investigativos sejam adaptados aos aspectos relativos ao desenvolvimento infantil.

Cummings, Davies e Campbell (2000) ressaltam ainda a importância de que os estudos na área da Psicologia Pediátrica também tentem incluir, na medida do possível, multi-informantes, pois isto possibilita o conhecimento de diferentes perspectivas. Essa foi a concepção adotada no presente estudo, visto que buscou-se compreender as perspectivas da criança hospitalizada e seu acompanhante, referentes às significações sobre o processo de hospitalização.

O contexto em que a pesquisa foi realizada representou mais uma variável a ser considerada, pois se tratou de um ambiente hospitalar, com suas particularidades e especificidades, exigindo do pesquisador estar atento às complexidades que constituem os diferentes campos de pesquisa, visto que do contrário, corria-se o risco de descontextualizar os dados, imprimindo uma representação parcial da realidade, pois, “(...) ao falarmos do contexto do campo de pesquisa, aludimos tanto, ao potencial que o mesmo tem na significação e sentido dos dados, como na construção de leituras diferentes e possíveis, que dimensionam e resignificam os mesmos” (Moré & Crepaldi, 2004, p. 589). Dessa forma, as autoras citadas ressaltam que a realização da pesquisa no contexto hospitalar requer a observação de tais particularidades, pois esta instituição é estruturada por uma série de setores específicos que se configuram em campos de pesquisas diferenciados (clínica médica, clínica cirúrgica, UTI, emergência, entre outros). Cada um desses setores possui uma dinâmica particular que pode expressar-se através de metáforas próprias, cabendo ao pesquisador, o reconhecimento destas, pois elas possuem relação direta com a compreensão dos significados.

O presente estudo foi estruturado pelas categorias de análise cuja construção ocorreu de forma processual através do consenso dos núcleos da pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados (objetivos, literatura especializada, observação, diário de campo, narrativas, desenhos e mapas de rede). Os elementos de análise que emergiram dos dados coletados possibilitaram a expressão das características do fenômeno investigado e sua posterior discussão.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital pediátrico de uma cidade da Região Sul do Brasil, que presta 4.600 atendimentos/mês, realiza 120

cirurgias/mês e efetua cerca de 380 internações/mês⁹. Esta instituição presta atendimento ao público infantil, com idades entre 0 e 14 anos, 11 meses e 29 dias, que residam na região citada ou demais localidades próximas e que apresentem quadros clínicos diversos, excluindo-se os casos que necessitem exames de alta complexidade. Nas situações mais graves, os pacientes são encaminhados a outros hospitais próximos.

Possui 93 leitos, sendo 63 exclusivos para pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS e 17 leitos para pacientes com outros convênios e particulares. A instituição dispõe também de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP, com 8 leitos (6 pediátricos e 2 neonatais). Os demais leitos são para a observação e recuperação pós-anestésica. Além dessa unidade, o hospital possui pronto-socorro com salas de emergência, observação, curativos e pequenos procedimentos, 3 consultórios, 1 sala de Raio-X, 1 sala para imobilizações com gesso, 1 centro cirúrgico com 2 salas para cirurgias, 1 sala de recuperação pós-anestésica com 3 leitos, 1 farmácia hospitalar, 1 laboratório de análises clínicas, 1 central de materiais e esterilização, 1 rouparia, 3 quartos para plantão e descanso, 1 copa, Serviço de Psicologia (ativo até o ano de 2008), Controle de Infecção Hospitalar, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Fonoaudiologia (ativo até o ano de 2008), Serviço de Pedagogia Hospitalar (ativo até o ano de 2008, sendo reiniciado em 2009), Serviço de Nutrição e Serviço de Assistência Social. Possui uma equipe de 187 funcionários (ou colaboradores)¹⁰ que prestam atendimento em todas as especialidades médicas pediátricas, além dos acadêmicos provenientes da universidade a qual o hospital é vinculado e de outras escolas. A instituição conta com as gerências clínica técnica, de enfermagem, de serviços de apoio, administrativa e financeira (Recursos Humanos), além de um conselho administrativo e direção hospitalar. Cabe sinalizar que este hospital pediátrico sofreu um processo de reformas para adequar-se às necessidades dos usuários e várias modificações foram realizadas na sua infra-estrutura¹¹.

⁹ Dados referentes ao ano de 2010 (Serviço de Recursos Humanos – RH da instituição).

¹⁰ Dados referentes ao ano de 2010 (Serviço de Recursos Humanos – RH da instituição).

¹¹ No ano de 2004 foi realizada a reforma da UTI e a reforma da Farmácia Hospitalar; em 2005 foi realizada a reforma da Unidade B (SUS) e a Unidade A (outros convênios e particular).

A rotina de atendimento das crianças internadas nas Clínicas Médica e Cirúrgica que atendem aos usuários do SUS¹² acontece da seguinte forma: pela manhã, após o café da manhã servido nos quartos e da realização da higiene das crianças, ocorrem as rotinas de enfermagem, as atividades conduzidas por acadêmicos e professores dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia, e a visita dos médicos, sendo que próximo ao final da manhã, o almoço é servido nos quartos. Após o horário do almoço, em alguns dias da semana, ocorrem as atividades de um projeto de extensão universitária com a visita de palhaços que interagem com as crianças, acompanhantes e equipe de saúde. A tarde, além das rotinas da enfermagem, a partir das 14 horas ocorre o horário de visitas de familiares às crianças internadas, que se estende até as 16 horas e 30 minutos, sendo que as 15 horas é servido o lanche da tarde para as crianças em seus quartos. No período da tarde ainda ocorrem as atividades de extensão e estágio curricular realizadas pelos acadêmicos dos diferentes cursos universitários. Também ocorrem as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Pedagogia Hospitalar nos quartos ou na brinquedoteca, sendo que as crianças e acompanhantes têm livre acesso à mesma. Em alguns dias da semana ocorre a contação de histórias realizada por um voluntário. As 18 horas é servido o jantar das crianças em seus quartos. No período da noite, ocorrem as rotinas de enfermagem e por volta das 20 horas é servido o lanche da noite e as 22 horas encerra o horário de exibição dos programas de televisão. As trocas de plantão da equipe de saúde ocorrem as 7, às 13 e às 19 horas. As trocas de acompanhantes ocorrem diariamente das 8 às 9 horas e das 11 horas e 30 às 12 horas e 30 minutos. Os acompanhantes recebem três refeições diárias: café da manhã, das 7 horas e 30 às 8 horas e 30 minutos; almoço, das 12 horas e 50 às 13 horas e 30 minutos; e jantar, das 18 horas e 30 às 19 horas e 30 minutos. O hospital ainda disponibiliza armários e banheiro para os acompanhantes das crianças hospitalizadas.

¹² Descrição da rotina de atendimento restrita apenas às unidades onde ocorreu a coleta de dados da presente pesquisa (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica que atendem aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS).

4.3 Participantes

Participaram da presente pesquisa 20 crianças hospitalizadas de ambos os sexos, com idades entre 5 e 12 anos e 20 acompanhantes (pais ou responsáveis que acompanhavam as crianças durante a hospitalização), totalizando 40 participantes. As crianças encontravam-se internadas nas Clínicas Médica e Cirúrgica, que atendem aos usuários do SUS dessa instituição hospitalar. Todas as pessoas contatadas aceitaram participar da pesquisa e ao todo foram convidadas 24 crianças e seus acompanhantes, sendo que ocorreram 4 desistências e, destas, apenas 1 foi em função da criança desejar interromper a atividade proposta para a coleta de dados. As demais desistências ocorreram em função das crianças terem recebido alta hospitalar durante a coleta de dados, acarretando a interrupção da mesma. Os critérios adotados para a inclusão dos participantes foram:

4. 3.1 Criança

a) Estar internada nas Clínicas Médica e Cirúrgica (SUS) que prestam atendimento à crianças com doenças agudas e crônicas, há 3 dias no mínimo. A média de dias de internação hospitalar de crianças no Brasil pelo SUS em 2007/2008, na faixa etária de 5 a 14 anos (que compõe o limite de idades desta pesquisa), foi em torno de 3,8 dias¹³. Ressalta-se, contudo, que de modo geral no Brasil, a média de permanência em internação hospitalar pelo SUS em Pediatria (que engloba um intervalo maior entre as idades das crianças) foi de 5,5 dias¹⁴;

b) Possuir idade variando entre 5 a 12 anos, pois, nesta faixa etária as crianças já evidenciam mais sua capacidade para o desenho (Anning & Ring, 2009; Derdyk, 1994; Di Leo, 1985; Fontana & Cruz, 1997; Greig, 2004; Looman, 2006; Malchiodi, Kim & Choi, 2003; Meredieu, 1974/1999), bem como a habilidade cognitiva para a verbalização sobre conceitos de saúde, doença e hospitalização (Barros, 2003; Bibace & Walsh, 1980; Brewster, 1982; Hansdotir & Malcarne, 1998; Martinez, 1990; Perrin, Sayer & Willett, 1991; Rodriguez-Marin et al., 2003; Rushforth, 1999).

¹³ Média obtida dos seguintes dados: 3,6 dias para as idades de 5 a 9 anos e 3,9 dias para as idades de 10 a 14 anos (Fonte: DATASUS atualização até Ago/2009).

¹⁴ Fonte: DATASUS atualização até Ago/2009.

c) Não apresentar debilitações decorrentes das doenças agudas ou crônicas (físicas ou mentais) que pudessem interferir na coleta das informações.

Procurou-se estabelecer uma distribuição equilibrada do número de crianças de ambos os sexos em relação às idades, com pelo menos 2 crianças por intervalo de idade. Cabe aqui ressaltar que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, mas sim nos participantes que apresentam uma vinculação mais significativa com o fenômeno a ser investigado (Deslandes, 1998). Isso quer dizer que, em estudos qualitativos, é possível estabelecer que o conjunto de participantes seja constituído por quem tem um discurso sobre o tema (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Contudo, é interessante que se justifique tal procedimento, também relacionando-o ao fato de que os participantes em pesquisas qualitativas podem ser definidos a partir da seleção de pessoas que contenham e espelhem certas dimensões do contexto estudado. Desse modo, a interrupção da captação de participantes pode se estabelecer a partir de cotas “(...) em que se pré-determina a necessidade de contemplar algumas características secundárias dos elementos amostrais – faixa etária e sexo, por exemplo, cujos indivíduos que as retêm são deliberadamente procurados” (Fontanella et al., 2008, p.20). Esse foi o procedimento adotado para compor o número de crianças participantes na presente pesquisa, visto que se buscava obter informações junto a pacientes hospitalizados há 3 dias no mínimo, de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 12 anos de idade (com pelo menos 2 crianças por intervalo de idade). Porém, nos intervalos de idade de 5, 8 e 12 anos, foi necessário ampliar o número de participantes para 3 e 4, até que se observasse o não surgimento de novas dimensões ou propriedades nos dados obtidos nas entrevistas. A recorrência das informações indicou a saturação dos dados, sinalizando que o número de participantes não necessitava mais ser alterado.

Em função da disponibilidade da pesquisadora para a coleta de dados e das condições dos participantes em fazer parte da pesquisa, algumas crianças apresentaram uma frequência maior de dias de hospitalização, destacando-se o fato de que 3 crianças encontravam-se em regime de isolamento durante o período em que permaneceram internadas, e que uma das crianças foi entrevistada no 24º dia de internação por não apresentar condições de participar da mesma antes desse período. Apesar de ser a única criança com um período de internação mais prolongado em comparação às demais, sua participação foi mantida, visto que estava de acordo com os critérios de inclusão e

encontrava-se na faixa etária cujo número de participantes necessitava ser ampliado.

4.3.2 Acompanhante

O número de acompanhantes (pais ou responsáveis) correspondeu ao mesmo de crianças (20 participantes). Os critérios para inclusão foram:

- a) Estar acompanhando a criança durante o período da internação hospitalar da mesma (3 dias no mínimo).
- b) Não apresentar debilidades decorrentes de doenças agudas/crônicas (físicas ou mentais) que pudessem interferir na coleta das informações.

O número de acompanhantes foi definido também a partir da verificação de saturação dos dados, que foi observada após a 10ª entrevista, pois, o conjunto de informações obtidas indicou regularidade e reincidência temática referentes aos objetivos do presente estudo. Convém ressaltar que mais 10 acompanhantes foram entrevistados, visto que desejava-se coletar as informações das famílias das demais crianças entrevistadas e assim confirmar a recorrência dos dados que já haviam sido obtidos.

4.4 Instrumentos para a Coleta de Dados

Na coleta de dados da presente pesquisa foram utilizados seis instrumentos que serão apresentados e descritos a seguir:

- a) Observação Participante: registrada no diário de campo e no Protocolo de Observação;
- b) Protocolo de Consulta aos Prontuários Hospitalares: para caracterizar a criança e a família;
- c) Desenho Livre: realizado a partir de um protocolo de aplicação;
- d) Desenhos-Estórias Temáticos: realizados a partir de um protocolo de aplicação;
- e) Entrevista Semi-Estruturada: com a criança e o acompanhante;
- f) Mapa de Redes de suporte familiar, social, de serviços de saúde e hospitalar: realizado com o acompanhante da criança hospitalizada.

4.4.1 Observação Participante

A observação participante, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), permite ao pesquisador tornar-se parte da situação observada, interagindo por longos períodos com os participantes, sendo que a própria pessoa do pesquisador representa o principal e mais confiável instrumento de observação. Para Vasconcelos (2004) esse tipo de observação permite o acesso a dados de domínio mais privado, captando aspectos mais subjetivos e sutis dos participantes. Nesse sentido, Moré e Crepaldi (2004) ressaltam que a observação deve incluir as impressões do pesquisador, registradas concomitantemente ao processo observado, pois estas auxiliam a compreensão da perspectiva dos participantes, ou seja, dos significados atribuídos à realidade que os cerca.

Durante o período em que se realizaram as observações, tentou-se evitar ao máximo a interação verbal da pesquisadora com os participantes, a fim de que ocorresse uma inserção gradual ao campo, tornando-a mais um elemento do contexto estudado. Essa modalidade de coleta de dados objetivou a descrição das dinâmicas relacionais, dos aspectos não-verbais e das particularidades específicas do cotidiano dos participantes, buscando “(...) a descrição fiel da trama das interações no campo e suas conseqüências além de se tentar apreender os pressupostos implícitos nos mesmos” (Moré & Crepaldi, 2004, p.590).

Na presente pesquisa, inicialmente optou-se pela aproximação com o campo a ser estudado através da observação sistemática de eventos. Danna e Matos (2006) referem que uma observação torna-se sistemática em decorrência de ser planejada e conduzida em função de um objetivo previamente definido. Portanto, através da observação sistemática, objetivou-se conhecer a rotina da unidade hospitalar pesquisada, a dinâmica das interações entre usuários e equipe de saúde e familiarizar o pesquisador ao contexto estudado. O registro das observações foi realizado em um Protocolo de Observação (Apêndice A) através do registro contínuo cursivo, pois o mesmo permite ao observador, dentro de um tempo ininterrupto de observação, o registro de eventos tais como eles ocorrem, obedecendo a sua seqüência temporal de ocorrência, por meio do uso de linguagem científica (Danna & Matos, 2006). O registro dos eventos observados apresentou os seguintes itens: a) duração; b) o tipo de interação observada; c) a situação de observação; d) descrição do ambiente; e) sujeitos presentes; f) eventos comportamentais, ambientais e sociais; e g) impressões da pesquisadora.

Paralelo ao uso do Protocolo de Observação, durante todo o período de coleta de dados, manteve-se ainda o uso de um diário de campo, que se caracterizou por descrever a observação de comportamentos que não eram predeterminados. Para Valles (1999) as anotações de campo se constituem em um *registro vivo*¹⁵ baseado em uma concepção interativa das etapas da investigação, cumprindo não somente a função de coletar dados, mas também auxiliando na criação e análise dos mesmos. Boing, Crepaldi e Moré (2008) indicam que o diário de campo representa um valioso instrumento de coleta de dados que acompanha a incursão ao contexto pesquisado, pois, o pesquisador pode realizar as descrições do campo de pesquisa paralelamente à utilização de outros instrumentos para obtenção de informações. No diário de campo, é possível o registro das intercorrências derivadas da imprevisibilidade do contexto pesquisado, bem como as descrições sistemáticas das impressões do pesquisador.

4.4.2 Protocolo de Consulta aos Prontuários Hospitalares

O prontuário hospitalar é o registro de toda a documentação do paciente durante sua internação no hospital e é composto de dados sobre o paciente, o motivo da internação atual, o histórico da sua doença e o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais da equipe de saúde. O prontuário hospitalar pode conter dados acerca da família do paciente e o histórico de hospitalizações anteriores.

Neste estudo, as informações foram registradas no Protocolo de Consulta aos Prontuários Hospitalares (Apêndice B) que auxiliou na obtenção de dados para a caracterização dos participantes.

4.4.3 Desenho Livre

O desenho representa uma forma de expressar criativamente a percepção que as crianças têm dos ambientes em que se encontram. Desenhar faz parte do crescimento psicológico e é fundamental para a formação de indivíduos sensíveis, criativos e capazes de transcender e transformar a realidade (Goldberg, Yunes & Freitas, 2005).

Segundo Di Leo (1985) os desenhos podem expressar sutilezas do intelecto e da afetividade que vão além da capacidade do poder verbal. A partir do desenho a criança organiza informações, processa

¹⁵ grifo do autor

experiências vividas e pensadas, revela seu aprendizado e desenvolve sua maneira particular de representar o mundo (Goldberg et al., 2005).

O desenho favorece de modo geral, as investigações sobre o desenvolvimento infantil referentes à inteligência, à cognição, à motricidade e à afetividade, além de possibilitar a identificação de aspectos sociais e culturais do meio ambiente das crianças (Grubits, 2003; Silva, 1998; Weschsler, 2002; Weschsler & Schelini, 2002). Para Trinca, W. (1997) os desenhos livres servem como estímulos de apercepção temática, sendo formados pelos processos expressivo-motores.

A forma de aplicação caracteriza-se de modo simples, sendo o material utilizado composto por folhas de papel ofício branco e lápis de cor. A instrução dada inicialmente ao sujeito é de que ele deve realizar um desenho livre (Trinca, A.M.T., 2003). Assim, percepções e sentimentos que muitas vezes são de difícil verbalização para a criança, podem ser expressos de forma lúdica e não invasiva, através do desenho, que representa um importante meio de acesso ao mundo infantil (Marcon, 2003). Para o presente estudo, o desenho livre teve o intuito de preparar ou “aquecer” a atividade dos desenhos-estórias temáticos que foram aplicados posteriormente, sendo elaborado um Protocolo de aplicação do Desenho Livre e dos Desenhos-Estórias Temáticos (Apêndice C).

4.4.4 Desenhos-Estórias Temáticos

Segundo Trinca, A. M. T. (1997), o procedimento de desenhos-estórias surgiu “(...) como resultado de pesquisa, cujo objetivo era verificar a validade de um novo instrumento de investigação clínica” (p.47). Trinca, W. (1997) indica que o procedimento dos desenhos-estórias pode ser utilizado com sujeitos dos 5 aos 15 anos de idade, de ambos os sexos, pertencendo a qualquer nível mental, sócio-econômico e cultural, mediante a solicitação de um desenho livre seguido de uma história que o sujeito deve criar a partir de seu desenho. Em seguida, o aplicador realiza o inquérito para efetuar os esclarecimentos necessários à compreensão e interpretação do material produzido, tanto no desenho quanto na história relatada pelo sujeito.

Este procedimento tem servido como instrumento básico de pesquisas qualitativas na área da saúde, sendo utilizado para levantar características comuns em grupos específicos, inclusive crianças hospitalizadas, como na presente pesquisa (Trinca, A.M.T., 1997).

Fávero e Salim (1995) ressaltam ainda que a utilização do desenho na coleta de dados em pesquisa psicológica implica na utilização de:

(...) um sistema de transcrição do desenho de tal modo que a descrição das características de seus traços, a utilização de cores, a escolha desta ou sua ausência, e assim por diante, se transformem em dados que possam dar conta do conteúdo veiculado, através da forma (p.183).

Na presente pesquisa, a escolha das temáticas dos desenhos-estórias focalizou dois grandes temas: *doença e hospitalização* que também estão presentes em estudos sobre a utilização do desenho como instrumento de coleta de dados com crianças em contextos de saúde ou sobre aspectos referentes a tais contextos (Dias, 2008; Clatworthy et al., 1999a; Fávero & Salim, 1995; Horstman & Bradding, 2002; Marrach & Kahhle, 2003; Oliveira, 1993; Trinca, A.T., 2003; Williams et al., 1989).

4.4.5 Entrevista semi-estruturada

A entrevista, conforme Minayo (1998), representa uma abordagem técnica do trabalho de campo que busca informes contidos nas falas dos atores sociais, permitindo a obtenção de dados objetivos e subjetivos. Bleger (1989) resalta que a entrevista constitui-se em uma técnica de investigação científica em Psicologia, pois, possibilita através de um processo ininterrupto de interação (entrevistador/entrevistado), a obtenção dos aspectos da vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica.

Para a presente pesquisa, optou-se em utilizar a entrevista semi-estruturada, pois esse tipo de entrevista, também chamada de focalizada, possibilita ao entrevistador fazer perguntas específicas, permitindo que o entrevistado responda com suas palavras. Nesse modelo de entrevista, o entrevistador interessa-se em compreender o significado atribuído pelos participantes a eventos, situações ou processos por eles vivenciados (Alves-Mazzotti & Gewandszajder, 1999).

Segundo Biasoli-Alves (1998), na entrevista semi-estruturada as questões seguem uma formulação flexível e a seqüência bem como os detalhes são estabelecidos pelo discurso dos sujeitos e pela dinâmica natural:

As questões nesse caso são abertas e devem ‘evocar’ ou ‘suscitar’ uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados; freqüentemente elas dizem respeito a uma avaliação de crenças, sentimentos valores, atitudes, razões e motivos acompanhados de fatos e comportamentos (p.145).

Essa flexibilidade na entrevista permite ao entrevistado que configure, na medida do possível, o campo da entrevista de acordo com sua estrutura psicológica particular, ou seja, o campo da entrevista se estrutura considerando as variáveis que dependem da personalidade do entrevistado (Bleger, 1989). Dito isso, ainda é importante destacar que, durante a entrevista, os aspectos não-verbais devem ser observados a fim de se verificar se ocorre discrepância ou concordância com o que é verbalizado. Nesse sentido, o conhecimento sobre os aspectos psicológicos presentes na entrevista favorecem a compreensão por parte do entrevistador, daquilo que é transmitido pelo entrevistado (Ocampo & Arzeno, 1981/2009).

Nas entrevistas com crianças, Delfos (2001) assinala como fator de extrema importância a flexibilidade do adulto em abandonar os padrões rígidos e o instinto normativo da comunicação entre adultos, para ser capaz de interpretar o todo da comunicação verbal infantil. Isso implica a desmistificação da idéia de que as crianças apenas são sugestionáveis, para adotar um modelo de conversação que possibilite ao entrevistador interpretar, traduzir e tentar fazer a criança confirmar o que acabou de dizer inicialmente. Nesse sentido, a autora chama a atenção para o fato de que a qualidade da conversação das crianças depende muito do conhecimento que elas têm sobre a natureza da conversação. Portanto, o conhecimento ao nível do desenvolvimento cognitivo das crianças, nos diferentes momentos evolutivos, torna-se de fundamental importância para a elaboração e condução da entrevista enquanto instrumento de coleta de informações com crianças.

Para compor os tópicos norteadores do Roteiro de Entrevista com a Criança (Apêndice D) utilizado na presente pesquisa, foi efetuada a adaptação de roteiros de entrevista presentes na literatura referente à investigação de conceitos de saúde, doença e hospitalização infantil (Barros & Goes, 2008; Bibace & Walsh, 1980; Boruchovitch & Mednick, 1997; Brewster, 1982; Crisp et al., 1995; Del Barrio, 1990;

Eiser & Patterson, 1984; Hansdottir & Malcarne, 1998; Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991; Redpath & Rogers, 1984; Soares & Vieira, 2004).

O Roteiro de Entrevista com o Acompanhante da Criança (Apêndice E) foi elaborado com base no roteiro utilizado com a criança, a fim de que fosse possível identificar as significações sobre saúde, doença e hospitalização para os acompanhantes das crianças hospitalizadas.

4.4.6 Mapa de Redes de Suporte Familiar, Social, de Serviços de Saúde e Hospitalar

Objetivando descrever o universo relacional dos indivíduos, Sluzki (1997) propôs a representação da rede social pessoal, definida como a soma das relações que o indivíduo considera como significativas. Para tanto, o autor concebeu uma forma de registro da rede social através de um mapa sistematizado com quatro quadrantes: a) família; b) amizades; c) relações de trabalho ou escolares; e d) relações comunitárias, de serviços ou de credo. Tais quadrantes são inscritos em três áreas (círculos): um círculo interno de relações íntimas; um círculo intermediário das relações pessoais com menor grau de compromisso e um círculo externo de conhecidos e relações ocasionais. O mapa de rede idealizado por Sluzki (1997) está representado, a seguir, na Figura 4:

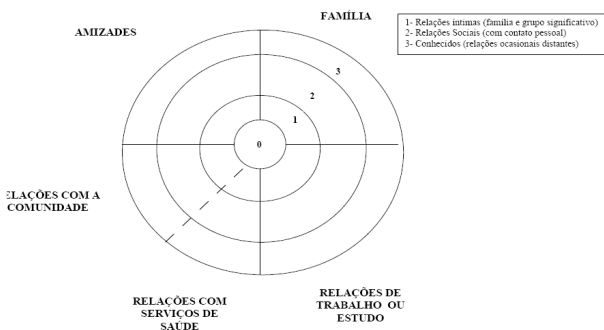


Figura 4 - Modelo de Mapa de Redes de Sluzki (1997)

Para a pesquisa aqui apresentada, o Mapa de Redes foi utilizado com os acompanhantes das crianças hospitalizadas. Para tanto, foram efetuadas algumas adaptações do modelo proposto por Sluzki (1997) para que fosse possível contemplar os aspectos presentes nas Redes Sociais de acompanhantes de crianças que encontravam-se doentes e hospitalizadas. As adaptações foram referentes à inclusão das relações no contexto do hospital, das relações com outros serviços fora do hospital e das relações com a equipe de saúde do hospital, substituindo as relações com a comunidade que acabaram sendo contempladas nas relações desenvolvidas fora do contexto hospitalar.

A elaboração do Mapa de Redes ocorria após a entrevista com o acompanhante da criança e para tanto, a pesquisadora apresentava o desenho do mapa em folha A3, de acordo com a Figura 5 abaixo:

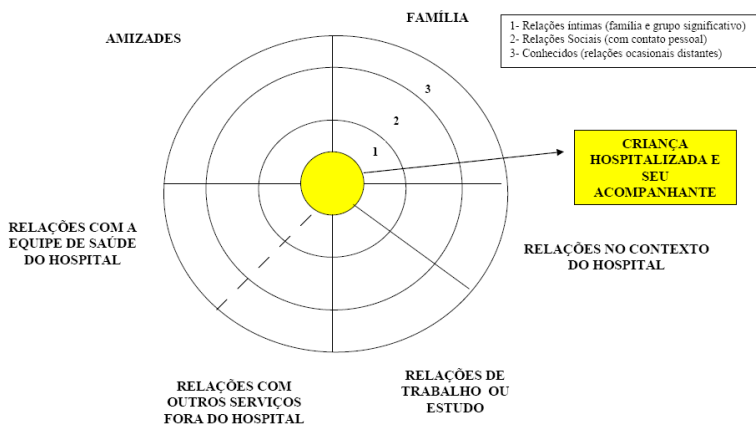


Figura 5 - Modelo de Mapa de Redes de Suporte Familiar, Social, de Serviços de Saúde Hospitalar, adaptado de Sluzki (1997)

Para a elaboração do Mapa de Redes, foi necessário inicialmente esclarecer os objetivos e o seu funcionamento para que fosse, em seguida, construído pelos acompanhantes das crianças a partir de perguntas que tinham o intuito de auxiliar os participantes a definir os indivíduos que deveriam ser incluídos em cada uma das redes. Dessa forma, os nomes citados e o nível de relação com cada pessoa referida eram anotados possibilitando a verificação da proximidade e do vínculo de cada indivíduo com os participantes.

Após a construção dos Mapas de Redes, foi elaborado o produto final decorrente de todos os mapas (Apêndices G e H) e, para tanto, procedeu-se à omissão dos nomes, sendo apenas mantido o grau de parentesco nas relações com a família e a categoria amigo(a), vizinho(a) também foi utilizada como substituto para os nomes citados. Optou-se em utilizar o gênero masculino para todos os indivíduos citados nas relações do contexto do hospital e nas relações com a equipe de saúde do hospital, a fim de evitar que as pessoas citadas fossem identificadas. Da mesma forma, procedeu-se à padronização de todas as especialidades médicas citadas pelos participantes em uma única categoria denominada *Médico* e as funções de enfermeiro-chefe, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem foram padronizadas na categoria *Enfermeiro*.

Sluzki (1997) propõe algumas características estruturais para avaliar a rede social: *tamanho, densidade, composição (distribuição); dispersão, homogeneidade/heterogeneidade e tipos de funções*. Para a presente pesquisa, o Mapa de Redes foi avaliado considerando as estruturas relativas a *tamanho* (número de pessoas na rede), *composição [distribuição]* (proporção do total de membros localizada em cada quadrante e círculo) e *às funções da rede*, assim como os atributos dos vínculos. O objetivo do uso deste instrumento foi possibilitar uma “fotografia” das redes de relações dos acompanhantes das crianças hospitalizadas, que permitisse tanto para a pesquisadora, quanto para os participantes localizar no mapa e identificar as pessoas com quem poderiam contar ou que estavam afastadas naquele momento que os participantes vivenciavam a experiência de acompanhar uma criança durante sua hospitalização.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

4.5.1 Trajetória da Pesquisa

A primeira etapa da coleta de dados foi iniciada em Janeiro de 2008. Esta foi caracterizada pela observação sistemática com o registro cursivo e em diário de campo dos eventos referentes ao funcionamento e rotina das Clínicas Médica e Cirúrgica que prestam atendimento aos usuários do SUS. O período de observação participante foi até o mês de abril de 2008 e logo após iniciou-se a seleção dos participantes considerando os critérios de inclusão para o estudo. Depois de realizada a seleção dos participantes, procedeu-se o contato direto com os acompanhantes (pais ou responsáveis) das crianças, através do convite para participar da pesquisa, bem como a apresentação dos objetivos da

mesma. Posteriormente, as crianças foram consultadas sobre o interesse em participar do estudo. A aplicação dos demais instrumentos de coleta de dados somente se iniciou mediante o consentimento verbal das crianças e por escrito dos acompanhantes. Em seguida, procedeu-se à consulta aos prontuários médicos e à caracterização dos mesmos, para depois serem propostos os desenhos, as entrevistas e os mapas de rede. A coleta de dados foi realizada nos períodos diurno e noturno, durante a semana, em finais de semana e feriados, sendo que todos os dados foram coletados pela pesquisadora.

A partir do mês de junho de 2008, a instituição mantenedora do hospital local da pesquisa vivenciou uma crise financeira que culminou com a demissão de vários funcionários e colaboradores dos mais diferentes setores. Os demais funcionários expressavam ansiedade frente à possibilidade de novas demissões e o ambiente de trabalho tornou-se tenso. Dessa forma, optou-se em não realizar a coleta de dados junto aos mesmos conforme estava previsto inicialmente no cronograma do projeto da tese, pois essa variável poderia interferir na coleta e análise dos dados.

Ainda no final do mês de junho de 2008, o número de internações na Clínica Médica que atendia aos pacientes do SUS diminuiu consideravelmente. Os funcionários alegaram a adoção de maior rigor nos critérios de admissão das crianças a fim de evitar internações desnecessárias que gerassem ainda mais custos à instituição.

Em julho de 2008 foi interrompida a coleta de dados devido à escassez de pacientes com as características necessárias para os critérios de inclusão na pesquisa, sendo a mesma retomada em agosto de 2008. Ao final desse mês, a coleta de dados contava com os registros da observação participante e as informações referentes a 10 crianças e 10 acompanhantes, porém, novamente foi interrompida pelo período de 6 meses (de setembro de 2008 a fevereiro de 2009) em função da pesquisadora ter ingressado em um Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior – PDEE, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Capes.

No período do referido estágio, parte dos dados coletados no Brasil foi analisada durante o estágio em Lisboa, Portugal, através da elaboração das categorias temáticas e da análise do conteúdo presente nas informações dos participantes da pesquisa (desenhos e entrevistas das crianças); bem como das categorias para a análise desenvolvimentista dos desenhos elaborados pelas crianças. Ressalta-se que a análise desenvolvimentista dos dados surgiu numa fase posterior do estudo, ou seja, não fazia parte do projeto inicial da Tese, sendo

adaptada ao material e aos objetivos do presente estudo com o propósito de enriquecer a análise das significações do processo de hospitalização para as crianças. Concomitante a isso, elaborou-se o treino para a análise desenvolvimentista das entrevistas das crianças e seus acompanhantes, conforme o modelo de níveis de significação (Barros, 2003; Barros & Joyce-Moniz, 2005) sob orientação da Prof.^a Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCE-UL). Contudo, em virtude da complexidade exigida para este tipo de análise e do volume de dados na presente Tese, a análise dos níveis de significações das entrevistas não foi incluída neste estudo. Considerando-se que a etapa de coleta de dados junto à equipe de saúde do hospital ainda não havia sido iniciada, optou-se por não realizar a mesma quando a pesquisadora retornasse ao Brasil e, assim, definiu-se que somente seriam coletadas as informações das crianças e seus acompanhantes.

Após o retorno da pesquisadora ao Brasil no final do mês de fevereiro de 2009, a coleta de dados foi retomada, incluindo mais 10 crianças e 10 acompanhantes entre os participantes. Em junho de 2009, a coleta de dados foi encerrada.

4.5.2 Procedimentos Éticos

Na condução de pesquisas que envolvem crianças, Newcombe (1996/1999) ressalta que os pesquisadores necessitam pesar as vantagens e desvantagens em realizar qualquer estudo, avaliando os possíveis prejuízos e benefícios potenciais associados à pesquisa. Os problemas éticos não são resolvidos apenas pela aplicação de um conjunto de regras e normas, pois os códigos e comitês de ética não podem

(...) substituir a integridade moral do investigador, sua maturidade, honestidade, sensibilidade e respeito pelos direitos dos outros. No final das contas o investigador é o responsável pela condução do estudo e pela aplicação dos mais altos padrões éticos na pesquisa (p.42).

A presente pesquisa realizou-se considerando a necessidade do comprometimento ético que deve ser adotado pelo pesquisador, além das normas presentes na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e na Resolução 016/2000 do Conselho Federal de

Psicologia – CFP, que garantem que sejam assegurados aos participantes de pesquisas, os direitos a informações sobre: a) a pesquisa, seus objetivos, procedimentos utilizados; b) possíveis riscos (se houverem) e benefícios decorrentes da participação na mesma; c) como ocorrerá o retorno aos envolvidos acerca das informações obtidas com o estudo; d) a garantia ao sigilo quanto às informações; e) o direito a desistir em qualquer momento do estudo sem implicar em ônus algum; f) as formas de contato com os pesquisadores envolvidos; g) o seguimento do Código de Ética Profissional do Psicólogo por parte do psicólogo pesquisador e h) garantia que os resultados do presente estudo serão disponibilizados sob forma de apresentação oral à instituição e sob forma de artigos científicos em periódicos especializados.

Para tanto, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Foi ainda assegurado aos participantes, que nos casos em que houvesse necessidade de receber atendimento psicológico, estes seriam acolhidos pela pesquisadora e encaminhados ao Serviço de Psicologia Hospitalar¹⁶ do local da pesquisa ou para o Serviço de Psicologia de uma clínica-escola vinculado à uma universidade.

O projeto da presente Tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local da pesquisa e após a sua aprovação através do parecer N.º 667/07, foi então submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que aprovou o mesmo através do parecer N.º 009/08 – FR - 176955.

4.5.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em 5 etapas:

Etapas 1: após a autorização da instituição envolvida e a aprovação do Comitê de Ética da UFSC, foi iniciada a coleta de dados. A primeira etapa foi a observação participante.

As observações sistemáticas foram realizadas nos períodos de janeiro a abril de 2008, diariamente (incluindo períodos noturnos, finais

¹⁶ O Serviço de Psicologia Hospitalar do local da pesquisa foi desativado no mês de junho de 2008, permanecendo apenas a prestação de atendimentos psicológicos aos pacientes internados e seus acompanhantes através das atividades de estágio curricular realizadas por acadêmicos e professores/psicólogos. Durante todo o processo de coleta de dados, não foi necessário o encaminhamento de nenhum participante para acompanhamento psicológico.

de semana e feriados), com duração em média de 6 horas diárias. Após esse período, verificou-se a constância e a regularidade de eventos de natureza semelhante no campo estudado, indicando redundância das informações, ou seja, que a observação sistemática já tinha atingido os objetivos previamente definidos.

Na presente pesquisa, foi também utilizado o diário de campo que objetivou a realização de descrições livres de ações do cotidiano da equipe de saúde, visando retratar a interação da equipe com as crianças, acompanhantes, famílias, e vice-versa. Os eventos foram observados e relatados da forma como ocorreram, permitindo a descrição e a compreensão do que estava acontecendo em uma determinada situação.

Etapa 2: após o período de observação participante, foi efetuada a consulta aos prontuários a fim de que fossem considerados os critérios de inclusão das crianças hospitalizadas e suas famílias, bem como a caracterização dos participantes.

Etapa 3: realização do *rapport* com os participantes que, em Psicologia Clínica, representa o primeiro contato para o estabelecimento de um clima emocional e de confiança entre os participantes de uma entrevista (Raymundo, 2000) e que pode estender sua utilização a outras situações de entrevista, como em pesquisas. Durante o *rapport* desenvolvia-se o contato inicial verbal com as crianças hospitalizadas e com seus pais ou responsáveis a fim de apresentar o estudo e os seus objetivos. Quando se verificava o interesse em participar da pesquisa era entregue ao responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Em seguida, complementavam-se as informações que haviam sido coletadas nos prontuários das crianças junto aos acompanhantes, para que a caracterização dos participantes fosse efetivada.

Etapa 4: aplicação do desenho livre e dos desenhos-estórias temáticos com a criança, através do Protocolo de aplicação do Desenho Livre e dos Desenhos-Estórias Temáticos. Para o Desenho Livre solicitava-se que a criança realizasse um desenho livre e oferecia-se o seguinte material: folhas de papel ofício branco, lápis de cor, lápis grafite, borracha, canetas hidrográficas coloridas e giz de cera coloridos. De modo geral, esta atividade era realizada nos leitos das crianças ou na brinquedoteca hospitalar. Não foi estabelecido limite de tempo para a execução do desenho e após as crianças sinalizarem o término do mesmo, solicitou-se que verbalizassem sobre o que haviam desenhado, formulando histórias que foram investigadas pela pesquisadora através de perguntas que estimulassem as crianças a se expressarem

verbalmente. Todas as verbalizações das crianças foram registradas em gravador de áudio para posterior transcrição e análise.

Para a elaboração dos desenhos-estórias temáticos com as crianças hospitalizadas, foram disponibilizados os mesmos materiais usados para compor o desenho livre e foram utilizadas instruções verbais para a execução de 4 desenhos sobre os temas referentes à *doença e hospitalização*: 1) desenho de uma pessoa no hospital; 2) desenho do motivo da hospitalização da criança; 3) desenho dos sentimentos da criança durante a hospitalização; e 4) desenho de algum membro da equipe que tenha cuidado/atendido a criança durante a hospitalização.

A realização dos desenhos-estórias temáticos ocorreu através das instruções presentes no Protocolo de aplicação do Desenho Livre e dos Desenhos-Estórias Temáticos. Também os desenhos temáticos não apresentavam limite de tempo para sua execução. Solicitava-se às crianças que elaborassem primeiramente os desenhos, seguindo a seqüência proposta e, após o último desenho, pedia-se que contassem as histórias referentes a cada desenho elaborado. Todas as verbalizações foram registradas em gravador de áudio para posterior análise e o tempo de execução dos desenhos livres e temáticos, assim como as histórias sobre os mesmos tiveram a duração média de 40 minutos.

Etapa 5: após a realização dos desenhos iniciava-se a entrevista com as crianças e posteriormente com os acompanhantes. Ao final das entrevistas com os acompanhantes, foram elaborados os mapas de redes. As entrevistas foram realizadas no mesmo local onde foram elaborados os desenhos e as histórias¹⁷.

Cada entrevista com as crianças teve duração média de 30 minutos e as entrevistas com os acompanhantes tiveram duração média de 60 minutos. Todas as entrevistas foram registradas em gravador de áudio para posterior transcrição e análise. Primeiramente, coletaram-se os dados com as crianças, através da elaboração dos desenhos e das histórias e, posteriormente, as entrevistas. Somente após coletar todos os dados com as crianças é que foram iniciadas as entrevistas com os acompanhantes e a elaboração dos mapas de redes, em uma mesa próxima ao posto de enfermagem da Clínica Médica ou da Clínica Cirúrgica.

¹⁷ Exemplos dos relatos dos desenhos e entrevista com a criança (Apêndice U); entrevista com o acompanhante (Apêndice T) e do mapa de redes do acompanhante (Apêndice S).

4.6 Procedimentos de análise dos dados

Após a coleta dos dados, foi realizada a análise qualitativa referente aos desenhos, entrevistas, observação participante (diário de campo) e mapas de rede, a fim de obter maior compreensão do fenômeno estudado (Flick, 2004). Conforme comentado anteriormente, pretendia-se que os dados coletados gerassem informações, que em consenso, permitissem identificar e analisar as significações do processo de hospitalização para crianças hospitalizadas e seus acompanhantes.

Assim, a análise dos dados ocorreu em 2 etapas:

Etapa 1: A análise desenvolvimentista dos desenhos ocorreu através das 2 micro-análises: 1) *análise dos estádios¹⁸ de desenvolvimento das competências de desenho de Luquet* (Fontana & Cruz, 1997; Meredieu, 1974/1999; Piaget & Inhelder, 1981/1993; Valladares & Carvalho, 2006); e 2) *análise dos estádios de expressão artística e de desenvolvimento cognitivo* (Dias, 2008; Looman, 2006; Malchiodi, Kim & Choi, 2003; Skybo, Ryan-Wenger, 2007), complementadas pela *análise gráfica dos desenhos* (Fávero & Salim, 1995) (Anexos 3, 4, 5).

Etapa 2: A construção das dimensões e suas categorias, subcategorias e elementos de análise foi orientada pela *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada Empiricamente) de Strauss e Corbin (1990), que a definem como um método indutivo para o desenvolvimento de modelos teóricos. Este procedimento permite trabalhar com dados verbais de diferentes origens (entrevistas, documentos, relatos de observações de campo), pois todos os procedimentos da teoria fundamentada nos dados têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Para tanto, a análise foi realizada seguindo esta seqüência de passos e regras sugeridas pelos autores para a codificação de dados que serviram de base para a construção das dimensões: a) imersão nos dados coletados através de sistemáticas leituras das transcrições das entrevistas, desenhos, mapas de redes e observações; b) *codificação aberta*, que se caracterizou pelo modo como os dados foram examinados e comparados, para posterior conceituação e categorização por meio da análise das similaridades e diferenciações; c) nomeação das categorias principais de análise, que representou o processo de identificação de pontos nodais que se mantiveram a despeito da diversidade e complexidade dos dados, cuja similaridade possibilitou serem agrupados, nomeando-se assim as

¹⁸ O termo *estádio* refere-se a período (Dolle, 1974/1983).

categorias; d) *codificação axial*, caracterizada pelo processo de conexão entre os dados, relacionando às categorias principais um conjunto de subcategorias e elementos de análise para melhor descrição e compreensão das mesmas; e) integração final entre as categorias, buscando a compreensão do fenômeno estudado, de forma a construir a teoria fundamentada nos dados coletados e analisados. Nessa etapa, relacionou-se as categorias descritivas e as categorias de análise de conteúdo, com as respectivas subcategorias, e em seguida, procedeu-se à validação das relações estabelecidas através de contraste com os dados. Isso significou a possibilidade de retorno aos dados já analisados, implicando uma nova revisão dos já estabelecidos, finalmente completando as categorias que requeriam maior desenvolvimento ou precisão.

A análise do conteúdo das narrativas dos desenhos e das entrevistas das crianças e dos acompanhantes, bem como dos mapas de redes foi complementada com os dados extraídos das observações sistemáticas e dos registros do diário de campo. A análise de conteúdo possibilitou a definição de categorias originadas a partir dos dados obtidos com os participantes. Das categorias, emergiram as subcategorias e os elementos de análise, que foram extraídos e organizados em temas gerais e comuns aos dados a partir de uma análise individual do material obtido. Portanto, inicialmente procedeu-se à análise das verbalizações das entrevistas das crianças que foram analisadas conjuntamente com as narrativas referentes aos desenhos, buscando os pontos comuns e incomuns. Posteriormente, foram analisadas as entrevistas dos acompanhantes juntamente com os mapas de rede. A análise dos dados dos participantes possibilitou por fim, a organização dos dois grupos de categorias de análise de conteúdo: as categorias de análise das crianças e as categorias de análise dos acompanhantes.

A organização dos passos escolhidos para a definição dos procedimentos adotados na coleta e análise dos dados constituíram-se na proposta metodológica que caracterizou esta pesquisa numa perspectiva qualitativa. Nesse sentido, foram consideradas as singularidades dos significados que a situação de doença e hospitalização representaram para os participantes. Em continuação, serão apresentados os resultados para sua posterior análise e discussão.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em duas partes a fim de que os mesmos pudessem ser analisados seqüencialmente. A primeira parte foi dedicada à caracterização dos participantes; a segunda foi referente às categorias de análise, subdivididas em: a) categorias de análise de conteúdo com a apresentação dos dados que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas, narrativas dos desenhos, dos mapas de rede, das observações sistemáticas e do diário de campo e b) categorias de análise desenvolvimentista e gráfica, derivadas dos desenhos das crianças que permitiram complementar as significações sobre o processo de hospitalização.

5.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes (crianças e acompanhantes) foi realizada através dos dados sócio-demográficos, obtidos por meio do Protocolo de consulta aos prontuários hospitalares que possibilitou o acesso às informações referentes a idade, escolaridade, diagnóstico das crianças, tempo de internação, internações anteriores à atual, composição familiar da criança, além da idade, escolaridade, ocupação profissional, renda mensal e estado civil dos acompanhantes.

Entre as crianças participantes do presente estudo ressalta-se a presença (não intencional) de mais participantes do sexo masculino (13) em relação ao sexo feminino (7), o que corresponde a um número maior de meninos hospitalizados (com idades entre 5 a 12 anos) durante o período da coleta de dados (entre 2008 e 2009). Ao acessar os dados do Ministério da Saúde referentes ao período de 2008 a 2009 no Brasil, verificou-se que das 65.787 internações hospitalares de usuários do SUS, na faixa etária dos 5 aos 14 anos, 36.938 eram meninos e 28.849 meninas¹⁹. Estes dados permitem observar que a distribuição dos participantes da presente pesquisa revelou características similares ao perfil epidemiológico brasileiro para morbidade hospitalar na clientela pediátrica atendida pelo SUS nos últimos dois anos. As características gerais das crianças²⁰ que participaram da pesquisa encontram-se na Figura 6:

¹⁹ Fonte: DATASUS (dados atualizados até Ago/2009).

²⁰ Os nomes das crianças participantes foram alterados para garantir o sigilo dos dados.

Participantes	Idade	Escolaridade	Diagnóstico / Motivo da Hospitalização atual	Tempo de internação no momento da coleta de dados	Experiência prévia com hospitalização	Causas das hospitalizações anteriores	Idade da criança nas hospitalizações anteriores
C1 – Amanda	5	Educação Infantil (E.I.)	Pneumonia	3 dias	Não	-----	-----
C2 – Luca	5	E.I.	Queimaduras de 2° e 3° graus em membro inferior direito e esquerdo	24 dias (isolamento)	Não	-----	-----
C3 – Gustavo	5	E.I.	Estreptococcia – Impetigo	3 dias (isolamento)	Não	-----	-----
C4 – Benicio	6	1ª série do Ensino Fundamental (E.F.)	Traumatismo Crânio-Encefálico região parietal esquerda + crise convulsiva	3 dias	Não	-----	-----

C5 – Geraldo	6	1ª E.F.	Pneumonia	3 dias	1	Pneumonia	6 meses
C6 – Giulia	7	1ª E.F.	Gastroenterite	3 dias	Não	-----	-----
C7 – Ricardo	7	2ª E.F.	Pneumonia	3 dias	1	Meningite	10 meses
C8 – Barbara	8	3ª E.F.	Suspeita de abcesso de parede abdominal pós- apendicectomia	3 dias	1	Apendicite	8 anos
C9 – Filipa	8	3ª E.F.	Síndrome Nefrótica	8 dias	1	Reação alérgica à picada de inseto	5 anos
C10 - Monica	8	3ª E.F.	Herpes Zoster em tórax/abdômen E HIV	5 dias (isolamento)	1	Herpes Zoster	7 anos
C11 – Nuno	9	4ª E.F.	Miastenia <i>Gravis</i> e HIV	3 dias	Não	-----	-----
C12 – João	9	3ª E.F.	Suspeita de Apendicite e Conjuntivite	3 dias	1	Bronquite	4 meses

C13 – Duarte	10	5ª E.F.	Apendicite	4 dias	Não	-----	-----
C14 – Pedro	10	5ª E.F.	Pós-operatório de Osteomielite em membro superior direito	8 dias	7	Retirada de Cisto; Asfixia; Gastroenterite; Adenoidectomia; Gastroenterite; Gastroenterite; Lesão na perna esquerda	6 meses; 8 meses; 10 meses; 3 anos; 5 anos; 6 anos; 10 anos
C15 – Emilia	11	6ª E.F.	Pielonefrite aguda	4 dias	1	Refluxo Gastroesofágico	2 meses
C16 – Luis	11	6ª E.F.	Obstrução uretral em rim único E pós-ureterolitomia	3 dias	1	Ureterolitomia	11 anos
C17 – Paulo	12	6ª E.F.	Suspeita de Espondilite Anquilosante	3 dias	Não	-----	-----

C18 – Larissa	12	6ª E.F.	Broncopneumonia	6 dias	Não	-----	-----
C19 - Marcos	12	5ª E.F.	Abcesso e Celulite em Membro inferior esquerdo por perfuração com objeto pontiagudo	3 dias	3	Pneumonia; Orquidopexia; Bronquite	3 anos; 5 anos; 6 anos
C20 - Rodrigo	12	4ª E.F.	Fecaloma decorrente de Constipação crônica	3 dias	Não	-----	-----

Figura 6 - Caracterização das crianças hospitalizadas

No momento da coleta de dados, 16 crianças encontravam-se internadas entre 3 a 5 dias, 3 crianças estavam internadas entre 6 a 10 dias e apenas 1 criança estava internada há mais de 10 dias. A maior frequência de crianças internadas entre 3 a 5 dias refere-se a um dos critérios de inclusão para participar do estudo, que indicava a permanência mínima de 3 dias no hospital. Esse critério foi estabelecido com base na média de dias de internação entre crianças brasileiras, com idades entre 5 a 14 anos²¹. Contudo, conforme demonstra a Figura 6, os participantes (C2, C9, C10, C14 e C18) encontravam-se com um período de permanência no hospital superior a essa média de dias.

Objetivando maior uniformidade na disposição dos dados dos participantes, as doenças²² que ocasionaram as hospitalizações das crianças foram agrupadas em duas categorias: agudas e crônicas, cuja definição já apresentada, pauta-se fundamentalmente no curso e duração das mesmas. Os dados da pesquisa indicaram que 15 participantes (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C12, C13, C14, C15, C16, C18, C19) foram internados em decorrência de doenças agudas, relacionadas a processos infecciosos, inflamatórios, traumas, lesões, entre outros, e 5 participantes foram internados em decorrência de doenças crônicas (C9, C10, C11, C17, C20). Tais dados refletiram as características de morbidade observadas nas informações sobre as internações hospitalares e as suas causas na faixa etária até 14 anos, entre as crianças brasileiras, no período de 2008 a 2010²³.

A experiência de hospitalização pode representar um evento único ou apresentar-se de forma mais frequente para algumas crianças, no caso da presente pesquisa, metade dos participantes passou por uma ou mais experiências de hospitalização anteriormente à realização da coleta de dados. Contudo, ressalta-se que entre essas crianças, 5 (C5, C7, C12, C14 e C15) vivenciaram internações hospitalares anteriores à atual quando contavam com menos de 1 ano de idade. Outras 3 crianças (C9, C14 e C19) experimentaram esse evento entre 1 a 5 anos de idade e 5 crianças (C8, C10, C14, C16 e C19) passaram pela experiência quando apresentavam idades superiores a 5 anos. Destaca-se ainda a criança (C14) que passou por um número significativo de hospitalizações (8) em

²¹ Média de 3,8 dias, de acordo com os dados do DATASUS, atualização até Ago/2009.

²² Os significados e conceitos das doenças dos participantes encontram-se no Dicionário de Termos, p.333.

²³ DATASUS, acessado em 20/04/2010, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

diferentes momentos do seu desenvolvimento e a criança (C19) que apresentou 3 experiências prévias de hospitalização em idades mais aproximadas. De acordo com autores como Ajuriaguerra e Marcelli (1991) e Lewis e Wolkmar (1993), a experiência com doenças agudas e crônicas, bem como os tratamentos e hospitalizações na infância, podem constituir-se em eventos vivenciados por algumas crianças e suas famílias. Aspectos como a idade, tipo de patologia, características da criança e das suas relações parentais, bem como as experiências prévias com doenças e hospitalizações representam indicadores que auxiliam na avaliação dos efeitos dos mesmos para o desenvolvimento da criança, conforme visto na revisão da literatura sobre as reações da criança diante de tais eventos (Baldini & Krebs, 1999; Barros, 2003; Chiattonne, 2003; Crepaldi, 1999a; Méndez, Ortigosa & Pedroche, 1996; Oliveira, Dantas & Fonseca, 2004; Oliveira, Dias & Roazzi, 2003; Ribeiro & Angelo, 2005; Sadala & Antônio, 1995).

Em relação à escolaridade das crianças, observou-se que 3 participantes (C1, C2 e C3) freqüentavam a Educação Infantil (E.I.); 3 crianças (C4, C5 e C6) freqüentavam a 1ª série do Ensino Fundamental (E.F.); apenas 1 criança (C7) freqüentava a 2ª série do E.F.; 4 crianças (C8, C9, C10 e C12) freqüentavam a 3ª série do E.F.; 2 crianças (C11 e C20) freqüentavam a 4ª série do E.F.; 3 crianças (C13, C14 e C19) freqüentavam a 5ª série do E.F. e 4 crianças (C15, C16, C17 e C18) freqüentavam a 6ª série do E.F., no momento em que a coleta de dados foi realizada. Essas informações se relacionaram com as maiores concentrações dos participantes por idade, visto que as crianças entre 6 a 8 anos (que freqüentemente cursam a 1ª série do E.F.) e as crianças entre 11 e 12 anos (que freqüentemente encontram-se cursando a 6ª série do E.F.) formaram os maiores grupos etários da pesquisa. Ressalta-se que apenas a criança (C20), de 12 anos, não apresentou adequação idade/série escolar, pois cursava a 4ª série do E.F. no período em que o estudo foi realizado. A seguir encontram-se os dados que caracterizam os acompanhantes das crianças hospitalizadas, dispostos na Figura 7:

Participantes	Vínculo com a criança hospitalizada	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação profissional²⁴	Renda mensal²⁵	Número de filhos (sexo e idade)
Acompanhante C1- Amanda	Pai	63 anos	União Estável	4ª série do Ensino Fundamental (E.F.)	Trabalhador agrícola	1,5 salários mínimos	♂16; ♂13; ♀5 (C1); ♀2
Acompanhante C2- Luca	Mãe	30 anos	União Estável	8ª série E.F.	Operadora em mercado	4 salários mínimos	♂10; ♂5 (C2)
Acompanhante C3- Gustavo	Mãe	35 anos	Casada	3ª série do Ensino Médio (E.M.)	Trabalhadora em serviço de saúde	2 salários mínimos	♀8; ♂5 (C3)

²⁴ Fonte: Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (2010). Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego 3ª Ed. Brasília. Acessado em: 19/04/2010, <http://www.mtebo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

²⁵ Valor de referência do Salário Mínimo no Brasil: R\$ 510,00 (Ministério do Trabalho e Emprego, acessado em: 21/04/2010, http://www.mte.gov.br/sal_min/default.asp).

Acompanhante C4- Benicio	Mãe	37 anos	União Estável	Ensino Supe- rior (E.S.) Incompleto	Profissional do ensino	2 salários mínimos	♂6 (C4); ♀4
Acompanhante C5- Geraldo	Mãe	28 anos	Casada	1ª série E.M.	Trabalhadora de montagem de móveis e artefatos de madeira	5 salários mínimos	♀12; ♂6 (C5); ♀4; ♀2
Acompanhante C6- Giulia	Mãe	24 anos	Casada	3ª série E.M.	Desempregada (Estudante de Curso Técnico)	3 salários mínimos	♀7 (C6); ♀4
Acompanhante C7- Ricardo	Mãe	38 anos	Casada	E.S. Completo	Profissional de ensino	6 salários mínimos	♀19; ♂7 (C7)
Acompanhante C8- Barbara	Mãe	32 anos	Casada	8ª série E.F.	Desempregada (Do Lar)	4 salários mínimos	♀8 (C8); ♀3
Acompanhante C9- Filipa	Irmã	19 anos	Solteira	3ª série E.M.	Desempregada	Sem renda mensal	Sem filhos
Acompanhante C10- Monica	Avô paterno	67 anos	Casado	3ª série E.M.	Auxiliar administrativo	1 salário mínimo	♂32; ♀27
Acompanhante C11- Nuno	Pai	39 anos	União Estável	3ª série E.M.	Condutor de veículo de carga	3 salários mínimos	♀21; ♂18; ♂11; ♂9 (C11)

Acompanhante C12- João	Mãe	30 anos	União Estável	7ª série E.F.	Desempregada (Do Lar)	3 salários mínimos	♂14; ♂9 (C12); ♂6; ♂2
Acompanhante C13- Duarte	Mãe	34 anos	Divorciada	5ª série E.F.	Trabalhadora dos serviços domésticos em geral	1,5 salários mínimos	♀14; ♂12; ♂10 (C13)
Acompanhante C14- Pedro	Mãe	38 anos	Casada	5ª série E.F.	Trabalhadora de confecção de roupa e Trabalhadora no serviço de embelezamento e cuidados pessoais	4 salários mínimos	♂16; ♂10 (C14)
Acompanhante C15- Emilia	Mãe	35 anos	Casada	8ª série E.F.	Trabalhadora artesanal na indústria de alimentos	6 salários mínimos	♀11(C15); ♂6
Acompanhante C16- Luis	Mãe	40 anos	Casada	3ª série E.M.	Vendedora em domicílio	5,5 salários mínimos	♂23; ♂11(C16)

Acompanhante C17- Paulo	Mãe	30 anos	União Estável	7ª série E.F.	Trabalhadora dos serviços domésticos em geral	3 salários mínimos	♂12(C17); ♂3
Acompanhante C18- Larissa	Mãe	45 anos	Casada	8ª série E.F.	Trabalhadora no serviço de embelezamento e Vendedora em domicílio	1 salário mínimo	♂19; ♀12(C18)
Acompanhante C19- Marcos	Mãe	35 anos	Divorciada	7ª série E.F.	Trabalhadora de confecção de roupa	3 salários mínimos	♂14; ♂12(C19)
Acompanhante C20- Rodrigo	Pai	36 anos	Casado	6ª série E.F.	Mecânico de manutenção Veicular	4,5 salários mínimos	♀13; ♂12(C20)

Figura 7 - Caracterização dos acompanhantes das crianças hospitalizadas

Em relação aos acompanhantes das crianças, observou-se que 15 destes eram Mães, compondo a maior distribuição da frequência. Tais dados corroboram com os achados na literatura especializada, que indicam a presença materna como a mais frequente no acompanhamento da criança hospitalizada (Crepaldi & Varella, 2000; Sugano et al., 2003; Moura & Ribeiro, 2004; Sabatés & Borba, 2005 e Machado et al., 2006). Entre os demais acompanhantes, 3 eram Pais, evidenciando o que outras pesquisas já demonstraram em referência à menor frequência da presença paterna na hospitalização infantil (Moura & Ribeiro, 2004 e Novaes, 2006). Além da presença materna e paterna, observou-se a frequência de acompanhantes como Avô paterno (1) e Irmã (1), que segundo Novaes (2006) também têm sido frequentes no acompanhamento de crianças hospitalizadas.

Com relação à idade dos acompanhantes, os dados demonstraram que a maior frequência de idade ocorreu no intervalo de idade entre 30 a 39 anos, sendo que 11 Mães e 2 Pais encontravam-se com idades nesta faixa etária no momento da coleta de dados.

Os dados referentes à escolaridade indicaram que as maiores frequências entre os acompanhantes Mães ocorreu no intervalo referente à escolaridade entre a 5ª e a 7ª série com 5 Mães, e no intervalo referente ao E.F. Completo com 4 Mães. Entre os Pais, 1 apresentou escolaridade entre a 1ª e a 4ª série do E.F.; 1 apresentou nível de escolaridade entre a 5ª a 7ª séries do E.F.; e 1 apresentou nível escolar referente ao E.M. Completo. Os acompanhantes Avô e Irmã apresentaram nível de escolaridade referente ao E.M. Completo.

As maiores frequências referentes às ocupações profissionais dos acompanhantes demonstraram que 3 Mães encontravam-se desempregadas ou desempenhavam as funções de cuidados com a casa e filhos; sendo as demais ocupações referentes a Profissionais de ensino; Trabalhadoras dos serviços domésticos em geral; Trabalhadoras nos serviços de embelezamento e cuidados pessoais; Vendedoras em domicílios e Trabalhadoras de confecção de roupas. Ressalta-se que 2 Mães (Acompanhante de C14-Pedro e Acompanhante de C18-Larissa) apresentavam mais de uma ocupação profissional. Já os Pais acompanhantes apresentaram frequências semelhantes nas ocupações relacionadas à: Trabalhadores agrícolas; Condutores de veículos de cargas; e Mecânicos de manutenção veicular. O acompanhante Avô desempenhava a função de auxiliar administrativo e a acompanhante Irmã encontrava-se desempregada no momento da coleta de dados.

Observou-se que a maior frequência dos acompanhantes em relação à renda mensal, foi referente ao valor estimado entre 1 a 2

salários mínimos, com 6 acompanhantes, seguida da frequência de 5 acompanhantes com renda mensal relativa a 2 a 3 salários mínimos. Apenas a acompanhante Irmã não referiu informações, pois além de encontrar-se desempregada, ainda era dependente dos pais e não soube precisar a renda mensal familiar.

Os dados indicam que a maior frequência em relação ao estado civil dos acompanhantes refere-se à condição Casado, sendo essa condição apresentada por 11 participantes, seguida de União estável, com 6 participantes. Os Acompanhantes de C13-Duarte e C19-Marcos, encontravam-se Divorciados e o Acompanhante de C9-Filipa apresentou o estado civil Solteiro. Em relação ao número de filhos, entre os acompanhantes prevaleceu a média de 2 filhos, sendo que apenas 1 dos participantes não possuía filhos (Acompanhante de C9-Filipa).

A seguir serão apresentadas as categorias de análise constituídas pelo conjunto de categorias de análise de conteúdo construídas a partir dos elementos obtidos nas entrevistas e nos relatos sobre os desenhos das crianças (Categorias de análise – crianças); as categorias construídas com os elementos presentes nas entrevistas e mapas de redes com os participantes acompanhantes (Categorias de análise – acompanhantes), e as categorias descritivas derivadas da análise desenvolvimentista dos desenhos elaborados pelas crianças.

5.2 Apresentação das categorias de análise

As categorias de análise foram constituídas pelas análises de conteúdo e desenvolvimentista (complementada pela análise gráfica – desenhos) dos dados produzidos pelos participantes, objetivando alcançar as significações de crianças e seus acompanhantes sobre a experiência da hospitalização.

5.2.1 Categorias de análise de conteúdo – crianças e acompanhantes

As categorias de análise – crianças e acompanhantes foram construídas a partir do conjunto de verbalizações produzidas nas entrevistas, bem como das narrativas obtidas a partir dos desenhos temáticos, dos mapas de rede e dos registros do diário de campo. No que diz respeito à nomeação das categorias foram utilizados critérios como o referencial teórico, a designação presente nos instrumentos utilizados e pela narrativa propriamente dita dos participantes.

Esse agrupamento possibilitou a organização dos dados em uma seqüência de quatro grandes categorias de análise que pretenderam

abarcando as significações dos participantes em relação à temática estudada, partindo dos aspectos mais globais dos conceitos gerais, para os conhecimentos mais específicos da vivência e das relações relativas à hospitalização, objetivando assim esclarecer os aspectos que se inter-relacionaram e que foram considerados pertinentes à análise. O conjunto das quatro grandes categorias foi formado respectivamente por subcategorias e elementos de análise que tornaram visíveis as semelhanças e diferenças entre os diversos participantes a respeito do fenômeno estudado.

As definições das categorias e subcategorias são apresentadas a seguir na Figuras 8 e 9 apresentadas posteriormente, evidenciam a organização total das categorias, subcategorias e elementos de análise, sendo que a ordem escolhida para a apresentação das mesmas foi semelhante à seqüência adotada para o agrupamento das categorias.

5.2.1.1 Definição das categorias e subcategorias - crianças

1. Conceitos gerais de saúde, doenças, hospitalização e tratamentos - conhecimentos sobre o funcionamento da saúde, a compreensão dos componentes das doenças e do processo de hospitalização de modo geral. Englobou também as práticas e funções dos profissionais médico e enfermeiro, além do uso de procedimentos específicos do ambiente hospitalar

1.1 Conceitos de saúde - concepções e crenças das crianças sobre saúde.

1.2 Identificação das doenças - reconhecimento das doenças através de sinais/sintomas funcionais e observáveis ou não, eventos externos ou através da intervenção do adulto (pais ou médicos).

1.3 Causas das doenças e vulnerabilidade às mesmas – causalidades atribuídas às doenças das crianças e concepções sobre as condições que aumentam a probabilidade de risco das crianças adquirirem/contraiam as doenças.

1.4 Prevenção das doenças - conhecimentos, práticas e hábitos referentes à prevenção das doenças em crianças.

1.5 Definição de hospital e do que ocorre no hospital – caracterização da instituição hospitalar e das situações/acontecimentos que envolvem a criança que se encontra hospitalizada.

1.6 Causas da hospitalização - causalidades atribuídas à internação hospitalar das crianças.

1.7 Identificação e função das pessoas que prestam cuidados no hospital - definição das pessoas que prestam cuidados às crianças hospitalizadas e as atividades dos profissionais na instituição hospitalar

1.8 Melhora e tratamento das doenças - caracterização das condições e a descrição dos mecanismos de atuação ou elementos que estão associados com o tratamento e a melhora das doenças.

2. Conhecimentos sobre a própria doença e hospitalização - concepções, crenças e conhecimentos sobre a própria experiência com a doença e a hospitalização.

2.1 Identificação da própria doença - reconhecimento dos sinais e sintomas e a designação utilizada pelas crianças para nomear suas doenças.

2.2 Conhecimentos sobre a própria doença - identificação dos mecanismos ou pessoas que possibilitaram à criança formular concepções sobre a sua doença.

2.3 Causas da própria doença - causalidades atribuídas à sua doença.

2.4 Causas da própria hospitalização - causalidades atribuídas à sua hospitalização.

2.5 Tratamento da própria doença - caracterização das condições e elementos que estão associados com o tratamento, duração do mesmo e a melhora da sua doença

3. Vivência da doença e da hospitalização – opiniões e sentimentos decorrentes da experiência da hospitalização que refletem aspectos positivos, negativos, estratégias de enfrentamento, informações, preparo para a permanência no hospital e a perspectiva ideal da instituição hospitalar que atende à infância.

3.1 Sentimentos durante a hospitalização – afetos com a conotação positiva ou negativa, acompanhados ou não de sensações físicas decorrentes da situação de hospitalização, manifestados pelas crianças

3.2 Experiências negativas no hospital – eventos experimentados pela criança durante a sua hospitalização, com conotação negativa.

3.3 Experiências positivas no hospital – eventos experimentados pela criança durante a hospitalização da criança, com conotação positiva.

3.4 Enfrentamento da hospitalização – comportamentos utilizados pelas crianças para enfrentar a situação de hospitalização de forma adaptativa ou não.

3.5 Informações sobre a Hospitalização que devem ser passadas às crianças – explicações sobre os locais físicos do hospital, procedimentos realizados pela equipe, incluindo aqueles que são invasivos e dolorosos, bem como as possibilidades e restrições aos pacientes hospitalizados que devem ser informadas ao paciente infantil

3.6 O hospital infantil ideal – sugestões de características que possibilitariam melhorar as condições do atendimento prestado na instituição hospitalar destinada à infância.

4. Relação da criança com a equipe de saúde do hospital – aspectos que envolvem a comunicação verbal e não-verbal entre os profissionais e a criança, que estão presentes na interação e na realização de procedimentos, bem como as sugestões sobre as qualidades dos profissionais que prestam atendimento a pacientes infantis.

4.1 Interação com os Profissionais – mensagens verbais e não-verbais transmitidas pelos profissionais através de linguagem verbal, gestos, posturas, expressões faciais na comunicação e contato físico com o paciente, durante a realização de procedimentos no hospital.

4.2 Atendimento ideal dos profissionais da equipe de saúde hospitalar infantil – qualidades e atitudes dos médicos e enfermeiros durante a hospitalização que possibilitariam melhorar o atendimento e o relacionamento com o paciente infantil.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE, DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS	1.1 Conceitos de saúde	1.1.1 Ausência de conceitos 1.1.2 Ausência de doença 1.1.3 Comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde 1.1.4 Bem estar/ energia/ alegria brincar 1.1.5 Visita regular à farmácia ou hospital para tomar remédios
	1.2 Identificação das doenças	1.2.1 Presença de sinais /sintomas funcionais observáveis e não observáveis 1.2.2 Através da intervenção do adulto
	1.3 Causas das doenças e vulnerabilidade às mesmas	1.3.1 Ausência de conceitos 1.3.2 Comportamentos de risco para a saúde 1.3.3 Contágio/ contaminação 1.3.4 Problemas congênitos/hereditários 1.3.5 Acidentes e eventos inevitáveis

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE, DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS (cont.)	1.4 Prevenção das doenças	1.4.1 Ausência de conceitos 1.4.2 Comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde/contágio/exposição 1.4.3 Realização de consultas médicas regulares/tomar remédios/vacinas
	1.5 Definição de Hospital e do que ocorre no Hospital	1.5.1 Descrição física do hospital 1.5.2 Descrição das funções do hospital
	1.6 Causas da Hospitalização	1.6.1 Presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis / intensos e duradouros 1.6.2 Necessidade de diagnósticos e procedimentos específicos que não ocorrem no ambiente doméstico
	1.7 Identificação e funções das pessoas que prestam os cuidados no hospital	1.7.1 Prestadores de cuidados 1.7.2 Funções dos Médicos 1.7.3 Funções dos Enfermeiros

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE, DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS (cont.)	1.8 Melhora e Tratamento das doenças	1.8.1 Realização de procedimentos /funções dos remédios / exames e cirurgia
2.CONHECIMENTOS SOBRE A PRÓPRIA DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO	2.1 Identificação da própria Doença	2.1.1 Presença de sintomas funcionais e observáveis e a designação dos nomes das suas doenças
	2.2 Conhecimentos sobre a própria Doença	2.2.1 Experiência prévia com doenças /sintomas 2.2.2 Através de explicações dos Adultos 2.2.3 Observação de semelhanças com sintomas de familiares
	2.3 Causas da própria Doença	2.3.1 Ausência de conceitos 2.3.2 Comportamentos de risco para a saúde 2.3.3 Atribuição a um evento inevitável 2.3.4 Herança familiar
	2.4 Causas da própria Hospitalização	2.4.1 Presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis intensos e duradouros 2.4.2 Necessidade de procedimentos específicos e exames 2.4.3 Comportamentos de risco

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
2.CONHECIMENTOS SOBRE A PRÓPRIA DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO (cont.)	2.5 Tratamento da própria doença	2.5.1 Procedimentos 2.5.2 Duração
3. VIVÊNCIA DA DOENÇA E DA HOSPITALIZAÇÃO	3.1 Sentimentos durante a Hospitalização	3.1.1 Sentimentos positivos 3.1.2 Sentimentos negativos
	3.2 Experiências negativas no Hospital	3.2.1 Realização de procedimentos dolorosos e invasivos /cirúrgicos 3.2.2 Afastamento dos familiares /casa e escola 3.2.3 Restrições de locomoção / alimentação
	3.3 Experiências positivas no Hospital	3.3.1 Receber cuidados e proteção / tratamento e interagir /conhecer os profissionais do hospital /conversar 3.3.2 Realizar atividades lúdicas / físicas / escolares e visita dos palhaços
	3.4 Enfrentamento da Hospitalização	3.4.1 Comportamentos Facilitadores

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
3. VIVÊNCIA DA DOENÇA E DA HOSPITALIZAÇÃO (cont.)	3.5 Informações sobre a Hospitalização que devem ser passadas às crianças	3.5.1 Realização sobre os procedimentos médicos e de enfermagem 3.5.2 Condições gerais do hospital 3.5.3 Atividades ou ações permitidas e restritas 3.5.4 Presença de brinquedos 3.5.5 Presença de profissionais bons e competentes
	3.6 O Hospital Infantil Ideal	3.6.1 Ausência de conceitos 3.6.2 Presença de recursos 3.6.3 Ausência de restrições
4. RELAÇÃO DA CRIANÇA COM A EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL	4.1 Interação com os Profissionais	4.1.1 Transmissão de segurança e empatia através da brincadeira /carinho e encorajamento 4.1.2 Recebimento de informação sobre os procedimentos 4.1.3 Controle dos sintomas 4.1.4 Falta de informações
	4.2 Atendimento Ideal dos Profissionais da Equipe de saúde hospitalar infantil	4.2.1 Qualidades atribuídas aos médicos 4.2.2 Qualidades atribuídas aos enfermeiros

Figura 8 - Categorias, subcategorias e elementos de análise – Crianças

5.2.1.2 Definição das categorias e subcategorias - acompanhantes

1. Conceitos gerais de saúde, doenças, hospitalização e tratamentos de crianças para o acompanhante - conhecimentos e a compreensão sobre o funcionamento da saúde, dos componentes das doenças e do processo de hospitalização de modo geral na perspectiva dos acompanhantes.

1.1 Conceitos de saúde de crianças - concepções e crenças do acompanhante sobre a saúde de crianças.

1.2 Identificação das doenças de crianças - reconhecimento dos sinais e sintomas, conhecimentos, concepções e crenças sobre doenças em crianças.

1.3 Causas das doenças e vulnerabilidade das crianças às mesmas - causalidades atribuídas às doenças das crianças e concepções do acompanhante sobre as condições que aumentam a probabilidade de risco das crianças adquirirem/contraiam as doenças.

1.4 Prevenção das doenças de crianças - conhecimentos, práticas e hábitos referentes à prevenção das doenças em crianças.

1.5 Definição de hospital e do que ocorre no hospital - caracterização da instituição hospitalar e das situações/acontecimentos que envolvem a criança que se encontra hospitalizada.

1.8 Causas da hospitalização de crianças - causalidades atribuídas à internação hospitalar das crianças.

1.9 Tratamentos das doenças - caracterização das condições e elementos que estão associados com o tratamento e a melhora das doenças.

2. Conhecimentos do acompanhante sobre a doença e a hospitalização da criança - concepções, crenças e conhecimentos do acompanhante sobre a experiência com a doença e a hospitalização da criança que está sendo acompanhada.

2.1 Identificação da doença da criança - reconhecimento dos sinais e sintomas, conhecimentos, concepções e crenças do acompanhante sobre a doença da criança que está sendo acompanhada.

2.2 Conhecimentos sobre a doença da criança - identificação dos mecanismos ou pessoas que possibilitaram o acompanhante

formular concepções sobre a doença da criança que está sendo acompanhada.

2.3 Causas da doença da criança - causalidades atribuídas à doença da criança que está sendo acompanhada.

2.4 Causas da hospitalização da criança - causalidades atribuídas à internação hospitalar da criança que está sendo acompanhada.

2.5 Diagnóstico e tratamento da criança – caracterização das condições e elementos (procedimentos e duração) que estão associados com o tratamento e a melhora da doença da criança que está sendo acompanhada.

3. Vivência do acompanhante mediante a doença e hospitalização da criança – percepção do acompanhante sobre esse evento, envolvendo opiniões e sentimentos, aspectos positivos, negativos, estratégias de enfrentamento, informações e preparo para a permanência no hospital, mudanças ocasionadas por esse evento, percepção sobre a compreensão da criança dessa experiência e a perspectiva ideal da instituição hospitalar que atende à infância.

3.1 Informações sobre o funcionamento do hospital fornecidas aos acompanhantes – informações fornecidas aos acompanhantes sobre as rotinas, locais físicos e funcionamento do hospital.

3.2 Sentimentos do acompanhante durante a hospitalização da criança - sentimentos, pensamentos, afetos acompanhados ou não de sensações físicas e comportamentos manifestados pelo acompanhante mediante a necessidade de hospitalização da criança e decorrentes da situação de hospitalização da criança que está sendo acompanhada.

3.3 Mudanças experimentadas pelo acompanhante após a hospitalização da criança – presença de alterações ou não na rotina doméstica, familiar e laboral, além de sentimentos e pensamentos do acompanhante, durante o evento da hospitalização da criança.

3.4 Experiências negativas no hospital para o acompanhante – eventos experimentados durante a hospitalização da criança que está sendo acompanhada, caracterizados através de conotação negativa.

3.5 Experiências positivas no hospital para o acompanhante – eventos experimentados durante a hospitalização da criança

que está sendo acompanhada, caracterizados através de conotação positiva.

3.6 Enfrentamento da situação de acompanhar a hospitalização da criança – comportamentos utilizados pelo acompanhante para enfrentar a situação de hospitalização de forma mais adaptativa ou não.

3.7 Percepção do acompanhante sobre a compreensão da criança a respeito de sua doença e hospitalização - opiniões e concepções do acompanhante sobre a compreensão da criança referente a doença e hospitalização, bem como os procedimentos realizados pela equipe, incluindo aqueles que são invasivos e dolorosos, as possibilidades e restrições aos pacientes hospitalizados, que devem ser fornecidas às crianças durante o período em que se encontram hospitalizadas.

3.8 O hospital infantil ideal – sugestões de características que possibilitariam melhorar as condições do atendimento prestado na instituição hospitalar destinada à infância.

4. Relação do acompanhante com equipe de saúde do hospital – aspectos que envolvem a comunicação verbal e não-verbal entre os profissionais e o acompanhante, que estão presentes na interação, bem como as sugestões sobre as qualidades dos profissionais que prestam atendimento a pacientes infantis.

4.1 Interação com os Profissionais – mensagens verbais e não-verbais transmitidas pelos profissionais através de linguagem verbal, gestos, posturas, expressões faciais na interação com o acompanhante.

4.2 Atendimento ideal dos profissionais da equipe de saúde hospitalar infantil – qualidades e atitudes dos médicos e enfermeiros durante a hospitalização que possibilitariam melhorar o atendimento e o relacionamento com o paciente infantil e seu acompanhante.

5. Redes de suporte familiar, social, de serviços de saúde e hospitalar – definição das pessoas significativas para o acompanhante da criança hospitalizada no período da internação hospitalar, obtidas a partir do Mapa de Rede, adaptado de Sluzki (1997) que identifica as estruturas relativas a tamanho (número de pessoas na rede) e distribuição (proporção do total de membros localizada em cada quadrante e círculo (rede de relações familiares, amizades, de trabalho e

estudo, com a equipe de saúde do hospital, com outros serviços fora do hospital e no contexto do hospital).

5.1 Rede de relações familiares - pessoas significativas do contexto familiar para o acompanhante.

5.2 Rede de relações de amigos - pessoas significativas do contexto social de amigos para o acompanhante.

5.3 Rede de relações com a equipe de saúde do hospital – pessoas significativas da equipe de profissionais da saúde que prestaram atendimento à criança hospitalizada, para o acompanhante.

5.4 Rede de relações com outros serviços fora do hospital – pessoas significativas de outros serviços fora do hospital para o acompanhante.

5.5 Rede de relações de trabalho e estudo - pessoas significativas do contexto de trabalho ou estudo, para o acompanhante.

5.6 Rede de relações no contexto do hospital – pessoas significativas no contexto do hospital (colaboradores do hospital que não fazem parte da equipe de saúde).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE, DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS DE CRIANÇAS PARA O ACOMPANHANTE	1.1 Conceito de saúde de crianças	1.1.1 Comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde 1.1.2 Ausência de doença /sintomas 1.1.3 Receber cuidados parentais e ter uma família estruturada 1.1.4 Bem estar
	1.2 Identificação das doenças de crianças	1.2.1 Sintomas funcionais e observáveis 1.2.2 Designação dos nomes das doenças
	1.3 Causas das doenças e vulnerabilidade das crianças às mesmas	1.3.1 Comportamentos de risco para a saúde 1.3.2 Contágio / contaminação / eventos inevitáveis / mudança climática 1.3.3 Problemas congênitos / hereditários / características inerentes à criança 1.3.4 Falta de cuidados parentais 1.3.6 Problemas psicológicos

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE, DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E TRATAMENTOS DE CRIANÇAS PARA O ACOMPANHANTE (Cont.)	1.4 Prevenção das doenças de crianças	1.4.1 Comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde 1.4.2 Realização de consultas médicas regulares / tomar remédios / vacinas 1.4.3 Receber cuidados parentais
	1.5 Definição de Hospital e do que ocorre no Hospital	1.5.1 Descrição das funções do hospital
	1.6 Causas da Hospitalização de crianças	1.6.1 Sintomas funcionais observáveis / intensos e duradouros que não podem ser tratados no ambiente doméstico 1.6.2 Necessidade procedimentos específicos e diagnóstico
	1.7 Tratamento das Doenças	1.7.1 Medicamentos e repouso 1.7.2 Presença do acompanhante junto à criança

2.CONHECIMENTOS DO ACOMPANHANTE SOBRE A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	2.1 Identificação da Doença da Criança	2.1.1 Sintomas funcionais observáveis 2.1.2 Designação dos nomes das doenças
	2.2 Conhecimentos sobre a doença da criança	2.2.1 Experiência prévia com doenças /sintomas 2.2.2 Através de explicação de autoridade
	2.3 Causas da Doença da Criança	2.3.1 Ausência de conceitos 2.3.2 Comportamentos de risco para a saúde 2.3.3 Hereditariedade 2.3.4 Contaminação / contágio / eventos inevitáveis e mudança climática 2.3.5 Complicação de outra doença
	2.4 Causas da Hospitalização da Criança	2.4.1 Presença de sintomas observáveis/ intensos e duradouros que não podem ser tratados no ambiente doméstico 2.4.2 Comportamentos de risco para a saúde 2.4.2 Necessidade de procedimentos específicos e diagnóstico
	2.5 Diagnóstico e tratamento da criança	2.5.1Concordância/ confiança 2.5.2 Discordância/dúvida

3. VIVÊNCIA DO ACOMPANHANTE MEDIANTE A DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	3.1 Informações sobre o funcionamento do hospital fornecidas aos acompanhantes	3.1.1 Informações suficientes 3.1.2 Falta de informações
	3.2 Sentimentos do acompanhante durante a hospitalização da criança	3.2.1 Sentimentos positivos 3.2.2 Sentimentos negativos
	3.3 Mudanças Experimentadas pelo Acompanhante após a Hospitalização da Criança	3.3.1 Afastamento da casa, família e trabalho
	3.4 Experiências negativas no Hospital para o Acompanhante	3.4.1 Ausência de experiências negativas 3.4.2 Presenciar o sofrimento da criança 3.4.3 Aguardar o tratamento 3.4.4 Desconforto físico 3.4.5 Deixar a casa/família/trabalho
	3.5 Experiências positivas no Hospital para o Acompanhante	3.5.1 Possibilidade de estar com a criança e acompanhar o tratamento 3.5.2 Constatação da melhora da criança 3.5.3 Receber um bom atendimento
	3.6 Enfrentamento da situação de acompanhar a hospitalização da criança	3.6.1 Ausência de conceitos 3.6.2 Comportamentos facilitadores

3. VIVÊNCIA DO ACOMPANHANTE MEDIANTE A DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	3.7 Percepção do acompanhante sobre a compreensão da criança a respeito da sua doença e hospitalização	3.7.1 Necessidades e sentimentos das crianças 3.7.2 Restrições
	3.8 O Hospital Infantil Ideal	3.8.1 Similar ao local onde realizou-se a pesquisa 3.8.2 Presença de recursos 3.8.3 Atendimento eficaz e imediato sem diferenças de níveis sócio-econômico
4. RELAÇÃO DO ACOMPANHANTE COM A EQUIPE DE SAÚDE DO HOSPITAL	4.1 Interação com os Profissionais	4.1.1 Contato restrito/breve/impessoal 4.1.2 Informações sobre os procedimentos e orientações 4.1.3 Transmissão de apoio através da empatia/atenção e disponibilidade para prestar atendimento 4.1.4 Sentimentos de timidez/constrangimento 4.1.5 Controle dos sintomas da criança
	4.2 Atendimento Ideal dos Profissionais da Equipe de saúde hospitalar que atendem crianças	4.2.1 Qualidades atribuídas aos médicos 4.2.2 Qualidades atribuídas aos enfermeiros

5. REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS	5.1 Rede de Relações Familiares	
	5.2 Rede de Relações de Amizades	
	5.3 Rede de Relações com a Equipe de Saúde do Hospital	
	5.4 Rede de Relações com Outros Serviços fora do Hospital	
	5.5 Rede de Relações de trabalho e Estudo	
	5.6 Rede de Relações no Contexto do Hospital	

Figura 9 - Categorias, subcategorias e elementos de análise - Acompanhantes

5.2.1.3 Categorias de análise desenvolvimentista dos desenhos – crianças

Para a presente pesquisa, solicitou-se às crianças participantes que elaborassem 5 desenhos (1 livre e 4 temáticos), seguidos de verbalizações sobre os mesmos, o que totalizou um conjunto de 100 desenhos. Os desenhos foram analisados de duas formas diferentes, compondo parte das categorias de análise de conteúdo e formando as categorias de análise desenvolvimentista.

As categorias de análise dos desenhos elaboradas sob a perspectiva desenvolvimentista foram compostas pelas 2 microanálises citadas, baseando-se em critérios que consideraram as diferentes fases de desenvolvimento infantil (desenvolvimento cognitivo, motor, expressão artística, sócio-afetivo). Tal análise derivou da utilização de um conjunto de critérios proporcionais às especificidades de cada fase do desenvolvimento, aplicados à investigação (Tabela 1). As informações referentes à análise gráfica dos desenhos (Fávero & Salim, 1995) obtidas através da análise individual dos detalhes e especificidades de cada um dos 100 desenhos foram condensadas e agrupadas em 04 faixas etárias distintas: 5-6 anos; 7-8 anos; 9-10 anos e 11-12 anos, a fim de proporcionar uma análise que permitisse a comparação entre os participantes com idades comuns, conforme as Tabelas 2, 3, 4 e 5:

Tabela 1- Análise e comparação das categorias e estádios de desenho – Análise Desenvolvimentista

<i>PARTICIPANTES</i>	NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO DOS DESENHOS:									
	*Estádios de Desenvolvimento de Competências de Desenho					**Estádios de Expressão Artística e Desenvolvimento Cognitivo				
	Desenho Livre		Pessoa no hospital		Motivo da sua hospitalização		Sentimentos durante a hospitalização		Profissional da equipe de saúde	
C1-Amanda (5 anos)	I*	III**	I*	III**	I*	III**	I*	III**	I*	III**
C2-Luca (5 anos)	I*	III**	I*	III**	I*	III/IV**	II*	IV**	II*	IV**
C3-Gustavo (5 anos)	I*	III**	I*	III**	I*	III**	I*	III**	I*	III**
C4-Benício (6 anos)	II*	III/IV**	I*	III**	I*	III/IV**	I*	III**	II*	III/IV**
C5-Geraldo (6 anos)	II*	III/IV**	I*	III**	II*	III/IV**	I*	III/IV**	I*	III/IV**
C6-Giulia (7 anos)	II*	III/IV**	II*	III/IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C7-Ricardo (7 anos)	I*	III**	I/II*	III**	I/II*	III**	I/II*	III**	I*	III**
C8-Barbara (8 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C9-Filipa (8 anos)	II	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C10-Monica (8 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	III/IV**	II*	IV**	II*	IV**
C11-Nuno (9 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C12-João (9 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C13-Duarte (10 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C14-Pedro (10 anos)	II*	IV**	II*	III**	II*	III**	II*	III**	II*	III**
C15-Emilia (11 anos)	II*	IV**	I*	IV**	II*	IV**	I*	IV**	I*	IV**
C16-Luis (11 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV/V**	II*	IV**
C17-Paulo (12 anos)	II*	V**	II/III*	V/VI**	III*	V**	II/III*	V/VI**	II/III*	V/VI**
C18-Larissa (12 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**

C19-Marcos (12 anos)	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**	II*	IV**
C20-Rodrigo (12 anos)	II*	III/IV**	II*	III/IV**	II*	III/IV**	II*	III/IV**	II*	IV**

Tabela 2- Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 5-6 anos

DESENHOS	Desenho Livre	Pessoa no Hospital	Motivo da sua Hospitalização	Sentimentos durante a Hospitalização	Profissional da Equipe de Saúde
<i>Critérios de Análise Gráfica</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Cores vivas -Forma com alguma imprecisão -Traço: <ul style="list-style-type: none"> -Firme -Forte -Uni/ bidimensional -Tamanho médio a grande -Expressão facial feliz: <ul style="list-style-type: none"> -Boca desenhada com traço ascendente 	<ul style="list-style-type: none"> -Predomínio de cor única -Forma com algumas imprecisões -Traço: <ul style="list-style-type: none"> -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho ¼ da folha a pequeno -Expressão facial indefinida ou sem rosto -Poucos elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> -Cores vivas -Forma com algumas imprecisões -Traço: <ul style="list-style-type: none"> -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho ¼ folha -Expressão facial feliz: <ul style="list-style-type: none"> -boca desenhada com traço ascendente -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> -Cores vivas -Forma precisa -Traço: <ul style="list-style-type: none"> -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho ¼ da folha a pequeno -Expressão facial feliz: <ul style="list-style-type: none"> -boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> -Cores pálidas -Forma com algumas imprecisões -Traço: <ul style="list-style-type: none"> -firme -forte - Uni/ bidimensional -Tamanho ¼ da folha a médio -Expressão facial vazia e feliz: <ul style="list-style-type: none"> -boca desenhada com traço ascendente -Elementos constitutivos:

*Crêterios de
Análise Gráfica*

-Poucos
elementos
constitutivos:
-roupas
-inclusão de
outras pessoas
-nuvens
-sol
-Postura das
figuras humanas
“flutuando”
-Transparência

-ausência de
roupas
-figura humana
simplificada
(tipo palito)
-cama
-travesseiro
-Postura da
figura humana
deitada
-Transparência

-cama
-travesseiro
-ferimentos,
local dolorido
-roupas
-unhas
-orelhas
- Postura da
figura humana
deitada ou
“flutuando”
- Transparência

-objetos
-cílios
-sombrancelhas
-dedos
-sol
-Postura da
figura humana
em põe
- Transparência

-cabelos
-pães
-sombrancelhas
-roupas
-crach a
-inclusão de
outras pessoas
-Postura da
figura humana
em põe
-Transparência

Tabela 3- Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 7-8 anos

DESENHOS	Desenho Livre	Pessoa no Hospital	Motivo da sua Hospitalização	Sentimentos durante a Hospitalização	Profissional da Equipe de Saúde
<i>Crerios de Análise Gráfica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -vivas -sem cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho grande -Expressão facial feliz: -boca desenhada com traço ascendente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Bidimensional -Tamanho ¼ da folha -Expressão facial feliz: -boca desenhada com traço ascendente -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -única -sem cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho médio -Expressão facial feliz: -boca desenhada com traço ascendente -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho ¼ da folha a médio -Expressão facial feliz: -boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> - Cor: -única -sem cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Uni/bidimensional -Tamanho grande -Expressão facial feliz: -boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos:

*Crêterios de
Análise Gráfica*

-olhos abertos -Elementos constitutivos: -roupas -inclusão de outras pessoas -cabelos, penteado -sol -árvore -nuvens -animismo -Postura da figura humana em p� -Transparência	- roupas -cabelos/ penteado -dedos -cama -cadeira -suporte de soro -soro -tala -Postura da figura humana em p� -Transparência	-roupas -cabelos/ penteado -dedos -indica�o de ferimento -indica�o de sintomas (vômito, tosse) -inclusão de outras pessoas -Postura da figura humana deitada ou p� - Transparência	-roupas -botões -cabelos/ adereços -objetos -soro -suporte de soro -tala -Postura da figura humana em p� ou deitada	-cabelos, penteado/ barba -roupas -uniforme -chapéu -máscara -estetoscópio -bandeja -seringa -Postura da figura humana em p� ou “flutuando”
--	---	--	---	---

Tabela 4 - Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 9-10 anos

DESENHOS	Livre	Pessoa no Hospital	Motivo da sua Hospitalização	Sentimentos durante a Hospitalização	Profissional da Equipe de Saúde
<i>Crterios de Análise Gráfica</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Cores: -vivas -sem cor -Forma precisa -Traço: -firme -forte -Bi-dimensional -Tamanho grande -Expressão facial: 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme - forte -Uni/bidimensional -Tamanho médio -Expressão facial: -infeliz/boca desenhada com traço descendente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -muito forte -Uni/bidimensional -Tamanho médio -Expressão facial: -feliz/boca desenhada com traço ascendente -infeliz/ boca desenhada com traço descendente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -muito forte -Uni/bidimensional -Tamanho médio -Expressão facial: -vazia -feliz/boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -muito forte -Bidimensional -Tamanho médio a grande -Expressão facial: -vazia -feliz/boca desenhada com traço ascendente

<p><i>Crêterios de Análise Gráfica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -feliz/boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -expressão vazia -Elementos constitutivos: -roupas -cabelos -sol/nuvens -bola/traves -Postura da figura humana em pé ou “flutuando” 	<ul style="list-style-type: none"> -expressão vazia -Elementos constitutivos: -roupas/uniforme -cabelos -maca/cadeira -suporte de soro/soro -janelas/portas -ambulância -inclusão de outra pessoa -Postura da figura humana deitada ou em pé -Transparência 	<ul style="list-style-type: none"> -olhos abertos -Elementos constitutivos: -roupas/bon�/bolsos -cabelos, penteado -orelhas/dedos -indica�o do local dolorido/doença -inclusão de outras pessoas -inclusão do hospital -sol/casa/carro -Postura da figura humana sentada ou pé Transpar�ncia 	<ul style="list-style-type: none"> -roupas -cabelos, penteado -pormenores/olhos/dedos -soro/suporte de soro -indica�o de ferimentos -indica�o de sentimentos -comida -hospital, pavimentos -portas/sol -Postura da figura humana em pé Transparência 	<ul style="list-style-type: none"> -Elementos constitutivos: -cabelos/penteado, barba -roupas/uniforme -chapéu/crachá -seringa -inclusão de outras pessoas -Postura da figura humana em pé Transparência
--	---	--	---	---	--

Tabela 5- Análise gráfica geral dos desenhos dos participantes na faixa etária de 11-12 anos

DESENHOS	Livre	Pessoa no Hospital	Motivo da sua Hospitalização	Sentimentos durante a Hospitalização	Profissional da Equipe de Saúde
<i>Crítérios de Análise Gráfica</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Cores: -vivas -pálidas -ausência de cor -Forma precisa (uso de régua) -Traço: -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho grande -Expressão facial: 	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -vivas -pálidas -ausência de cor -Forma precisa (uso de régua) -Traço: -firme -forte -Uni/ bidimensional -Tamanho médio -Expressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -vivas -pálidas -ausência de cor -Forma precisa (uso de régua) -Traço: -firme -forte -fino -Bidimensional -Tamanho ¼ de folha -Expressão facial: -feliz/boca desenhada com 	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -pálidas -ausência de cor -Forma precisa (uso de régua/molde) -Traço: -firme -forte -fino -Bidimensional -Tamanho ¼ de folha a médio -Expressão facial: -vazia -feliz/boca desenhada com traço 	<ul style="list-style-type: none"> - Cores: -pálidas -ausência de cor -Forma precisa -Traço: -firme -fino -Bidimensional -Tamanho ¼ de folha a médio -Expressão facial: -feliz/boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos

<p><i>Cráterios de Análise Gráfica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -feliz/boca desenhada com traço ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: -sol /nuvens -pássaros -móveis/objetos -animismo -roupas -Postura da figura humana em p� ou sentado 	<p>facial:</p> <ul style="list-style-type: none"> -vazia -olhos abertos -Elementos constitutivos: -roupas -cabelos -cama/maca -soro/suporte de soro -travesseiro -len�ois -Postura da figura humana deitada 	<ul style="list-style-type: none"> traço ascendente -infeliz/ boca desenhada com traço descendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: -roupas -cabelos, penteadado -orelhas/dedos -indica�o do local dolorido/sintomas -Postura da figura humana em p� 	<ul style="list-style-type: none"> ascendente -olhos abertos -Elementos constitutivos: -roupas -cabelos, penteadado -pormenores, olhos -dedos -soro/suporte de soro -term�metro, maca -Postura da figura humana em p� ou deitada 	<ul style="list-style-type: none"> -Elementos constitutivos: -cabelos, penteadado -roupas, uniforme -instrumental médico -detalhes rosto -Postura da figura humana em p� ou “flutuando”
--	---	---	---	---	---

6 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A compreensão de um contexto como o hospital, cujas relações permeiam as singularidades dos indivíduos que dele fazem parte representou no presente estudo, a possibilidade de ouvir as distintas vozes e percorrer os diferentes olhares que compuseram o processo de construção de significações. Essa premissa permitiu também integrar as impressões da pesquisadora, conferindo uma perspectiva a mais nesta multiplicidade de significados da experiência de hospitalização na infância sem, contudo, perder de vista a postura ética que norteou a implicação pessoal no processo de produção desse conhecimento.

Considerando a trama relacional presente no ambiente hospitalar, buscou-se através dos pressupostos epistemológicos da complexidade, que a totalidade emergisse a partir das inter-relações e da integração dos dados envolvidos. Desse modo, a análise foi se configurando a partir dos elementos obtidos junto às crianças e seus acompanhantes, através do estabelecimento de categorias que possibilitassem destacar os elementos comuns e diferenciados de suas significações, que foram se complementando recursivamente.

Este capítulo apresenta a análise dos dados e a discussão dos resultados conforme a seqüência em que foram apresentadas as categorias de análise de conteúdo das crianças e seus acompanhantes e análise desenvolvimentista e gráfica dos desenhos das crianças.

6.1 Categorias de análise de conteúdo – Crianças

Categoria 1- Conceitos gerais de saúde, doenças, hospitalização e tratamentos

Esta categoria possibilitou a obtenção do conjunto de conhecimentos sobre a saúde, a compreensão dos componentes das doenças e do processo de hospitalização de modo geral. Englobou também as práticas e funções dos profissionais médico e enfermeiro, além do uso de procedimentos específicos do ambiente hospitalar.

A subcategoria **conceito de saúde (1.1)** contemplou as concepções e crenças sobre saúde para as crianças. Do grupo dos participantes, 4 crianças apresentaram *ausência de conceitos (1.1.1)* em relação à saúde.

Entre as crianças que não verbalizaram conceitos, 3 encontravam-se com a idade de 5 anos e uma com 6 anos, indicando o que foi apontado por Del Barrio (1990) e Barros (2003) sobre a ausência de

conceitos, comum em algumas crianças mais novas que tendem a emitir respostas incoerentes ou tautológicas. As falas de C2-Luca, 5 anos e C5-Geraldo, 6 anos, ilustram a ausência de conceitos manifestada sobre saúde:

M- e o que é ter saúde?

C- saúde?

M- é

*C- é quando... ô tia, **eu não sei o que é saúde!***

M- tudo bem, não faz mal! (C2-Luca, 5 anos).

M- você sabe o que é saúde?

*C- **não sei...** (C5-Geraldo, 6 anos).*

A formulação do conceito de saúde também foi associada à *ausência de doença* (1.1.2), sendo evidenciada por 5 crianças com idades entre 7 a 12 anos. Essa concepção de saúde como ausência de doença evidencia significações estruturadas através de descrições indiferenciadas, globais e categóricas, apoiadas em atribuições de “tudo ou nada”, como apontado por Barros (2003) e também observadas por Boruchovitch e Mednick (1997) a partir do modelo de desenvolvimento cognitivo piagetiano. Nos relatos abaixo, se observam significações dessa natureza, fornecidas por C8-Barbara, 8 anos e C18-Larissa, 12 anos:

M – e você sabe o que é ter saúde?

*C – **é quando não tem uma doença muito grave...***

M – e se for uma doença que não é muito grave?

*C- também não tem saúde... porque **quem tem saúde, não tá com doença, né?***

M- mas o que é uma doença muito grave?

C- é uma doença que pode matá se não tratá a pessoa...(C8-Barbara, 8 anos).

M – e você sabe o que é ter saúde?

*C – ah...[risos] **é não ficar doente!** (C18-Larissa, 12 anos).*

No entanto, a grande maioria das crianças atribuiu ao conceito de saúde a realização de *comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde* (1.1.3) que implicam em cuidados com a higiene, alimentação e evitação de comportamentos

associados a hábitos pouco saudáveis de alimentação, exposição às alterações climáticas, vícios como o tabagismo e o alcoolismo. Entre as crianças que relataram esses aspectos associados à saúde, 2 tinham as idades entre 7 e 8 anos e as demais tinham idades entre 10 a 12 anos. Os relatos abaixo ilustram as significações das crianças:

M – e você sabe o que é saúde?

C – é uma pessoa saudável

M- e como é uma pessoa saudável? O que acontece com ela?

C- se alimenta... come fruta, verdura, arroz, feijão... toma água... (C13-Duarte, 10 anos).

M – e você sabe o que é saúde?

C – saúde é comê... é ser caprichoso no banho e escová os dente, comê bem... e... e... não sei mais...

M- mas o que as crianças tem que comer?

C- fruta, verdura... essas coisa...

M- e o banho?

C- pra se lavá bem, ficar limpo, pros bichinhos não vir na pele da gente...

M- e os dentes?

C- se não escova, fica com cárie, o dente vai ‘pretejando’ até ficá podre... daí tem que arrancá... fica sem os dentes

M- como vem a cárie?

C- da comida que fica nos dentes se não lavá... (C9-Filipa, 8 anos).

As concepções de C13-Duarte, 10 anos e C9-Filipa, 8 anos, indicam o engajamento em práticas saudáveis (Natapoff, 1978; Bibace & Walsh, 1980; Boruchovitch & Mednick, 1997, 2000), projetando para si a responsabilidade pela manutenção da própria saúde, conforme também observado por Moreira e Dupas (2003). A participante C9-Filipa, 8 anos, ainda assinala as possíveis conseqüências da não adoção dessas medidas saudáveis, enfatizando o senso de responsabilidade atribuído à saúde.

Além das práticas saudáveis, as crianças também referiram a evitação de comportamentos de risco em suas significações sobre o conceito de saúde. No relato abaixo é possível verificar a atribuição que C14-Pedro, de 10 anos fez quanto à necessidade de evitar comportamentos de risco relacionando-os posteriormente a

comportamentos de saúde e novamente indicando a responsabilidade quanto às práticas adotadas pela criança:

C – saúde... é... ter saúde é... ter uma alimentação saudável... também...

M- como é uma alimentação saudável?

C- fruta, verdura...

M- e o que mais quer dizer ter saúde?

C- a alimentação saudável, fazer exercício, e ... não sei... fazer coisa não perigosa, tipo... coisa não perigosa, assim que tem gente que faz assim, por exemplo, aqueles limpador de vidro daqueles prédio enorme... eles ficam pendurado naquelas coisas com corda, sem segurança... e se uma corda arrebenta, o que acontece? Como eles vão se segurar?

M- então ter saúde é não se arriscar em coisas perigosas?

C- é... e fazer coisa que não utilize muita força e muitas coisas assim... muita adrenalina, que as vezes é muito perigoso, alguns serviços e algumas brincadeiras, e aí se não fizer é menos risco de se machucá...(C14-Pedro, 10 anos).

Entre as crianças entrevistadas, apenas duas, com idades entre 9 e 12 anos atribuíram à saúde a sensação de *bem estar/energia/alegria/brincar* (1.1.4) indicando uma concepção mais positiva, que envolve diferentes dimensões de bem estar, e qualidade de vida (Rodríguez-Marín, et al., 2003). Tais concepções parecem estar relacionadas à sensação de liberdade para fazer o que se deseja e ter a energia que permite a realização de atividades, indo ao encontro do que foi apontado por Natapoff (1978) e Moreira e Dupas (2003). As narrativas de C11-Nuno, 9 anos e C17-Paulo, 10 anos evidenciam ainda a atividade lúdica como manifestação de saúde. A esse respeito é possível também inferir que para os participantes, a hospitalização acarretou na restrição da liberdade e da atividade lúdica, que são resgatadas em seus conceitos de saúde:

M – e o que é saúde?

C – saúde é viver, ser alegre e brincar bastante.

M- é? E tem mais alguma coisa?

C- isso! (C11-Nuno, 9 anos).

M – e você sabe o que é saúde?

C – saúde é brincar, né? É fazer tudo o que é bom, aproveitar a vida... isso é ter saúde... (C17-Paulo, 12 anos).

Cinco crianças com idades entre 6 e 9 anos relataram que o conceito de saúde estava associado à *visita regular à farmácia ou hospital para tomar remédios (1.1.5)*. Na fala de C7-Ricardo, 7 anos, evidenciou-se que o conceito de saúde estava relacionado com a utilização regular de medicamentos:

M – e o que é saúde?

C – saúde... é vim pra farmácia... e...tomá remédio...

M- ah... saúde é quando a gente vai à farmácia tomar remédio?

C- ou no hospital...

M- e a gente só tem saúde quando toma remédio ou a gente tem saúde sem precisar tomar remédio?

C- tem que tomá remédio todos os dias!

M- e se agente não tomar o remédio todos os dias, o que acontece?

C- senão tomar o remédio todo dia, a gente fica ruim, mal... (C7-Ricardo, 7 anos).

No relato de C7-Ricardo, 7 anos, fica visível a relação do uso regular do medicamento também como uma prática que parece estar pautada na significação de saúde construída de forma mais categórica e global que funciona por exclusão, pois a ausência do uso contínuo do remédio traria como consequência a doença, sem que a criança possa fazer algo para evitar ou impedir seu surgimento, corroborando com o que foi apontado por Del Barrio (1990) e Barros (2003).

A subcategoria **identificação das doenças (1.2)** envolveu o reconhecimento das doenças através de sinais/sintomas funcionais e observáveis ou não, eventos externos ou através da intervenção do adulto (pais ou médicos). Entre os participantes observou-se que todas as crianças relataram a *presença de sinais/sintomas funcionais observáveis e não observáveis (1.2.1)* para identificar as doenças, indicando a presença de sintomas visíveis, como o vômito, os ferimentos/ fraturas, desmaio e os não observáveis como a febre, a sensação de mal-estar e a dor. Nesse sentido, é possível pensar que a utilização dos sintomas para identificar as enfermidades implicou na construção de significações, cujo enfoque recaiu sobre os aspectos sensoriais, mais concretos e perceptíveis, que favorecem às crianças a identificação das doenças, conforme visto em outros estudos (Barros,

2003; Del Barrio, 1990; Peltzer & Promptussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004; Perrin et al., 1991; Natapoff, 1978) e exemplificada pela fala de C13-Duarte, 10 anos:

M – algumas crianças às vezes ficam doentes. Como as crianças sabem que estão doentes?

C- ficam ruim... sente dor...

M- sentem dor onde?

C- de barriga, na cabeça... no braço...

M- o que mais acontece que faz as crianças saberem que estão doentes?

C- tem outras coisas... quando pula assim, fica pulando dá... uma coisa na cabeça... assim, fica tonto, enjoado...

M- e você lembra de mais alguma coisa?

C- [pausa] não (C13-Duarte, 10 anos).

Somente 1 criança de 7 anos identificou as doenças associando-as a eventos externos, como os acidentes de trânsito, juntamente a outros sintomas observáveis. A dor foi o sintoma mais citado pelos participantes, sendo que apenas 3 crianças não citaram essa sensação física. Os demais sintomas citados foram enjoado, coriza, febre, vômito, tosse e ferimentos. Esses dados indicam alguma semelhança com os apontados pelo COMAC - *Childhood and Medicines Project*, citados por Helman (2009), que demonstrou que entre os sintomas mais comumente descritos pelas crianças européias não hospitalizadas de 7 a 12 anos estavam a dor (cefaléia), além de febre e exantema. Cabe destacar, porém, que outros achados da literatura indicaram diferenças nas respostas sobre o conceito de doenças para crianças que se encontram hospitalizadas, de crianças saudáveis que não referem a dor com tanta frequência (Moreira & Dupas, 2003; Peltzer & Promptussananon, 2003). Ao refletir sobre o que motivaria as crianças da presente pesquisa citarem a dor como um sintoma tão frequente sugerir-se-ia que a ausência do ambiente doméstico, a impossibilidade de realizar tarefas cotidianas, assim como as rotinas médica e de enfermagem tenham representado fatores potenciais de amplificação da sensação dolorosa relatada por elas na identificação das doenças.

A outra forma de identificação das doenças apresentada por 3 crianças entre 11 e 12 anos foi *através da intervenção do adulto (1.2.2)*, aqui caracterizado pelas figuras da mãe e/ou do médico, que por meio do diagnóstico, identificam para a criança o estado de enfermidade. Ressalta-se, no entanto, que esses participantes complementaram suas

identificações iniciais com a indicação de sintomas funcionais e até da sua própria experiência com as doenças utilizando mais de uma forma para se reportarem às mesmas, indo ao encontro ao que Hansdottir e Malcarne (1998), Perrin e Gerrity (1981), e Peltzer e Promtussananon (2003) identificaram em seus estudos a respeito da progressão das respostas em relação ao aumento da idade da criança. O relato de C20-Rodrigo, 12 anos, ilustra essa progressão:

M – algumas crianças às vezes ficam doentes. Como as crianças sabem que estão doentes?

C - pelo médico

M - é o médico que diz pra elas?

C – é o médico e a mãe, né? que traz...

M- e as crianças sentem alguma coisa? Elas sabem que estão doentes?

C- sabem...

M- de que jeito? O que acontece com elas?

C- que nem eu... eu sinto... por causa da minha dor na barriga... minhas cólica... (C20-Rodrigo, 12 anos).

A subcategoria **causas das doenças e vulnerabilidade às mesmas (1.3)** englobou as causalidades atribuídas às doenças das crianças e concepções sobre as condições que aumentam a probabilidade de risco das crianças adquirirem/contrairam as doenças.

Apenas uma criança, C1-Amanda, de 5 anos apresentou a *ausência de conceitos (1.3.1)* referente às causas das doenças e à vulnerabilidade, aspecto este que pode ser associado à falta de constância sobre o que causa as doenças, ou o desconhecimento da criança sobre a causalidade das doenças, fato também observado por Barros (2003), Bibace e Walsh (1980), Del Barrio (1990), Hansdottir e Malcarne (1998), Peltzer e Promtussananon (2003), e Perrin e Gerrity (1981).

Entre as demais participantes, 8 crianças com idades entre 5 e 12 anos, referiram as causas das doenças aos *comportamentos de risco para a saúde (1.3.2)*, demonstrando também a atribuição da responsabilidade das crianças sobre si mesmas no sentido de desenvolverem ações que representariam riscos potenciais para a sua saúde, como alimentar-se de forma inapropriada (em termos de quantidade e qualidade de alimentos), brincar de formas perigosas, não utilizar calçados e roupas adequadas ao clima chuvoso e frio, desobedecer ordens dos adultos, além de ingerir bebidas e alimentos em temperatura muito fria, que, em suas

perspectivas, conseqüentemente desencadeariam as doenças. Na descrição das ações e normas, as crianças não descreveram o processo de adoecer, apenas as ações ou situações associadas à doença, confirmando o que foi visto na literatura (Barros, 2003; Bibace & Walsh, 1980; Boruchovitch & Mednick, 1997, 2000; Del Barrio, 1990; Moreira & Dupas, 2003; Perosa & Gabarra, 2004; Perrin & Gerrity, 1981; Simeonson et al., 1979). As falas abaixo ilustram essas significações entre as crianças:

M – algumas crianças às vezes ficam doentes. Como as crianças sabem que estão doentes?

*C- **porque daí quando elas come besteira...come bala, chiclete, chocolate...***

M- o que acontece?

C- dor de barriga e vomita...

M- só acontece isso quando come besteira?

C- é (C6-Giulia, 7 anos).

M- hum... como pega tosse?

C- no frio...

M- de que jeito?

*C- **se ficá no frio... se ficá no vento, dá tosse, dor de garganta...***

M- mas você sabe o que acontece quando a gente fica no frio pra dar tosse?

C- não

M- e como dá dor de garganta?

*C- **com água gelada...**(C10-Monica, 8 anos).*

A doença provocada por *contágio/contaminação* (1.3.3) representou outra perspectiva ressaltada por 7 crianças com idades entre 7 e 12 anos, através da explicação microbiológica em que o contágio se daria pela tosse, espirro, que são aspirados e contaminam as pessoas ou pelo contato direto com ambientes e locais pouco higiênicos (areia, água contaminada), ou ainda através de animais e insetos. Os germes foram percebidos como “entidades invisíveis” chamadas também de bactérias, vírus, ou “bichinhos. Tais dados corroboram o que foi citado por Barros (2003), Bibace e Walsh (1981), Del Barrio (1990), COMAC citado por Helman (2009), e Perosa e Gabarra (2004). As narrativas de C12-João, 9 anos e C14-Pedro, 10 anos, ilustram essas significações:

*C- **muitas bactérias...***

M- hum... e daí, como as bactérias vem na gente?

C- entram quando a gente vai comer...que não lava as mão e pega na comida...

M- elas entram na gente e ficam onde?

C- na barriga

M- e isso faz o que? A gente sente o que?

C- a gente sente doente...

M- mas o que a pessoa doente sente?

C- dor, né?

M- onde sente dor?

C- na barriga.... (C12-João, 9 anos).

C- pode ficá doente por causa de gripe e essas doença,...

M- e como fica com gripe?

C- ficando perto de quem tá com gripe também, porque o... vírus da gripe, que são uns bichinho assim pequenininho, ficam no ar e aí a pessoa sem gripe que fica perto, respira o ar com esse bichinho e aí vai pro corpo dela, vai lá pra dentro do corpo e começa a gripe nessa pessoa também.

M- e como os bichinhos vão parar no ar?

C- quando a pessoa que tá com gripe tosse, espirra...(C14-Pedro, 10 anos),

Duas crianças entre 10 e 12 anos relataram que as causas das doenças poderiam ser atribuídas a *problemas congênitos/hereditários* (I.3.4), indicando a possibilidade de já nascer com problemas/doenças ou desenvolvê-las precocemente, como revela a fala de Paulo, 12 anos:

M- e você sabe porque as crianças ficam doentes? O que acontece pra elas ficarem doentes?

C- não sei! Alguma coisa que tá acontecendo com eles... alguma coisa que ta que tá acontecendo por dentro deles... alguma coisa assim, né?

M- mas, o que acontece dentro do corpo pra ficar doente?

C- não sei... algum problema... já nasce com algum defeito, algum órgão com problema... (C17-Paulo, 12 anos).

E ainda 2 crianças com idades entre 5 e 8 anos referiram que as causas das doenças estavam relacionadas a *acidentes e eventos inevitáveis* (I.3.5), indicando que a doença acomete as pessoas sem que as mesmas possam apresentar a possibilidade de controlá-la,

confirmando que foi sinalizado por Barros (2003) e Perrin e Gerrity (1981). A seguir, o relato de C8-Barbara, 8 anos, sobre a causa das doenças expressa sua própria experiência, vivida como algo que foge ao seu controle, sendo as suas tentativas de cuidados com a saúde ineficazes diante do imprevisto causado pela doença:

C- algumas criança querem se cuidá, mas vem uma doença... é... uma doença assim de repente...

M- e aí, o que acontece?

C- é... que nem a minha... eu me cuido, mas deu essa doença na minha barriga... e eu não sei porque, mas deu essa doença de 'pendicite'...

M - é o que deixou você doente?

C – é... que eu tive 'pendicite' e fui lá no outro hospital... daí lá eles fizeram a operação prá parar de doer a minha barriga...

M- apendicite é dor na barriga?

C- é... e ela dá vômito, diarréia, e daí tem que ficá no hospital prá operá (C8-Barbara, 8 anos).

Todas as crianças referiram a doença como um evento que ocorre de modo geral às crianças em algum momento de suas vidas, porém, 7 crianças com idades entre 7 e 12 anos ressaltaram que algumas crianças são mais vulneráveis que outras, em detrimento de apresentarem com uma frequência maior alguns comportamentos de risco para a saúde, denominados como “falta de cuidados” (como a exposição ao frio, a ingestão de alimentos industrializados, andar descalço; realizar brincadeiras perigosas), além das condições individuais de algumas crianças (imunidade baixa, doenças hereditárias/congênicas), conforme relata C16-Luis, 11 anos:

C- é essas bênçãos que a gente recebe da família... é que quando forma a gente na barriga da mãe, além do cabelo, do nariz parecido, a gente pode ter as doenças da família.... são coisa genéticas... (C16-Luis, 11 anos).

As falas das crianças referentes às causalidades das doenças evidenciaram a progressão das significações que ocorre com o avanço da idade, indo ao encontro dos achados de Brewster (1982), Burbach e Peterson (1986), Del Barrio (1990), Hansdottir e Malcarne (1998), Perosa e Gabarra (2004), Perrin e Gerrity (1981), Perrin et al. (1991), e Rushfort (1999). As crianças com idades entre 5 e 6 anos apresentaram

uma tendência à significações mais concretas, atribuídas a agentes externos que produzem uma causa única e previsível, ou através de suas próprias experiências com doenças. Além disso, os comportamentos de quebra de regras, desobediência e a contaminação/contágio também foram relatados; porém, a complexidade das explicações referentes à contaminação/contágio mostraram-se mais frequentes nas crianças com idades entre 7 a 12 anos, conforme demonstrou o relato de C14-Pedro, 10 anos, que refere-se ao processo de interiorização dos micróbios e C16-Luis, 11 anos, que revela seus conhecimentos sobre a transmissão hereditária de algumas doenças.

A subcategoria **prevenção das doenças (1.4)** foi composta pelos conhecimentos, práticas e hábitos referentes à prevenção das doenças em crianças.

Apenas 1 criança de 5 anos manifestou *ausência de conceitos (1.4.1)* referentes à prevenção das doenças, indicando desconhecimento sobre o que poderia ser feito para não adoecer, mesmo diante da tentativa da pesquisadora relacionar o que ela havia citado anteriormente como causas das doenças, pois conforme apontado por Del Barrio (1990), para conceber a doença é necessário ter noção do que pode impedi-la ou controlá-la:

M – e quando é que a gente não fica doente?

C – não sei...

M- você me disse que as crianças ficam doentes quando brincam e machucam o pé ou quando ficam com tosse, né? Como é que elas podem fazer pra não ficar doentes?

C- [pausa] não sei... (C1-Amanda, 5 anos).

Neste caso, a idade precoce pode ser um fator explicativo para a resposta de Amanda, visto que para crianças pré-escolares, a prevenção é um conceito mais complexo para ser compreendido (Perrin & Gerrity, 1981).

Entre as demais crianças, 14 participantes expressaram suas significações referentes à prevenção das doenças, associando-a a *comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde/contágio/exposição (1.4.2)*. Entre os relatos, observou-se a presença de significações que indicavam ações de caráter normativo afirmativas, referentes ao auto-cuidado, como lavar as mãos, escovar os dentes, utilizar calçados, ser imunizado com vacinas e ações de caráter normativo nomeadas de forma negativa, como não comer guloseimas, não desobedecer aos pais, não ficar exposto ao frio, indo ao encontro do

que foi indicado por Del Barrio (1990) e Eiser et al. (1983). As narrativas de C11-Nuno, 9 anos, C5-Geraldo, 6 anos e C16-Luis, 11 anos, exemplificam essas duas formas de significações sobre a prevenção das doenças:

M – e quando é que a gente não fica doente?

C – não sei?

M – o que a gente pode fazer para não ficar doente?

*C – **hum, obedecer.***

M – obedecer quem?

C – a mãe e o pai.

M – o que eles dizem para fazer?

*C – **não andar descalço, não usar blusa muito pequenininha e sem manga...***

M – mais alguma coisa além de não andar descalço e não usar blusa pequenininha e sem manga?

C – acho que é isso (C5-Geraldo, 6 anos).

M- e que coisas as crianças podem fazer pra ter saúde além de brincar e ser alegre?

*C- **é... comer bastante fruta, verdura, salada, arroz, feijão e... e dormir.***

M- tudo isso?

C- é (C11-Nuno, 9 anos).

*C- **o sistema imunológico fica mais alto por causa das vacinas, que deixam a gente imune, quando as pessoas se tratam, se cuidam, quando tem um alimento variado...***

M- e para que serve o sistema imunológico?

C- que é responsável pela imunidade da pessoa...

M- e o que a imunidade faz?

C- as vezes deixa a gente mais forte e as vezes deixa mais fraco pra alguma doença

M- e como deixa a gente mais forte e mais fraco?

*C- **se tem vacina, se alimentá e se cuidá, fica forte e o contrário, fica fraco (C16-Luis, 11 anos).***

A fala de C5-Geraldo, 6 anos, refere que o comportamento de obedecer aos pais está relacionado ao conceito de prevenção na medida em que ele indica em seguida a quebra de regras parentais, ou seja, inclui uma primeira ação normativa afirmativa, para depois

complementar com a descrição de ações normativas negativas. Já a narrativa de C16-Luis, 11 anos, evidencia sua compreensão sobre a necessidade de proporcionar defesas ao organismo através da imunização por vacinas, além das ações de autocuidado, para que o corpo responda diante dos agentes causadores das doenças, confirmando as afirmações de Del Barrio (1990).

Cinco crianças com idades entre 5 e 8 anos apresentaram significações sobre a prevenção das doenças relativas à prática de *realização de consultas médicas regulares para tomar remédios/vacinas (1.4.3)*. Nesse sentido, evidenciou-se que para estas crianças a utilização regular de medicamentos, vacinas ou a visita ao médico para receber remédios que devem ser utilizados, tem como objetivo evitar o aparecimento de doenças. Tais dados confirmam o que foi abordado por Del Barrio (1990) ao relatar que esta é uma concepção fatalista, pois as crianças que expressam essa significação acreditam que não têm o controle de nenhuma ação que possam realizar para evitar as enfermidades. A fala de C4-Benicio, 6 anos, ilustra essa significação:

M – e quando é que a gente não fica doente?

C – quando toma os remédio, quando vai no médico... (C4-Benicio, 6 anos).

De modo geral, é possível observar que as crianças participantes da pesquisa atribuíram à noção de prevenção, a realização de comportamentos opostos às causas das doenças, confirmando o que foi ressaltado por Rodriguez-Marín et al. (2003). Além disso, os dados demonstraram que a idade também representou um fator de influência nas respostas, indicando que as crianças com idades entre 5 e 8 anos apresentaram respostas mais rígidas e fatalistas diante da possibilidade de controlar ou impedir as doenças, sendo que as crianças com idade superior a 10 anos, manifestaram a noção da necessidade de prover incrementos às defesas do organismo, corroborando com os achados de Del Barrio (1990) e Hansdottir e Malcarne (1998).

A subcategoria **definição do hospital e do que ocorre no hospital (1.5)** englobou a caracterização da instituição hospitalar e das situações/acontecimentos que envolvem a criança que se encontra hospitalizada.

Entre as crianças participantes, 6 crianças com idades entre 5 a 11 anos utilizaram a *descrição física do hospital (1.5.1)* para se referirem à definição do mesmo com suas funções, sendo que quatro crianças de 7 a 11 anos utilizaram a analogia com outros locais que consideravam

semelhantes ao hospital, como a unidade básica de saúde, a farmácia, a própria casa, igreja, confirmando o que foi visto em Eiser e Patterson (1984). As narrativas de C7-Ricardo, 7 anos, C15-Emília, 11 anos e C12-João, 9 anos, ilustram essa concepção, indicando a necessidade de tornar familiar o ambiente hospitalar, que é gerador de ansiedade e estresse para a criança, em função da própria doença, dos procedimentos realizados, das rotinas, da estrutura e organização do contexto, da ausência do contato maior com a família e a escola, das relações pessoais com a família, outros pacientes e com a equipe (Carrillo & Quilles, 2000; Coyne, 2006).

M – que lugar que você conhece que é parecido com um hospital?

*C – é... **farmácia!***

M- a farmácia é parecida como?

*C- porque ela **tem remédio... balança de se pesar... e ... injeção** (C7-Ricardo, 7 anos).*

M- e o que é um hospital?

*C- todo mundo falava que aqui era ruim... que era chato ficar no hospital... mas a comida é boa e... até é bom ficar aqui... **então, é um lugar que não é tão diferente da casa da gente!** (C15-Emilia, 11 anos).*

M – você conhece algum lugar que é parecido com um hospital?

*C- **igreja***

M- é? Porque você acha parecido?

*C- não sei... **tem cruz... é branco...***

M- aham... (C12-João, 9 anos).

Nesse sentido, é importante destacar que o ambiente hospitalar é um contexto de desenvolvimento para a criança (Kazak et al., 1995, 2003; Novaes & Portugal, 2004) e, dessa forma, precisa ser estruturado para que possibilite ao paciente as condições que favoreçam seu desenvolvimento. Essa estruturação do espaço hospitalar objetiva minimizar os efeitos adversos dessa experiência, através de espaços físicos agradáveis e relaxantes e do apoio social à criança e sua família promovido relações com profissionais da equipe de saúde (Costa Junior, 2005). Ressalta-se ainda que essa perspectiva norteou a elaboração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (Brasil, 1995) a fim de que se garantissem tais condições às crianças e suas famílias. Porém, questiona-se se em termos práticos essas são realmente as diretrizes

adotadas pelas instituições hospitalares pediátricas do país. Além disso, 6 crianças com idades entre 8 e 11 anos definiram o hospital como um local que provoca a restrição e o desconforto, conforme ilustra C8-Barbara, 8 anos:

C – ficou deitada na cama, tem algumas que fica deitada na cama com soro... tem algumas que não pode comê e não pode andá...

M- tudo isso tá acontecendo com você?

C- é... eu tenho essa sonda no nariz... não comi nada ontem... nem hoje... só esse soro... e o médico não deixa eu andá... pra não doer a barriga... só pode pra ir no banheiro, mas a mãe tem que ajudar a sair da cama... (C8-Barbara, 8 anos).

A narrativa de Barbara, 8 anos, indica o quanto sua experiência de restrição e desconforto foi intensa para influenciar sua significação sobre o hospital e o que ocorre nele, confirmando o que foi observado também por Baldini e Krebs (1999), Coyne (2006), Eiser e Patterson (1984), Oliveira (1993), Quintana et al. (2007) e Ribeiro e Angelo (2004). Nesse sentido, novamente ressalta-se que aspectos como o tipo de doença, procedimentos e idade da criança vistos em Barros (2003) e Crepaldi et al. (2006) são confirmados em significações como a de C8-Barbara, 8 anos, deixando claro alguns dos aspectos estressores da hospitalização para as crianças (Carrillo & Quilles, 2000; Méndez, Ortigosa & Pedroche, 1996).

A descrição das funções do hospital (1.5.2) ocorreu a partir da descrição da função de “fazer a criança melhorar” através de procedimentos como exames, administração de medicamentos, realização de cuidados dos profissionais médicos e enfermeiros, indicando que a instituição hospitalar é reconhecida como um local que promove o diagnóstico, o tratamento e restabelecimento da saúde, confirmando os dados de Eiser e Patterson (1984) e Ribeiro e Pinto Junior (2009). A narrativa de C6-Giulia, 7 anos e C17-Paulo, 12 anos, ilustram essa descrição:

M – então você disse que vem para o hospital tomar soro... mas o que é um hospital?

C – é um lugar pra ficar curado... prá ficar mais bom (C6-Giulia, 7 anos).

M – tá bom! E as vezes quando as crianças ficam doentes elas tem que ir para o hospital. Por que elas têm que ficar no hospital?

*C – prá ganhar medicamentos e ficar melhor... **prá descobrir o que é, né?***

M- prá descobrir como?

C- os exame, né? Eles dizem assim o tipo de doença que tu tem...

M- mas não pode fazer os exames em outro lugar?

*C- pode... **mas o do hospital é melhor.***

M- porque?

C- ah... aí não sei, né? (C12-Paulo, 12 anos).

As crianças com idades entre 5 e 6 anos apresentaram uma tendência maior a responder que as funções do hospital são relativas aos procedimentos realizados em seu próprio tratamento, indicando uma construção de significações baseadas na própria experiência, indo ao encontro do que foi sinalizado por Barros (2003) e Eiser e Patterson (1984). A fala de C2-Luca, 5 anos, expressa essa concepção, visto que sua hospitalização foi longa (24 dias em regime de isolamento) em virtude de ter sofrido queimaduras:

M- e o que acontece com as crianças quando elas vem para o hospital?

C- ah... não sei

M – o que os médicos e enfermeiras fazem com as crianças no hospital?

C- ficam esfregando...e os tios [enfermeiros] ficam lavando devagarzinho prá não machucar (C2-Luca, 5 anos).

Nesse sentido, é possível observar que para Luca, 5 anos, a função do hospital se resume aos procedimentos da enfermagem, pois como encontrava-se em isolamento, não interagia com outras crianças ou outros espaços do hospital, confirmando o que Redpath e Rogers (1984) ressaltaram sobre a tendência das crianças entre 5 e 6 anos utilizarem descrições auto-centradas, sem incluir outras perspectivas e baseadas apenas em suas experiências.

A seguir, a narrativa de C12-João, 9 anos, possibilita a percepção de que com o avanço da idade, as crianças expressam a compreensão de que o hospital é o local onde ficam as pessoas “doentes” e já são capazes de ampliar as funções de cuidados para além das questões relacionadas às suas próprias experiências, indicando uma perspectiva menos centrada em si mesmo, assim como ocorre com os conceitos de doenças e tratamento, indo ao encontro do que foi sinalizado por Del Barrio (1990) e Redpath e Rogers (1984):

M- É? E então, o que é um hospital?

C- É um lugar onde as enfermeiras cuidam muito bem dos pacientes doentes... queimados... acidentes de carro... (C12-João, 9 anos).

Entre as crianças, 16 citaram o hospital como um local onde as crianças podem desenvolver atividades lúdicas, como é possível observar no relato de C11-Nuno, 9 anos:

M – e o que uma criança que está no hospital faz?

*C – deitar, dormir e assistir TV... e comer, lanchar e jantar... e tirar sangue e passear no corredor... ah! e **ir na sala dos brinquedos brincar!***

M – ah! (C11-Nuno, 9 anos).

A narrativa de C11-Nuno, 9 anos, revela que além dos procedimentos, das ações relativas à alimentação e repouso, a atividade lúdica também foi considerada como algo que ocorre no ambiente hospitalar. É possível refletir que a atividade lúdica é uma necessidade da criança, sendo considerada fundamental ao seu desenvolvimento. No hospital, a presença de brinquedos constitui-se uma estratégia para o alívio da ansiedade e do estresse, conforme visto em Baldini e Krebs (1999), Barrón et al. (2000), Eiser e Patterson (1984), Motta e Enumo (2004a e 2004b) e Motta et al. (2006). O fato das crianças da presente pesquisa terem mencionado de forma tão freqüente a possibilidade de brincar no hospital, além das outras atividades citadas, pode estar relacionado à informação por parte dos profissionais, pais, ou pela constatação da própria criança, de que havia na instituição uma brinquedoteca destinada a esse fim. Além disso, as atividades realizadas pelos acadêmicos dos diversos cursos da universidade vinculada à essa instituição e freqüentemente associadas à atividade lúdica, poderiam ter influenciado a construção das significações das crianças. Nesse sentido, também ressalta-se o fato de que a partir de 2005 tornou-se obrigatória a instalação de brinquedotecas em todas as unidades de saúde que oferecem serviço pediátrico em regime de internação no Brasil, através da Lei nº 11.104²⁶ e dessa forma, o espaço para a atividade lúdica passou a ser incorporado pelas instituições hospitalares.

²⁶ Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005. (2005). *Diário Oficial da União*, Brasília, D.F.

Duas crianças manifestaram ainda que o hospital é um local onde é possível aprender coisas novas:

M- Mas o que acontece com as crianças quando elas vão para o hospital?

C – dá Raio-X, tomar remédio...é...tomá soro...

M- e o que é Raio-X?

C- Raio-X é prá tirar foto... a gente deita assim numa cama e a gente... eles colocam muito perto a luz e liga um negócio e aí dá a foto: “tic” e aí aparece os ossos na...no... em um...em uma... uma folha que parece o Raio-X.

M- Olha só!

C- aqui eu aprendi muitas coisas! (C4-Benício, 6 anos).

C- por exemplo, lá da UTI, eu perguntei tanta coisa! eu perguntei e aprendi um monte de coisa... meu! Aprendi tanta palavra estranha... aprendi as doenças, aprendi os sintomas das doenças, aprendi o nome de vacinas... daqueles aparelhos que tem lá, pra que que serve cada um deles... um monte de coisa! (C16-Luis, 11 anos).

As duas narrativas de C4-Benício, 6 anos e C16-Luis, 11 anos, ressaltam que a permanência no hospital promoveu a possibilidade de ampliar os conhecimentos de ambos sobre a função de exames, aparelhos, sobre as doenças, sobre locais do hospital, conferindo a este local uma atribuição com conotação positiva, indo ao encontro do que foi proposto por Barros (2003) e Soares e Bomtempo (2004). Essas autoras afirmam que a hospitalização atualmente não pode mais ser encarada como um evento que provoca apenas conseqüências negativas ao desenvolvimento infantil, conclusão também citada por Novaes e Portugal (2004), que referem a experiência da hospitalização em companhia da mãe, como uma possibilidade de experimentar novas aprendizagens, visto que o hospital também se configura como um contexto de desenvolvimento infantil.

A subcategoria **causas da hospitalização (1.6)** foi organizada a partir das causalidades atribuídas à internação hospitalar das crianças. Quatro crianças, com idades entre 5 e 9 anos, relataram que entre as causas que motivam a hospitalização estão a *presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis/intensos e duradouros (1.6.1)* com a indicação de sintomas já citados na atribuição à causalidade das doenças em geral, como as dores, febre, ferimentos e fraturas, indo ao encontro ao que também foi observado por Eiser e Patterson (1984). As

crianças com idades entre 10 e 12 anos atribuíram a causalidade da hospitalização à presença de sintomas considerados como de maior gravidade, como os ferimentos decorrentes de acidentes de trânsito e as queimaduras, como é possível verificar na fala de C20-Rodrigo, 12 anos, referente ao seu desenho de uma pessoa no hospital:

C- o 'piazinho' tá berrando: "ai!" de dor... e ela (enfermeira) tá falando: " calma! porque já tá chegando".

M- e eles estão indo para ?...

C- a UTI

M- e porque ele está indo para a UTI?

C- porque ele teve algum machucado assim...sério... grave... por isso ele tá indo pra UTI.

M- ah, então quando a gente tem um machucado sério ou grave, a gente vai para a UTI?

C- é

M- e o que é feito na UTI para as pessoas que estão com machucados sérios e graves?

C- ah... é que lá tem que... eles lavam bem... entendeu?

M- lavam o que?

C- os 'machucado'...

M- e quando a gente não tem um machucado grave ou sério, fica onde?

C- fica nos quartos 'normal'

M- e qual a diferença da UTI e dos quartos normais?

C- aqui não... aqui eles só dão remédio...deixam na cama...(C20-Rodrigo, 12 anos).

A narrativa de C20-Rodrigo, 12 anos evidencia a capacidade de referir-se à gravidade de doenças não experimentadas por ele, relacionando informações obtidas de diversas fontes (círculo familiar, social, leituras e mídia). Nesse sentido, a criança utiliza critérios mais objetivos para descrever a duração e grau de complicação da doença, incluindo a compreensão de locais que oferecem tratamento especializado dentro do próprio hospital, sem contudo apresentar uma explicação mais abstrata do processo, confirmando o que foi pontuado por Del Barrio (1990), a respeito de crianças com idades acima de 9 anos de idade.

A maior parte das crianças relatou a *necessidade de diagnósticos e procedimentos específicos que não ocorrem no ambiente doméstico (1.6.2)* como fator de causalidade da hospitalização, indicando que o

hospital possui medicamentos considerados “mais fortes” do que aqueles administrados em casa, além de outros medicamentos e soro que devem ser administrados de forma injetável, de forma semelhante aos achados de Eiser e Patterson (1984). A realização de exames e diagnósticos também representou outra explicação para a causa da hospitalização:

M- mas daí, porque algumas vão para o hospital?

C- se é uma coisa mais grave que aquele remédio foi fraco, não funcionou e a pessoa ainda tá mal... daí precisa ir pro hospital, que tem os remédio mais forte... (C9-Filipa, 8 anos).

M – tá bom! E as vezes quando as crianças ficam doentes elas tem que ir para o hospital. Por que elas têm que ficar no hospital?

C – prá ficar melhor

M – o que acontece no hospital que as crianças ficam melhores?

C – tomam remédio...

M – mas elas não podem tomar o remédio em casa?

C - mas aqui tem um tratamento especial

M- e como é esse tratamento especial daqui?

C- é... [risos] não sei!

M- o remédio que você precisava tomar, só podia ser aqui do hospital ou podia tomar em casa?

C- só aqui no hospital, porque aqui tem agulha... não é remédio de tomar, porque esse eu já tava tomando e não tava melhorando (C18-Larissa, 12 anos).

As falas acima ressaltam ainda que além da concepção de que os medicamentos do hospital são mais fortes, as crianças compreendem que a hospitalização também é motivada quando os tratamentos realizados em casa não apresentam os resultados esperados, seja pela falta de medicamentos, aparelhos ou profissionais que realizem procedimentos, ou pelo fato dos sintomas persistirem e se agravarem, como ilustram as narrativas de C9-Filipa, 8 anos e C18-Larissa, 11 anos, confirmando as observações de Redpath e Rogers (1984) referentes à possibilidade de crianças a partir dos 10 anos atribuírem maior complexidade à noção de gravidade das doenças.

A subcategoria **identificação e funções das pessoas que prestam os cuidados no hospital (1.7)** contemplou a definição das pessoas que prestam cuidados às crianças hospitalizadas e as atividades

dos profissionais na instituição hospitalar. A identificação dos *prestadores de cuidados (1.7.1)* ocorreu para 14 crianças através da indicação da família e em especial da mãe, como a cuidadora principal durante a hospitalização, enfatizando a importância de seu papel no cuidado da criança doente oferecendo-lhe conforto e segurança, considerados essenciais à reabilitação do estado de saúde da criança, conforme visto em Quintana et al. (2007), Ribeiro e Angelo (2004), Ribeiro e Pinto Junior (2009) e contrariando os dados encontrados no estudo de Eiser e Patterson (1984), onde apenas as crianças menores de 7 anos indicaram as mães como as cuidadoras no hospital, o que talvez indique que a doença amplia a sensação de dependência da criança, independente da idade. A narrativa de C13-Duarte, 10 anos, ilustra essa significação:

M – quem cuida de você aqui no hospital?

C – minha mãe e meu pai

M- mas além deles, tem mais gente que cuida aqui?

C- os enfermeiro, o Doutor... (C13-Duarte, 10 anos).

Porém, todas as crianças que referiram a mãe como prestadora de cuidado no hospital, também indicaram os médicos e enfermeiros como responsáveis pelos cuidados à criança hospitalizada, quando indagadas se outras pessoas também prestavam cuidados, demonstrando a compreensão de que outras pessoas além da família prestam cuidados de saúde às crianças, fato observado por Eiser e Patterson (1984) apenas nas crianças com idades acima de 10 anos.

Nesse sentido, além da identificação de quem presta o atendimento, as crianças referiram significações às *funções dos médicos (1.7.2)* que foram associadas à realização de procedimentos similares aos realizados pelos enfermeiros, como aplicar medicamentos injetáveis, administrar remédios, fazer curativos, semelhante ao que foi visto em Eiser e Patterson (1984). Essa atribuição de função foi citada por 19 crianças, sendo que entre elas ainda ocorreram outras atribuições de funções, como determinar o tempo de permanência do paciente no hospital, indicar exames e tratamentos e definir a gravidade do estado do paciente. Sete crianças referiram também a realização de cuidados às crianças com o intuito de salvar a vida e curar e outras 7 crianças ainda atribuíram ao médico a função de conversar com as crianças e os pais. As falas a seguir ilustram essas atribuições formuladas pelas crianças:

M- e os médicos, de que jeito eles cuidam das crianças?

C- eles dão “pique” nas pessoas, faz o soro aqui ou aqui na mão... eles fazem soro prá... se alguém precisar... (C3-Gustavo, 5 anos).

M – e que o médico faz?

C- eles passam soro no meu olho... porque eu tô com conjuntivite...

M- e o médico só faz isso? Passar soro?

C- ele também olha a gente e cuida dos machucados (C12-João, 9 anos).

M – e os médicos, o que eles fazem?

C – eles cuidam da gente...

M- de que jeito?

C- dando soro... fazendo elas ficá feliz...

M- mas de que jeito eles fazem as crianças ficarem felizes?

C- quando elas tomam remédio e melhoram ficam felizes...

M- então o médico dá remédio e soro?

C- é e ele me examina e conversa...

M- com quem ele conversa?

C- com a minha mãe, comigo... (C15-Emilia, 11 anos).

Em relação às *funções dos enfermeiros (1.7.3)* 17 crianças relataram funções muito semelhantes às atribuídas aos médicos, como realizar procedimentos (injeções, curativos, administrar remédios), fato também observado por Slusarska et al. (2004). Além de funções como seguir as instruções dos médicos e auxiliá-los, trazer alimentos e bebidas, citadas por 3 participantes, fato também observado por Eiser e Patterson (1984). Funções como conversar e brincar com as crianças foram citadas por uma criança. A função de realizar plantões, referida por uma criança e ensinar algumas funções a outros enfermeiros, também foi citada por uma criança. Os relatos abaixo expressam as significações das crianças sobre o papel do enfermeiro:

M – o que as enfermeiras fazem com as crianças no hospital?

C- dão injeção, dão soro... (C1-Amanda, 5 anos).

M – e os médicos, o que eles fazem?

C – eles cuidam de criança no hospital, dão injeção, tiram sangue...

M- e os enfermeiros, o que eles fazem?

C- é a mesma coisa, só que outros fazem outras coisas... uns fazem, dão injeção, outros tiram sangue, outros furam as 'veia', porque tem uns que não têm experiência...

M- como assim, não têm experiência?

C- não sabe ainda fazer bem direito, ainda precisa aprender... daí eles chamam os que já sabem mais pra fazer... (C9-Filipa, 8 anos).

M- e os enfermeiros fazem o que?

C- tem enfermeiro que limpa [o ferimento], faz o curativo e alguns botam o soro, mede aqui [mostra o braço, indicando o aparelho que verifica a pressão arterial] essas coisa... (C19-Marcos, 12 anos).

Evidenciou-se que mesmo as crianças com mais de 10 anos, apresentaram uma tendência a definir as funções do médico sem diferenciá-las das funções dos enfermeiros de forma semelhante ao que foi sinalizado por Eiser e Patterson (1984), porém, contrariamente ao que Redpath e Rogers (1984) ressaltaram como uma característica muito mais freqüente em crianças com idades entre 5 e 6 anos. Esse fator remete a outro tipo de reflexão que relaciona esta indiferenciação apresentada pelas participantes à possibilidade de ter ocorrido a falta de informação e à comunicação inconsistente dos profissionais com as crianças sobre suas funções, acarretadas pela dificuldade que os mesmos têm em abordar verbalmente a criança ou de comunicar-se claramente através de terminologia compatível ao nível de desenvolvimento das crianças, conforme visto em Perosa et al. (2006) ou ainda pela possibilidade da relação profissional-paciente caracterizar-se como despersonalizada e anônima (Correia et al., 2003; Oliveira, 2007).

O relato abaixo, extraído dos registros da observação participante sintetizam essa dificuldade experimentada pelo profissional para comunicar-se de forma clara e compatível ao nível cognitivo da criança:

O médico [nome] acompanhado de 3 acadêmicos entra no quarto [número do quarto]. Dirigem-se à cama de G. de 4 anos, sexo feminino, que está sentada no colo da mãe. Um dos acadêmicos relata em voz alta o caso, utilizando vários termos técnicos. O médico olha para a mãe e diz: "tu precisa oferecer comida salgada e não só iogurte e "Danoninho®"[iogurte] pra ela... tens que apresentar outros alimentos". A mãe concorda com a cabeça. O médico volta-se para os acadêmicos que continuam a discutir o caso em voz alta. A criança olha para a mãe e fala algo em seu ouvido. A mãe fala em voz alta, olhando para a criança: "queres saber o que o médico disse?" A criança

concorda com a cabeça. A mãe então diz para a criança: “vai filha, pergunta para ele!”. O médico está conversando com os acadêmicos em frente à criança, mas não percebe a situação. A criança mostra-se tímida e não pergunta. A mãe então fala em voz alta: “**Doutor, ela [a criança] quer saber o que tu falou pra mim**”. O médico olha para a criança e sorri dizendo para ela: “que olho mais lindo é esse que tu tem?”. A mãe sorri e responde: “ah... ela puxou esse olho verde do pai e da vó!”. O médico completa dizendo: “hum... isso ainda vai dar muito trabalho... vai ter namorado sobrando quando crescer!”[risos]. A mãe parece envaidecida com o elogio e diz: “ah, mas o pai é ciumento...”. O médico sorri, despede-se e tocando a cabeça da criança que permanece observando o médico sair.

Impressões da pesquisadora: o médico parece ter sido surpreendido com o fato da criança querer saber o que ele havia dito à mãe, **afinal, era sobre ela que eles falavam**. Apesar disso, em nenhum momento a explicação foi dirigida à criança. Talvez se as dúvidas da criança tivessem sido satisfeitas de uma forma compreensível para ela, as orientações poderiam ser melhor internalizadas. É uma pena que os acadêmicos que presenciaram isso não tenham se mobilizado para esclarecer a criança...tomara que esse exemplo não fique como uma norma a ser adotada em suas futuras práticas profissionais com crianças (Data:05/03/2008).

No entanto, mesmo com as dificuldades comunicacionais que possam ocorrer, as crianças participantes referiram a função de “conversar com as crianças e os pais”, entre as atribuições do médico, sendo mais citada como função dos médicos do que entre as funções dos enfermeiros. Nesse sentido, infere-se que talvez pelas questões relacionadas ao diagnóstico e as orientações prestadas pelo médico à família e à criança, as participantes da pesquisa tenham construído tais significações; dado que pode ser complementado pela concepção de algumas crianças de que o enfermeiro segue as instruções e auxilia o médico em suas funções.

A subcategoria **melhora e tratamento das doenças (1.8)** revelou a caracterização das condições e a descrição dos mecanismos de atuação ou elementos que estão associados com o tratamento e a melhora das doenças. A *realização de procedimentos/funções dos remédios, exames e cirurgias (1.8.1)* foi relatada como uma das formas associadas à melhora e tratamento. Os procedimentos citados pelas crianças foram os remédios, curativos, a drenagem de secreção de ferimentos (nos casos de C19-Marcos, 12 anos e C14-Pedro, 10 anos que estavam utilizando

drenos), os banhos (nos casos de C2-Luca, 5 anos, que havia sofrido queimaduras e C3-Gustavo, 6 anos, que apresentava impetigo), a realização de enemas (no caso de C20-Rodrigo, 12 anos, que sofria de constipação crônica), a colocação da sonda (no caso de C8-Barbara, 8 anos, que estava com a dieta via oral restrita), o acesso para o soro e medicamentos, a hospitalização e cirurgia, além da checagem dos sinais vitais. Tais dados mostraram-se diretamente associados às experiências vividas pelas crianças participantes durante a sua hospitalização, indicando a necessidade de conceitualização em termos mais concretos, conforme pode ser observado na fala de C2-Luca, 5 anos:

M- e esse aí quem é?

C- é o tio [enfermeiro]

M- por que você escolheu desenhar o 'tio' [enfermeiro]?

C- é por que eu acho que... eu gostei dele... ele foi legal e sempre vai ser legal...

M- e o que ele faz de legal com você?

*C- ele fica... **me dando banho... pra eu 'merolhá'***

M- hum...como assim melhorar? O que o banho faz?

*C- **faz a minha perna 'merolhá'***

M- de que jeito que o banho melhora a perna?

C- é por causa que esfrega com o pano aqui ó [mostra a queimadura]

M- então isso ajuda?

*C- **é... fica sem a pele e 'merolha'***

M- e dói?

*C- **muito... ô tia, tia, eu agora não quero mais tomar banho...** (C2-Luca, 5 anos referente ao seu desenho sobre o profissional da equipe que o atendeu).*

Mesmo com a indicação de que o procedimento era muito doloroso, C2-Luca, 5 anos, deixou claro que tal procedimento era necessário para que ocorresse a sua melhora. Apesar de ser uma criança pré-escolar, suas significações sobre o tratamento parecem ter sido fortemente influenciadas por novas concepções da realidade, indicando o início da presença de sinais mais concretos, pois demonstrou a compreensão de que suas atitudes poderiam contribuir para facilitar o processo de cura, como por exemplo, submeter-se ao banho. Tal fato indica o que foi visto em Barros (2003), referente ao modo como a criança cria idéias e teorias para se adaptar às situações e acontecimentos que está vivendo, moduladas pelos componentes

emocionais e pelas experiências, que a levam a atribuir conceitos mais globais e mágicos em um domínio e uma complexidade maior, com evidência de aspectos mais concretos em outro.

Entre as participantes, algumas crianças associaram ainda a idéia da realização dos procedimentos com o cuidado prestado pelo profissional que, por sua vez, levariam à melhora da doença:

M- o teu médico, Dr. [nome do médico] o que ele fez?

C- ele... escuta meu coração, ele pergunta se eu fiz 'cocô' e 'xixi'... ele cuida muito bem das crianças.... (C8-Barbara, 8 anos).

M- e o médico, o que ele faz?

C- o médico? É aquele... aquele do cabelinho arrepiado? É porque tem uma porção!!! Ele botou a mão na barriga pra ver se sarava, aí sarou!

M- ah., a tua barriga sarou porque ele botou a mão?

C- é e ele deu remédio também (C6-Giulia, 7 anos).

A criança C6-Giulia, 7 anos, ilustra através de sua narrativa, a concepção sobre tratamento das doenças associada a uma explicação mágico-fenomenológica em que a relação de causa e efeito é mais próxima e evidente, conforme observado em Barros (2003).

Em relação aos medicamentos, a atitude das crianças mostrou-se de modo geral positiva. Todas as crianças atribuíram a melhora das doenças à utilização de remédios e/ou do soro fisiológico, evidenciando sua necessidade no tratamento das doenças. No entanto, constatou-se que as crianças incluíram o soro fisiológico no grupo dos remédios, não demonstrando a diferenciação da função de um e de outro. A fala de C10-Monica, 8 anos, evidencia essa indiferenciação entre ambos:

M- e nesse desenho você fez o médico?

C- é... ele é que mandô colocá o soro em mim...

M- ah... tá bom e o soro é prá que?

C- prá matá o cobrero... (C10-Monica, 8 anos)

A criança C15-Emilia, 11 anos, revelou ainda a crença de que a funcionalidade dos remédios poderia estar associada ao sabor do mesmo, indicando que medicamentos com sabor palatável eram ineficazes e os medicamentos com sabor desagradável realmente surtiam efeito:

C- tem alguns remédios que são bom, aí não funciona... remédio que são ruim funcionam...

M- me explica isso!

C- os remédios que são bom de beber, assim, é ruim pra nossa saúde... não funcionam... mas o que são bem ruim de gosto, daí funciona! (C15-Emilia, 11 anos).

Nesse sentido, é possível inferir que as crenças sobre o funcionamento dos remédios perpassam as experiências prévias e os padrões familiares que podem difundir essa forma de pensamento expressado por C15-Emilia, 11 anos. Helman (2009) citando o COMAC, também ressalta aspectos referentes ao sabor dos medicamentos, porém, referindo-se à associação que algumas crianças fazem entre as experiências negativas e positivas e o sabor agradável ou não dos medicamentos.

Os remédios ainda foram citados pelas crianças menores no alívio dos sintomas, em especial os dolorosos e desagradáveis, além de curar as doenças. As crianças também relataram a diferença entre os remédios que são administrados via oral, dos que são administrados através de injeções ou soro, mas não souberam explicar o mecanismo de ação dos mesmos. Já as crianças mais velhas demonstraram uma compreensão maior do processo de funcionamento dos remédios, indicando significações referentes à explicação de que a ação dos medicamentos seria contrária ao agente causador da doença, restaurando o estado anterior do organismo, o que confirma os dados observados por Del Barrio (1990). Os relatos de C2-Luca, 5 anos e C17-Paulo, 12 anos, ilustram essas concepções:

M – quando as crianças ficam doentes, como elas ficam boas de novo?

C – não sei... remédio...

M- O que o remédio faz?

C- faz pará... não ter dor

M- e o remédio serve só para tirar dor ou faz outra coisa?

C- o remédio também faz outra coisa.

M- o que que o remédio faz?

C- faz pra ficar bom... e ter, ter sossego...prá não ter febre

M- e como é que ele faz isso tudo?

C- não sei tia... é de engolir

M- o remédio é de engolir?

C- é... ou é de gulha.

M- e depois que a gente engole, ou que colocam a agulha com o remédio na gente, o que acontece?

C- aí ele, ele... depois que a gente... ah, eu acho que eu não sei...

M- tudo bem! (C2-Luca, 5 anos).

M – quando as crianças ficam doentes, como elas ficam boas de novo?

C – acho que é a medicação.

M- como é que o remédio funciona?

C- nem sei... vai pra dentro do corpo, ou a gente toma ou vai pela veia e depois que entra, ele vai agir nos lugares que estão com problema...

M- e como ele age?

C- ele faz parar a doença, mata o vírus se é um vírus... e assim por diante...(C17-Paulo, 12 anos).

Em relação aos exames, 7 crianças com idades entre 5 e 12 anos não souberam evidenciar a funcionalidade dos mesmos, indicando talvez a pouca familiaridade com esses procedimentos, ou a possível falta de informações prestadas pelos pais ou pela equipe de saúde em relação à sua execução e funcionalidade, fato indicado na literatura como uma prática comum do profissional de saúde que atende a infância (Soares & Vieira, 2004). Nessa mesma linha, autores como Baldini e Krebs (1999), Blanco e Iñon (1998), Capparelli (1996), e Correia, Oliveira e Vieira (2003) também referem a ocorrência de informações parciais e incompletas fornecidas pelos pais e responsáveis ao acompanharem a criança na realização de exames e procedimentos médicos, muitas vezes justificada pela dificuldade em explicar o procedimento para a criança ou pelo temor de que as informações possam causar algum dano ou trauma à mesma.

Ainda entre as crianças, 4 participantes entre 5 e 7 anos, atribuíram aos exames a função de melhora da doença, denotando uma compreensão mágica, baseada em uma relação causal imediata, sem esclarecer o processo, conforme relata C7-Ricardo, 7 anos:

M – e por que tem que fazer exames?

*C - porque **senão fizé exame vai ficá as pessoas doente...***

M – o que o exame faz?

*C – **deixa as pessoas boas....***

M- como ele faz isso?

C- não sei... só que faz! (C7-Ricardo, 7 anos).

As demais 9 crianças nomearam os exames realizados durante sua hospitalização, indicando que os mesmos serviram para auxiliar a elucidação diagnóstica ou acompanhar a terapêutica adotada. Os exames mais citados pelas crianças foram os exames de sangue e os exames de Raio-X, realizados com uma frequência maior por algumas crianças durante a internação hospitalar. Também houve a referência da realização de outros exames, como a Tomografia Computadorizada e o Ultrassom, que foram indicados especificamente a alguns pacientes, conforme relata C17-Paulo, 12 anos:

M – e porque tem que fazer exame? Você fez algum exame?

*C - **prá saber o que que tem, né?***

M – é o exame que diz o que a gente tem?

C – acho que sim... eu fiz exame de urina, de sangue... bati Raio-X, o ultrassom e fiz a tomografia...

M- e tudo isso é para dizer o que você tem?

*C- **é, agora o médico olha tudo isso e vai vê o que é bem direitinho, onde que tá a pedra no rim e vai explicá prá nós depois o resultado...**(C17-Paulo, 12 anos).*

De modo geral, as significações dos participantes referentes aos exames foram semelhantes aos dados obtidos por Soares e Vieira (2004) indicando que os mesmos são compreendidos pela criança como parte de seu tratamento, tanto em termos de diagnóstico, como de acompanhamento da evolução e curso da doença, além de serem associados à melhora do estado da criança.

As cirurgias foram evidenciadas como eventos também associados à melhora da criança doente, sendo descritas como um procedimento em que se “retira” o que causa o problema do paciente, que encontra-se “dormindo” e desta forma não sente o que está acontecendo com ele. No entanto, algumas crianças complementaram suas idéias referentes às funções das cirurgias, indicando que além de “retirar” os problemas, a cirurgia também teria como função “colocar algo para consertar o problema”, conforme é possível verificar no relato de C14-Pedro, 10 anos:

*C – existem vários tipos, milhões de tipos de cirurgias, as que eu acho mais fascinante são as cirurgias da cabeça, né? que eu acho que eles tem muito cuidado, né? tipo, um tumor, né? um tumor que deixa sem memória, eles tem que fazer uma cirurgia pra ajudar ele... **eu acho que sem essa cirurgia, ele poderia ficar sem memória prá sempre, né?***

Mas com a cirurgia, eles abrem, tiram o tumor e costuram, e o cara pode ficar com memória, né? E tem os outros tipo de cirurgia que eles precisam abrir pra pôr alguma coisa ou prá tirá, tipo que nem eu, o pus, eles tinham que colocar essa borrachinha pra sugar o pus

M- e porque as pessoas precisam fazer operação?

C- pra tirar alguma coisa, ou pra limpá, ou colocá alguma coisa... (C14-Pedro, 10 anos).

Os dados acima citados refletem que a maioria das crianças atribuiu uma conotação positiva ao procedimento cirúrgico, contrariamente ao que é relatado pela literatura que indica que as crianças frequentemente referem as cirurgias como eventos que suscitam sentimentos atemorizantes por se remeterem à imagens e objetos cortantes, sangue, ou a procedimentos traumáticos e desconhecidos (Barros, 2003; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Kikuchi et al., 2000). Os dados da presente pesquisa demonstraram que mesmo as crianças que passaram por um procedimento cirúrgico como Pedro, 10 anos, aludiram uma conotação positiva à cirurgia, referindo a este procedimento, a função de melhora da doença ou problema. No entanto, 7 crianças com idades entre 5 e 8 anos manifestaram não saber a função das cirurgias, o que talvez esteja relacionado à dificuldade em compreender a complexidade desse procedimento, pois crianças mais novas comumente utilizam significações mais globais e indiferenciadas (Barros, 2003).

Categoria 2 – Conhecimentos sobre a própria doença e hospitalização

Esta categoria englobou as concepções, crenças e conhecimentos sobre a própria experiência com a doença e a hospitalização.

A subcategoria **identificação da própria doença (2.1)** foi organizada a partir do reconhecimento dos sinais e sintomas e a designação utilizada pelas crianças para nomear suas doenças. As crianças identificaram suas doenças através da *presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis e a designação dos nomes das suas doenças (2.1.1)*. Nesse sentido evidenciou-se aspectos semelhantes aos observados na identificação das doenças em geral, observando-se que o fator da progressão da idade teve uma influência bastante visível (Barros, 2003; Del Barrio, 1990), pois, algumas crianças mais novas referiram as causas e os sintomas como sinônimos para identificar as doenças. Entretanto, outras crianças designaram os nomes das doenças e descreveram de forma mais precisa o processo, sendo que tal fato

poderia estar relacionado à realização do diagnóstico e aos esclarecimentos prestados pela equipe do hospital, ou outros profissionais de saúde consultados antes da hospitalização; ou ainda por familiares/acompanhantes, influenciando a identificação mais precisa da doença e não apenas de seus sintomas. As narrativas abaixo ilustram essas significações:

M - e o que você tinha?

C – eu tava com dor de barriga só que agora passou

M- que bom, né?

M – e o que dá dor de barriga?

C - comer muita coisa!

M – e isso te fez ficar doente?

C – é... eu voltei da igreja e tomei Toddy® [achocolatado], aí dormi na casa da minha vó e aí eu vomitei... aí a minha vó ligou pra mãe e ela falou pro pai vim me buscar de madrugada... (C6-Giulia, 7 anos).

M - e o que você tem?

C – tipo de doença?

M- é

C- eu tenho uma glândula no meu peito

M- e o que é essa glândula faz?

C- ela vai crescendo e desenvolvendo os nervos...

M- e o que isso faz em você?

C- faz meu olho ficar assim, caído e faz mal pro meu coração... (C11-Nuno, 9 anos).

A subcategoria **conhecimentos sobre a própria doença (2.2)** contemplou a identificação dos mecanismos ou pessoas que possibilitaram à criança formular concepções sobre sua doença.

Todas as crianças manifestaram *experiência prévia com doenças/sintomas (2.2.1)* citando a gripe, o resfriado e alguns sintomas como as dores em geral, febre, tosse, ferimentos. As crianças relataram suas experiências anteriores com doenças, através da designação das mesmas, ou da enumeração de sintomas, destacando a doença como um evento comum na infância. A esse respeito, Rodríguez-Marín et al. (2003) ressaltam que quando uma criança tem uma experiência com uma doença (seja em relação à causa ou ao tratamento) essa informação é assimilada ao nível cognitivo que dispõe naquele momento, surgindo um esquema do que é sua doença, causa e prevenção. Desse modo, as

explicações que a criança venha a oferecer, representam um reflexo da interação que se produz entre suas estruturas intelectuais e as influências externas (Del Barrio, 1990). A fala de C12-João, 9 anos, ilustra essa perspectiva, considerando suas experiências anteriores como referência para a atual:

M- onde você sente dor?

C- na barriga....

M- como?

C- é diferente...

M- como?

C- não é de comida estragada, nem de sujeira que eu pus na boca...

M- como você sabe?

C- porque a dor é diferente

M- você já sentiu as outras dores?

C- é e a do 'cocô' também... é diferente dessa de agora.... (C12-João, 9 anos).

Ainda em relação à experiências anteriores com doenças, algumas crianças relataram o evento da hospitalização e apesar de 10 crianças já terem experimentado a vivência da internação hospitalar, apenas sete referiram as experiências anteriores, sendo que entre elas, C15-Emilia, 11 anos, relatou que já havia sido hospitalizada, mas não recordava a experiência por ser bebê. Três crianças relataram que as experiências anteriores não haviam sido boas, justificando que sentiram dores, tiveram restrições para se alimentar e sentiram a ausência da família. Outras 3 crianças não atribuíram conotações negativas à experiência anterior de hospitalização. As narrativas abaixo demonstram essas experiências anteriores das crianças e as significações atribuídas a elas:

M- essa é a primeira vez que você veio para um hospital?

C- não

M- como foi a outra vez?

C- deu cobrero 'nimim' ... só que foi nas 'costa'... mas doía mais de que agora... 'causa' que tinha mais ferida...

M- e daí, o que aconteceu?

C- eu vim aqui e tomei soro...

M- e o que você achou dessa outra vez?

C- ... ruim

M- por que?

C- doía mais e não dava de deitar ‘descosta’...(C10-Monica, 8 anos).

M – essa é a primeira vez que você veio para um hospital?

C – não, quando eu era menor eu já vim... vim até com 6 meses de vida!

M- e você lembra de alguma dessas vezes?

*C- lembro... da vez quando eu tinha 6 anos... era uma coisa que nem agora, que não aparecia... aí o médico disse: “ó mãe, eu não sei o que pode ser, porque a gente já fez todos os exames e não deu nada, tava tudo negativo”. Aí depois disso que ele descobriu... que me deu infecção na barriga... aí eu fiquei uma semana aqui tomando soro e remédio na veia... **meu corpo parece que gosta de ficar em hospital!** [risos](C14-Pedro, 10 anos).*

O relato de C14-Pedro, 10 anos e C10-Monica, 8 anos, ilustram os aspectos já ressaltados por Barros (2003), que indica que a experiência de hospitalização é um evento mais perturbador entre as crianças menores, porém, as crianças com idade escolar, podem ser menos significativamente afetadas se as condições da hospitalização tiverem sido adequadas. A mesma autora ressalta, ainda, que as restrições impostas pela doença e os procedimentos realizados, entre outros aspectos, influenciam nas significações das crianças sobre essa experiência. Desse modo, para C14-Pedro, 10 anos, com um histórico de 7 hospitalizações, comentado por ele, inicialmente relata a dúvida quanto ao diagnóstico e a realização de procedimento doloroso, mas não evidencia referências negativas às experiências anteriores. Já a participante C10-Monica, 8 anos, em função das restrições e dores, atribuiu uma significação com conotação negativa à sua experiência prévia de hospitalização.

A obtenção do conhecimento sobre a sua doença também foi descrito *através de explicações dos adultos (2.2.2)* e demonstrada de forma semelhante ao que ocorre com as doenças em geral; contudo, as crianças referem que a autoridade do adulto, seja ela a mãe, pai ou o médico possibilitam a tomada de decisões em relação a tratamento, conforme relata C9-Filipa, 8 anos, em seu desenho sobre porque veio para o hospital:

C - porque... começou que daí eu fiquei doente, começou um vermelhão em mim...

M- onde é que tinha o vermelhão?

*C – no meu corpo inteiro, aí começou o vermelhão... **aí a minha mãe foi na farmácia e o médico receitou um remédio** e eu tomei, aí melhorou...saiu o vermelhão, só que daí começou a descascar tudo...*

M- descascou o que?

*C- eh... a minha mão... essas coisa, aí começou a descascar e a minha mãe ... e eu não conseguia comer, só 'gumitava'[vomitava]... eu não conseguia dormir... quando eu ia dormir, eu tinha cansaço e daí **minha mãe trouxe eu pro hospital pra mim consultar, daí deu resultado que eu tinha que ficar internada...** (C9-Filipa, 8 anos).*

A criança C15-Emilia, 11 anos, evidencia em seu relato abaixo, que através da explicação que o médico lhe forneceu, sua compreensão sobre o processo tornou-se mais enriquecida, indo ao encontro do que foi ressaltado por Rushfort (1999) e Perosa et al. (2006) a respeito da importância do profissional da saúde utilizar explicações claras e que façam sentido para as crianças:

M - e o que deixou você doente?

C – problema no rim...

M- e você já tinha ouvido falar em problema no rim?

C- não... nada...

M- e você sabe alguma coisa agora?

*C- **o que eu sei agora é que primeiro começa com uma infecção na urina... que quando vai... ah... uriná... arde assim...aí depois passa pro rim e se não se cuidá, passa pelo corpo todinho e pode até morrer, como aconteceu com uma modelo, né? isso foi o que o médico falou, né?** (C15-Emilia, 11 anos).*

A passagem, a seguir, referente ao registro das observações e anotações do diário de campo, ilustra como as informações fornecidas pelo médico sobre o estado de saúde e tratamento da doença vivida pela criança podem ter um efeito imediato, mesmo quando a informação não é totalmente adequada à sua capacidade cognitiva, possibilitando a reflexão sobre o quanto as explicações podem produzir efeitos mais adaptativos nas crianças se forem formuladas com o que de fato pode ser compreendido por elas:

A. sexo masculino, 7 anos de idade, com diagnóstico de eczema atópico está deitado na cama, acompanhado de sua mãe. Apresenta feridas por todo o corpo, chora muito e diz: “não quero tomar banho,

quero meu pai”. O pai entra no quarto e avisa para a criança que chegou, colocando a mão sobre sua cabeça. O menino respira fundo, soluça e pára de chorar. O médico [nome] se aproxima da criança e toca em sua perna para cumprimentá-lo. O menino começa a chorar novamente. O médico informa ao menino que “não fará nada com ele” e pergunta aos pais “o que o médico que atende ele diz sobre a pele dele?”. O pai olha para o médico e pergunta: “quem é você?”. O médico responde: “eu sou o [fala sua formação]!”. O pai então lhe diz que “a criança já passou por 4 médicos diferentes e que já tentou vários remédios, mas o máximo de tempo que fica sem as feridas é 2 meses, pois depois volta tudo... ninguém consegue dizer o que ele tem!”. O médico aproxima-se da criança e diz a ela e ao pai: “**ele tem um eczema atópico importante, que faz ele sentir muita coceira pelo corpo, né [nome da criança]? isso deixa ele assim irritado, nervoso... Eu vou conversar com o [nome de outro profissional] para aumentar a dose do teu medicamento, ok? Isso vai melhorar a coceira e deixar você [olhando para a criança] mais tranquilo**”. A criança pára de chorar e olha para o médico. O pai o observa, agradece e o médico que se despede e sai do quarto.

Impressões da pesquisadora: a criança de fato parece ter ficado surpresa com a atitude do médico que lhe explica o que acontece com seu corpo, apesar da utilização do termo eczema atópico ser algo completamente desconhecido para o menino! Mas o fato do médico mostrar a ele **que sabia** uma forma de ajudá-lo com seu problema através do remédio, teve um efeito imediato, tanto que ele parou de chorar para ouvir a o que o médico estava falando sobre como “acabar” com aquela sensação desagradável e dolorosa. Será que os médicos sabem que as crianças **precisam** dessas explicações para entender como as coisas funcionam? (Observação sistemática - Data: 11/01/2008).

Algumas crianças relataram a aquisição de conhecimentos sobre sua doença a partir da *observação de semelhanças com sintomas de familiares* (2.2.3), pois a observação de eventos concretos facilita a compreensão da criança, visto que com o avanço da idade, começa a ocorrer uma diferenciação maior do real e do imaginário, levando-a a buscar perspectivas mais objetivas (Barros, 2003; Del Barrio, 1990). O relato de C17-Paulo, 12 anos, ilustra essa significação:

C – cólica renal...

M- e você já tinha ouvido falar em cólica renal?

C- já, porque meu pai tem

M- então porque você acha que te deu isso?

C- porque tem cálculo que é pedra que se formou no rim.

M- e como será que acontece de ter pedra no rim?

C- ah... não sei... só sei que a dor que eu tenho é igual a que o meu pai tinha... essa dor aqui nas costas... (C17-Paulo, 12 anos).

A subcategoria **causas da própria doença (2.3)** foi organizada a partir das causalidades atribuídas à sua doença, sendo que a *ausência de conceitos (2.3.1)* foi identificada de forma semelhante ao observado nas causas das doenças em geral. As crianças com idades entre 5 e 6 anos apresentaram uma tendência maior do que crianças de 7 a 12 anos para não atribuir algum tipo de causalidade, mesmo referente à sua própria doença, configurando o que Del Barrio (1990) ressaltou a respeito de respostas incoerentes e tautológicas:

M- e você me disse que veio para o hospital porque tem as feridas na perna e no braço, né? como foi que te deu essas feridas?

C- eu não sei...

M- o que será que aconteceu para essas feridas aparecerem?

C- não sei...

M- e você sabia que as crianças tinham feridas assim? Você já tinha visto alguém com essas feridas antes de vir pra cá para o hospital?

C- não (C3-Gustavo, 5 anos).

Onze crianças entre 5 e 12 anos referiram *comportamentos de risco para a saúde (2.3.2)* como causas para suas doenças e de forma mais intensa evidenciou-se a culpa e a responsabilidade atribuídas a si mesmo pela consequência das suas atitudes, confirmando o que foi visto em Brewster (1982), Del Barrio (1990), Hasdottir e Malcarne (1998), Perosa e Gabarra (2004) e Perrin e Gerrity (1981), que assinalam que esta é uma atribuição mais comum entre as crianças com idades entre 5 e 6 anos, porém, na presente pesquisa, este fato foi observado também em crianças com idades entre 5 e 12 anos:

C- é... é por causa que a perna tava queimada, né...

M- ah... e como é que queimou a perna?

C- com... com... deixa eu ver... com álcool de carro e fósforo... foi o meu irmão pegar lá...

M- hum... mas me conta como aconteceu

As crianças também explicaram a causalidade das suas doenças através da *atribuição a um evento inevitável (2.3.3)*, associado a acidentes e eventos súbitos, inesperados, sem qualquer razão aparente, que “simplesmente acontecem” e estão fora do controle da criança, conforme visto em Helman (2009) citando o COMAC. Abaixo, a narrativa de C8-Barbara, 8 anos, ilustra essa forma de atribuição causal à própria doença:

M- e o que é apendicite?

C- ‘pendicite’ é uma dor que dá na barriga...

M- e por que dá essa dor?

C- eu não sei...começou de repente... não sei porque que começou... foi sem eu saber... (C8-Barbara, 8 anos).

Apenas C16-Luis, 11 anos atribuiu a causa da própria doença à *herança familiar (2.3.4)*, esboçando uma compreensão mais complexa, por meio de um mecanismo de disfunção fisiológica que atua no corpo causando a doença, como visto em Barros (2003) e Perrin e Gerrity (1981):

M- e o que te aconteceu?

C- pedra no rim...eu sei que eu tenho isso porque a minha família por parte de pai tem uma ‘pedreira’! Todos já ‘botaram’ cálculo renal e o irmão da mãe já ‘botou’ pedra também... e eu puxei a minha vó porque eu tenho só um rim... não é que eu tenho só um rim, eu tenho o outro só que ele é deformado... (C16-Luis, 11 anos).

A subcategoria **causas da própria hospitalização (2.4)** contemplou as causalidades atribuídas pelas crianças à sua hospitalização. Entre as causas associadas à internação, 11 participantes com idades entre 5 e 12 anos relataram a *presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis intensos e duradouros (2.4.1)*. Os sintomas como as dores, ferimentos, tosse, febre, escamação da pele e prurido foram expressos de forma semelhante a demonstrada nas causas da hospitalização em geral, ocorrendo a indiferenciação entre as causas e os sintomas. Contudo, as crianças também justificaram a intensidade dos sintomas e sua duração como um fator que acarretou na sua hospitalização:

C – tosse, gripe... dor de cabeça e ‘vumito’...

M- por isso você veio para o hospital?

C- lá em casa, eu... eu... a minha mãe, cuidô, cuidô e quando chegô de tarde eu comi e 'vumitei'... e aí minha mãe ligou pro meu pai que tava lá trabalhando no colégio dele...daí... daí, meu pai veio e nós 'viemo'... ele pegou o carro dele e ele levou eu e a mãe lá pro médico e daí ele disse pra vim aqui no hospital... e só! (C7-Ricardo, 7 anos).

O relato de C7-Ricardo, 7 anos, revela que os pais ou os profissionais de saúde são os responsáveis em determinar se a doença pode ser tratada com um medicamento administrado em casa ou se necessita de intervenção médica/hospitalar, conforme visto em Del Barrio (1990).

Três crianças atribuíram a sua hospitalização à *necessidade de procedimentos específicos e exames (2.4.2)*, pois já havia o reconhecimento de uma doença instalada que necessitava ser investigada, indo ao encontro dos achados de Eiser e Patterson (1984). Esse dado reafirma o que foi anteriormente verbalizado pelas crianças que atribuíram ao hospital a função de realizar exames e diagnósticos:

M – o que você tinha para vir para o hospital, por que você veio para cá?

C – eu tive osteomielite que se pega... que se tem no sangue e ela se alojou bem no crescimento do meu calcanhar... então... esqueci o que tu perguntou? [risos]

M- o que aconteceu com você para vir para o hospital?

C- ai... a minha perna... essa doença osteomielite, esse bichinho, parou bem no crescimento do meu calcanhar e eu tive que vir pra cá pra tirar Raio-X e também fazer uma consulta, né? E falaram que tinha osteomielite do osso quebrado daquela vez que tava infeccionado, que daí eu tava internado pela primeira vez... (C14-Pedro, 10 anos).

Ainda em relação à causa de sua hospitalização, 6 crianças relataram *comportamentos de risco (2.4.3)*, demonstrando o que foi observado de forma semelhante às causas de suas doenças. Contudo, de forma diferenciada do que foi observado na atribuição das causas da hospitalização em geral, esses participantes referiram aspectos culpabilizantes em suas explicações, atribuindo a si mesmos a responsabilidade da causa de sua internação hospitalar, que seria derivada de uma ação pessoal negativa ou vinculada à quebra de regras/ordens, indo ao encontro do que apontou Del Barrio (1990) e

Perosa e Gabarra (2004). A narrativa de C20-Rodrigo, 12 anos, ilustra essa significação:

M - e você quando veio para o hospital, tinha o que?

C – intestino trancado

M - e você acha que o teu intestino trancou por que?

*C - **porque eu comi porcaria...** goiaba, né? e goiaba a semente tranca...*

M- tranca o que?

C- o 'cocô'!!! (risos)

M- ah... você me disse... e a semente faz o que mesmo?

C- deixa o 'cocô' mais duro... daí é difícil sair...

M- entendi...

*C- **agora eu parei de comer goiaba...**(C20-Rodrigo, 12 anos).*

A subcategoria **tratamento da própria doença (2.5)** foi organizada pela caracterização das condições e elementos que estão associados com o tratamento, duração do mesmo e a melhora da própria doença. Entre as formas relatadas pelas crianças estão os *procedimentos (2.5.1)*, que são caracterizados pelos remédios, soro, exames, curativos, drenagem e enemas, conforme visto na subcategoria referente à melhora e tratamento das doenças em geral, além de alguns complementos como dormir, ficar na cama, que foram raramente citados. As verbalizações referentes aos procedimentos retrataram as significações expressadas pelas crianças em sua maioria, com base em suas experiências de tratamento durante a hospitalização, sendo que a compreensão dos elementos utilizados e seu funcionamento variou entre as crianças de 5 e 6 anos e as crianças de 7 a 12 anos, indo ao encontro do que foi ressaltado por Del Barrio (1990) e Eiser e Patterson (1984). A fala de C5-Geraldo, 6 anos, ilustra a compreensão da melhora como um fenômeno concreto e externo que resultou de seu tratamento:

M- e o que aconteceu que você vai embora?

*C – **eu melhorei!***

M- e isso aconteceu como?

*C – **tomei remédio e passou.***

M – o remédio faz passar o que?

*C – **a dor vai embora.***

M – e esse menino do desenho está como você?

*C – **é, sou eu, agora eu vô pra casa (C5-Geraldo, 6 anos).***

Abaixo, segue uma passagem dos registros da observação e do diário de campo que ilustram a compreensão mesmo de crianças pequenas sobre o tratamento, muitas vezes dolorosos, a que precisam ser submetidas:

O profissional Y. vai com a Observadora até o quarto de A. sexo feminino, 5 anos, que está hospitalizada porque fez cirurgia para a retirada de apêndice há uma semana. Apresenta secreção no corte da cirurgia que precisa ser drenada manualmente. O profissional Y. avisa para o pai da criança que a sala de procedimento está pronta. A criança começa a chorar dizendo que não quer ir e o pai lhe diz que precisa ir de qualquer jeito. A criança levanta-se e anda devagar até a sala de procedimento. O pai está ao lado e carrega o suporte com o soro. A criança tem uma tiara de princesa na cabeça e o profissional Y lhe diz: “hum, que linda essa princesa!”. A criança olha para ele e diz: “pára, que eu não gosto de ti... eu não gosto que tu perta...”. O profissional Y. ajuda o pai a colocar a criança na maca e ela deita-se choramingando, olha para o profissional Y. e diz: “não precisa mais pertá a minha barriguinha...”. Reclama que a sala está fria e repete para o profissional Y.: “eu não gosto que tu perta”. O profissional Y. diz a ela: “ eu preciso apertar para sair o pus, porque ele deixa a barriga inchada” e completa: “você quer ficar com a barriga igual a do sapo?”. A criança responde que não e diz: “mas eu não queria que tu pertava minha barriga...”. O profissional Y. diz: “se tu tivesse caminhado a tarde, eu não precisava apertar a tua barriga”. A criança lhe diz: “mas eu andei um monte!”. O pai corrige dizendo que ela só havia dado uma volta com ele. O profissional Y. tira o curativo e diz para a criança: “olha só, está cheio de pus”. A criança fala: “tu sujou a minha calça” e choraminga. O profissional Y. diz que a calça já estava suja e começa a massagear a barriga da criança. Enquanto faz isso, pergunta a ela quem havia feito o curativo dela de manhã. A criança responde: “foi o [nome do profissional] e ele pertô muito...e eu quero que tu deixa o meu papai pertá, deixa meu papaizinho pertá... O profissional Y. diz para a criança que ele é quem precisa fazer isso e o papai não pode, porque ele não é enfermeiro. A criança diz: “eu não gosto de ti, eu não gosto desse hospital... eu quero ir pra minha casa”. O profissional Y. continua massageando a barriga da criança e pergunta: “você tomou suco? Tua língua está azul”. A criança diz que foi “suco de gelatina”. O profissional Y. pergunta “se era de uva” e a criança responde que “era de framboesa”. O profissional Y pergunta se a criança gosta de gelatina e ela responde: “gosto, mas eu queria um

pãozinho também, não só gelatina...”. O profissional Y. passa o algodão com soro no corte e começa a apertar barriga da criança próximo ao corte da cirurgia. A criança grita e diz: “ eu não gosto de ti” e chora. Após a drenagem ser realizada, o profissional Y. limpa novamente o corte com soro e a criança diz: “faz logo isso...rápido” e continua chorando. O profissional Y. responde: “eu estou secando o teu corte agora, antes de colocar o curativo”. A criança diz: “mas eu gosto que faz rápido o curativo...”. O profissional Y. responde para a criança: “mas eu não gosto de fazer nada rápido e tu gosta de tudo rápido, como é que a gente vai se entender?”. O pai pergunta para a criança: “e aí, quem é que manda aqui?”. A criança responde choramingando: “eu”. O profissional Y. sorri e diz: “ah é?” e coloca o curativo dizendo: “pronto, acabou”. O pai ajuda a criança a sentar-se na maca e a descer. Os dois vão caminhando devagar até o quarto e o pai pede para que a criança dê tchau para o profissional Y. e para a Observadora. A criança diz: “não, eu não gosto dele porque ele perta a minha barriguinha” e o pai pergunta: “mas porque ele tem que fazer isso?”. A criança responde: “pra tirar o pus”... “e porque precisa tirar o pus?”. A criança responde: “pra melhorá e ir embora”.

Impressões da pesquisadora: *a abordagem do enfermeiro permitiu que a criança pudesse expressar sua contrariedade e a dor diante do procedimento que faz parte da sua rotina de tratamento. Apesar de pequena, a criança tenta manter alguma autonomia, quando “barganha” com o enfermeiro a possibilidade de o pai fazer o procedimento e demonstra que sabe que precisa suportá-lo para poder melhorar e ir para casa. (Observação sistemática – Data:19/03/2008).*

Outro aspecto relacionado ao tratamento das doenças das crianças foi a *duração* (2.5.2) do mesmo, que nesse caso implicou na investigação da perspectiva de tempo de hospitalização apresentada pelas crianças para as hospitalizações em geral. Porém, como nesta questão, a maior parte das crianças respondeu utilizando o parâmetro da própria hospitalização, esse dado foi intitulado como *duração* e incluído como elemento de análise da subcategoria 2.5.

Dessa forma, observou-se que, entre as participantes, apenas 2 crianças manifestaram não saber a duração do tempo de tratamento no hospital, as demais referiram a perspectiva em torno de 3,4 dias a uma semana, em média. Ressalta-se que a única criança com um período superior a 8 dias de internação no momento da realização da pesquisa, foi C2-Luca, 5 anos, cuja a permanência contava em 24 dias quando foi entrevistado, porém, sua perspectiva de duração de uma hospitalização

foi de “*uma semana por aí... menos de uma semana eu acho*”(C2-Luca, 5 anos), provavelmente associada à informação passada pelo médico de que sua alta estava prevista para depois de uma semana, conforme relatou posteriormente a mãe durante sua entrevista. A criança C7-Ricardo, 7 anos relatou que as crianças ficam hospitalizadas por “uns 40 dias”, alegando ser o tempo necessário para a melhora das mesmas. As crianças com idades entre 5 e 7 anos referiram uma duração muito longa, indo ao encontro do que foi observado por Eiser e Patterson (1984). Já as crianças com idades acima de 8 anos, manifestaram em suas respostas o estabelecimento da relação entre o tipo/gravidade da doença e o tempo de duração, além de terem sido capazes de identificar um número menor de dias de hospitalização. A fala de C15-Emilia, 11 anos, ilustra essa significação:

M – quanto tempo você acha que as crianças ficam no hospital?

C – não sei, tem umas que ficam pouco tempo, tem outras que ficam mais tempo... depende da doença...(C15-Emilia, 11 anos).

Categoria 3 – Vivência da doença e hospitalização

Esta categoria retratou as opiniões e sentimentos decorrentes da experiência da hospitalização que refletem aspectos positivos, negativos, estratégias de enfrentamento, informações, preparo para a permanência no hospital e a perspectiva ideal da instituição hospitalar que atende à infância.

A subcategoria **sentimentos decorrentes da hospitalização (3.1)** contemplou os afetos com a conotação positiva ou negativa, acompanhados ou não de sensações físicas decorrentes da situação de hospitalização manifestados pelas crianças, sendo agrupados em *sentimentos positivos (3.1.1)* caracterizados por sentimentos de: a) segurança e confiança na equipe e esperança na melhora, expressados por 7 crianças; e b) sentimentos de felicidade e bem estar, relatados por 15 crianças. As narrativas a seguir permitem a ilustração desses sentimentos:

M- e como você está se sentindo aqui no hospital?

C- aqui eu estou feliz, porque eles estão me tratando muito bem aqui...e logo, logo, eu vou tá muito bom e vou poder ir pra minha casa brincar com meus irmão, com meu cachorro e com a minha bicicleta!

(C12-João, 9 anos - referente a seu desenho sobre os seus sentimentos durante a hospitalização).

M – como você está se sentindo aqui no hospital?

C – **sentindo bem...**

M- você se desenhou aqui sorrindo... com alguma coisa no braço?

C- é o soro...

M- e porque você está se sentindo bem?

C- porque tá sarando...

M- e como você sabe que está sarando?

C- porque não dói mais a barriga... e também não tá mais coçando... (C10-Monica, 8 anos – referente a seu desenho sobre os seus sentimentos durante a hospitalização).

Os sentimentos de: a) surpresa, medo e dúvida, relatados por 11 crianças; b) tristeza e mal estar, manifestados por 12 crianças; c) desejo de fugir e raiva, apresentados por 6 crianças; d) ansiedade e nervosismo referidos por 4 crianças e e) saudade de casa, da escola e da família, citadas por 8 crianças, foram agrupados como *sentimentos negativos* (3.1.2). A seguir as falas das crianças expressam esses sentimentos:

C- eu pensava: “meu Deus do céu, que perigo vai ter? Que que vai acontecer?”... **Eu pensava no pior**: “será que vai ter que arrancar minha perna?”... Eu pensava nessas coisa assim... **me dava desespero...uma coisa só de pensá... aí o médico disse que não tinha perigo... qué dizê, porque tinha dois perigo só: que a minha perna parasse de crescer, ficasse maior que aquela ou ela diminuir... o médico me explicou isso na hora...**

M- e o desespero diminuiu ou aumentou?

C- **diminuiu**, porque eu achava que tivesse que tirar minha perna...ou um pedaço do meu pé... (C14-Pedro, 10 anos).

C- **o que eu sinto mais é a mágoa, a angústia e a tristeza...** porque tem uns momentos malvados... mas **o amor e alegria são a metade e um pouco mais que a metade...**

M- e quando você sente mais tudo isso?

C- quando **eu penso na escola, e nas coisas que eu podia tá fazendo...**(C16-Luis, 11 anos – referente a seu desenho sobre os seus sentimentos durante a hospitalização).

M – e o que você sentiu quando soube que ia ter que ficar agora dessa vez aqui no hospital?

*C – eu **pensei que eu ia voltá pra casa...** que ele ia botá eu no soro e que eu ia voltá pra casa... mas não, tinha que ficá internada e eu não sabia...*

M- o médico disse que você tinha que ficar aqui... e daí?

*C- **daí eu não gostei... fiquei ‘braba’...** (C8-Barbara, 8 anos).*

M- e o que você sentiu quando chegou aqui no hospital?

*C- **nervoso... ‘causo’ que eu achei que a mãe não ia poder ficar comigo**²⁷ ... [chora]*

M- ah, mas você logo soube que a mãe ia poder ficar com você?

C- é...(C18-Larissa, 12 anos).

M – como você está se sentindo aqui no hospital?

*C – **ai me sinto ruim... daí eu começo a olhar pra janela... que eu quero... eu tenho muito prazer de ir pra casa...***

M- é? Mas quando você olha pela janela, você fica pensando em que?

*C- **ai, fico pensando na minha casa... nos meus irmão...** (C9-Filipa, 8 anos).*

Os sentimentos que as crianças manifestam se relacionam com as crenças e concepções que sustentam sobre a doença que as acomete, bem como referente às restrições impostas pela hospitalização. Convém ressaltar que a maioria das crianças participantes desta pesquisa atribuíram sentimentos positivos e negativos concomitantemente, conforme é possível ver no relato de C16-Luis, 11 anos. Porém, as narrativas e a frequência dos sentimentos relatados demonstraram uma predominância de expressão de sentimentos negativos quando comparados aos positivos, indo ao encontro do que Dias (2008) e Horstman e Bradding (2002) verificaram. Além disso, os sentimentos manifestados pelos participantes, tanto no que tange aos aspectos positivos, quanto aos negativos, assemelha-se ao que foi visto em Baldini e Krebs, (1999), Barros (2003), Capparelli, (1996), Castro Neto (2000), Chiattonne (2003), Correia, Oliviera e Vieira (2003), Crepaldi (1999a), Lewis e Wolkmar (1993), e Soares e Zamberlan (2003).

A subcategoria **experiências negativas no hospital (3.2)** foi composta pelos eventos experimentados durante a hospitalização da

²⁷ A mãe de C18-Larissa era cadeirante.

criança, caracterizados através de conotação negativa. Entre essas experiências, a *realização de procedimentos dolorosos e invasivos/cirúrgicos* (3.2.1) foi citada por 11 crianças, que se referiram ao uso de injeções, agulhas, colocação do soro, curativos como as intervenções mais negativas vivenciadas pelas crianças, conforme ilustra a fala de C6-Giulia, 7 anos e C4-Benicio, 6 anos:

M- e o que é a pior coisa de ficar aqui no hospital?

C – tomar soro! Tomar soro é ruim!

M- e porque é ruim?

C- porque sim, porque tem que furar a mão prá botar ‘ca’ agulha!

M- e dói?

C- dói... um pouquinho... dói pra mim... (C6-Giulia, 8 anos).

M- então o que foi a coisa que você menos gostou?

C- foi a agulha... que doeu... um pouco, né? Mas doeu... (C4-Benicio, 6 anos).

A experiência de *afastamento dos familiares/casa e escola* (3.2.2) foi relatada por 3 crianças e pode ser apreciada na narrativa de C20-Rodrigo, 12 anos:

M- e aqui onde você está, qual foi a pior coisa?

C- só não ter visto o meu pai...

M- você ficou sem ver o pai?

C- é... porque só podia ficar a mãe e o pai tava trabalhando... eu fiquei com saudades dele, mas agora ele já veio me ver

M- que bom, né?

C- é (C20-Rodrigo, 12 anos).

As *restrições de locomoção/alimentação* (3.2.3) foram citadas por 8 crianças e referem-se ao impedimento de sair do leito ou do quarto na situação de isolamento ou a restrição alimentar, imposta pelo tratamento:

M- e o que é a pior coisa de ficar aqui no hospital?

C- pra mim a pior coisa é ficar assim [mostra seu corpo]

M- ficar parado, deitado?

C- é... eu detesto ficar sem poder andar por aí, só poder ficar na cama...(C19-Marcos, 12 anos).

Os relatos das crianças, referentes aos procedimentos dolorosos e invasivos, foram os mais citados em relação às experiências negativas. Tais dados vão ao encontro do que foi visto em Carrillo e Quiles (2000), Eiser e Patterson (1984), e Martins et al. (2001), como fatores geradores de estresse mais citados pelas crianças, além das restrições verbalizadas pelas crianças mais velhas, que indicam o sofrimento pela perda da autonomia, também observado por Ajuriaguerra e Marcelli (1991), e o afastamento da rotina escolar e familiar, citado por Méndez et al. (1996).

A subcategoria **experiências positivas no hospital (3.3)** foi organizada a partir dos relatos sobre eventos experimentados durante a hospitalização da criança, caracterizados através de conotação positiva.

Entre as experiências positivas, *receber cuidados e proteção/tratamento e interagir/conhecer os profissionais do hospital/conversar (3.3.1)* foi citado por cinco crianças e pode ser visualizado pelo relato de C12-João, 9 anos:

M – e qual foi a melhor coisa aqui no hospital?

C- os médico

M- é? Por que os médicos?

C- porque eles me trataram muito bem

M- o que eles fizeram que você achou que eles te trataram tão bem?

C- colocaram muito soro e limparam meu olho, disseram prá mim não comer nada... depois já comi...(C12-João, 9 anos).

Outra experiência positiva citada por sete crianças foi a possibilidade de *realizar atividades físicas/lúdicas/escolares e a visita dos palhaços (3.3.2)*, referente à utilização do espaço lúdico oferecido pelo hospital, bem como às atividades promovidas pelos acadêmicos e a visita dos palhaços que faziam parte de um projeto de extensão universitária, além das atividades de pedagogia hospitalar. As crianças também referiram como positiva a possibilidade de locomoverem-se pelo corredor, para caminhar ou “das umas voltas”. A narrativa de C4-Benício, 6 anos, exemplifica essa experiência:

M – e qual foi a melhor coisa, a mais legal de ficar aqui no hospital?

C – é as pessoas... as pessoas... hum... os médico que dá... quando dá as coisa pras criança brincá... lá na salinha... é legal!(C4-Benicio, 6 anos).

A *alimentação e remédio (3.3.3)* foram citados por 7 crianças e podem ser ilustrados pela fala de C13-Duarte, 10 anos:

M – e qual foi a melhor coisa, a mais legal de ficar aqui no hospital?

C – a comida... eu adorei... e o remédio, que tirava a dor! (C13-Duarte, 10 anos).

Outra experiência positiva relatada foi a possibilidade de ter a *companhia da mãe e receber visitas da família (3.3.4)* nos horários de visita disponibilizados pela instituição:

M – e qual foi a melhor coisa, a mais legal de ficar aqui no hospital?

C – ter a mãe do lado!

M- e porque é tão bom assim? É diferente de ter a mãe do lado em casa?

C- é diferente ter a mãe em casa e no hospital... porque em casa eu me divirto com a minha mãe ... aqui eu não tô me divertindo tanto como em casa com ela...

M- então como é aqui no hospital?

C- ah... me faz bem saber que ela tá aqui perto!(C14-Pedro, 10 anos).

Os relatos das crianças revelam as maiores frequências de valoração positiva atribuídas às atividades lúdicas, à alimentação e o efeito do remédio. Percebe-se que a prevalência da atividade lúdica tenha ocorrido em função do prazer e relaxamento que elas proporcionam diante do estresse da hospitalização, conforme visto em Eiser e Patterson (1984), Motta e Enumo (2004b) e Oliveira et al. (2003). A frequência elevada de respostas referentes à comida e aos remédios poderia estar associada ao alívio proporcionado pela medicação, que controla sintomas dolorosos e desagradáveis, ou ainda se mostra eficaz na função de promover a “melhora da doença”, possibilitando à criança pensar na perspectiva de voltar para casa. Algumas crianças ainda, por fatores sociais e econômicos, não possuem acesso à alimentação variada e servida em intervalos distintos como

ocorre nesta instituição (café da manhã, almoço, lanche, jantar, lanche). Também é importante ressaltar que observou-se a flexibilidade apresentada pela equipe de profissionais da enfermagem e nutrição em adaptar as preferências alimentares das crianças, na medida do possível, buscando estimular a manutenção da dieta da criança. Talvez esses fatores tenham influenciado as preferências de algumas crianças em relação à alimentação.

As falas das crianças ainda revelam que ficar doente e hospitalizado representa a possibilidade de um tempo de permanência maior desfrutando de atenção e cuidados especiais de outras pessoas, através de carinho, da companhia freqüente, ou de alimentação especial e remédios. Os relatos demonstraram também que apesar da hospitalização ser um evento que interfere nas relações sociais cotidianas, ela também acarreta em uma maior proximidade dos pais e obtenção de atenção, conferindo o que Ajuriaguerra e Marcelli (1991) nomearam de comportamento regressivo, caracterizado pelo retorno a uma relação de dependência e cuidados que a doença potencializa. Além disso, as crianças demonstram que o que mais valorizam encontra-se na dimensão das relações humanas, sejam elas desenvolvidas com os acompanhantes (pais/familiares) ou com os profissionais da equipe, ultrapassando o aspecto físico do cuidado e considerando o aspecto afetivo, que confere alteridade e protagonismo ao sujeito, conforme o que preconiza a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008).

Nesse sentido, o relato extraído dos registros da observação participante ilustra a importância de atribuir à criança a possibilidade de ser respeitada na sua condição de usuário do sistema de saúde numa postura atuante e não apenas submissa:

C. 3 anos, sexo masculino, está hospitalizado porque sofreu uma queda da bicicleta em movimento e apresenta uma série de ferimentos no rosto (uma sutura grande na parte superior do rosto). Está com uma atadura na cabeça que precisa ser retirada. A criança está acompanhada da avó materna e é muito sorridente. Tem 4 chupetas penduradas em um cordão sob o pescoço. Há mais 2 crianças no quarto: J. com 11 anos, sexo masculino e inflamação do ouvido esquerdo, acompanhado de sua mãe e B. de 4 anos, sexo masculino que sofreu várias picadas de formigas nas pernas, também acompanhado de sua mãe. C. está sentado no berço e olha desconfiado para o enfermeiro T. que entra no quarto juntamente com outro enfermeiro e a Observadora. A criança começa a chorar e a avó lhe diz que se acalme. O enfermeiro T. aproxima-se cuidadosamente de C. e o aborda dizendo:

“amigo, vamos precisar tirar teu curativo para o Doutor olhar”. A criança responde: “eu não queio”. O enfermeiro T. lhe diz: “mas nós vamos precisar tirar e não vai doer”. A criança coloca as duas mãos na cabeça e segura a atadura. O enfermeiro T. sugere a ele: “então, vamos fazer assim: você me deixa puxar a pontinha do esparadrapo e você mesmo pode tirar o resto do curativo, tá bom?”. A criança fica parada olhando o enfermeiro T. que completa: “eu prometo que não vai doer” e puxa o curativo só na ponta e coloca a mão da criança no curativo para que ele puxe o restante. A criança puxa o esparadrapo bem devagar e percebe que não dói. Sorri para a avó e mostra o esparadrapo. O enfermeiro T. avisa-lhe: “ainda tem um pedaço de curativo aqui, pode tirar” e direciona a mão da criança no local onde está o esparadrapo. Ele retira e sorri novamente e mostra para a avó, que apenas sorri para ele. O enfermeiro T. avisa: “eu preciso jogar no lixo esses esparadrapos, você me dá?”. A criança prontamente entrega os esparadrapos ao enfermeiro que diz à criança: “agora a gente precisa retirar a gaze e um pedaço de esparadrapo que está grudado no teu cabelo, mas eu vou te ajudar a fazer”. Cuidadosamente, começa a desgrudar o esparadrapo e explica: “agora nós vamos ter que puxar um pouquinho, mas não vai machucar”. A criança choraminga um pouco, mas permite que o enfermeiro T. retire o curativo completamente. Ao terminar o procedimento, o enfermeiro T. diz à criança que havia terminado e que “ele estava liberado”. A criança sorri para ele, que dá vários beijos no rosto da criança, elogiando sua coragem. A criança sorri para ele, ergue os braços e diz: “queio descê”. O enfermeiro T. o coloca no chão e sai do quarto. A criança começa a movimentar-se. É muito ágil e sorridente. Troca sucessivamente as chupetas e abraça a avó, que sorri para ele.

Impressões da Pesquisadora: o que poderia ter sido uma seqüência de gritos, choro e contenção da criança, aconteceu sem nenhuma manifestação de estresse. O profissional pareceu agir com base no seu conhecimento do que faz sentido para crianças nessa idade e talvez a atitude dele tenha sido “evitar o estresse” apenas, porém, a questão é: será que ele sabe que essa simples atitude é promotora de desenvolvimento??? Quando ele permite que a criança participe, ele **favorece o desenvolvimento** da auto-estima e da auto-eficácia da criança que pode experimentar esses sentimentos mesmo durante a internação. A reação da criança em sorrir e beijar o profissional e avó demonstra sua satisfação na relação com os adultos que lhe prestam cuidados (Observação sistemática – Data:02 /04 /2008).

A subcategoria **enfrentamento da hospitalização (3.4)** foi estruturada a partir das ações e manejos utilizados pelas crianças, bem como alternativas utilizadas para enfrentar a situação de hospitalização de forma mais adaptativa. Seguindo a classificação de Motta e Enumo (2004b) referente às atitudes facilitadoras e não facilitadoras da doença e do tratamento no hospital já citadas anteriormente no capítulo da Revisão de literatura, as respostas das crianças foram agrupadas para a presente pesquisa em um conjunto de atitudes facilitadoras, pois participantes deste estudo não relataram atitudes não facilitadoras diante da hospitalização, o que também foi observado por Eiser e Patterson (1984). Esse fato suscita algumas reflexões sobre o motivo das crianças participantes do presente estudo não terem manifestado a utilização de atitudes menos adaptativas diante do questionamento sobre o que poderiam fazer durante o tempo em que se encontravam hospitalizadas. No estudo de Motta e Enumo (2004b) já citado, a identificação de tais atitudes se deu por meio da utilização de um instrumento padronizado, que oferecia alternativas às crianças sobre o que faziam no hospital e sobre o brincar no hospital, a fim de que escolhessem e indicassem a frequência com que as mesmas eram utilizadas. Além disso, as crianças desse estudo encontravam-se internadas em uma unidade de oncologia pediátrica, caracterizada por hospitalizações longas e procedimentos dolorosos mais frequentes, o que não foi a realidade da presente pesquisa, considerando-se as características da instituição estudada, as causas da hospitalização das crianças participantes e formulação dessa questão às mesmas. Também é preciso considerar que nessa instituição todos os quartos possuem TV, com acesso a canais infantis até as 22 horas, além de um espaço destinado à atividade lúdica, que pode ser utilizado pela criança sempre que ela desejar ou tiver possibilidade de locomover-se até o mesmo. Observou-se também por parte dos profissionais da enfermagem, a sensibilidade de, quando possível, instalar o acesso do soro e a tala que imobiliza a mão/braço da criança, no lado não dominante, permitindo que a mesma pudesse realizar atividades de desenho/escrita e manipulação de brinquedos mais facilmente. Dessa forma, apresenta-se a seguir algumas narrativas das crianças referentes aos *comportamentos facilitadores (3.4.1)* referentes aos seguintes comportamentos: brincar, assistir TV, conversar, tomar remédio, obedecer às instruções da equipe e que podem ser observadas nas falas de C2-Luca, 5 anos, C11-Nuno, 9 anos, C15-Emilia, 11 anos e C18-Larissa, 12 anos:

M- e o que uma criança pode fazer aqui no hospital o dia inteiro?

C- comer, dormir... tomar banho e os desenhos pra pintar, que nem eu...(C2-Luca, 5 anos).

C – deitar, dormir e assistir TV... e comer, lanche e jantar... e tirar sangue e passear no corredor... ah! e ir na sala dos brinquedos brincar!

M – ah! e você fez isso?

C- tudinho! (C11-Nuno, 9 anos).

C- eu tô bem assim... vendo TV, conversando, brincando... assim já tá bom...(C15-Emilia, 11 anos).

M – e o que uma criança que está no hospital pode fazer o dia inteiro?

C – ela vê TV, vai na brinquedoteca, dorme... fica quieta... come...brinca, pode desenhar...

M – e você fez o que?

C – eu trouxe desenho pra pintar de casa... (C18-Larissa, 12 anos).

É importante ressaltar que a perspectiva que o comportamento de “dormir” apresentou nas falas dessas crianças não foi considerada no sentido de fuga da realidade, pois todas as crianças que citaram esse comportamento, o associaram a algum outro, como “comer”, “tomar banho”, “ficar quieta”, “tirar sangue”, cuja conotação expressa a realização de comportamentos solicitados pela equipe e pelos acompanhantes. Em especial, algumas crianças tinham a orientação médica de permanecerem restritas ao leito, e, dessa forma, a utilização de tais comportamento configura, portanto, a adoção de comportamentos adaptativos.

A subcategoria **informações sobre a hospitalização que devem ser passadas às crianças (3.5)** englobou as explicações sobre os locais físicos do hospital, procedimentos realizados pela equipe, incluindo aqueles que são invasivos e dolorosos, bem como as possibilidades e restrições aos pacientes hospitalizados que devem ser informadas ao paciente infantil, segundo as crianças participantes.

As informações sobre a realização dos procedimentos médicos e de enfermagem (3.5.1) foram relatadas por 14 participantes como necessárias às crianças que passarão pela internação hospitalar,

conforme expressam os relatos de C2-Luca, 5 anos e C17-Paulo, 12 anos:

M – e se você fosse contar para um menino que tem que vir aqui para o hospital, o que você diria para ele sobre o que acontece aqui?

C- lá na minha escola meus amigos não sabem o que é hospital...

M- então, como é que você ia explicar para eles?

C- eu vou falar que no hospital tem aquela agulha, tem... banheiro... tem a banheira e tem a cama e lanche.

M- e você sabia que tinha isso num hospital antes de vir pra cá?

C- não (C2-Luca, 5 anos).

M – e se você fosse contar para um menino que tem que vir aqui para o hospital, o que você diria para ele sobre o que acontece aqui?

C – diria que se ele tá pensando que é ruim, que não é tanto... que é só um pouco desconfortável, né? mas fazer o quê? Se melhora, né? Também ia falar que tem que levar agulhada... bater Raio-X... tem que fazer um monte de exame...

M – o que você acha que uma criança iria querer saber antes de ir para o hospital?

C – se vai tomar agulhada... saber o que vão fazer com ela, né?(C17-Paulo, 12 anos).

Três crianças referiram que seria necessário informar sobre as condições gerais do hospital (3.5.2), indicando aspectos como a qualidade da comida e a presença de aparelhos de TV, conforme ilustra a narrativa de C18-Larissa, 12 anos:

M – e se você fosse contar para um menino que tem que vir aqui para o hospital, o que você diria para ele sobre o que acontece aqui?

C- ... que a comida é boa... que tem TV (C18-Larissa, 12 anos).

As atividades ou ações permitidas e restritas (3.5.3) foram relatadas por 10 participantes que se referiram à importância de informar as crianças sobre a possibilidade de ações como brincar, comer e sair da cama/quarto serem limitadas para alguns pacientes, conforme relata C8-Barbara, 8 anos:

M – e se você fosse contar para uma menina que tem que vir aqui para o hospital, o que você diria para ela sobre o que acontece aqui?

C – que era muito chato... que não podia fazer o que ‘qué’... e... não podia comê... e nem tomá água se tinha sonda no nariz...não podia brincá quase...(C8-Barbara, 8 anos).

Sete crianças ressaltaram a necessidade de informar as crianças sobre a *presença de brinquedos (3.5.4)* e C8-Barbara, 8 anos, complementa:

M – o que você acha que uma criança iria querer saber antes de ir para o hospital?

C – se pode brincá, porque eu não sabia que tinha brinquedo no hospital... o enfermeiro que me disse que tem uma salinha de brinquedo aqui... daí, quando eu... se o médico deixá logo eu andar, eu quero ir lá... eu não sabia que tinha isso...

M- ah... e você acha que as crianças deviam saber que tem brinquedo no hospital?

C- claro! Porque elas acha que é só ficá com soro... tomá injeção...(C8-Barbara, 8 anos).

A *presença de profissionais bons e competentes (3.5.5)* foi relatada por 7 crianças como uma informação importante a ser passada para crianças, pois as falas revelaram que talvez as experiências anteriores com outros profissionais de saúde não tenham sido tão positivas quanto as experimentadas durante sua hospitalização, porém, tal fato não foi explorado junto às crianças nesse estudo, sendo necessária uma investigação mais aprofundada. A narrativa de C13-Duarte, 10 anos, esboça essa perspectiva:

C – ia falá que os enfermeiro são legal, os médico... que a comida é boa, que pode vê televisão, que pode brincá...

M – o que você acha que uma criança iria querer saber antes de ir para o hospital?

C – que os médico são bom

M- porque, você achava que os médicos não eram bons?

C- não... porque tem médico que não sabe nem botá agulha... aí botam bem forte...

M- e você achou que os médicos daqui são diferentes desses?

M- são, esses sabem botá a agulha e não dói (C13-Duarte, 10 anos).

De maneira geral, as crianças revelaram que as informações sobre a hospitalização, precisam ser apresentadas às crianças, na medida em que ao serem informadas sobre o ambiente hospitalar, este se torna menos gerador de ansiedade pelo desconhecimento ou dúvidas pré-concebidas (Correia et al., 2003; Oliveira et al., 2004). Conforme visto em Aguirre et al. (2002), Doca e Junior (2007) e López et al. (2005), as informações fornecidas à criança sobre a realidade do hospital favorecem o processo adaptativo às rotinas médicas e de enfermagem, ampliando os conhecimentos sobre sua saúde, seu corpo, as doenças, as profissões da saúde e estratégias de enfrentamento de situações desagradáveis através da aprendizagem de habilidades e conhecimentos que otimizam os resultados dos procedimentos e estimulam o desenvolvimento.

A subcategoria **o hospital infantil ideal (3.6)** abarcou as sugestões das crianças sobre as características que possibilitariam melhorar as condições do atendimento prestado na instituição hospitalar destinada à infância.

Entre as crianças, 3 participantes com idades entre 6 e 12 anos apresentaram *ausência de conceitos (3.6.1)* alegando “não saber” como deveria ser o hospital ideal, o que talvez esteja associado à imaturidade para acessar um pensamento mais hipotético, mesmo para a criança de 12 anos, pois conforme ressaltado por Barros (2003) algumas crianças lançam mão de significações mais complexas em alguns domínios e não tão complexas em outros.

As crianças ainda manifestaram que o hospital ideal teria a *presença de recursos (3.6.2)* como: a) maior quantidade e variedade de brinquedos e pela presença freqüente dos palhaços, citados por 14 crianças; b) profissionais simpáticos e em quantidade suficiente para atender a todas as crianças, citados por dois participantes; c) recursos materiais e ambientais, como remédios, alimentos variados, a decoração com temas infantis e semelhante ao lar, além de vagas/leitos para todas as crianças que necessitem, citados por duas crianças. As falas das crianças a seguir, ilustram suas perspectivas do ideal de hospital infantil:

M – o que teria que ter o melhor hospital do mundo?

*C- **brinquedo....um monte de brinquedo!** [risos](C3-Gustavo, 5 anos).*

M- como seria o melhor hospital do mundo?

*C- **muitos enfermeiro e muitos médicos legais e queridos***

M- e para fazer o que?

C – pra tratar de todo mundo e ninguém ficar sem médico e enfermeiro! (C12-João, 9 anos).

M – e como seria o melhor hospital do mundo? O que teria que ter?

C – bolo, brigadeiro, a comida salgada... empadão! Cheio de balão nos quartos, baita legal... os enfermeiros todos fantasiados e também os palhaços que vem aqui... (C16-Luis, 11 anos).

A ausência de restrições (3.6.3) também foi citada pelas crianças em suas significações sobre o hospital idealizado, pois nele não haveria dieta restrita e nem medicamentos injetáveis, apenas via oral. Os relatos de C8-Barbara, 8 anos e C14-Pedro, 10 anos, demonstram suas perspectivas:

M – e como seria o melhor hospital do mundo? O que teria que ter?

C – é... pra ser bem legal eu queria que podia ter assim, brinquedo pra brincá toda hora... podê comê toda hora... como que a gente faz em casa... (C8-Barbara, 8 anos)

M – e como seria o melhor hospital do mundo? O que teria que ter?

C – a gente não precisá tomar antibiótico... seria só de engolir... nunca mais ser espetado... (C14-Pedro, 10 anos).

As falas das crianças demonstram seus desejos e necessidades de encontrar no hospital aspectos mais familiares e menos restritivos, a fim de que o estranhamento causado pela ruptura da rotina doméstica e escolar sejam minimizadas. Desse modo, solicitam um ambiente colorido, com a presença de temas infantis, que as estimulem, indo ao encontro do que foi sinalizado por Chiatone (2003) e pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008), que referem que a ambiência nos serviços de saúde está relacionada também a componentes estéticos que são apreendidos pelos sentidos (olhar, olfato, audição). Além disso, o desejo pela presença de brinquedos ressalta o que foi observado por Barrón et al. (2000), Motta e Enumo (2004b) e Oliveira et al. (2003), sobre o efeito da atividade lúdica no estresse provocado pela hospitalização.

Categoria 4 – Relação da criança com a equipe de saúde do hospital

Esta categoria retratou os aspectos que envolveram a comunicação verbal e não-verbal entre os profissionais e a criança e que estão presentes na interação e na realização de procedimentos, bem como as qualidades idealizadas dos profissionais que prestam atendimento a pacientes infantis.

A subcategoria **interação com os profissionais (4.1)** foi composta por mensagens verbais e não verbais transmitidas pelos profissionais através de linguagem verbal, gestos, posturas, expressões faciais presentes na comunicação e contato físico com o paciente mediante a realização de procedimentos no hospital.

Entre os aspectos relacionais mais citados pelas crianças, a *transmissão de segurança e empatia através da brincadeira/carinho e encorajamento (4.1.1)* foi o mais freqüente, pois 14 participantes mencionaram terem vivenciado esse tipo de interação. O relato de C14-Pedro, 10 anos e C18-Larissa, 12 anos, ilustram esse aspecto:

C – é... que nem hoje de madrugada, eu chamei o enfermeiro porque o meu acesso [venoso] tava ardendo... e eles vieram aqui e trocaram de lugar... eles prestam atenção e ajudam... tentam me acalmar... dizem pra não pensar na dor e pensar em outras coisa... pra pensá em alguma coisa bonita, por exemplo, a minha mãe...ou na minha casa nova... nas coisa que eu acho bonita, pra eu poder me acalmar e eles poder trabalhar... (C14-Pedro, 10 anos).

M- essa pessoa é enfermeiro, médico, ou o que?

C- enfermeiro

M- porque você escolheu desenhar ele?

C- porque ele é legal

M- o que ele fez de legal?

C- ele é engraçado [risos]

M- hum... e ele fez graça para você como?

C- mesmo quando tinha que fazer coisas que as vezes doem um pouco ele era engraçado

M- como?

C- é... ele fazia de um jeito que não era doído (C18-Larissa, 12 anos – referente ao desenho da Pessoa da Equipe de Saúde).

Outro aspecto citado por 12 crianças foi o *recebimento de informação sobre os procedimentos (4.1.2)*, através de informação verbal anterior à sua execução ou durante a mesma e C19-Marcos, 12

anos, e C3-Gustavo, 5 anos, exemplificam o tipo de interação experimentada:

M - e quando eles iam fazer alguma coisa com você, botar um remédio, eles te explicavam antes o que eles iam fazer?

C - explicam... eles [enfermeiros] dizem: “te prepara, que daqui há pouco eu já vou vir aqui e vou furar ele [o pé] com a agulhinha, vou espremer, vou tirar as coisa de dentro, vai doer um pouco, mas depois tu vais poder brincar e ficar bom de novo”...(C19-Marcos, 12 anos).

M - e quando eles vão fazer alguma coisa com você, botar um remédio, eles te explicavam antes o que eles iam fazer?

C - explicam.

M- o que eles te explicam ? como vai ser, se dói um pouquinho?

C- falam que vão dar um “pique”...é... e pra não puxar a mão, quando botá o soro...o médico disse que vai doer só isso [mostra o tamanho com as mãos] e deu!

M- ah...(C3-Gustavo, 5 anos).

Todas as crianças citaram na experiência com a equipe, o controle dos sintomas (4.1.3), em especial os dolorosos e desagradáveis (através de medicamentos), ocorreram mediante algum tipo de solicitação verbal da criança ou seu acompanhante, ou através da indicação de dor pelo comportamento de choro manifestado pela criança. O relato de C15-Emilia, 11 anos, ilustra sua experiência:

C – me deram um remédio pra passar a dor... que nem... no primeiro dia, eu tava sentindo dor, só que o meu medicamento não tava pronto... aí eu comecei a chorar muito, né? Aí a mãe foi lá [no posto da enfermagem] e daí logo já vieram com o remédio pronto e eu nunca mais tive dor...(C15-Emilia, 11 anos).

Cinco crianças relataram a falta de informações (4.1.4) presente na relação que estabeleceram com os profissionais da equipe hospitalar e os relatos de C17-Paulo, 12 anos e C2-Luca, 5 anos, evidenciam esse vivência:

M - e quando eles iam fazer alguma coisa com você, botar um remédio, eles te explicavam antes o que eles iam fazer?

C – explicam mais pra minha mãe.

M- você gostaria que eles explicassem pra você?

C- sim... pra mim eles pegam e falam que vai doer um pouquinho... daí falam só isso... pra mãe, não, pra mãe já falam sobre o medicamento, o que que tá acontecendo... eu queria que eles falassem pra mim, né? Hoje, pra fazer a tomografia, eles também não falaram nada como ia ser... só disseram que eu ia lá e ia fazer, mais nada...

M- e aí? Como você se sentiu?

C- foi ruim, né? Porque lá me deram um medicamento que eu nunca tinha tomado e aí eu passei mal...

M- como foi isso?

C- era um remédio de veia, aí deu um negócio na boca, aí o braço começou a formigar, né? E aí me deu ânsia de vômito, aí o médico de lá mandou eu sentar pra aliviar, aí eu sentei e aliviou...

M- e eles te falaram como ia ser o exame?

C- não... a mãe me explicou...

M- e se a tua mãe não tivesse explicado?

C- aí eu ia ficar um pouco nervoso... porque tem que entrar naquele negócio... (C17-Paulo, 12 anos).

M - e quando eles iam fazer alguma coisa com você, botar um remédio, eles te explicavam antes o que eles iam fazer?

C - eles vão fazendo...

M- não te explicam antes?

C- não... é que eu já sei que eles vão passar pomada... ninguém fala nada... porque quando o tio enche a banheira eu já sei que é hora do banho (C2-Luca, 5 anos).

No que se refere às informações as crianças evidenciam através de seus relatos que quando receberam esclarecimentos consistentes e adequados ao seu nível cognitivo, com exemplos compreensíveis, em uma quantidade possível de ser absorvida e com formas concretas de mensurar o que iria acontecer (intensidade da dor), a experiência conferiu confiança à relação com o profissional, pois aquilo que foi afirmado realmente aconteceu. A informação para a criança hospitalizada está associada à possibilidade de resgatar a autonomia e o controle, abalados pela situação de hospitalização, como visto em Carrillo e Quiles (2000), Palácio e Sebastián (2000) e Sebastián et al. (2003). Já a narrativa de C2-Luca, 5 anos, ressalta a ausência de comunicação verbal, que foi substituída pelos sinais e comportamentos emitidos pela equipe e que foram percebidos por ele, pois sua

hospitalização foi longa e os procedimentos como o banho e a utilização da pomada tornaram-se a sua rotina. Porém, a ausência de verbalização ou de incentivo à expressão verbal da criança, pode suscitar fantasias e crenças distorcidas sobre o que será realizado, potencializando os estressores do ambiente hospitalar e conseqüentemente, os fatores de risco para o desenvolvimento da criança (Aguirre et al., 2002; López et al., 2005).

A subcategoria **atendimento ideal dos profissionais da equipe de saúde hospitalar infantil (4.2)** englobou as qualidades e atitudes idealizadas pelas crianças, que possibilitariam melhorar o atendimento e o relacionamento dos médicos e enfermeiros com o paciente infantil durante a sua hospitalização.

Entre as *qualidades atribuídas aos médicos (4.2.1)*, as crianças citaram: a) utilização de componente lúdico, referida por 8 crianças; b) conversar com as crianças sobre as doenças, procedimentos e outros temas, mencionado por 9 crianças; c) ser gentil, carinhoso, bem humorado, educado, relatado por 5 crianças; d) competência profissional, referida por 4 crianças; e) realizar procedimentos não dolorosos e não impor restrições, mencionada por 2 crianças e; f) realizar procedimentos e administrar medicamentos, citada por 3 crianças. As narrativas a seguir exemplificam as qualidades apontadas como ideais aos médicos:

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – tinha que ser brincalhão... tinha que ser... contar piada! (C11-Nuno, 9 anos).

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – que ele chegasse rindo... chegasse conversando... chegasse acalmando as pessoas... chegasse... é... conversando, explicando as coisas: “ó, isso daqui que tu tens, é tal coisa”... chegasse bem alegre... assim! (C16-Luis, 11 anos).

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – ser educado, ter experiência...

M- Para que ele precisa ter experiência?

C- experiência pra não ficá... é... não fazê as coisa errada...

M- e como é que o médico consegue ter experiência?

C- é quando ele... já teve que... é... já tratou muitas criança, já atendeu muitas crianças... (C9-Filipa, 8 anos).

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – tinha que ser bom , né? Pra não pegá a agulha e botá rápido, pra doê... tinha que ser com cuidado (C13-Duarte, 10 anos).

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – legais!

M- como eles podiam ser legais com as crianças? De que jeito?

C- eles podem dar remédio... podem deixar as crianças brincá...ficá ali nos brinquedos...(C4-Benicio, 6 anos).

As narrativas das crianças expressam as qualidades idealizadas ao profissional médico, ainda confundido com o profissional da enfermagem pela maior parte das crianças entrevistadas. Entre as qualidades citadas, observa-se a presença de atributos relacionais como simpatia, bom humor e os comportamentos relacionados com o estabelecimento e manutenção da relação, através do componente lúdico, do fornecimento de informações, a demonstração de preocupação com o bem estar da criança e a tranquilização, que foram citados como mais freqüência pelas crianças. De modo semelhante ao observado por Barros e Goes (2008), as crianças valorizam mais o fornecimento da informação, sobretudo as crianças mais velhas. Segundo as autoras, a questão da eficiência profissional representa uma fonte de segurança para as crianças mais velhas e o evitamento da dor é mais referido pelas crianças menores, fatos que também foram observados entre as crianças do presente estudo.

As crianças também citaram as *qualidades atribuídas aos enfermeiros (4.2.2)* e entre elas, referiram que o enfermeiro ideal deveria: a) utilizar componentes lúdicos, relatado por 10 crianças; b) conversar com as crianças e explicar os procedimentos, mencionado por 10 crianças; c) ser gentil, empático, educado e bem humorado, referido por 9 crianças; d) ter calma, cuidado, estar satisfeito com a profissão e tranquilizar a criança, citado por 4 crianças; e) realizar procedimentos e administrar medicamentos, mencionado por 4 crianças. A seguir, as

falas das crianças apresentam as qualidades atribuídas como ideais aos enfermeiros:

M – e como seria o melhor enfermeiro do mundo? Como é que tinha que ser o jeito dele?

C – ser legal, ser bom, conversar... ser gentil, educado

M- e educado, como é?

C- que respeitã, que fala direito...(C9-Filipa, 8 anos).

M- e como seria o melhor enfermeiro do mundo? Como é que tinha que ser o jeito dele?

C- não sei...

M- qual o melhor jeito de fazer as coisas aqui no hospital com as crianças?

C- dando soro, os remédio...(C1-Amanda, 5 anos).

M – e como seria o melhor enfermeiro do mundo? Como é que tinha que ser o jeito dele?

C – cuidar bem da pessoa, tratar bem, né? Ter amor no que tá fazendo, porque daí tudo fica bom (C17-Paulo, 12 anos).

M – e como seria o melhor enfermeiro do mundo? Como é que tinha que ser o jeito dele?

C – tinha que ser que nem o... eu não lembro o nome dele... é bem simpático, vem aqui e começa a conversã comigo... ele fica aqui falando comigo, é bem engraçado... é o enfermeiro mais engraçado que tem...(C15-Emilia, 11 anos).

De modo similar às qualidades idealizadas aos médicos, as crianças valorizaram mais as dimensões da relação e da comunicação, indicadas com mais freqüência como as qualidades ideais dos enfermeiros. O fato das crianças apresentarem a indiferenciação das funções destes profissionais parece favorecer a formação de descrições mais generalizadas das suas atribuições, como visto em Eiser e Patterson (1984) e Redpath e Rogers (1984), porém a questão da idade não representou um fator que promoveu diferenças entre as respostas referentes às funções profissionais. As diferenças das respostas, relacionadas à progressão da idade pareceram mais evidentes nas dimensões relacionais e comunicacionais, indicando que enquanto as crianças mais novas querem profissionais que brinquem e conversem, as mais velhas desejam profissionais que conversem e informem o que

ocorre com elas. De modo geral, as crianças buscam profissionais empáticos e que se comuniquem de forma consistente, possibilitando o estabelecimento de uma relação afetiva e de confiança.

A seguir serão analisadas as categorias, subcategorias e elementos de análise referentes aos acompanhantes das crianças.

6.2 Categorias de análise de conteúdo - acompanhantes

Categoria 1 - Conceitos gerais de saúde, doenças, hospitalização e tratamentos de crianças para o acompanhante

Esta categoria foi elaborada a partir do conjunto de conhecimentos e concepções sobre saúde, os componentes das doenças e o processo de hospitalização de modo geral na perspectiva dos acompanhantes.

A subcategoria **conceitos de saúde de crianças (1.1)** congregou as concepções e crenças dos acompanhantes a respeito da temática, sendo que 11 participantes referiram significações relativas a *comportamentos de saúde e evitação de comportamentos risco para a saúde (1.1.1)* que diziam respeito à adoção de comportamentos concretos por parte das crianças como hábitos de higiene, alimentação, utilização de agasalhos e de evitação de comportamentos de risco como alimentação inadequada, exposição ao clima frio, e o não seguimento das orientações parentais. Tais dados refletem o que foi apontado por Reis e Fradique (2004) no que se refere à significação de saúde relacionada a não cometer excessos, de forma a direcionar a vida para a saúde. A concepção de evitar comportamentos de risco foi observada na fala dos acompanhantes, demonstrando que assim como as crianças, estes definiram saúde através da projeção da responsabilidade à criança sobre a manutenção da sua saúde. De acordo com Barros (2003) as significações dos adultos têm uma relação direta com a construção das significações das crianças e nesse sentido, foi possível constatar que tanto as significações das crianças como as dos adultos perpassam pontos comuns, visto que ambos se influenciam mutuamente no processo de aquisição e transformação de significações de saúde e doença. Os relatos abaixo ilustram essa perspectiva:

A – saúde é importante, né? Meu Deus! Inclui todos cuidados, né? Assim, que nem eu digo: “bota a jaqueta”! ela tem o costume de... às vezes tá suada e brincando, aí já tira... eu digo: “não faz isso

filha”! *Que pega choque térmico, uma coisa assim já...* (Acompanhante C18- Larissa).

A – (...) então, saúde é uma questão assim de você **se alimentar bem, ter cuidados básicos de higiene** que é fundamental... (Acompanhante C7- Ricardo).

Nove acompanhantes conceituaram saúde como *ausência de doenças/sintomas (1.1.2)*, manifestando que a compreensão desse processo ocorre por meio categórico, concreto, indicado pela lógica da exclusão, quando sinais e sintomas concretos não são identificados, indo ao encontro do que foi visto em Reis e Fradique (2004). As narrativas dos acompanhantes C19-Marcos e C1-Amanda refletiram a concepção de que a *criança é saudável* quando está brincando, fazendo “traquinagens”, apresentando vigor físico, pois a condição para que a saúde seja reconhecida é a de que tais comportamentos não estejam ausentes:

A – *olha, saúde eu vejo assim pelos meus filho, quando eu vejo eles que eles não ‘tão’ doente, tão bem... correndo, brincando, conversando, fazendo arte [risos]* (Acompanhante C19- Marcos).

A – *saúde é a coisa melhor que tem, né? [risos]. É tá bem... não ter doença nenhuma...A pessoa tendo saúde, tem tudo, né? come, trabalha, faz tudo, né? Agora tando doente não consegue fazer nada...* (Acompanhante C1- Amanda).

Entre os participantes, 3 acompanhantes referiram que a saúde da criança está relacionada a *receber cuidados parentais e ter uma família estruturada (1.1.3)*, indicando a presença dos pais como os provedores dos cuidados referentes às crianças. Reis e Fradique (2004) relatam que na concepção de saúde para adultos, a responsabilidade pelos cuidados pessoais é atribuída ao próprio sujeito, revelando a construção de significações que representam a realização de atitudes e comportamentos concretos que podem levar o indivíduo a apresentar saúde. No entanto, como no presente estudo os participantes foram indagados a respeito da dimensão da saúde de crianças, observou-se a atribuição de cuidados direcionada aos pais, enfocando a perspectiva ressaltada por Barros (2003) de que são os pais os responsáveis pelos cuidados em saúde, pois a eles são atribuídas as funções de tratamento,

recomendações de atitudes educativas para com as crianças. O depoimento a seguir revela a concepção sobre os cuidados parentais:

A – saúde é quando você tem uma boa alimentação, né? consegue ter um acompanhamento dos pais... que tem pais que são ausentes, né? pra ficar na... até olhar mais o filho... tem criança que se você olhar bem, já sugere que a criança é bem cuidada, né? que os pais tem um certo asseio, limpam tratam (...) (Acompanhante C7-Ricardo).

A acompanhante C7-Ricardo ressaltou que a presença próxima dos pais favorece os cuidados com a criança, a fim de assegurar que questões como higiene e tratamento possam ocorrer de forma adequada, proporcionando saúde à criança. Já a acompanhante C3-Gustavo, afirmou que a proximidade é o fator que favorece a geração de saúde, pois torna possível a interação mãe-filho que promove bem estar a ambos:

A – ai saúde é... não é só questão financeira, né? porque o simples fato de eu, como mãe, tá perto do meu filho, pra mim eu já tô proporcionando saúde pra ele... porque ele tendo contato comigo e eu tendo contato com ele já tá ... pode ser a coisa mais simples do mundo, mas se eu tô perto dele já é saúde...(Acompanhante C3-Gustavo).

A subcategoria **identificação das doenças de crianças (1.2)** englobou o reconhecimento dos sinais e sintomas, os conhecimentos e concepções sobre as doenças de crianças.

Entre os acompanhantes, 8 participantes referiram-se aos *sintomas funcionais observáveis (1.2.1)* nas crianças, como a febre, dor, tosse, ferimentos externos ou a fatores psicológicos, como a depressão representando os sinais para a identificação de doenças. Desse modo, a significação das doenças das crianças para os acompanhantes tem, conforme refere Crepaldi (1999a), seu ponto central no sintoma, sendo necessário seu surgimento para que o estado de doença seja admitido. Esse fato foi observado nas falas a seguir:

M – e o que acontece?

A – a criança pega resfriado, friagem...

M – e como ela fica?

A- fica com febre, tosse... (Acompanhante C12-João).

*A- porque elas [as crianças] ficam **queixosa** com a gente: “ai, tenho uma **dorzinha** aqui” e mostra, daí a gente já vê... e já corre levá no médico vê o que tem... (Acompanhante C9-Filipa).*

A designação dos *nomes das doenças* (1.2.2) também foi citada por 16 participantes, referindo-se a doenças como gripe, resfriados, viroses, infecções, bronquite, catapora, refluxo, alergias, pneumonia e apendicite, que foram referidas conjuntamente à identificação dos sintomas. Essa associação entre sintomas e nomeação das doenças poderia ser derivada de experiências prévias com doenças infantis, pois 10 crianças do presente estudo já haviam experimentado a vivência da hospitalização anteriormente, o que possibilitaria a identificação por parte dos acompanhantes, dos sinais característicos de algumas doenças. A experiência prévia também poderia decorrer do contato com as doenças de outros filhos e crianças em geral, ou da própria experiência do acompanhante com doenças que o tenham acometido. Além disso, a identificação das doenças também poderia ser decorrente de informações obtidas através de conteúdos escolares ou disponibilizadas pelos meios de comunicação. As verbalizações abaixo evidenciam essas identificações:

*A- é, porque pode dá uma **sarna** na criança, pode dá **verme dos gato e cachorro**, né? Porque é muita sujeira desses animal... (Acompanhante C10- Monica).*

*A- às vezes não se cuidam bem, né? Com o pé no chão pode pegar uma **gripe**, né? (Acompanhante C13- Duarte).*

*A- (...) muita poluição, muita coisa vem através do ar e dá **bronquite**, essas **coisa alérgica**, essas coisa... (Acompanhante C19- Marcos).*

A subcategoria **causas das doenças e vulnerabilidade das crianças às mesmas** (1.3) abarcou as causalidades atribuídas às doenças das crianças e as concepções sobre as condições que aumentam a probabilidade de risco das crianças adquirirem/contraiem as doenças. Entre os acompanhantes, 9 participantes referiram à causalidade das doenças infantis aos *comportamentos de risco para a saúde* (1.3.1), definidos como comportamentos de não seguimento de orientações parentais, brincadeiras perigosas, exposição a climas frios e alimentação inadequada. As significações de doença dos acompanhantes parecem ter

sido construídas com base na perspectiva causal da falta de cuidados pessoais, também observada no estudo de Reis e Fradique (2004). De forma semelhante às significações das crianças, os adultos também utilizaram o mecanismo da culpabilização para construir uma explicação para a causa das doenças, refletindo o que Barros (2003) observou entre alguns pais que utilizam definições com termos mais concretos e de contingências imediatas para a compreensão da causa, pois os sintomas são encarados como conseqüências inevitáveis da transgressão das normas:

M – como as crianças ficam doentes?

*A- as vezes é por isso... **andam descalço, na chuva...uns é... por isso eu pego no pé dela [Larissa] “bota o chinelo Larissa”... porque a minha cozinha é piso, né? Lá dentro é madeira, aí já não tem tanta... né? Mas de vez em quando ela dá uma escapadinha e anda descalça... aí quer dizer, friagem... às vezes muitas crianças **brincam na chuva** e se resfriam (Acompanhante C18-Larissa).***

*A- depende das causas... uma é porque eles são muito teimoso, né? Que **a gente fala que ele vai se machucar, vai se prejudicar...mas eles querem ir, saber até se machucar pra ver o que que é...** (Acompanhante C19-Marcos).*

*A – (...) ou também crianças **arteiras, levadas, que vivem pulando em cima do sofá, cadeira, rodopiando...fingindo que é Ninja, que não vai quebrar a cabeça no chão [risos], né?**(Acompanhante C4-Benicio).*

As doenças também foram associadas por onze acompanhantes ao *contágio/contaminação/eventos inevitáveis e mudanças climáticas (1.3.2)*, que agrupou as significações referentes ao contato com bactérias e vírus que *penetram o corpo*, ou ao contato com outras crianças doentes, aos acidentes e às alterações climáticas (calor ou frio intensos), demonstrando a compreensão da causalidade associada a eventos externos e concretos, numa seqüência linear pela qual o agente causal afeta o corpo. Dados semelhantes sobre a causalidade das doenças foram encontrados por Reis e Fradique (2002, 2004) nas significações leigas sobre saúde e doenças para adultos. Crepaldi (1999a), estudando as representações sociais, observou que alguns pais atribuem a fatores exógenos e abstratos à causalidade das doenças dos filhos, sendo percebidos enquanto agentes externos, que alteram ou afetam o

organismo da criança provocando as doenças. As narrativas abaixo evidenciam essa perspectiva:

M – como as crianças ficam doentes?

*A- pela **mudança do tempo, né? que fica mais frio...** (Acompanhante C12- João).*

*A- Bom, existem várias maneiras... uma delas é... são **os vírus, doenças que vem pelo ar, aquela coisa que a gente conhece...** (Acompanhante C4-Benício).*

A narrativa abaixo, da acompanhante C8-Barbara revelou ainda uma significação de causalidade atribuída a eventos associados à doença, sem, contudo, especificar uma ligação causal entre os eventos e a doença em termos espaciais e temporais, pois simplesmente a doença “acontece” sem que seja possível prever seu surgimento:

*A- que nem ela, que ‘ganhou’ essa apendicite, né? o médico disse que **pode dar em qualquer pessoa, não é porque pulou, correu... que deu... eu me refiro que quando vem a doença não escolhe, né? Nem sexo, nem idade... é isto que eu penso, né? Mas... pode acontecer com qualquer criança.** (Acompanhante C8- Barbara).*

Os *problemas congênitos/hereditários e as características inerentes à criança (1.3.3)* também foram citados por 8 acompanhantes, que referiram tais significações às causas das doenças, relacionando-as com características das próprias crianças, ou à intercorrências e problemas de ordem congênita ou hereditária, indicando a idéia de causalidade construída com base nas fraquezas inerentes ao organismo, que o tornam inevitavelmente vulnerável, conforme revelam os relatos abaixo:

*A- eu creio que é isso, né? Bem, as vezes tem criança assim que... as vezes já... que **já nasce com probleminha, né?***

M – que tipo de problema?

*A- **de nascença, né? problema na cabeça... é mais lento, né?***

M – a criança já nasce com problemas na cabeça?

A- é.

M – e o que causa esses problemas na cabeça?

*A- **alguma coisa lá na barriga da mãe, alguma doença da mãe ou nervoso, se ela (mãe) passou algum nervoso.***

M – e isso pode deixar a criança doente?

A – eu acho, né? (Acompanhante C12- João).

*A- acho que sim ,né? Acho que é do organismo da criança... **tem crianças que já nascem mais fraquinhas** e qualquer mudancinha de clima, já fica doente...(Acompanhante C17-Paulo).*

A hereditariedade como fator causal da doença foi citada pela acompanhante C4-Benicio, corroborando Crepaldi (1999a) a respeito da atribuição de fatores endógenos à causalidade da doença do filho e também confirmando os dados que Barros (2003) observou referente à compreensão dos adultos sobre o desenvolvimento infantil em termos de traços, categorias, rótulos estereotipados e fixos que servem como explicações para as doenças, através da *centração*²⁸ na realidade objetiva. A causalidade mostra-se como algo linear e direto, pois um acontecimento ou fator produz um sintoma/doença e as explicações são específicas para cada situação, como ilustra a narrativa a seguir:

M- e porque você acha que acontece isso?

*A- porque **já nasce assim, mas vulnerável...** no caso da Guta [irmã de Benicio], é por **questão hereditária mesmo... eu sempre tive alergias e ela também tem**, então sempre teve problema respiratório desde bebê... e vivia dando susto na gente quando tinha crise de bronquite...(Acompanhante C4-Benicio).*

Dez participantes relataram a *falta de cuidados parentais (1.3.4)* como fatores associados à causalidade das doenças, tais fatores vão ao encontro ao que Barros (2003) assinalou a respeito da responsabilidade atribuída aos pais em relação aos cuidados das crianças e ao que Crepaldi (1999a) identificou como os fatores ligados aos pais, referindo-se às representações carregadas de culpa, por acreditarem que a doença derivou de uma ação direta ou indireta sua, imediata ou não. Entre os acompanhantes, as ações citadas foram a falta de atenção (negligência), as punições/castigos e a violência física contra a criança (maus-tratos), a falta de orientação e de cuidados com a higiene, alimentação e vestuário das crianças. As narrativas abaixo evidenciaram essa perspectiva:

²⁸ Movimentos, ações, operações que competem para manter a significação num determinado nível (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

A- quando as mães não cuidam, porque tem mãe mais relaxada, que não tem higiene, que não dá atenção, deixa as criança jogada... aí é uma porta aberta pra doença, né? (Acompanhante C15- Emilia).

A- (...) tem pais que não tomam conhecimento assim das necessidades das crianças... assim, não cuida da higiene, deixa de qualquer jeito, com qualquer roupa... a comida, as vezes não oferece pra criança os tipos de comida, verdura, legumes... as frutas pra poder se desenvolver e ter um organismo forte... (Acompanhante C14-Pedro).

A- não sei, né? as vezes é o pai e a mãe que botam a criança doente, né? eu acho assim, né? se o pai maltrata os filho, bate neles... acho que eles ficam doente também de maltrato, né? porque ficam sem atenção, jogado num canto, né? (Acompanhante C13- Duarte).

M – como as crianças ficam doentes?

A- (...) as vezes é um descuido da mãe...

M – como é esse descuido da mãe?

A- ah, a mãe descuida e deixa a criança sair na friagem depois do banho, essas coisa... (Acompanhante C12-João).

Apenas 2 acompanhantes referiram a presença de *problemas emocionais* (1.3.5) relacionados às causas das doenças, indicando o que foi apontado por Reis e Fradique (2002), como uma forma de significação que atribui à causalidade através da acumulação ou associação de fatores psicológicos e/ou biológicos que vão se somando. Nesse sentido, conforme Barros (2003), essa significação compreende uma dimensão mais abstrata e subjetiva, que não esteja apenas relacionada a sintomas físicos, como dor, febre, vômito, entre outros. Para as acompanhantes C6-Giulia e C3-Gustavo, a causalidade foi associada com a qualidade das relações familiares, sendo os sintomas definidos por meio de avaliações de aspectos físicos e psíquicos, que se manifestam para as acompanhantes, através de comportamentos como não brincar, não comer e ficar deprimido, também descritos por Crepaldi (1999a) como expressões da doença que possibilitam sua identificação por parte dos pais. Os depoimentos a seguir ressaltam essa significação:

A- então...envolve tudo... eu acho que assim , é...emocional também... às vezes pode tá... o ambiente familiar as vezes tá complicado e aí fica mais suscetível, né?

M – por que?

A- porque se em casa as coisas vão mal, a criança já não quer brincar, não quer comer... fica mais fraca e tem mais probabilidade de ficar doente (Acompanhante C6-Giulia).

*A- (...) e depende também do ambiente, depende da alimentação, depende da educação... acho que tudo isso influi...**que doença não é só físico ela pode ficar deprimida... pode ficar com depressão...** tem tudo isso... (Acompanhante C3- Gustavo).*

Em relação à vulnerabilidade, todos os acompanhantes relataram que a doença pode acometer qualquer criança, pois essa significação está diretamente relacionada às significações da doença como um evento cujos agentes causais são externos e concretos (comportamentos de risco, contágio, contaminação, eventos inevitáveis, mudanças climáticas, ausência de cuidados parentais, falta de estrutura do ambiente e das relações familiares) ou à fraquezas inerentes ao organismo (características inerentes à criança, problemas hereditários/congênitos). As narrativas abaixo refletiram a concepção de vulnerabilidade das crianças às doenças, formuladas pelos acompanhantes C9-Filipa e C6-Giulia:

M – e qualquer criança pode ficar doente?

*A- eu acho que pode... **porque uma hora ou outra, por mais que cuide, pode acontecer...** porque as vezes a gente acha que eles tão quietinho vendo TV e eles tão aprontando alguma arte, ou tão lá fora no barro... **ai não tem jeito, né?** (Acompanhante C9-Filipa).*

M- você acha que algumas crianças ficam mais doentes do que outras?

*A- ai meu Deus! [risos] sim... ai sei lá, é que nem eu digo às vezes... a qualidade de vida não é tão boa quanto deveria ser... o saneamento, né? o ambiente familiar ...esse grupo de condições... **então as crianças que vivem nessas condições podem ficar mais doentes do que as crianças que não passam por isso** (Acompanhante C6-Giulia).*

A subcategoria **prevenção das doenças de crianças (1.4)** foi estruturada a partir dos conhecimentos, práticas e hábitos referentes à prevenção das doenças em crianças. A percepção da prevenção como a realização de *comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco para a saúde (1.4.1)* foi retratada por 17 acompanhantes que

referiram a realização de cuidados com a alimentação, higiene, utilizar calçados, agasalhos e seguir as ordens dos adultos. Tais significações são referentes à utilização de um conjunto de comportamentos que garantem a saúde das crianças, semelhante ao que foi observado por Reis e Fradique (2004) sobre os cuidados pessoais como os principais fatores da dimensão preventiva entre adultos:

M – que coisas as crianças podem fazer para não ficar doentes?

A – se alimentar, fazer exercício, ir a escola, né? Pra se comunicar com as pessoas, se desenvolver melhor, isso (Acompanhante C5-Geraldo).

A- ah tem que se cuidá o mais... do jeito que pode, melhor. No frio, se agasalhar, não se esforçar muito o corpo, porque 'esforço' do corpo demais também fica doente, né? (Acompanhante C1-Amanda).

A – elas também tem que se ajudar porque... como...eu tava falando do colesterol, a gente pede tanto em casa, pra não comer isso, não comer aquilo... aí chega na escola, elas vêem as outra criança comendo e elas querem comer também... então o colesterol vai lá em cima, como é o caso da minha filha, né?(Acompanhante C15-Emilia).

A – sei lá... eu acho que eles podem não... brincá com coisa suja... quando tiver chovendo ficá dentro de casa, porque tem criança que não obedece, fica no tempo, se molha, daí fica doente, dá gripe... acho assim, que devia obedecer mais os pais (Acompanhante C9-Filipa).

Entre os participantes, 4 acompanhantes indicaram que a realização de consultas médicas regulares/vacinas/remédios (1.4.2) estava relacionada à prevenção de doenças na infância. Foram citadas a prática, por parte dos pais, de levar as crianças para realizar avaliações e checar as condições de saúde das mesmas em consultas com o médico; o seguimento do calendário de vacinação e as orientações prescritas pelo profissional de saúde. Tais dados corroboram o que foi observado por Reis e Fradique (2003) sobre a relação entre a busca por consultas médicas, utilização de vacinas, a realização de comportamentos de adesão e submissão às recomendações/prescrições médicas, cuidados pessoais e controle médico, que adultos leigos referiram à dimensão preventiva das doenças. As narrativas a seguir evidenciaram as

significações dos acompanhantes sobre a prevenção das doenças infantis:

*A – ah... prevenir, né? **vacinando direitinho, levando sempre no médico, fazendo as consulta, né?** (Acompanhante C11-Nuno).*

*A – eu acho que a criança pra ter saúde, eu acho que desde pequenininha **deve fazer tudo o que os médico mandá... as vacina, tudo certinha... toda as ‘dosinha’ do que precisa fazê...** (Acompanhante C10-Monica).*

*A- (...) então isso é uma das principais coisas... e também, quando eles são pequeninhos, **as vacinas, né? porque deixa forte... então começa quando é bebê, né? começa com as vacinas... o acompanhamento médico também, né?**(Acompanhante C16-Luis).*

Oito acompanhantes relataram que *receber cuidados parentais (1.4.4)* também estava associado à idéia de prevenção das doenças. Neste caso, pode-se associar que os cuidados parentais estão diretamente relacionados para alguns acompanhantes, tanto em relação à manutenção da saúde, quanto à causalidade das doenças infantis quando ocorre a ausência dos cuidados ou quando a qualidade das relações familiares não é satisfatória. Dessa forma, observa-se que estes acompanhantes atribuem aos pais a tarefa de prevenir doenças através de cuidados, atitudes, explicações e orientações dirigidas à criança com a conotação de atenção às necessidades que são manifestadas na infância, pois tais atitudes evitariam a recorrência de situações já vivenciadas em experiências anteriores com outros filhos e que de alguma forma não resultaram positivas, como demonstra a fala da acompanhante de C14-Pedro:

*A- tem... ter **espaço infantil, né? aquele carinho de pai e mãe, aquela... a gente tem que também respeitá a infância deles, né? acho que isso é muito importante... porque eu quase não tive a minha... tive que trabalhar desde pequena... porque às vezes eu vejo que eu to começando a fazer alguma coisa errada, aí eu... “opa, perai, eu preciso tomar mais cuidado”... às vezes eu tô lá fazendo alguma coisa e ele chega correndo da escola: “mãe, mãe eu fiz tal coisa!”... na hora eu tô ocupada, não dou atenção... então quando eu percebo, eu corro lá e vou procurar o que é... antes, quando eu costurava direto, não dava atenção... fazia muito errado... então muitas coisas que eu errei com o***

*mais velho, eu não tenho mais como corrigir... porque ele morre de ciúme do menor... diz que eu **dou mais atenção pra ele**, porque ele sente que isso eu não fiz com ele, entende? Então, coisas que não tem como voltar atrás... (Acompanhante C14- Pedro).*

O outro relato abaixo indica que a prevenção das doenças enquanto atribuição dos pais inclui ainda servir como modelo de atitudes saudáveis que o adulto efetivamente utiliza na sua relação educativa com a criança, mais uma vez ressaltando o que foi evidenciado por Barros (2003) referente ao reconhecimento de que o adulto é o responsável pelos cuidados da saúde da criança:

M – que coisas as crianças fazem para não ficar doentes?

*A – nem vejo assim, que é uma questão deles terem que fazer isso... **é muito mais uma questão dos pais terem consciência de que a criança precisa ter saúde, né? Ai o fato dos pais darem o exemplo em casa: “ó, salada né?”, o leite... explicar pra criança que isso é importante... como faz bem a cenoura, os outros legumes, que tem criança que não aceita, mas porque o pai e a mãe não comem... então, assim, mostrar que... o exemplo é o que vai fazer ele [filho] comer, né? uma coisa atrativa, um prato bonito, atrativo, que faz com que a criança estimule o gosto por comer aquilo, né?(Acompanhante C7- Ricardo).***

*A- tem que ter um pouquinho a mãozinha dos pais, tando perto, **dando atenção**, porque tem muitos pais que trabalham e então já não tem tanto cuidado... então eu acho que tem que **ter cuidado dos pais**, por mais melhor que tenha tudo, mas os pais eu acho que é importante...(Acompanhante C9- Filipa).*

A subcategoria **definição de hospital e do que ocorre no hospital (1.5)** englobou a caracterização da instituição hospitalar e das situações/acontecimentos que envolvem a criança que se encontra hospitalizada. As significações dos acompanhantes foram todas referentes à *descrição das funções do hospital (1.5.1)*, que indicou que o hospital foi percebido como: a) local que trata as doenças que não podem ser tratadas no ambiente doméstico, citados por 14 acompanhantes; e b) local que gera mal estar, sofrimento, isolamento, restrição e depressão, referidos por 6 acompanhantes. Abaixo, os relatos referentes às essas significações:

A - ah, um hospital assim representa... o socorro assim... é um... um lugar que de maneira alguma pode deixar de existir... que é um socorro que trata quando as crianças tão doente, né? Se não tivesse o hospital já pensou, né? O que seria das crianças? (Acompanhante C5-Geraldo).

A - ah... hospital significa que a pessoa tá doente e precisa de atendimento especial que tu em casa não pode dar... então é um atendimento mesmo especializado... (Acompanhante C16-Luis).

A - ah... hospital, né?...[risos] é sofrimento... não é muito bom... é sofrimento pro paciente... (Acompanhante C11- Nuno).

As falas dos acompanhantes referem significações que são construídas a partir de um conhecimento entendido nas suas dimensões concretas e quantificáveis (Barros, 2003), pois a atribuição de gravidade à doença reflete a compreensão de que os métodos de tratamento utilizados no ambiente doméstico não foram suficientes. Além disso, a definição do hospital também se pautou sob uma perspectiva ambivalente, em termos de experiências emocionais de prazer/desprazer, pois ao mesmo tempo em que a instituição representa um local que “trata” as doenças das crianças, também acarreta às mesmas a experiência de sofrimento e condições/sentimentos desagradáveis, indo ao encontro do que Barros (2003) denominou como significações cujas explicações são específicas para cada situação, mas não são coordenadas entre si. Na fala da acompanhante C7-Ricardo, ocorre também a sinalização de que se o atendimento prestado pela equipe de saúde não se realiza de forma humanizada, considerando a alteridade dos usuários dos serviços do hospital (Brasil, 2008), a doença pode se agravar, contrariando o objetivo de restaurar a saúde, proposto pela instituição hospitalar:

A - ai, eu acho que é uma das coisas assim mais... acho que é muito deprimente, sabe? O hospital é um lugar assim que... se você não tiver um acompanhamento bom, um pessoal bom, você é capaz de ficar mais doente ainda no hospital! Porque é que nem eu te falei, é muito frio, assim... as pessoas, elas tão ali muito técnicas... uma coisa muito mecânica, muito mecânico... e não existe a proximidade... que você tá acamado tudo, mas se você chegar e conversar com a pessoa, trocar umas palavras com a pessoa, ela se sente melhor, se sente confortada: “ó, alguém falou comigo, né?”... (Acompanhante C7-Ricardo).

A subcategoria **causas da hospitalização de crianças (1.6)** tratou das causalidades atribuídas à internação hospitalar das crianças.

Entre as causas atribuídas à hospitalização, cinco acompanhantes citaram a *presença de doenças/sintomas intensos e duradouros que não podem ser tratados no ambiente doméstico (1.6.1)*. Essa significação de causalidade reflete as características já observadas na definição e descrição das funções do hospital, que é relacionada a eventos concretos cujas causas são lineares e diretas, formuladas a partir da constatação da gravidade dos sintomas e da ausência de respostas aos tratamentos realizados no ambiente doméstico ou nos serviços que prestam a atenção básica à saúde, procurados anteriormente à indicação para a internação hospitalar:

M – Porque as crianças precisam ir ao hospital quando estão doentes?

*A – eu acredito que quando precisa ir pro hospital é **porque é grave...** não existe esse negócio de ir pro hospital passar uns dias lá, né? A gente **vem pro hospital porque é uma coisa que pode se agravar e em casa a gente não tem todos os recursos e o atendimento do pessoal que estudou pra tá fazendo aquele atendimento, né?** Eu acredito que o hospital é ... quando chega ao ponto de ter que ir pro hospital é que não tem... a gente não pode ter a resistência de dizer: “não, vou cuidar em casa”... Eu acho que tem que ficar aqui, que é o melhor lugar... você pelo menos tem todo o atendimento... o pessoal tá sempre bem equipado... **qualquer emergência** eles tã ali pra socorrer, então, se tem que ir pro hospital, tem que ir! (Acompanhante C7-Ricardo).*

*A – ah, porque precisa tratar... quer dizer que aquilo que... como eu te falei... **já foi no Posto (Unidade de Saúde)?** Não deu. **Aí vai pro hospital, né?** Porque se é um resfriadinho, eu trato em casa, dô remédio em casa, né? Mas se a febre tá mais alta, eu vô pro Posto e lá eles (equipe de saúde) me dizem: “ó mãe, é caso de hospital”. **Aí vai pro hospital, pra receber certos medicamento que são pelo soro, né? Que daí não tem condições de ser em casa...** (Acompanhante C12-João).*

Quinze acompanhantes relataram a *necessidade de procedimentos específicos e diagnóstico (1.6.2)*, caracterizados através da realização de exames (Raio-X, Ultrassom, Tomografia Computadorizada), ou da utilização de medicamentos injetáveis, ou de acompanhamento e

interpretação dos sinais vitais, realizados por profissionais habilitados, para o diagnóstico e tratamento da criança. A esse respeito Crepaldi (1999a) observou que os pais reconhecem a instituição médica como aquela que poderá decifrar os sintomas da criança, definir a doença e seu provável curso e tratamento. Essa perspectiva pode ser observada nas narrativas abaixo:

M – Porque as crianças precisam ir ao hospital quando estão doentes?

A – é que a gente em casa... a gente leva no hospital porque os médico examina e vê... a gente as vezes vai tratá uma coisa que não é...dá um remédio pelo sintoma que dói, ou alguma coisa e posso dá uma coisa errada... mas se eu vô no médico, ele dá um remédio certo, nos horário certo... porque em casa a gente não sabe fazê isso...porque não sabe o que ela tem... e se ta aqui, caso de uma febre de ‘vereda’, ou alterá... ‘tando’ no hospital a gente se sente mais seguro... daí quando o médico diz que pode ir pra casa, vai tranqüilo, né? E a gente vai cuidá... então se der qualquer sintoma, a gente já vai no médico de novo, né?(Acompanhante C1-Amanda).

A – acho que aqui eles tem mais cuidado, né? Tipo... que nem esse procedimento do Luca, tem que ficá no isolamento... no primeiro dia de visita, minha mãe veio, minha irmã, meu cunhado e eles não deixaram entrá pra não contaminá... e pra não dificultá o procedimento da cura da perna dele... então eu acho que o hospital é feito pra isso, pra curá as criança, pra ter... tipo assim: o médico deixou escrito pra dá remédio as tal hora... e em casa não dá pra fazê, por mais que a gente quer dá no horário, a gente esquece... até a gente mesmo esquece de tomá o remédio da gente! Então eu acho que o hospital é pra isso... (Acompanhante C2- Luca).

O acompanhante C11-Nuno refere em sua narrativa, que o hospital apresenta maior resolutividade em relação a outros serviços, indicando o que Batistela et al. (2008) já haviam descrito sobre a procura do serviço de alta complexidade como porta de entrada ao sistema de saúde à população pediátrica, não recorrendo à atenção básica por fatores como descrédito, subvalorização ou longo tempo de espera pelo atendimento. Além disso, a instituição hospitalar também é reconhecida pelos acompanhantes como aquela em que os filhos estariam mais bem amparados do que na rede básica, indo ao encontro do que foi observado por Kovacs et al. (2005). A seguir, o relato do

acompanhante C11-Nuno, ressalta a morosidade do sistema de saúde em resolver a situação dos exames da criança e a perspectiva do hospital como local que poderá possibilitar essa resolução:

M – Porque as crianças precisam ir ao hospital quando estão doentes?

A – pra detectar logo o que tem, fazer os exames, né?

M- e é preciso vir ao hospital pra diagnosticar e fazer os exames? Não é possível fazer em outro local?

A- é que aqui é mais rápido, né? Se fosse esperar pelo SUS no posto, né? Ia demorar muito... (Acompanhante C11-Nuno).

A subcategoria **tratamentos das doenças (1.7)** abarcou a caracterização das condições e elementos que estão associados com o tratamento e a melhora das doenças.

Os acompanhantes relataram de modo geral que a melhora ocorre através de medicamentos e repouso, da atenção e cuidado prestados pela equipe de saúde hospitalar, além da presença da mãe junto à criança, conferindo-lhe apoio e conforto, percebidos como fatores que auxiliam na melhora da criança. Tais afirmações reforçam o que foi visto sobre a figura da mãe estar relacionada mais frequentemente ao suprimento das demandas da criança referentes à alimentação, higiene e tranquilidade e ao fato de que o fortalecimento do vínculo mãe-filho parece neutralizar o sofrimento (Machado et al., 2006; Milanesi & Collet, 2006; Sabatés & Borba, 2005; Sugano et al., 2003), talvez pelo fato de que a grande maioria dos acompanhantes da presente pesquisa eram as mães das crianças hospitalizadas. As narrativas abaixo ilustram as significações sobre o tratamento das doenças:

A – pra ser medicada, né? Pra melhorar o estado de saúde dela, né? (Acompanhante C8- Barbara).

A- pra tratar, né? Pra tratar das doença com os medicamento certo (Acompanhante C11-Nuno).

A- Meu Deus, eles fazem de tudo pra criança se sentir bem... e principalmente e atenção da mãe, né? O cuidado... porque não é só o remédio... só o fato de tá com a mãe, já faz a criança melhorar... às vezes parece assim que eles tão melhor do que tão em casa! [risos]... né? A atenção que eles recebem é muito grande e faz a diferença pra criança melhorar... (Acompanhante C14-Pedro).

A- ... a mãe tem que fazer a parte da mãe, né? E o hospital tem que fazer mais do que a mãe ainda, porque tá ali próprio pra cuidar da criança, né? (Acompanhante C5-Geraldo).

Categoria 2. Conhecimentos do acompanhante sobre a doença e a hospitalização da criança

Esta categoria foi estruturada a partir das concepções, crenças e conhecimentos sobre a experiência com a doença e a hospitalização da criança que está sendo acompanhada. A subcategoria **identificação da doença da criança (2.1)** congregou o reconhecimento dos sinais e sintomas, conhecimentos e concepções sobre a doença da criança. Todos os acompanhantes referiram a identificação da doença da criança aos *sintomas funcionais observáveis (2.1.1)*, visto que estes se tratam do reconhecimento de comportamentos, verbalizações ou sinais como a febre, vômito, prostração, ausência da atividade lúdica por parte dos acompanhantes das crianças. A identificação da doença da criança ocorreu de modo similar ao que foi observado nas doenças em geral: através da detecção de sintomas, numa perspectiva concreta:

*A – ah... eu tava na faculdade e... então assim, o que me contaram, né? É que ele tava brincando, com um primo... foi a noite... e o primo rodou ele e eu acredito que ele tenha ficado tonto... o primo tem 16 anos... rodou ele e ele ficou tonto e ... e se jogou pra trás... é o que conta o primo... e ele se jogou pra trás e o primo se abaixou pra pegar a Guta [irmã] que estava brincando também e ele foi caindo, talvez tonto né? É **bateu a cabeça no chão**... daí 20 minutos depois de ter feito outras coisas, de ter brincado no computador, ter ido mostrar o óculos pra um amigo, ter conversado com o pai, ele acabou **desmaiando e teve uma convulsão** ... (Acompanhante C4-Benicio).*

De acordo com o que foi sinalizado por Crepaldi (1999a), os sintomas também foram descritos claramente para referir a doença e algumas vezes delimitados a um órgão específico:

*A – começou de verdade de manhã... as 6 horas começou a bater na porta do meu quarto, porque tava com **muita dor** e dizia que era **dor** perto da virilha, um pouco acima... e o meu marido perguntava se ia pras costas a dor e ele dizia que não, na verdade, a **dor** dele era só na*

frente... aí, tentei dar um remedinho... aquela historinha de Paracetamol, coisinha de mãe, né? No dia anterior ele foi pra escola, brincou, tudo normal... mas aí, **continuou com a dor**, aí eu peguei e coloquei ele no carro pra ir pro pronto-socorro, aí ele começou a vomitar no carro... aí voltei, troquei a roupa dele, botei no carro de novo e fui la pra policlínica... lá do [nome do bairro]... aí ficou lá até as 14 horas no soro, mesmo assim com **vômito** e o médico dizia que ele **precisava urinar porque havia alguma coisa de errada com o rim dele**... aí perguntou se tinha alguém na família... aí eu expliquei que a mãe tem, né? Aí saí de lá era 14 horas e 30 minutos e **ele não havia urinado ainda**... ele tinha tomado 1.500 ml de soro... aí mandaram pra cá e aqui já começaram a fazer uma bateria de exame... começaram com o ultrassom, aí tentaram com sonda e remédio direto... **vômito**... aí internaram ele na UTI as 21 horas e 30 minutos porque a **pressão dele tava muito elevada**... da UTI mandaram fazer a tomografia e aí acusou que **ele tem só um rim** e esse um rim tava obstruído por **uma pedrinha, um cálculo**... no ureter, no caso... aí ele foi sedado e às 7 horas e trinta minutos ele entrou no centro cirúrgico pra fazer a **cirurgia pra desobstruir o ureter**... aí, o médico falou que ia ser uma coisa rápida, né? Só que como eles não conseguiram tirar a pedrinha, assim, empurrar pelo ureter, tiveram que cortar a bexiga e tirar o cálculo.. aí depois voltou pra UTI, ficou uns dias no quarto e foi pra casa... voltou a **sentir dores fortes** e nós voltamos pra cá, daí ele foi internado e agora tá se recuperando... pra ver se **o líquido na cavidade abdominal que acusou no ultrassom desaparece ou aumenta**... aí talvez precise de outra cirurgia... (Acompanhante C16-Luis).

A designação dos *nomes das doenças* (2.1.2) também foi citada por alguns participantes conjuntamente à identificação dos sintomas, sendo que a atribuição de nome à doença da criança, em alguns casos foi associada às experiências anteriores, ou às consultas com outros profissionais de saúde antes da internação da criança. Nesse sentido, “ter um nome” para referir-se à doença está relacionado ao “diagnóstico”, que representa o primeiro passo para o que Crepaldi (1999a) denominou como o objetivo principal da instituição hospitalar, que é o restabelecimento da saúde da criança. Os relatos a seguir ilustram a forma como os acompanhantes identificam a doença atual da criança:

A – o Gustavo ele... deu umas **alergia**, né? Que ele já tem **dermatite de contato**, que eu já tenho que tá cuidando... assim, a gente ainda não descobriu o que que é... e daí surgiu essa **alergia**, e assim em

4 dias, chegou a dar aqueles vergões e ficou um estado bem grave... (Acompanhante C3- Gustavo).

M – o senhor sabe o que a Amanda tem?

A – é **pneumonia** (Acompanhante C1-Amanda).

A- (...) aí quando chegou na terça-feira, ele disse que tinha que fazer uma operação nele, porque ele tava com '**pendicite**', o Dr. [nome]lá do postinho já tinha falado que podia ser, né?(Acompanhante C13-Duarte).

A subcategoria **conhecimentos sobre a doença da criança (2.2)** incluiu a identificação dos mecanismos ou pessoas que possibilitaram ao acompanhante formular concepções sobre a doença da criança que está sob acompanhamento. Os conhecimentos referidos por 6 acompanhantes foram adquiridos através da *experiência prévia com doenças/sintomas (2.2.1)*. Estes afirmaram ter experimentado um contato anterior com a doença ou os sintomas, confirmando que o acúmulo de evidências pode levar ao conhecimento e à construção de significações, conforme assinalado por Barros (2003). As narrativas também esboçaram as preocupações com a gravidade e a recorrência dos sintomas, evidenciadas nas falas a seguir:

A – ele... eu vi que ele tava assim, começou com uma gripe, né? E como uma vez já deu pneumonia nele, daí eu já me preocupei, daí deu febre nele e ele não queria comer, tava com febre, começou a vomitar e reclamar com dor na cabeça, daí eu vi que tava com muita febre mesmo, daí eu disse: “não dá mais pra deixar ele em casa, porque eu tava dando medicamento em casa mas eu vi que não tava resolvendo”, daí eu me preocupei, **porque já deu pneumonia uma vez e o médico falou pra mim cuidar pra não retornar novamente, daí onde eu vim trazer ele pra ver ... como tava realmente... ele... que não tava bem, né? Com muita febre** (Acompanhante C5-Geraldo).

M- e você já tinha ouvido falar alguma coisa sobre osteomielite?

A- **eu conhecia um caso, só que eu não sabia que era o mesmo que o dele... que tem uma amiga nossa, que é cunhada da minha cunhada, é o filho dela, que teve essa infecção na espinha e... era muito amigo nosso da igreja... só que eu acompanhei o caso dele, mas eu não associei, quando soube dele [Pedro] que era a mesma coisa... eu não lembrava mais o nome da doença e era na espinha o dele... e não tinha**

*como operá... e ele tinha bastante condições [financeiras], chamaram os melhores médicos de [cidade], fizeram de tudo o que podia e os médicos não deram conta dele... aí tanto que quando o médico disse que não tinha mais o que fazer, aí eles chamaram todos os irmãos [igreja] e eles ungiram e o que foi... só mesmo um milagre porque não tinha condições de operá porque ele ia ficá parálítico, era bem delicado... **aí quando eu contei pra minha cunhada é que ela lembrou que era o mesmo caso do [nome]... aí então eu vi que era mais grave do que eu pensava...**(Acompanhante C14-Pedro).*

Treze participantes relataram que o conhecimento da doença da criança adveio *através de explicação de autoridade* (2.2.2) representada pela figura do médico e do enfermeiro, que prestam esclarecimentos sobre os sintomas, a doença e o seu diagnóstico. Alguns acompanhantes indicaram que conheciam alguns sintomas, ou já haviam recebido alguma informação a respeito, mas não os relacionavam ao diagnóstico indicado pelo médico. Tais significações vão ao encontro do que Barros (2003) definiu como a possibilidade de desenvolver a consciência de que o outro tem uma perspectiva diferente da sua e que esta pode modificar-se, incorporando novas e diferentes compreensões, conforme revelam os relatos abaixo:

*A-... eu até não imaginava que o quadro... **como falou o médico... não imaginava que tinha a pneumonia...**(Acompanhante C7-Ricardo).*

M- você sabe o que ele tem?

*A- então... **no começo o médico disse, o cirurgião disse que podia ser ‘pendicite’, que tinha que ficar aqui pra ver se era mesmo, né?** (Acompanhante C12- João).*

*A- ela tava reclamando muito de dor na bexiga, não queria comer... ela chorava muito, chorava direto... **aí os médico disseram que ela tá com infecção dos rim e pressão alta** (Acompanhante C9-Filipa).*

As narrativas das acompanhantes C7-Ricardo, C12-João e C9-Filipa refletiram ainda o que Crepaldi (1999a) indicou em relação ao médico, como sendo aquele que através da linguagem transforma o sintoma em signo, atribuindo-lhe sentido, decodificando e nomeando o que ocorre com a criança para os seus pais.

A subcategoria **causas da doença da criança (2.3)** tratou das causalidades atribuídas à doença da criança que está sendo acompanhada. Três acompanhantes relataram a *ausência de conceitos (2.3.1)*, indicando a incompreensão ou a presença de respostas tautológicas. Talvez pelo fato de ser a doença da criança, a ausência de resposta frente às suas causas tenha sido influenciada pelo componente emocional, numa tentativa de evitar o contato com as possíveis conseqüências desagradáveis geradas pela autoculpabilização, por imaginar ter causado de forma direta ou indireta o sofrimento da criança, já que houve uma tentativa de tratar a doença em casa inicialmente e que não surtiu o efeito desejado:

A – pois agora... o que aconteceu até hoje eu tô tentando descobrir, porque o Paulo foi sempre uma criança que nunca ficou doente... nunca fui no hospital até hoje, né? E de repente ele começou com uma dor, uma dor, uma dor... começou com uma dor nas costa e depois veio aqui pra frente, né? E até agora não foi dito assim: “não, é isso”... então... porque ele deu uma dor na sexta e faz uns 15 dia quase ... e... deu uma febre... aí até eu pensei que fosse da febre e eu ‘di’ remédio da febre, passou a febre e até hoje a dor não foi embora... e eles dizem que pode ser do rim, pode ser do rim... eu ‘bati’ o ultrassom, fizemo um monte de exames, mas até agora... (Acompanhante C17-Paulo).

M- você sabe porque ele tem essas dores na barriga, então?

A - eu não... não sei como que isso aconteceu pra ele, porque na minha família nunca teve ninguém com isso, ‘pendicite’, né?(Acompanhante C12- João).

A ausência de uma explicação causal também representa um processo penoso, inclusive até maior do que o experimentado na comunicação do diagnóstico de uma doença grave, pois conforme apontado por Crepaldi (1999a), a incerteza do diagnóstico provoca níveis de ansiedade elevados aos familiares:

M- e você sabe porque deu esse problema nos rins e pressão alta na Filipa?

A- ai eu não sei... as vezes eu falo pra mãe que eu não sei como aconteceu isso... é uma coisa que eu me pergunto, como é que deu isso nela... (Acompanhante C9-Filipa).

Entre os acompanhantes, 8 relataram significações sobre a causalidade da doença atual da criança associada a *comportamentos de risco para a saúde (2.3.2)*, utilizando os mesmos mecanismos explicativos das doenças em geral, conforme ilustra a narrativa a seguir:

A- (...) em 5 minutos ele foi lá e botou fogo... aí pegou fogo no Luca e o [nome do irmão] disse que tava no banheiro e ouviu a hora que o Luca correu e mexeu na gaveta pra pegar o fósforo, aí ele falou: “Luca, o que tu tá fazendo?” e o Luca já tava lá fora botando fogo... aí ele [o irmão] foi lá ver o que tava acontecendo e o Luca já tava pegando fogo... aí ele disse que apagou com areia, água... diz que os vizinhos tudo correram... porque não é que ele gritou... é que explodiu! deu aquele estouro, que a vizinha pensou que a geladeira, alguma coisa tinha caído em cima dele... parecia que tinha sido dentro de casa... (Acompanhante C2- Luca).

No relato da acompanhante C2-Luca, que descreve o episódio em que a criança sofreu as queimaduras por ter manuseado material inflamável, ficou evidente a conduta de risco da criança, porém, não há menção sobre o livre acesso da criança a esse material, que deveria ser mantido fora do seu alcance. Tal fato mostra uma perspectiva diferente da observada por Crepaldi (1999a), de que os pais se consideram fortemente envolvidos com a causalidade das doenças das crianças. Por um lado, não manifestar significações que a associem direta ou indiretamente ao episódio pode significar uma forma de isenção do sentimento de culpa gerado por este tipo de representação citado por Crepaldi (1999a) e talvez com isso, lidar de forma mais pragmática com o longo tempo de internação enfrentado em função das queimaduras do filho. Por outro lado, a mãe pode concluir que tratou-se de um acidente e não apresentar sentimentos de culpa subjacentes. Além disso, o tipo de doença também parece estar relacionado com a presença ou não de sentimentos de culpa nos pais.

A acompanhante C19-Marcos refere que a criança, a despeito de ter sido avisada pelo padrasto e pela mãe sobre o perigo de não utilizar calçados, manteve a conduta de risco reconhecida pela acompanhante como uma atitude de “descuido”. Dessa forma, a mãe atribui à criança uma responsabilidade dupla: primeiro pelo comportamento de risco adotado e segundo, por não sinalizar para a mãe a gravidade do ferimento a fim de “não preocupá-la”, o que não evitou a sua hospitalização:

A – foi um descuido dele [risos], sabe? Porque nós temo um pequeno sítio e ele é muito de cavalo, muito de ir lá limpá os cavalo, lavá...cuidar de cachorro, cuidar de porco... que ele gosta dessas coisa, sabe?

M- aham

A- então lá no sítio ele tem uma bota, pra ele e pro meu marido andar... então lá pra trás [do terreno] meu marido tava aterrando, então todo fim de semana eles iam pra lá, a máquina passava e eles tinham que ir onde que a máquina não ia... daí, tá, terminaram, foram brincar, daí o Marcos tirou a bota e o meu marido: “Marcos coloca a bota, tem muita coisa que não presta”... ele [Marcos] não deu ouvido...aí foi brincá de pegar com os amiguinho e tinha um ferro e espetou o ferro no pé...aí pra ele não me preocupá, ele pegou e tirou [o ferro do pé] e quando eu vi o pé dele no dia, tava inchado, tava roxo aqui [mostra a parte do pé] e eu disse: “meu filho, o que é isso?” “Ah mãe isso não é nada!” Ele não mancava muito, mas tava meio dolorido né? Aí inflamou, inchou, ficou feio mesmo... levei na policlínica eles [equipe de saúde] não deram nada, só deram um remédio pra tomar em casa... aí na segunda-feira... porque isso foi ... porque não fez efeito... lá no médico, ele mandou passar uma pomada e eu passei, só que aqui [mostra a parte do pé] não tinha nada, então eu passei a pomada... então ali [mostra novamente a parte do pé] fechou o buraco onde entrou o ferro e o veneno, a sujeira ficou toda ali dentro...porque quando ele [Marcos] puxou o ferro, não saiu sangue... e aí infeccionou, por causa daquela sujeira toda, então tive que trazer pra cá [hospital]e ele não gostou muito não de vir [risos](Acompanhante C19-Marcos).

As demais falas também se referiram a comportamentos deliberadamente pouco aderentes às orientações parentais por parte das crianças, que estão, conforme Barros (2003), implicadas na elaboração de forma mais ou menos refletida, de modelos ou teorias construídas pelos pais sobre a importância dos variados determinantes da saúde infantil e da possibilidade de controlar e influenciar as atitudes facilitadoras ou inibidoras de saúde dos filhos:

A- (...) e ele (criança) assim as vezes é meio teimoso, sabe? Daí as vezes ele fica descalço, daí eu digo: “põe o chinelo”! E as vezes a gente sai pra ir trabalhar e já diz: “fica em casa”! E eu pergunto pra minha filha (de 12 anos): “Filha, o Geraldo botou chinelo?” “Não mãe”... daí à noite, não quer dormir bem coberto... daí tem que colocar

roupa quente pra ele dormir à noite... que ele se destampa...(Acompanhante C5- Geraldo).

A- (...) porque também ela não toma água, né? Não toma o tanto que deveria tomar...(Acompanhante C15-Emilia).

Os *problemas congênitos/hereditários* (2.3.3) foram relacionados às causas das doenças atuais das crianças por apenas 3 acompanhantes, também indicando uma frequência menor do que a observada nas significações causais para as doenças em geral. A mesma relação de culpabilização por parte dos pais pode ser aqui aplicada, visto que segundo Crepaldi (1999a) o reconhecimento da transmissão de uma doença por herança genética representa um fator que está associado à culpa para os pais por acreditarem-se portadores de algum fator hereditário nocivo. Os relatos a seguir evidenciaram as significações das causas da doença da criança vinculadas a componentes hereditários:

M- e você sabe porque ele desenvolveu esse problema no rim?

A- olha, a família é toda assim, né? Com problema de rim... então é do lado do pai e do lado da mãe... porque eu tenho um irmão que teve cálculo na bexiga... era bem grande, do tamanho de uma azeitona... ele sofreu bastante porque naquele tempo não tinha tomografia... então, eu acredito que ele já tinha essa tendência...só que aí complicou por ele ter só um rim, né?(Acompanhante C16- Luis).

A- (...) no início eu pensei que fosse porque ele era soropositivo, porque me disseram que era por causa do remédio... que enfraquece os nervo e tal... depois fizemos os exame e o médico disse que não era disso... porque a gente só soube que ele tinha HIV com 11 meses... ninguém sabia... porque a mãe dele fez exame antes de ter ele e tava tudo certinho, não deu nada, só 'fomo' descobrir depois que ele nasceu, que foram feito os exame, né? Daí a gente já começou a tratar com os medicamento, mas mesmo assim deu esse negócio no coração... e o médico disse que ele já nasceu com isso, né? Então já faz quatro anos que ele começou com isso daí... o médico dele disse que só ia ter que operar com 18 anos, só que começou a aumentar... foi aumentando, aí eu levei num outro médico e ele encaminhou pra cá...

M- e sobre o HIV?

A- ah, não... isso a gente já sabia, né?

M- e como o Nuno adquiriu o vírus?

A- olha, sobre isso eu prefiro não falar não... (Acompanhante C11- Nuno).

O acompanhante C11-Nuno menciona o fato de a criança ser portadora do vírus HIV como uma causa inicialmente cogitada para a explicação da doença atual (*Miastenia Gravis*) que foi compreendida por ele como uma doença congênita/hereditária, no entanto, não refere a sua compreensão sobre a causa da soropositividade do filho, sugerindo talvez a dificuldade em abordar o tema, visto que este comumente é mantido em segredo pelos pais, conforme citam Drummond et al. (2008).

Já o acompanhante C10-Monica, não esboçou dificuldade em relatar a causa da soropositividade da criança, provavelmente por não apresentar uma relação direta com a causalidade da doença, visto que é o avô paterno da criança e apresentou a significação da transmissão do vírus HIV ocorrendo através da mãe. Nesse sentido, talvez a ausência de culpabilidade possibilite a este acompanhante falar sobre a causalidade da doença da criança, conforme o relato abaixo:

M- e como a Monica adquiriu o vírus?

*A- bem, acho que **foi por intermédio da mãe dela**, né? Que a mãe dela já tinha...*

M- e a mãe dela não sabia que tinha o vírus HIV?

A- eu não sei se ela sabia ou não se interessava, eu sei que... porque a gente veio saber depois... eu nem morava aqui quando ela se casou-se com o meu rapaz... ela era novinha quando ela se juntou-se com ele, né? Então... isso eu não sei se ela sabia ou se não fez nada... 'argum' exame pra sabê se tinha... eu sei que depois que eles começaram a fazê os exame, quando se 'juntaro'... daí ela começô a se tratá... mas ela começô a se tratá com remédio forte, porque ela tava com a carga viral muito alterada, né?

M- e seu filho também tem o vírus?

A- não, ele não tem... só ela [a nora]... ele fez os exame e deu negativo tudo... ela porque antes de se 'ajuntá' com o meu filho, 'andô' com um outro rapaz que era viciado, então eu acredito que deve ter sido isso (Acompanhante C10-Monica).

A contaminação/contágio/eventos inevitáveis/mudança climática (2.3.4) foi relatada por 5 acompanhantes na sua relação com as doenças atuais das crianças, em uma frequência inferior à apresentada para este

item nas significações relatadas na categoria das doenças em geral. Os relatos a seguir demonstraram essa significação:

*A- eu acredito que **a comida da escola... a gente não sabe como foi manipulado o alimento... ou até mesmo... eu perguntei pra ela se tinha mais alguém na salinha dela que tava doente assim, e ela disse: “olha mãe, teve algumas crianças que faltaram, mas eu não sei se tavam doente”... então eu penso que pode ser uma virose, né? Um coleguinha em sala de aula tinha e acabou passando... como o rotavírus (Acompanhante C6- Giulia).***

*A - (...) foi assim meio de repente, não sei **se foi o ar... porque ali em [cidade] é quente, né? Aqui em [cidade] já é mais fresco, né? Agora em [cidade onde mora a criança] é quente, né?Quente... daí veio aquela onda de frio de ‘vereda’, né? Eu creio que é isso (Acompanhante C1- Amanda).***

*A- (...) pelo o que o médico disse, parece ser uma coisa que acontece bastante depois de uma cirurgia de apendicite... **mas é uma coisa que não tem como saber se vai acontecer ou não... é isso que eu sei... (Acompanhante C8- Barbara).***

As falas dos acompanhantes corroboraram o que Reis e Fradique (2002) sinalizaram sobre as causalidades das doenças serem explicadas por meio de significações que refletem aspectos concretos e externos ao sujeito, como o contágio através de vírus que estão no ar ou na comida, às mudanças climáticas ou às intercorrências decorrentes de procedimentos cirúrgicos.

A *complicação de outra doença* (2.3.5) foi citada por 2 acompanhantes como uma forma de atribuir causalidade à doença atual da criança, confirmando o que Reis e Fradique (2002) observaram sobre as explicações causais cumulativas das doenças que associam fatores biológicos e/ou psicológicos que vão se somando, conforme ilustram as falas abaixo:

M- e você acha que isso acontece por quê?

*A- não sei... **ele tem problema de ‘orina’, né? Tranca a bexiga e daí tranca também o intestino, eu acho...(Acompanhante C20-Rodrigo).***

A- (...) pode ter sido também de algum outro resfriadinho mal curado e aí junta com isso... acho que foi isso... (Acompanhante C7-Ricardo).

No aspecto causalidade, cabe aqui uma reflexão a respeito das significações manifestadas pelos acompanhantes sobre as causas da doença da criança que estão acompanhando e as causas das doenças em geral, pois nenhum acompanhante referiu a falta de cuidados parentais como possível causa da doença atual da criança. De forma análoga, Crepaldi (1999) observou em seu estudo que os pais manifestaram representações frente às causas das doenças de seus filhos a fatores exógenos, endógenos e ligados de forma direta ou indireta (imediate ou não) a eles próprios, evidenciando culpa por não terem evitado a doença da criança. Nesse sentido, é possível deduzir que os acompanhantes das crianças do presente estudo expressaram significações menos geradoras de ansiedade para explicar a causalidade da doença da criança que estão acompanhando a fim de evitar a autoculpabilização ou talvez pelo temor de alguma forma de julgamento, visto que os mesmos apresentaram significações de causalidade de saúde e doenças em geral associadas aos cuidados parentais. Tais dados confirmam os aspectos ressaltados por Barros (1996) a respeito da consideração dos pais como os protetores e/ou moderadores da saúde da criança, tanto pelas suas atitudes concretas, como pelas suas significações expressadas de modos variados (Barros, 1996).

Na subcategoria **causas da hospitalização da criança (2.4)** foram relatadas as causalidades atribuídas à internação hospitalar da criança que estava sendo acompanhada. Entre as causas atribuídas à hospitalização 10 acompanhantes citaram a *presença de sintomas funcionais observáveis/intensos e duradouros que não podem ser tratados no ambiente doméstico (2.4.1)*, sendo referida a percepção de sintomas que se apresentam sob forma intensa, freqüente e grave, cujo tratamento realizado em casa ou na UBS não obtiveram resultados favoráveis na remissão dos mesmos, justificando a busca pela instituição hospitalar. Tal percepção foi expressa através de significações similares às utilizadas para explicar as causas de hospitalização das doenças em geral, que manifestam a compreensão de causalidade linear, indicando a indiferenciação entre sintomas e doenças, conforme pode ser observado nos relatos abaixo:

A- ela estava bem, tudo...almoçou direitinho, que ela estuda à tarde, e depois de noite era 23 horas e pouco, eu sei que ela foi pro

*culto, e aí ela foi dormir na casa da ‘nonna’, e aí depois de madrugada... era 23 horas e pouco quando ela começou, daí **ela vomitava...** então a ‘nonna’ ligou e a gente foi buscar ela na casa da ‘nonna’, daí aquela noite tava assim...reclamando de **dor abdominal...** aí de manhã, a gente vinha pra cá, pra [nome da cidade] aí a gente veio aqui [para o hospital] daí eles medicaram e liberaram, daí eu fui pra casa com ela. **Daí persistiu o vômito**, aí eu levei ela no P.A. [pronto atendimento de uma Unidade Básica de Saúde] e de lá encaminharam a gente pra cá [hospital] porque ela **não parava de vomitar, não comia nada e sentia dor...** (Acompanhante C6-Giulia).*

*A- aí ela **não quis comer...** aí ela **começou a vomitar** à noite... Aí eu ‘di’ Dipirona prá febre e ela **não quis nem almoçar**, não quis... aí à noite ela **começou vomitar** e a gente levou pro pronto-socorro da policlínica e lá deram ‘amoxicilina’ ... não, deram Plasil® dizendo que era uma **virose**. Aí levei novamente na segunda, porque **ela tava do mesmo jeito**, aí deram ‘amoxicilina’ e disseram que era **garganta...** e nada, a **febre continuava, vômito e ela não comia...** aí na quarta-feira **começou a tosse** dela... eu fui de novo na policlínica e o médico dizia: “**não mãe, é só uma infecçãozinha**”. E **não resolvia...** aí que quase briguei com a enfermeira lá, com a médica... “essa menina tá nisso faz tempo”, eu disse: “você tem que fazer alguma coisa, dá um encaminhamento que eu levo pro...” [hospital]. Aí eles disseram que não podiam dar, porque não era assim um caso tão urgente... Aí quando chegou na sexta a noite, **não deu mais**, aí eu disse pro meu marido: “vamo levá, porque se precisar, ela fica lá”. Aí ele pegou, já botou no carro e trouxe (Acompanhante C18-Larissa).*

Dez acompanhantes relataram que a causa da hospitalização das crianças que estão acompanhando ocorreu devido à *necessidade de procedimentos específicos e diagnóstico* (2.4.2) através da realização de exames, observação e evolução de sinais e sintomas que indicassem o diagnóstico e a terapêutica a ser adotada, demonstrando semelhança com as significações atribuídas às causas da hospitalização em geral, presentes na categoria anterior. As narrativas abaixo evidenciam estas significações:

A – ela começou na quarta-feira com muita dor e daí fizeram uma ultrassom e o médico acha que o intestino dela colou na lateral, né? E ele disse que isso é uma coisa que acontece, né? Depois de uma cirurgia... mas geralmente acontece 15 dias depois... a dela levou 1

*mês, né? Ela fez a cirurgia de apendicite e se recuperou super bem... daí ela começou na quarta-feira com dor e dor...aí nós fomos pro hospital, pro pronto-socorro e de lá encaminharam a gente pra cá... **pra bater uma ultrassom, um Raio-X...** (Acompanhante C8-Barbara).*

*A – os olhos dele... como é que eu posso dizer... tá caído, né? Daí fizeram um Raio-X e detectaram que ele tem um espaçamento no coração... aí o médico dele **encaminhou pra cá pra fazer uns exame pra ver se precisa fazer a cirurgia...ele tá aqui pra investigar se vai precisar da cirurgia ou se é só medicamento** (Acompanhante C11-Nuno).*

As narrativas dos acompanhantes C8-Barbara e C11-Nuno ressaltaram a necessidade da hospitalização com o propósito de investigação para que fosse decidida a forma de tratar a doença. Em ambos os casos, a perspectiva de tratamento estava vinculada a um procedimento cirúrgico. A indefinição do diagnóstico ou da terapêutica representaram fatores que mobilizaram ansiedade nos pais, no entanto, os acompanhantes C8-Barbara e C11-Nuno não manifestaram ansiedade frente à possibilidade da realização de uma intervenção cirúrgica, o que pode estar relacionado ao fato de possuírem informações mais concretas e consistentes sobre o diagnóstico, derivadas dos resultados dos exames de ultrassom e Raio-X, que permitiram a visualização das evidências apresentadas pelos médicos. Desse modo, seria possível entender que a causalidade que motivou a hospitalização das crianças, também proporcionou o conhecimento do diagnóstico e tratamento, confirmando o que Crepaldi (1999a) observou sobre a necessidade dos pais saberem o diagnóstico da criança para lidar com a ansiedade provocada pela incerteza do que está acontecendo.

A subcategoria **diagnóstico e tratamento da criança (2.5)** tratou da caracterização das condições e elementos (procedimentos e duração) que estão associados com o tratamento e a melhora da doença atual da criança que está sendo acompanhada. Entre os acompanhantes, 16 demonstraram *concordância/confiança (2.5.1)* no tratamento que está sendo realizado no hospital e na melhora das crianças. Os relatos a seguir evidenciam a compreensão da efetividade do tratamento com a remissão parcial ou total dos sintomas, indicando a funcionalidade da terapêutica adotada:

M- e como você acha que tem sido o tratamento dela? Está funcionando?

*A- acho que **tá funcionando sim, porque ela não teve mais dor, mais nada, né?** Porque ela não se agüentava de tanta dor e não sente mais... a febre deu, porque é normal... ela ta tomando o antibiótico... mas vê já não tá mais... então, **até o antibiótico fazê efeito...** mas não como ela tava antes... com 40 graus... e as vezes ela tava também com 38 mas tava muito ansiosa de querer ir embora e queria que a febre abaixasse, abaixasse daí as vezes o sistema nervoso faz a febre subir, né? (Acompanhante C15- Emilia).*

Além disso, a acompanhante C19-Marcos ainda ressalta que entre as condutas de tratamento está a cautela adotada pela equipe em relação à alta hospitalar, pois os profissionais por conhecerem as características das crianças, em termos de comportamento, “preveriam” que a criança no ambiente doméstico ficaria mais livre e talvez não seguisse as orientações necessárias para o seu total restabelecimento, justificando assim a permanência da criança por mais tempo no hospital:

*A- do jeito que tava, eu achava assim que tava horrível o pé dele... mas do jeito que tá agora, acho que ... até pensei:” hoje ele vai ganhar alta, porque o resto eu faço em casa”... mas não! **Eles disseram que era pra esperar até sexta-feira pra poder ver que... porque eu acho assim que eles imaginam já, que é criança e não vai sossegar... não vai pará quieto, vai andar descalço...vai entrar uma poeirinha, né? E vai se prejudicar...eu creio que eles [equipe] já pensam na frente!** (Acompanhante C19- Marcos).*

A acompanhante C5-Geraldo cita que “passado o susto” da comunicação do diagnóstico, a melhora da criança foi observada. Neste exemplo, fica evidente que a mãe inicialmente apresentou uma percepção de que os sintomas não eram tão graves ao ponto de ser necessária a internação, confirmando o que Crepaldi (1999a) também observou a respeito da negação da gravidade da doença e da necessidade da internação como uma reação inicial dos pais diante da hospitalização do filho. A narrativa da acompanhante C5-Geraldo refere que a internação foi justificada pelo diagnóstico médico e percebida de modo contundente por ela a partir da forma utilizada pelo estagiário para comunicar o estado de saúde da criança. Nesse sentido, a comunicação menos ansiogênica realizada pelo outro médico consultado posteriormente, conferiu à mãe a tranquilidade perdida. Talvez ainda, num segundo momento, a mãe estivesse menos mobilizada com o impacto da necessidade de hospitalização do filho, sentindo-se

confortada com a atitude do médico que acolheu o seu pedido de cura para a criança e restaurou o equilíbrio abalado pelo sofrimento de ter um filho doente e hospitalizado (Torres, 2002). Tais aspectos encontram-se ilustrados na fala a seguir:

*A - Ele [o médico] **me confortou**, ele não... não disse pra mim... me assustou como o estagiário me assustou e disse que era grave, grave, né? Ele me confortou quando ele falou: “não, mãe, ele tá com a bronquite forte e uma pneumonia não assustadora, com um pulmão assim, um pouco aumentado”... aí só que... ele disse **pra ficar mais em repouso... que ainda ... tanto que ele melhorou bem, assim...tá se alimentando, não tá com febre...***

M – e você acha que esse tratamento que ele está recebendo, está tendo resultado?

*A – **tá tendo resultado** (Acompanhante C5- Geraldo).*

Quatro acompanhantes manifestaram *discordância/dúvida* (2.5.2) em relação ao tratamento e melhora da criança em função da ausência do diagnóstico e da necessidade de compreender os procedimentos adotados pela equipe de saúde para tratar a criança:

M- aham... e como você acha que tem sido o tratamento dele? Está funcionando?

*A- olha, **funcionando eu acho que não tá muito não... acho que depois que eles ‘suberem’ bem o que é, aí acho que ele consegue melhorá, né?**(Acompanhante C17-Paulo).*

*A- ah... o tratamento eu não sei... tem umas questões que eu... **fiquei em dúvida...**porque o medicamento que está sendo usado nele é um medicamento pra coceira e um antibiótico, só que as lesões externas não estão sendo tratadas... nem com pomada, nem com pó, nada... **então eu fico na dúvida...** será que não precisaria de alguma coisa pra passar? Pra não ficar cicatriz, ou de repente pra não espalhar aquelas feridinhas de um lugar pro outro...eu penso assim, né? será que não existe um medicamento pra passar ali, agora? Nesse tempo que ele tá aqui deitado, podia ta usando, não precisa esperar chegar em casa pra ele [o médico] me dizer que pode passar essa ou aquela pomada...podia já estar passando aqui, né? E em casa já vai ser mais difícil, porque vai ter que ir pra creche...em casa... porque vai ter mais contato em casa... aqui não, já está no isolamento...**como que vai ser na minha casa?** Vou ter que isolar ele também? Então são umas dúvidas assim que eu*

gostaria de esclarecer com ele [o médico] talvez amanhã, né? (Acompanhante C3-Gustavo).

Estas narrativas evidenciam entraves na comunicação dos profissionais que não esclarecem o motivo da falta de diagnóstico no caso da acompanhante C17-Paulo. Já no caso da acompanhante C3-Gustavo, as dificuldades referem-se às dúvidas não esclarecidas sobre a conduta adotada pela equipe para o tratamento do filho, que na sua percepção poderia incluir outras práticas que evitariam preocupações no período pós-alta. Além disso, fica evidente que a acompanhante não conseguiu comunicar-se de modo efetivo com o médico, apesar de anunciar seu desejo de esclarecer as dúvidas com o profissional, indo ao encontro dos achados de Crepaldi (1999b), Dallalana e Macedo (2006), Sabatés e Borba (2005), e Silveira e Ângelo (2006), sobre a importância atribuída pelos pais à prestação de informações claras e providas de sentido por parte dos médicos e enfermeiros durante a hospitalização dos filhos.

No relato a seguir, a acompanhante C16-Luis manifestou sua contrariedade referente ao fato do médico que acompanha o caso de seu filho estar afastado por motivo da participação em um congresso, delegando a outro profissional os cuidados da criança justamente no momento que ocorre a sua segunda internação logo após a alta de uma cirurgia recém-realizada. A mesma acompanhante ainda considerou “prematura” a prescrição do médico para que o filho retorne à escola, provavelmente por ainda estar elaborando a ansiedade mobilizada pela nova hospitalização da criança e pela ausência do médico sentida como uma perda de referência:

A- O tratamento tem sido bom... entendo também que o Dr. [nome] já tinha marcado esse congresso, ele não podia adivinhar que o Luis ia ser internado de novo... tanto é que o atestado que ele deu pro Luis era pra começar a aula essa semana! O que eu acho até muito cedo... eu como mãe... acho muito cedo pra uma cirurgia de bexiga e ureter já tá voltando pra aula... mas ele como médico, devia saber... então, são coisas assim que a gente não concorda... (Acompanhante C16- Luis).

Categoria 3 - Vivência do acompanhante mediante a doença e hospitalização da criança

Esta categoria reuniu os relatos referentes à percepção do acompanhante sobre esse evento, envolvendo opiniões e sentimentos, aspectos positivos, negativos, estratégias de enfrentamento, informações e preparo para a permanência no hospital, mudanças ocasionadas por esse evento, percepção sobre a compreensão da criança dessa experiência e a perspectiva ideal da instituição hospitalar que atende à infância. A subcategoria **informações sobre o funcionamento do hospital fornecidas aos acompanhantes (3.1)** foi estruturada com os relatos sobre as informações fornecidas aos acompanhantes sobre as rotinas, locais físicos e funcionamento do hospital. Entre os acompanhantes, 13 participantes relataram ter recebido *informações suficientes (3.1.1)* da equipe de saúde e/ou outros colaboradores do hospital, indicando aspectos observados em outros estudos (Crepaldi & Varella, 2000; Dallalana & Macedo, 2006; Sabatés & Borba, 2005) que indicaram a presença de informações referentes aos procedimentos e rotinas que são fornecidas de modo consistente aos acompanhantes e percebidas por estes como suficientes:

A- o enfermeiro, né? E o porteiro deu o papelzinho pra mim lá embaixo, né? Ali diz a hora das visita, ele me explicô lá embaixo, né? Ele já me deu o papelzinho lá, né? O moço me falou do banheiro pros pais ali embaixo, né? Os horário do refeitório, tudo ele explicou... (Acompanhante C13-Duarte).

A- sim, explicaram tudo direitinho... eu até achei interessante, né? Porque tem o lugar pra gente pôr as coisas dentro, é mais organizado (Acompanhante C7-Ricardo).

A- sim, o enfermeiro explicou... depois os horário, visita, as refeição, tudo bem direitinho... até eu tava com uma dor nas costas, porque eu não sabia abaixá a cadeira, nem sabia que ela baixava assim... aí eu vi o rapaz abaixando e eu vi como ele manobrava assim, daí que eu vi que abaixava bem... porque como eu não sabia, eu baixava pouco e daí ficava mal, me doía as costas... aí quando a minha nora veio aqui ficá um pouco com ela, eu fui pra casa e passei um remédio, que é um gel, ‘puxei’ bem as costas e foi uma beleza! Até ‘truxe’ aqui se me doer as costas eu já passo, né? Mas agora eu já peguei o jeito da cadeira! [risos](Acompanhante C10-Monica).

A narrativa do acompanhante C10-Monica revela ainda uma sutileza que parece passar despercebida no cotidiano das equipes de

saúde hospitalar, pois para o acompanhante que ingressa no hospital, tudo é novo e complexo. Nesse sentido, um grande esforço é realizado para se adaptar à nova realidade, incluindo aspectos como compreender o funcionamento do soro, o manuseio da poltrona do acompanhante, a utilização de medidas de controle de infecção, os horários da alimentação, o limite das visitas e as regras da unidade.

O estado emocional dos acompanhantes pode influenciar a forma como as informações são assimiladas, pois como estes se encontram sob o impacto do diagnóstico, da gravidade da situação, ou da necessidade de permanecer com a criança no hospital, muitas vezes não processam claramente as informações recebidas, confirmando o que Crepaldi e Varella (2000) também observaram a esse respeito, especialmente no momento da chegada dos pais para efetuar a internação da criança. O depoimento a seguir ilustra essa experiência vivida pela acompanhante C2-Luca, que após o período de impacto vivido na chegada ao hospital conseguiu memorizar as informações:

A- me explicaram tudo isso já no primeiro dia... mas no primeiro dia, eu vim tão nervosa, que eu nem pensei... os enfermeiro me explicaram que esse banheiro era só pras criança que tão internada, não pode tomá banho, a roupa é esterelizada, a cama é pra criança, os adulto não podem usá porque pode contaminá ele... se sair lá fora tem que deixá o avental e se entrá de volta tem que colocá de novo... se for ter contato com ele, tem que botá a luva... então, eles pediram pra que a gente ajudasse, né?(Acompanhante C2-Luca).

Sete acompanhantes referiram a *falta de informações (3.1.2)* sobre as rotinas e normas do hospital, alegando não ter recebido instruções/orientações da equipe ou dos colaboradores do hospital. Outros referiram que as informações repassadas pela equipe foram insuficientes, sendo que para estes acompanhantes, o conhecimento das regras de funcionamento do hospital foi obtido no contato com outros acompanhantes, como demonstram os relatos a seguir:

A- daí, eu vim com o moço da enfermagem do PS, daí ele me trouxe [para o quarto] e disse: “a senhora vai ficar aqui...”

M – te mostraram o quarto e...

A – deixou eu ali... simplesmente...

M – e você não recebeu nenhuma informação de horário...

A – não, até mesmo eu perguntei pra menina que tava do meu lado [mãe da criança com quem dividia o quarto], eu disse que não

sabia horário de visita... meu esposo esperando lá embaixo e não sabia... horário de troca [do acompanhante] eu não sabia, fui saber da alimentação quando o moço, da assistência social, muito querido ele, foi lá e conversou comigo...me ouviu e me explicou... de manhã no outro dia... porque assim, eu não comi nada... não sabia, né? Aí no outro dia de manhã, não tomei café, porque é antes das 8 horas e eu só falei com ele [assistente social] depois das 8 horas e trinta minutos...mas aí eu não dei importância...

M – aí você ficou sem jantar, sem tomar café...

A – é que eu não sabia...

M – você só foi se alimentar na hora do almoço no outro dia?

A – é porque depois, a moça [companheira de quarto] tava dormindo, né? Com o neném quando... e eu não quis acordar ela pra perguntar nada, né? Aí no outro dia de manhã, daí o moço veio até mim, aquele da assistência social e ele que me explicou... disse: “a senhora tomou café?” Eu não sabia... (Acompanhante C5- Geraldo).

M - e você recebeu informações sobre como é ficar aqui no hospital com a criança? Os horários, a comida...?

A- não... eu fiquei sabendo da alimentação depois que passou o horário...pela placa..., a gente foi descobrindo sozinha... eu e as companheiras de quarto... nós não fomos informadas de nada... não sabia nem que tem um banheiro só para os adultos...

M- então, que orientações você recebeu?

A- me disseram que só podia ficar um acompanhante... só isso! O banheiro eu perguntei se podia usar e a alimentação nós descobrimos sozinhas... (Acompanhante C4- Benicio).

M - e você recebeu informações sobre como é ficar aqui no hospital com a Emilia? Os horários, a comida, o banheiro?

A- aí lá do PS, um enfermeiro acompanhou a gente aqui em cima, veio brincando com ela [criança]e tudo no elevador...começaram a falar de futebol, que o time ia perder... disse pra ela não se preocupá, que ia ser bem cuidada, porque ele viu que ela tava nervosa, né? Mas não explicou os horários e as coisas...

M- e como você descobriu essas informações?

A- no “rádio-corredor” [risos] uma mãe fala pra outra... apesar que tem aqui o papelzinho, mas eu tava tão nervosa, que nem vi... só fui ver hoje... daí as outras mãe me falaram do horário da comida... o chuveiro também... porque eu tava preocupada, né? Meu Deus, onde é que eu vou tomá banho... daí elas me disseram onde ficava o chuveiro...

então... pra mim não explicaram, mas pra mãe dessa [criança] aqui do lado já explicaram...(Acompanhante C15- Emilia).

Os depoimentos citados pelos acompanhantes evidenciam a falta de uniformidade no fornecimento das informações, que pode ter sido ocasionada pelo despreparo dos profissionais responsáveis pela internação em repassar as informações ou pela ausência de um procedimento padrão que incluísse todas as orientações necessárias para o acompanhante e o paciente. Convém ressaltar que na instituição onde a presente pesquisa foi realizada, os quartos possuem banheiros que são para uso exclusivo dos pacientes, sendo que o andar térreo possui um banheiro com chuveiro disponibilizado para os acompanhantes das crianças. Além disso, a instituição oferece alimentação (café da manhã, almoço e jantar) aos acompanhantes, que deve ser realizada no refeitório da instituição em horários específicos. Os horários de visita e as normas que autorizam a entrada de familiares no hospital, juntamente com as demais informações citadas estão disponibilizadas sob a forma escrita em *displays*²⁹ afixados em todos os quartos. A instituição citada também orienta os profissionais e demais colaboradores a fornecer essas informações a todos os acompanhantes que ingressam com as crianças no hospital. No entanto, fatores como o analfabetismo, a deficiência visual, a alteração emocional provocada pela situação de adoecimento/hospitalização do filho e a não adesão dos profissionais/colaboradores às instruções da instituição para que orientem adequadamente os acompanhantes e crianças, precisam ser consideradas pelos gestores de instituições hospitalares quando estes planejam os procedimentos informativos que serão adotados para orientar os usuários. Os dados da presente pesquisa corroboram com o que já foi verificado em outros estudos (Andraus et al., 2004; Costenaro et al., 1998; Crepaldi, 1999a; Crepaldi & Varela, 2000; Dallalana & Macedo, 2006; Sabatés & Borba, 2005; Silveira & Ângelo, 2006) quanto à importância da equipe proporcionar de modo uniforme e mais personalizado, as informações sobre o funcionamento do hospital. Tais informações devem considerar as necessidades apresentadas pelos acompanhantes, além de verificar junto aos mesmos se tais informações foram assimiladas.

Na subcategoria **sentimentos do acompanhante durante a hospitalização da criança (3.2)** tratou dos sentimentos, pensamentos, afetos acompanhados ou não de sensações físicas e comportamentos,

²⁹ Dispositivo para a apresentação de informações de modo visual.

manifestados pelo acompanhante mediante a necessidade de hospitalização da criança e decorrentes da situação de hospitalização da criança que está sendo acompanhada. Entre os acompanhantes evidenciou-se o relato de *sentimentos positivos* (3.2.1) como: a) estar com a criança, referido por 5 participantes; b) alívio/tranquilidade/segurança, citado por 8 acompanhantes; e c) acolhimento, relatado por 3 participantes. As narrativas a seguir demonstraram os sentimentos que os acompanhantes referiram experimentar durante a hospitalização da criança:

A- ai... prá mim é bom... foi bom porque foi uma maneira de ficar mais perto dele, porque eu trabalho o dia inteiro, direto e aí ele fica na creche, porque eu não deixo na mão de outra pessoa...então pra mim esse tempinho foi bom... foi muito bom! (Acompanhante C3-Gustavo).

A- (...) quando eu tô com ele, eu sei que ele tá bem, eu tô vendo ele rindo e tudo... então eu consigo até dormir aqui... na minha cama eu não durmo! (Acompanhante C14- Pedro).

Assim como assinalaram Milanesi et al. (2006), as acompanhantes C3-Gustavo e C14-Pedro relataram a presença de um sentimento positivo decorrente da oportunidade de estar com o filho durante a hospitalização, fornecendo-lhe atenção e carinho que estreitam o vínculo afetivo entre ambos e amenizam o sofrimento provocado pela situação de internação. Tal perspectiva pode ser observada nos relatos a seguir:

A – ah... eu fiquei aliviada, porque pelo menos assim eles descobrem o que ele tem, né?(Acompanhante C17-Paulo).

A – ai... dessa vez eu me senti um pouco aliviada... porque eu tava muito, muito preocupada, porque se passou pela cirurgia recente... e eu desde o começo, em casa, achava que tinha alguma coisa errada... então, ele estando internado eu fiquei mais tranqüila... porque em casa, a gente não sabe o que é... (Acompanhante C16- Luis).

As acompanhantes C17-Paulo e C16-Luis demonstraram o sentimento de alívio decorrente da crença de que o hospital é a instituição melhor preparada para amparar os filhos e realizar diagnósticos (Crepaldi, 1999a), pois a ausência da explicação do que

ocorre com a criança é extremamente geradora de ansiedade para os pais. As narrativas abaixo ilustram esse sentimento:

*A- eu cheguei as 10 horas e eles não tem obrigação nenhuma de dar a janta depois das 6 horas... no dia mesmo... eu já tava há dois dias assim sem comer... porque... de preocupada com ela, sabe? Não comia, não parava nada no estômago... e era 10 horas e vieram e trouxeram ... as enfermeira trouxeram um prato assim! [risos] sabe? **Um supercuidado! De madrugada eles perguntam se eu tô bem... eu sou super bem tratada assim!** De início a gente fica triste... eu chorei porque era a primeira vez que ela vinha....meu marido, meu filho lá em casa, né?*

M- mas eles [equipe] te ajudam quando você precisa tomar banho, se locomover?

*A- não, isso eu me viro! As vezes **eles se oferecem**, mas eu digo: “não, isso é que nem eu faço em casa, não se preocupe”! Agora eles já se acostumaram comigo! Eles **são muito prestativo... todos**, né? (Acompanhante C18-Larissa).*

*A- hum...como eu me sinto... não tenho muito do que falar, porque o pessoal aqui é legal... uns e outros que as vezes **vem ali conversá...** os meninos, os acadêmicos da [universidade] vão ali direto: “ah eu vim aqui conhecer o menino que os enfermeiro falaram que é muito querido, que conta história e canta!”... então, **é bom, sabia?** Porque **sempre tem alguém diferente pra conversá**, entendeu? **Todos eles ajudam muito...** então, a mãe quer o bem do filho, né? Então **eles vem e agradam meu filho e eu sei que eu to bem...** então, como eles **vem agradá ele, eu também me distraio**, porque eles também me perguntam: “e tu mãe, como é que tá?” **Eles tem um carinho enorme pela gente aqui dentro....**(Acompanhante C2- Luca).*

As acompanhantes C18-Larissa e C2-Luca referiram sentimentos de acolhimento e reconhecimento de suas necessidades, pois no caso da acompanhante C18-Larissa, a condição de ser cadeirante suscitou inicialmente os sentimentos de dúvida e temor sobre a possibilidade de acompanhar a filha durante a sua hospitalização, porém, a atitude receptiva, atenciosa e resolutiva da equipe promoveu a sensação de bem estar. Já a acompanhante C2-Luca refere que a atenção dispensada ao filho e o interesse manifestado pela equipe sobre seu bem estar favorecem a percepção da dimensão afetiva do cuidado prestado, indo ao encontro do que Silveira e Ângelo (2006) ressaltaram sobre a

necessidade dos pais se sentirem acolhidos e seguros ser maior do que a necessidade de participar dos cuidados da criança.

Os acompanhantes também relataram a presença de *sentimentos negativos* (3.2.2) como: a) preocupação/medo/ansiedade, referidas por 11 participantes; b) tristeza/sofrimento/saudade, relatadas por 5 acompanhantes; c) surpresa/susto/choque, citados por quatro acompanhantes; d) ambivalência/culpa, relatadas por 5 participantes; e e) cansaço/tédio/falta de privacidade, referidas por 7 acompanhantes. A seguir, os relatos ilustram a presença desses sentimentos:

*A – ah... eu **fiquei ruim**, né? Porque... **passar por tudo de novo** o que eu já passei... veio um filme na minha cabeça... de tudo o que eu passei antes... **as dúvidas** se esse caso dela ia amenizar ou não ... se a febre dela era perigosa... (Acompanhante C15- Emilia).*

*A – ah eu **fiquei assim... nervosa**, né? Eu **me preocupei muito** assim com a saúde dele, né? Por isso que eu achei que ele tinha que ter sido medicado na hora, né? Quando ele (estagiário) me falou que era uma emergência, que era uma pneumonia extendida e era uma infecção no pulmão, eu **fiquei com muito medo** assim...**entrei em desespero mesmo**... tanto que pensei: tem que medicar já, imediatamente... (Acompanhante C5- Geraldo).*

Os sentimentos de dúvida, medo e preocupação de acompanhantes de crianças hospitalizadas também foram observados por Milanesi et al. (2006), que relacionaram tais sentimentos com as pressões internas experimentadas pelas mães, como expressões diretas do sofrimento vivido pelas mesmas neste evento:

*A- acho que a gente **acaba sofrendo tudo, junto com eles**, né? quando nós chegamos e estava lá embaixo, ele olhava pra mim e dizia: “mãe, me ajuda... me ajuda”... mas, como é que eu vou ajudar se o soro é nele? Ai eu dizia pra ele respirar, ter calma... eu ia conversando com ele... então a gente **acaba sofrendo junto porque a dor é nele, mas a gente sofre**... a gente sabe que ele vai ter que passar por aquilo, mas, **não posso interferir, né? É dele, nele, a dor é nele... assim como na gente, ninguém pode interferir**...(Acompanhante C7-Ricardo).*

*A – **aperto no coração, vontade de chorá**... dá uma coisa assim na gente, porque **dói ver ela assim desse jeito**... eu até falei pra ela que:*

“se eu pudesse, eu saía correndo daqui com você e te curava”... (Acompanhante C9-Filipa).

O desejo de se colocar no lugar da criança para que esta fosse poupada da dor e do sofrimento gerado pela hospitalização foi manifestado pelas acompanhantes de C7-Ricardo e C9-Filipa, evidenciando o que Milanesi et al. (2006) denominaram como a atitude que evidencia e ressalta o elo de ligação entre mãe e filho. Ressalta-se, porém, que no caso de C9-Filipa, sua acompanhante não era a mãe, mas a irmã mais velha, que nesta condição de hospitalização assumiu os cuidados da criança de forma integral, na ausência da mãe, que se encontrava em casa cuidando dos outros 7 irmãos, sendo o mais novo, um bebê de 6 meses. A esse respeito, Novaes (2006) refere que a presença de irmãs mais velhas, avós, tias e pais tem sido cada vez mais freqüente na substituição das mães em decorrência das necessidades de cada grupo familiar.

A saudade de casa, dos outros filhos, do marido, das rotinas domésticas e laborais também está presente entre os sentimentos dos acompanhantes, que, em função da hospitalização da criança necessitam interrompê-las (Chiattonne, 2003; Crepaldi et al., 2006). A narrativa a seguir expressa esse sentimento:

A- ai... prá mim é...[pausa] queria poder tá em casa... tô com saudade... (Acompanhante C16- Luis).

Os sentimentos de espanto e choque decorrentes da hospitalização da criança citados pelos acompanhantes C11-Nuno e C2-Luca, podem aqui ser interpretados como uma forma de negar a realidade e a gravidade da situação que se fez presente de forma abrupta, seja pela emergência no caso de C2-Luca, seja pela ausência de referências anteriores com hospitalização como refere o acompanhante C11-Nuno. A negação da gravidade do estado da criança também foi observada por Crepaldi (1999a) como uma das primeiras reações diante da necessidade da internação hospitalar dos filhos. A seguir, algumas falas que ilustram esses sentimentos:

A – eu já sabia, né? O médico já tinha dito pra gente, né? Já tinha conversado que era pra investigar bem...então nós tava bem preparado, né? Mas mesmo assim dá um choque, né? Dá um ‘baquezinho’... até porque é a primeira vez que ele fica internado, né? (Acompanhante C11- Nuno).

*A – eu achei assim, queimado... eles vão passá um remédio e daqui uns dias eu vou embora... **não sabia que ia ser lavado** [banho de desbridamento], que ia demorá... esse processo **nunca me passou pela cabeça**... então, acho que **eu nem cheguei a pensá**... minha cabeça tava tão... que **eu nunca imaginei** que o meu filho ia passá por tudo isso... e quando o enfermeiro veio me falá: “ó mãe, é mais ou menos 20, 25 dias...” aí que **me caiu a ficha...que o problema era sério mesmo**... (Acompanhante C2-Luca).*

O cansaço e o desconforto físico referidos pelas acompanhantes evidenciam o que Milanesi et al. (2006) denominaram como a expressão do limite do enfrentamento do sofrimento de acompanhar a hospitalização de um filho doente, pois a preocupação com o estado da criança, a dificuldade para dormir e descansar durante o período de internação da criança, representam fatores que podem ampliar o cansaço e produzir somatizações no acompanhante. Esses sentimentos são expressados pelos acompanhantes C19-Marcos e C6-Giulia:

*A- ai, é **um pouco cansativo**... é **cansativo**...claro que tu ficá aí deitada, sentada, tu descansa ali com teu filho, mas é **cansativo**... tu **não dorme direito, não tem a privacidade**, quando tu toma um banho **tu não relaxa**, porque as vezes tu mora perto e dá tempo de tu ir em casa tomar um banho e relaxar um pouquinho, mas ... pra tu ver, eu vim segunda-feira com ele e fui tomar um banho hoje [três dias depois] que foi quando eu consegui ir pra casa...(Acompanhante C19-Marcos).*

*A- (...) então, está sendo **bem cansativo ficar assim nessa espera pra ela melhorar**... assim **cansativo**, mas ao mesmo tempo que eu fui pra casa pra tomar banho e descansar, também **não consegui**...deitei meia hora e deu! **A cabeça tava aqui** (...) (Acompanhante C6-Giulia).*

A subcategoria **mudanças experimentadas pelo acompanhante após a hospitalização da criança (3.3)** foi estruturada a partir da definição da presença de alterações ou não na rotina doméstica, familiar e laboral, além de sentimentos e pensamentos do acompanhante, durante o evento da hospitalização da criança. Os acompanhantes relataram entre as mudanças vividas após a hospitalização da criança, *o afastamento da casa, família e trabalho (3.3.1)*. Entre os participantes, 17 relataram a necessidade de ter que se afastar das demais atividades

para acompanhar a criança internada, indicando uma mudança repentina de rotinas muitas vezes indispensáveis para a manutenção e sustento da família, conforme relata a acompanhante C19-Marcos:

*A- **parada...preocupada lá no meu serviço**, porque eles tão com muita peça de inverno pra fazer e entregar... então, como eu sou passadeira, é menos uma... eu sei que elas não fazem o serviço todo lá, né? Tanto que eu perguntei pro médico, **se eu vou ganhar atestado** e ele disse que não tem problema, que na alta eu e ele [Marcos] ganhamo atestado, aí eu **fiquei mais aliviada**, sabe? Porque as vezes a gente vai no médico e eles acham: “aí, só veio pra pedir um atestado!” mas **é tão difícil a gente arrumar um serviço... a gente cuida pra não faltar... chega uma hora assim que tu precisa...que tu precisa acompanhar** e as vezes tem lugar que... aí... que não dá atestado, e **perde aqueles dia... no caso de mais dias, é um dinheiro que faz falta... pra gente que trabalha direto faz falta... então eu fiquei um pouco preocupada por causa do serviço, né? Mas largaria tudo para cuidar do meu filho, com certeza!**(Acompanhante C19-Marcos).*

A necessidade de acompanhar a hospitalização da criança parece sobrecarregar os acompanhantes com várias fontes de pressão, pois estes se vêem divididos entre ter que deixar as atividades escolares e de trabalho, colocando em risco muitas vezes seus compromissos e a sua fonte de proventos. Além disso, conforme assinalado por Chiattonne (2003), Motta (2004), Milanese et al. (2006), a angústia e a culpa por ter que deixar os outros filhos em casa, ao mesmo tempo em que sentem-se responsáveis pelo acompanhamento da criança no hospital, mobilizam ambivalência nos pais e a necessidade de se adaptar à nova situação, conforme ilustram as falas dos acompanhantes C4-Benício e C5-Geraldo:

*A- eu tive que dar uma... **parada**, vamos dizer...nas outras coisas, né? Eu tinha uma prova na segunda-feira e **tive que excluir, deletar da minha cabeça que eu tenho prova... tirar da minha cabeça os problemas com a minha casa...** então, nesse momento é o Benício e a Guta [irmã] que tá com pneumonia... porque **daqui eu tenho que monitorar a medicação dela em casa porque o meu marido não lembra...** anteontem eu liguei pra ele de madrugada e disse: “ó o remédio dela é as 2 horas”, aí ele deu... essa noite eu fui dormir as 22 horas, desmaiei e **não liguei...aí ele já não deu.... é difícil relaxar...***

aliás eu não sei o que é isso já faz algum tempo! (Acompanhante C4-Benicio).

*A – é porque eu tenho as duas [filhas] menores em casa, né? Então daí é... fica difícil porque aí elas dependem de mim também, né? Eu tenho uma bebê de 2 anos e 8 meses... hoje quando foi pra mim vim pra cá, ela começou a chorar, chorar: “não mãe, não!”. Aí **tive que fazer ela dormir no meu colo, pra depois poder fugir prá cá...** a [filha] de 4 anos **já compreende mais**, eu falei: “ó, o mano tá ‘dodói’, tá com aquela injeçãozinha na mão, pra ficar bom...” e ela não chorou, ficou brincando com um menino lá... (Acompanhante C5-Geraldo).*

Cinco acompanhantes referiram que a doença e hospitalização da criança provocaram mudanças no sentido de uma *maior valorização do filho/maior cuidado com a criança* (3.3.2). Nessa perspectiva, a doença e a ameaça à integridade da criança representaram riscos potenciais, que foram melhor avaliados diante do evento da hospitalização. Também verifica-se a culpa subjacente presente nesses depoimentos que referem a não valorização das manifestações dos comportamentos considerados saudáveis da criança:

M – e o que mudou na sua vida depois que a Barbara veio para o hospital?

*A- assim... a gente dá mais valor pras coisas que tem... principalmente pros filhos... porque você corrige um pouco e depois pensa: “puxa, não tô dando valor pra eles”... pra saúde... as vezes a gente reclama quando fazem bagunça, mas **nessas horas é que cai a ficha da pessoa... claro, nós somos uma família que ‘se damo’ muito bem... eu, meu marido e minhas filhas, né? não tenho o que reclamar... mas aí eu penso: “as vezes eles tão bem, tão brincando e a gente não pensa, não valoriza muito assim”... então é isso...(Acompanhante C8-Barbara).***

M – Claro... e o que mudou na sua vida depois que o Duarte veio para o hospital?

A- na hora do sofrimento que a gente vê o quanto os filho são importante pra gente, né? Porque eu nunca passei por isso, né? A gente sabe, né? A gente briga um pouco com eles e pensa que não são importante, aí acontece alguma coisa com eles, assim que desgraça, né? Aí a gente sabe o quanto o filho é importante pra vida da gente... o meu ex-marido também ajuda, né? Eu disse pra ele que se ele não

quisesse ficá não precisava porque a gente não tem mais nada, né? Mas ele disse que queria ficá porque ele gosta do menino... fazê a parte de pai, né? Ele sempre me ajuda... sempre que precisa arrumá alguma coisa lá em casa ele vai... (Acompanhante C13- Duarte).

Na subcategoria **experiências negativas no hospital para o acompanhante (3.4)** abordou os eventos experimentados durante a hospitalização da criança que está sendo acompanhada, caracterizados através de conotação negativa. Entre os acompanhantes, 2 participantes relataram a *ausência de experiências negativas (3.4.1)* durante a hospitalização, que podem refletir que as necessidades tanto da criança quanto dos acompanhantes estavam sendo supridas no período de internação, ou ainda, revelam a manifestação de conformismo diante da constatação da responsabilidade sobre os cuidados de saúde das crianças ser atribuída aos pais:

M – qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – até nessa parte eu não reclamo, porque eu e ele sempre ‘conversemo’... eu gasto o tempo conversando com ele! Fico contando piadinha pra ele... e mesmo que eu tivesse que ficar mais dias, e olha que eu tenho problema de coluna, só ia me incomodar se ele não pudesse sair e andar... mas ele pode sair e andar, então a gente sai, vai dar uma volta no corredor, conversa com um, conversa com outro...

M- então, seria pior se você não pudesse andar com ele?

A- é, mas no ‘causo’ dele isso não acontece (Acompanhante C20- Rodrigo).

A – pra mim não tem pior coisa, ele é meu filho, né? Não tem que ser pior, tem que ficar do lado dele (Acompanhante C11-Nuno).

A maior parte dos acompanhantes referiu que a situação de *presenciar o sofrimento da criança (3.4.2)* representou uma experiência negativa, sendo citada por 11 participantes. Essa significação referente a ter que se confrontar com o sofrimento da criança seja pela dor provocada pelos procedimentos invasivos, seja pela forma como a equipe interage com a criança também foi vista por Milanesi et al. (2006) que observaram que as mães de crianças hospitalizadas referiram o sofrimento e a dor dos filhos como fontes de sofrimento materno. Os depoimentos a seguir indicam essa experiência:

M – qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – uma coisa que me magoa, que me dá vontade de ‘avançá’ é quando judiam dela pra dá injeção... ou quando falam grosso com ela, que ela enche o ‘zoinho’ [olhos] de água... isso me deixa mal mesmo...(Acompanhante C9- Filipa).

A – é quando os enfermeiro vem aqui, pra dar as injeção e eles ficam chorando e chamando, e a gente não pode fazê nada né? Acho que é a pior parte assim, né? Quando tem que fazê um medicamento neles e eles gritam que não querem... a pior parte é a gente ficá vendo a dor das criança, né? E eu não posso fazê nada, né? A gente sente, né? Eu nem gosto de ver... e é pro bem, né? A gente tá fazendo essas coisa pro bem, né?(Acompanhante C13-Duarte).

Dois acompanhantes relataram, como experiência negativa, ter que *aguardar o diagnóstico, exames e reação ao tratamento (3.4.3)* da criança, pois a espera e a ausência de uma perspectiva do que ocorre com a criança representam aspectos que mobilizam ansiedade em níveis elevados nos pais (Crepaldi, 1999a), conforme demonstra o relato a seguir:

M – qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – acho que é os primeiros dias... até a medicação fazer efeito, sabe? Até você ver resultado, que ele tá bom... fica uma expectativa de melhora... eu ficava pedindo pros enfermeiros toda hora, que a febre não abaixava, não abaixava... então, esses primeiros dias não são fáceis...(Acompanhante C7- Ricardo).

Entre os acompanhantes, 3 manifestaram que o *desconforto físico (3.4.4)* foi vivido como uma experiência negativa decorrente da hospitalização da criança. Referente a esse aspecto, é possível refletir sobre o que os depoimentos indicam e questionar se as instituições hospitalares oportunizam aos acompanhantes a possibilidade destes relatarem as condições que são percebidas como desconfortáveis à sua permanência no hospital, visto que Andraus et al. (2004) citam a importância de ouvir as necessidades daqueles que acompanham o processo de hospitalização dos filhos. A seguir as acompanhantes C3-Gustavo e C18-Larissa ilustraram o desconforto experimentado:

A – mais difícil? [pausa] eu acho que... pra mim foi a distância... pra acompanhar ele... porque eu moro longe e passar a noite aqui... é bom, mas pra mim é um pouco longe...e pra dormir...é difícil... na primeira noite eu não consegui dormir direito... me deu dor nas costas, porque não é como a cama, né? Mas a gente dá graças a Deus de poder ficar aqui! (Acompanhante C3- Gustavo).

M – qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – acho que é a madrugada, né? A hora de dormir... porque tu fica ali cuidando... porque eu não consigo dormir...sem tá o remedinho dela ali... olhando...não dá pra relaxar...até as enfermeira tão sempre atenta a tudo, isso aí não tem nem o que falar, mas a gente tá ali, cuidando, sabe?(Acompanhante C18-Larissa).

Dois acompanhantes referiram que *deixar a casa/família/trabalho* (3.4.5) representou uma experiência negativa durante a hospitalização da criança, sendo esta associada também a sentimentos negativos e às mudanças experimentadas pelos acompanhantes após a hospitalização da criança, conforme indica o relato abaixo:

A – é assim, né? A gente ter que largar tudo pra poder ficar aqui, né? Eu tô aqui, pensando lá... eu fico querendo saber se ele [o outro filho menor] comeu, se passou bem a noite... ainda bem que daqui a pouco meu marido vem aqui e traz o pequeno pra eu ver, né?(Acompanhante C17-Paulo).

A subcategoria **experiências positivas no hospital para o acompanhante (3.5)** foi organizada a partir do relato de eventos experimentados durante a hospitalização da criança que está sendo acompanhada, caracterizados através de conotação positiva. A possibilidade de *estar com a criança e acompanhar o tratamento* (3.5.1) foi relatada por cinco acompanhantes como uma experiência positiva pela possibilidade da proximidade com a criança amortecer o sofrimento gerado pela condição da doença e hospitalização (Milanesi et al., 2006). Além disso, a possibilidade de estar próximo à criança foi citada como uma condição promotora de sentimentos positivos para os acompanhantes, pois reafirma o vínculo afetivo existente entre estes e as crianças:

M – qual a melhor coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

*A – é isso, **poder ficar do lado dele quando ele tiver que passar por isso... porque dá segurança pra ele... porque toda criança quer o que? A mãe perto... então esse é o lado bom** (Acompanhante C16-Luis).*

M – qual a melhor coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

*A – é **tá junto com ele... podê ficar junto ali com ele, conversando...** (Acompanhante C11- Nuno).*

Doze acompanhantes referiram que a *constatação da melhora da criança* (3.5.2) representou uma experiência positiva durante a hospitalização, visto que a mesma também implicou na observação de que a conduta terapêutica adotada apresentou resultados positivos e por este motivo a proximidade da alta hospitalar foi vislumbrada, bem como a perspectiva de retomar a rotina interrompida pela doença da criança, conforme ilustram as falas a seguir:

M – qual a melhor coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

*A – é **ver quando ela melhora, tá sem dor, voltando ao normal!** (Acompanhante C12-João).*

*A – ai assim, quando é uma pequena coisa, que logo vai passar... **um remédio que vai passar e que tu vê que eles tão bem...**(Acompanhante C19-Marcos).*

*A – **ver a melhora a cada dia...** (Acompanhante C14-Pedro).*

Entre os participantes, 3 relataram que *receber um bom atendimento* (3.5.3) da equipe do hospital representou uma experiência positiva, confirmando o que foi observado por Crepaldi (1999b), quanto às demonstrações de receptividade, acolhimento e conforto por parte da equipe, representarem aspectos relacionados à satisfação dos acompanhantes. Nesse sentido, o depoimento a seguir evidencia essa experiência positiva:

M – e qual a melhor coisa de acompanhar uma criança no hospital?

A- não sei... pra mim é o atendimento deles, né? O amor que eles [equipe] tem pelas crianças... a gente vê todas as crianças sendo tratada igual, sabe? Com bastante amor... olha, realmente...(Acompanhante C18- Larissa).

A subcategoria **enfrentamento da situação de acompanhar a hospitalização da criança (3.6)** englobou as ações e manejos utilizados pelo acompanhante para enfrentar a situação de hospitalização de forma mais adaptativa ou não. Para tanto, considerou-se como comportamentos facilitadores, aqueles que são dirigidos a enfrentar de modo adaptativo os fatores estressores da hospitalização que afetam os acompanhantes como: o diagnóstico ou a sua ausência, o tratamento da criança, a falta de suporte familiar e social, presenciar o sofrimento e dor da criança, o afastamento da casa e do trabalho, a espera pelos resultados dos exames e tratamentos, o desconforto físico, a falta de informações e problemas de comunicação com a equipe de saúde e a participação nos cuidados prestados à criança (Chiattono, 2003; Crepaldi, 1999a; Crepaldi, 1999b; Crepaldi & Varella, 2000; Motta, 2004; Dallalana & Macedo, 2006; Lima et al., 1999; Milanesi et al., 2006; Sabatés & Borba, 2005; Silveira & Ângelo, 2006).

Entre os participantes, 2 acompanhantes demonstraram *ausência de referência (3.6.1)* de comportamentos que poderiam ser utilizados no enfrentamento da experiência de acompanhar a criança durante a internação hospitalar. Apesar de não relatarem concretamente nenhum comportamento que promovesse maior adaptação e enfrentamento da situação de internação, as 2 acompanhantes referiram indicativos de comportamentos com uma conotação positiva, como a sugestão de realização de “alguma atividade” por parte do acompanhante ou de “atividades que distraiam a criança”, conforme demonstram os relatos abaixo:

M – e você acha que pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?

A- alguma atividade assim, alguma coisa...[pausa]

M- se tivesse alguma atividade?

A- seria legal

M- o que você poderia fazer aqui?

A- ah...não sei! Agora no momento não ocorre... (Acompanhante C6-Giulia).

*A- olha... eu tô aqui com ela... e ela fazendo as coisas pra se distrair, eu já fico bem, né? Então pra mim, **eu acho que não falta nada, né?** [risos] (Acompanhante C8- Barbara).*

Os demais acompanhantes relataram apresentar *comportamentos facilitadores* (3.6.2) ou o desejo de realizá-los durante a hospitalização da criança que estavam acompanhando. Entre os comportamentos referidos, 3 acompanhantes citaram: a) ajuda nos cuidados das demais crianças ou nas atividades de limpeza/alimentação/higiene do hospital; b) apoio a outros acompanhantes e a conversa, relatados por 6 acompanhantes; c) pintura/desenho e trabalhos manuais, referidos por 2 participantes; d) assistir TV/ler/rezar, relatados por 5 acompanhantes; e e) atividades desenvolvidas pelos acadêmicos, citadas por 2 acompanhantes. O depoimento da acompanhante C12-João revelou o desejo de realizar atividades que ocupem o tempo, visto que Milanesi et al. (2006) demonstraram que os pais expressam sentimentos de impaciência frente ao tempo que “parece não passar” para quem está acompanhando um paciente hospitalizado:

M – você pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?

*A- olha, se eu pudesse [risos] **eu ajudava os meninos [enfermeiros]...***

M – como que você iria ajudá-los?

*A – **limpava um chão, arrumava as camas, ajudava a lavar as banheira, a dar comida para as criança... essas coisa! Ai o tempo passava mais rápido e eu me sentia bem mais útil... penso que seria uma mão para eles [enfermeiros].***

M – você acha que eles te deixariam ajudá-los assim?

*A- ah... acho que não, né? Não vejo nenhuma mãe fazendo isso... **deve ser coisa assim só para os funcionários, eu acho...**(Acompanhante C12- João).*

Assistir TV e realizar trabalhos manuais também foram relacionados como comportamentos de distração e ocupação do tempo dos acompanhantes, confirmando o que e Nascimento et al. (2006) referem sobre o hospital ser percebido como um local que oferece oportunidade de lazer também para o acompanhante, pois a descontração e o bem estar proporcionado pelos comportamentos de distração contribuem para amenizar os aspectos desagradáveis da hospitalização:

A- eu gosto de pintar! Pintar com ela é a coisa que eu mais gosto! Isso me distrai, faz passá o tempo, faz eu esquecer tudo, daí eu vejo ela sorrindo!(Acompanhante C9-Filipa).

M – o senhor acha que pode fazer alguma coisa aqui no hospital para se sentir melhor?

A- olha, só de tá ‘proseando’, assistindo televisão... prá mim já me faz ficá bem... então, não preciso de mais nada... pra mim já tá maravilha, né?(Acompanhante de Monica).

O comportamento facilitador de *conversar* foi o mais citado pelos acompanhantes e demonstra o que foi observado também por Milanese et al. (2006) que relataram ser esta a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas mães, pois ao conversar, as mesmas compartilham sentimentos, preocupações, informações e acabam se identificando umas com as outras por apresentarem muitos aspectos em comum. As narrativas a seguir ilustram essa perspectiva:

A- não sei... assim eu gosto de conversar com os pais, deixar eles... animar assim, sabe? Conversar...

M- mas você conversa com os acompanhantes que estão no mesmo quarto que vocês?

A- é... como aquela mãe que chegou desesperada... eu disse pra ela: “eu sei, eu já passei por isso”... daí a gente conversou, ela foi se acalmando... acho que ajudou!(Acompanhante C18- Larissa).

A – as amizade que a gente constrói aqui dentro, né? Porque ajuda conversar com as outras mães... a gente se distrai... como a guria ali do quarto do lado falou pra mim: “ai, é tão ruim ficá sozinha...” , ela não tem ninguém pra conversar e a filha fica dormindo... ela fica na porta olhando a filha e batendo papo com a gente...(Acompanhante C15- Emilia).

Na subcategoria **percepção do acompanhante sobre a compreensão da criança a respeito de sua doença e hospitalização** (3.7) foram levantadas as opiniões e concepções do acompanhante sobre a compreensão da criança, referentes à doença e hospitalização, bem como em relação aos procedimentos realizados pela equipe, incluindo aqueles que são invasivos e dolorosos, além das possibilidades e

restrições aos pacientes hospitalizados, que devem ser informadas às crianças durante o período em que se encontram hospitalizadas.

A maioria dos participantes referiu que *a criança compreende* (3.7.1) o motivo da sua hospitalização e os procedimentos que precisavam ser realizados durante o tratamento, sendo que isso aconteceu porque os acompanhantes, pais e a equipe de saúde esclareceram todos os eventos à criança. Os relatos ainda referem que a criança informada torna-se mais colaborativa com os procedimentos que necessitam ser realizados em seu tratamento, no entanto, a linguagem muitas vezes utilizada pela equipe não favorece a compreensão das informações, confirmando o que Aguirre et al. (2002) e López et al. (2005) sinalizaram sobre a necessidade dos profissionais de saúde aprenderem as formas de comunicação com o paciente, a fim de minimizar a ansiedade e a desinformação. Os depoimentos a seguir, revelam as significações dos acompanhantes quanto à compreensão da criança:

M – e você acha que o Gustavo sabe o que aconteceu com ele e porque ele está aqui no hospital?

*A- sabe... **ele sabe o que é...***

M- ele pergunta para você o que ele tem?

A- mas eu falo pra ele porque...que ele tem que ficar com essa faixa aqui, pra poder ficar o soro...pra melhorar...

M- você explicou para ele o que ele tem?

*A- sim, **fui eu... fiz do jeito que ele soubesse que aqui é pra ficar bom!***

M- e ele pergunta para você sobre o que está acontecendo com ele aqui no hospital, sobre as coisas que ele tem que fazer aqui?

*A- sim e eu **esclareço tudo pra ele, porque é importante que ele saiba o que está acontecendo pra poder ajudar também** (Acompanhante C3- Gustavo).*

*A- acho que **ele sabe bem, tá bem por dentro de tudo***

M- vocês explicaram para ele o que ele tem?

*A- **tudo é conversado na frente dele, então, aquilo que ele não entende ele pergunta pra nós e o que a gente não sabe, pergunta pro médico... também, foram tantos médicos, né?**(Acompanhante C14- Pedro).*

*A- sim eu **acho que ela sabe, porque o médico explicou pra ela... eu acho que tudo tem que ser passado pra criança... porque os médico***

eles já estudam pra saber como fazer isso... só que daí, eles usam as palavras mais técnicas, difíceis pra nós entender... porque nós, a gente não tem o estudo que eles tem... porque eles estudam só pra isso... mas é difícil porque as vezes a gente fica: “meu Deus, o que que significa isso?”

M- mas e se você fica com dúvida?

*A- **ai eu pergunto...** ai eu digo: “o que que significa isso?”... não é uma reclamação, é o que que é, né? Tem palavra difícil na medicina que a gente não entende... **daí eu pergunto...**(Acompanhante C15- Emilia).*

Dois acompanhantes relataram que *a criança não compreende* (3.7.2) o evento pelo qual estava passando, pelo fato de acreditarem que a mesma é muito jovem, por não ter ocorrido a explicação por parte dos pais, em função da emergência da internação e pela falta de esclarecimentos à criança por parte do médico. Tais significações refletem as dificuldades apontadas por Doca e Costa Junior (2007) sobre a falta de comunicação dos pais a respeito do processo de hospitalização e suas implicações, motivadas pelo desconhecimento das maneiras de informar adequadamente a criança. As falas a seguir demonstram essas significações:

M- e você acha que ele entende o que está acontecendo com ele?

*A- **é... o médico em si não conversou com ele ainda, né? Nenhuma vez... só falou comigo... não falou com ele nenhuma vez, não deu atenção pra ele nenhuma vez... e na outra vez ele [a criança] tava dormindo... então... eu acho que ele não entende o que está acontecendo... porque a gente conversa com ele, mas se o médico falasse também, acho que seria bem melhor para ele entender...**(Acompanhante C4- Benicio).*

M – e o senhor acha que a Amanda sabe o que aconteceu com ela?

*A- **eu não sei se ela entende... decerto ela imagina por causa da dor que ela tava sentindo atrás, né? Mas eu acho que não... porque ela é muito novinha, né?***

M- vocês explicaram para ela o que ela tem?

*A- **não foi explicado pra ela...nem deu tempo...foi tudo muito rápido...ela tava com 40 graus de febre, né? Daí não deu tempo de explicar...** (Acompanhante C1- Amanda).*

A concepção de que a criança não compreende o evento da doença e da hospitalização foi evidenciado também através dos relatos dos acompanhantes de C10-Monica e C11-Nuno, que referiram o desconhecimento das crianças sobre a condição de soropositividade, sendo que o diagnóstico da mesma ocorreu antes desta internação das crianças. Segundo os acompanhantes, esta informação não foi esclarecida às crianças para poupá-las do sofrimento que pode ser causado pelo preconceito de outras pessoas que não são do grupo familiar. Quando questionados sobre a revelação do diagnóstico, os acompanhantes alegaram que as crianças ainda são muito pequenas para lidar com a informação e o impacto da mesma em suas vidas, confirmando o que Drummond et al. (2008) apontaram sobre o fato de muitas crianças portadoras do vírus HIV não apresentarem uma idéia real da doença porque seus pais mantêm o diagnóstico em segredo, privando-as do acesso às informações adequadas. Os relatos de ambos ilustram a necessidade da manutenção do segredo em torno do diagnóstico:

A- Eu expliquei tudo pra ele né? Eu falei pra ele... mas ele sabe por alto assim né? Tem que explicar com mais calma pra ele assim, né?

M- mas o senhor se refere ao que? Ao HIV ou a esse problema no coração ?

*A- ao HIV, né? **Eu quero explicar pra ele melhor quando ele estiver um pouco maior, pra entender melhor, né? Ele sabe porque toma os remédio e tal, mas ele não sabe bem, bem ao certo...***

M- e como o senhor imagina que vai explicar isso pra ele?

A- ah... tem que ser e a mãe dele, né? E talvez uma psicóloga pra ajudar...

M- e sobre o que ele tem agora?

A- ah não, sobre isso ele sabe, porque o médico explicou tudo pra ele certinho... eu expliquei pra ele... (Acompanhante C11-Nuno).

M – e o senhor acha que a Monica sabe o que aconteceu com ela?

*A- agora, aquilo... aquilo... aquilo lá do ‘víro’ [HIV] dela **eu nunca contei...** né? Porque assim, ela é criança e as vezes começa a contá e passá pros outro e aí já sabe... porque **existe uma discriminação enorme da pessoa, né?** Até mesmo na escola, pelos outros: “não, porque eu não chego perto dessa menina!” né? Então **nunca falei disso** aí pra ela... só dessa daqui, da ‘herpe’...*

M- e o que ela entende disso?

A- **ela sempre acha que é um cobrero, que um bichinho passou... que primeiramente a gente falava pra ela não ir lá, que o os bichinho passam, caramujo... caramujo é um veneno! Faz cobrero 'brabo'! O sapo, passa na roupa, aí faz cobrero... então ela entende assim, né?**

M- vocês explicaram para ela o que ela tem?

A- é, nós 'falemo' isso pra ela, né?

M- e quem o senhor acha que poderia explicar melhor pra ela, sobre o vírus e sobre o tratamento?

A- **sobre aquele outro que ela se trata? Eu por enquanto não contei pra ela nada, porque eu penso assim, se eu contá, ela é criança e ela vai contá pros outro e é capaz de começarem a se recuá dela... mas eu quero explicá... porque assim como ela tem muito carinho comigo e eu com ela... então mais tarde, eu vou falá pra ela... que ela ta se tratando pra nunca manifestá isso aí, né?**

M- o senhor acha que tem uma idade pra isso?

A- acho assim, quando ela já 'tivé' com **uns 13, 14, aí já consegue guardá [a informação] pra si, né? Daí ela já pode segurá pra ela...**

M- e ela não faz perguntas sobre o tratamento que ela faz, os medicamentos que ela toma para o vírus HIV?

A- não, isso **a gente já explicou pra ela que são umas vitamina pra ela ficá forte e tem que tomá todos os dias, pra não manifestá as doença nela, né? E isso ela entende bem, toma os remedinho certinho, né?**

M- e o senhor acha importante falar sobre isso com ela?

A- acho, acho, **mas só quando ela tive mais 'madurinha', né? agora eu tenho medo que ela conte e que os outro discrimine ela...(Acompanhante C10- Monica).**

A subcategoria **o hospital infantil ideal (3.8)** englobou as sugestões que possibilitariam melhorar as condições do atendimento prestado em instituições hospitalares destinadas à infância. Os relatos dos acompanhantes demonstraram que 3 participantes indicaram que o hospital ideal seria *similar ao local onde realizou-se a pesquisa (3.8.1)*, indicando a satisfação dos acompanhantes com o serviço prestado e com a estrutura oferecida:

M- e como você acha que seria o melhor hospital do mundo? O que tinha que ter?

*A- acho que **igual esse daqui!** [risos] **bem assim, eu acho!** Porque **aqui, meu Deus, é tudo de bom... tá tudo ótimo, não dá pra falar nada!** (Acompanhante C2- Luca).*

Nove acompanhantes citaram a *presença de recursos* (3.8.2) como: mais brinquedos, TV em todos os quartos, mais médicos e enfermeiros, diversos aparelhos para realizar exames, a possibilidade dos acompanhantes realizarem as refeições no quarto, ambiente com decoração infantil, banheiro para os acompanhantes no mesmo andar dos quartos das crianças, remédios para “todas as dores” e “a cura para todas as doenças”. As narrativas a seguir demonstram a perspectiva idealizada da instituição hospitalar:

M- e como você acha que seria o melhor hospital do mundo? O que tinha que ter?

A- mais médicos.

M- mais médicos?

*A- mais médicos, né? **Principalmente pediatras... mais enfermagem... eu acho que ajudaria muito** (Acompanhante C12-João).*

*A- acho que no melhor hospital do mundo, a criança não sentiria tanta dor, né? **Teria um medicamento que tiraria toda a dor da criança... é isso!**(Acompanhante C8-Barbara).*

Seis acompanhantes citaram o *atendimento eficaz e imediato* (3.8.3) realizado pela equipe do hospital, sem a diferenciação das pessoas pelos níveis sócio-econômicos a que pertencem, indicando uma padronização das ações e uma maior proximidade do profissional, confirmando o que Andraus et al. (2004) observaram a respeito das necessidades dos pais de crianças hospitalizadas:

*A- melhor hospital do mundo? **Bom atendimento, que funcione e seja na hora!** Porque não adianta nada ter material de primeira... tudo assim de primeira linha e não ter bom atendimento...onde a pessoa de classe média baixa, tipo a minha![risos]... **não ser bem atendido, ser tratado assim... como... sentir aquele preconceito:** “ah, é pobre, então vou tratar de uma maneira... é rico, vou tratar de outra”... não! **Tem que ser tratado assim, padrão.** Eu acho que isso é que é o mais importante (Acompanhante C3- Gustavo).*

A- o melhor atendimento de médico, acompanhando direto, sempre presente... os enfermeiro... um atendimento mais rápido... os exame mais rápido, sem demorar muito (Acompanhante C11- Nuno).

Entre os acompanhantes, 3 manifestaram a *ausência de definições* (3.8.4) referentes ao hospital ideal, conforme ilustra o relato abaixo:

M- e como o senhor acha que seria o melhor hospital do mundo? O que tinha que ter?

A- sabe que eu não sei como seria o melhor hospital do mundo? [risos] umas coisa diferente, eu não sei o que podia ter... (Acompanhante C1- Amanda).

Categoria 4 - Relação do acompanhante com equipe de saúde do hospital

Esta categoria tratou dos aspectos que envolvem a comunicação verbal e não verbal entre os profissionais e o acompanhante, presentes na interação, bem como as sugestões sobre as qualidades dos profissionais que prestam atendimento a pacientes infantis. A subcategoria **interação com os profissionais (4.1)** englobou as mensagens verbais e não-verbais transmitidas pelos profissionais através de linguagem verbal, gestos, posturas e expressões faciais presentes na interação com o acompanhante. O *contato restrito/breve/impessoal (4.1.1)* da equipe foi relatado por 6 acompanhantes, confirmando o que Crepaldi e Varella (2000) observaram sobre a manifestação de insatisfação dos pais de crianças hospitalizadas a respeito da atitude impessoal do médico que não estimula a família a buscar a interação, incluindo na presente pesquisa o relato dessa manifestação de pouca proximidade também com alguns enfermeiros:

A- o médico, ele só veio rapidamente, examinou o João, só deu bom dia, examinou, daí saiu da sala...

M – não deu para vocês conversarem?

A- não.

M- e o que você achou dele?

A – [pausa, abaixa a cabeça, sorri e abaixa a cabeça novamente]

M- pode ficar bem a vontade e falar o que você quiser, pois as informações serão todas sigilosas, ninguém vai saber quem são as pessoas que participaram desta pesquisa, fica tranquila.

A – eu achei assim que ele [médico] não deu muita atenção... o médico, assim no momento... ele só examinou o João, tipo mal falou comigo... e eu queria assim no caso que ele chegasse assim e: “ó mãe, se realmente for... esses exame aparecer que for ‘pendicite’, nós vamos fazer assim, vamos fazer assim... vai operar, nós vamos fazer assim” e...não! Ficou pra ele a informação... e é onde eu tenho a dúvida... até o outro médico veio também e foi rápido, né?(Acompanhante C12- João).

A- Lá embaixo, eu fui atendida por dois enfermeiros... eu só sei o nome de um, porque ele falou, mas foi só ele que falou... aqui, o [nome] só falou o nome dele porque o Ricardo pediu... eles ficam muito restrito aquilo, atender, a parte técnica... quando na verdade poderia ser... porque é tão mais fácil você chamar a pessoa pelo nome, né? porque chamar: “ô enfermeiro!” é muito generalizado, né? Se chamar pelo nome, você tá chamando a pessoa, né? Acho que acaba... porque eles passam tanto tempo aqui dentro que pra eles aquilo acaba não tendo sentido, porque é como se alterasse nada pra eles [equipe]...(Acompanhante C7- Ricardo).

Onze participantes referiram ter recebido juntamente com a criança, as informações sobre os procedimentos (4.1.2) de forma muito satisfatória, corroborando o que já havia sido observado entre os sentimentos e experiências positivas relatadas pelos acompanhantes e indo ao encontro do que Sabatés e Borba (2005) referem sobre a necessidade da equipe proporcionar informações suficientes e consistentes, a fim de que os pais sintam-se satisfeitos com o atendimento prestado. Os relatos a seguir demonstraram a satisfação dos acompanhantes da presente pesquisa com as informações prestadas pela equipe:

A- explicam... e eu nem preciso ajudar a explicar pra ele (Acompanhante C3- Gustavo).

M – e eles explicavam para o Luis o que eles iam fazer antes de começar a fazer?

A- explicam, eles até... as vezes eu e ele ‘tamo’ dormindo e eles acordam a gente e explicam primeiro o que vão fazer e depois fazem... eles me falam e explicam pra ele também (Acompanhante C16- Luis).

*A – na primeira consulta, eu não estava junto, era o meu marido, ele disse que **foi uma consulta muito bem feita, que o médico esclareceu tudo...** até a própria ultrassom, que demorou muito, né? **Ele gostou muito...** e aqui, já no quarto, **só hoje mesmo que eu vi o Dr. [nome] e o Dr.[nome] e eu achei que eles atenderam super bem, explicou, né? Eu gostei assim do atendimento...** (Acompanhante C8-Barbara).*

Dezesseis acompanhantes referiram que na relação com a equipe de saúde e colaboradores do hospital, ocorreu a *transmissão de apoio através da proximidade/atenção e disponibilidade para prestar atendimento (4.1.3)*, corroborando o que Silveira e Ângelo (2006) relataram sobre a necessidade de segurança e acolhimento que os pais manifestam quando adentram no ambiente hospitalar e que está diretamente relacionado com o grau de satisfação do atendimento recebido. Nesse sentido, é possível afirmar que a maior parte dos acompanhantes referiu satisfação com o atendimento realizado pela equipe, tanto em termos técnicos, quanto das necessidades mais subjetivas, indicando que o acolhimento e o atendimento humanizado representam ações valorizadas e desejadas pelos acompanhantes:

*A- ah... o 'piá' pediu uma sopa, né? Acho que foi na hora que tu entrasses, né? E o **enfermeiro foi lá e resolveu. Então é assim, a coisa funciona! Se tu não der atenção... tu fala a primeira vez... e o que que vai acontecer? Vou falar de novo e a pessoa é capaz de ficar irritada ou sei lá... e qualquer probleminha, já fica maior do que é...** (Acompanhante C20-Rodrigo).*

*A- **são maravilhosos... eles falam o nome, explicam... contam um pouco da vida deles pras crianças... falam como que eles quiseram ser enfermeiro... bem bacana mesmo!**(Acompanhante C14- Pedro).*

*A – **brincam, brincam com ele... conversam... até tem um muito querido, tenho até que pegar o nome dele pra elogiar ele depois, porque ele é muito querido...** até ele [Geraldo] gostou dele, que **ele ensinou a desligar o aparelho lá... é importante isso, né? Que ele gosta...** quando eu cheguei ele já falou: “ô mãe, o enfermeiro até me ensinou a desligar o aparelho ali, da nebulização...eu gostei dele!” Ele ia consultar ele [Geraldo] aí ele dizia: “ai que menino cheiroso!” **Falava coisas assim que deixavam ele... ele sorria...tem que ser assim, né? Na minha opinião tem que ser assim! Tem que fazer a criança se sentir bem***

mesmo, que as crianças não podem ver o enfermeiro como um bicho papão... tem que ver eles como: “ah, que legal! ó, vai vim tratar de mim, me deixar bom, dar remedinho pra mim ficar bom!”(Acompanhante C5-Geraldo).

A narrativa da acompanhante C5-Geraldo estimula a reflexão sobre a ocorrência do reconhecimento por parte do profissional da equipe da importância do seu papel no desenvolvimento da criança, pois Bergan et al. (2004), Backes et al. (2005) e Pauli e Bousoo (2003), referem que quando o paciente é uma criança, se faz necessário considerar os aspectos inerentes à infância e aos contextos familiar e social da criança e seus pais. Para que o hospital realmente se configure como um contexto de desenvolvimento infantil é fundamental que se adotem medidas que minimizem os efeitos adversos que essa experiência pode acarretar no curso do desenvolvimento da criança (Costa Junior, 2005), sendo que a humanização e o atendimento integral à criança podem representar perspectivas possíveis. Alguns acompanhantes relataram a presença de *sentimentos de timidez/constrangimento (4.1.4)* diante da equipe e colaboradores do hospital, que podem ter sido acarretadas pela significação de autoridade conferida ao profissional de saúde, percebido como aquele que tem o poder de decisão sobre o estado de saúde e os conhecimentos derivados do mesmo ou pelo modo distante e impessoal adotado por alguns profissionais:

*A- é...[pausa] a gente fica assim... **com vergonha...** mas ainda eu perguntei se ele [médico] ia dar alta e ele falou: “olha mãe, não adianta mandar embora que ela ainda tem um pouquinho de...” eu pergunto, né? Pra ter uma base...se tem algum problema... ele disse: “não mãe, até tu olhando pra ela, ela tá passando bem tudo: a febre, o vômito... ela podia até ir pra casa, mas eu quero terminar o tratamento com ela certinho... e os remédio que ela tá usando são caro...” e realmente pra gente que não tem condição, tem que agradecer mesmo que aqui tem tudo!*

M- claro! Mas porque você sente vergonha de perguntar as vezes?

*A- [risos] porque... **a gente não sabe nem como perguntar... parece que vai falar alguma bobagem...** não sei...[risos] (Acompanhante C18- Larissa).*

A esse respeito, acompanhante C3-Gustavo ainda referiu seu constrangimento por ter que expor a situação do filho ao grupo de acadêmicos, já que a instituição onde a pesquisa foi realizada está vinculada às atividades de ensino de uma universidade. Em seu relato, a acompanhante reivindicou um momento de contato mais privado com o médico para esclarecer suas dúvidas e receber as informações que considera serem pertinentes só a ela:

*A- é isso... pra ele[médico] me explicar... vamos supor, que nem eu com ele, né? Bom, tudo bem, os acadêmicos lá, mas se ele entrasse aqui e dissesse: “olha aqui mãe, isso aqui é assim...nós vamos tratar assim, assim, assim, tá bom? Você tem alguma dúvida? A senhora passa, assim, e tal” porque eu tô aqui acompanhando ele...eu é que posso cuidar... aí, depois é que os acadêmicos viriam, aí ele ia dizer: “ó, esse aqui é o caso do Gustavo, ele tem isso, isso e isso...” porque **eu fico sem graça de perguntar as coisas na frente dos acadêmicos sabe?***

M- você tem vergonha?

A- é...

M- mas o que você acha que pode acontecer se você perguntar na frente deles?

*A- ah... não sei... **não gosto de ficar me expondo... acho que tinha que ter esse primeiro momento só com a gente e depois vinha os acadêmicos... mas o médico é muito bom... seria só isso... o médico é muito querido, me tratou muito bem...mas é essa a observação que eu tenho (Acompanhante C3-Gustavo).***

Nove acompanhantes referiram que na interação realizada com a equipe ocorreu *o controle dos sintomas da criança (4.1.5)*, sendo citado por 10 participantes como uma atitude positiva e esperada pelos acompanhantes. Nesse sentido, Andraus et al. (2005) também referiram que os pais das crianças hospitalizadas apresentam necessidades de segurança, controle, assistência e satisfação de necessidades práticas, entre outras. A resolução da condição de saúde da criança parece ser percebida pelos acompanhantes pela ausência dos sintomas desagradáveis e dolorosos, sendo que quando o profissional da equipe proporciona a remissão dos sintomas, os acompanhantes manifestaram satisfação pelo reconhecimento e atendimento das necessidades das crianças, conforme ilustram os relatos a seguir:

A- sim, até ontem ela reclamou bastante de dor e falei com o enfermeiro e ele veio e aplicou o remedinho e ela ficou mais tranqüila, né? (Acompanhante C8-Barbara).

M – e você acha que se eles percebessem que a Giulia está com dor, não está bem, eles fariam alguma coisa para ela se sentir melhor?

A- eles fazem sim...aí hoje quando ela reagiu, aí até falaram: “ah... já tá sorrindo, que bom!” (Acompanhante C6-Giulia).

A- sim, conversando, dando atenção, explicando com carinho... até um enfermeiro trouxe um paninho pra ele [Gustavo] passar no braço e não ficar coçando ou machucando... (Acompanhante C3-Gustavo).

Os relatos dos acompanhantes evidenciaram ainda que na interação com a equipe de saúde e colaboradores, 3 participantes citaram ter recebido *informações insuficientes* (4.1.6), sendo este fator também observado nas significações referentes às informações sobre o funcionamento do hospital e aos sentimentos negativos experimentados pelos acompanhantes durante a hospitalização. Nesse sentido, é importante ressaltar o que Sabatés e Borba (2005) referem sobre o nível de insatisfação manifestado pelos pais de crianças hospitalizadas a respeito das informações prestadas pela equipe de saúde, no entanto, os relatos da presente pesquisa revelaram que a maior parte dos participantes mostrou-se satisfeito com as informações e com o atendimento prestado. Contudo, as falas a seguir ilustram a percepção de informações insuficientes:

A- eles falam... esses dias eu perguntei pro moço: “que medicação é essa que você tá colocando?” e ele falou que era Penicilina, aí eu comentei com ele [Ricardo] que esse remedinho era pras costas, pra melhorar, deixar forte... então, eles dão explicação, mas não uma explicação completa, dirigida pra criança... (Acompanhante C7-Ricardo).

M – e eles explicavam para o Benicio o que eles iam fazer antes de começar a fazer?

A- não! Eles vão colocando e fazendo, fazendo, fazendo... eles olham a pressão, batimento cardíaco... mas eles não falam nada, só vão fazendo (Acompanhante C4- Benicio).

M – e eles explicavam para a Amanda o que eles iam fazer antes de começar a fazer?

A- não... só falaram que era remédio, soro...

M- falaram que ia doer?

A- não, isso eles não falaram! [risos] aí ela tomou um susto...(Acompanhante C1- Amanda).

Na subcategoria **atendimento ideal dos profissionais da equipe de saúde hospitalar infantil (4.2)** foram relatadas as qualidades e atitudes dos médicos e enfermeiros durante a hospitalização que possibilitariam melhorar o atendimento e o relacionamento com o paciente infantil e seu acompanhante. Entre as *qualidades atribuídas aos médicos (4.2.1)* os acompanhantes citaram: a) ser carinhoso e brincar, referidas por oito participantes; b) ser gentil e mais próximo, citado por 6 acompanhantes; c) ser competente, relatado por 5 participantes; e d) conversar/explicar e ser atencioso, mencionados por 16 acompanhantes. Os relatos dos acompanhantes sinalizaram as atitudes e competências esperadas do profissional médico, que para Carrillo e Quiles (2000), Palácio e Sebastián (2000) e Sebastián et al. (2003), precisa estar consciente que a comunicação é com uma criança e, portanto, devem ser utilizados exemplos esclarecedores, com base no conhecimento da quantidade de informações que o paciente pode reter. Desse modo, os acompanhantes esperavam uma postura mais informal e empática caracterizada pela possibilidade de fornecer estímulo, apoio, informações, abertura para discordar e discutir sobre o tratamento, confirmando o que Dallalana e Macedo (2006) observaram como fatores positivos para que a família colabore com a equipe de saúde. As narrativas a seguir evidenciam essa perspectiva:

M – e como seria o médico ideal, o melhor do mundo pra atender criança?

A- que brincasse, fosse carinhoso... que explicasse bem... que incentivasse a criança a ajudá quando precisa, porque aí eles [crianças] se sentem importante porque tão ajudando o médico, né? Que explicasse bem as coisa pros pais... que não fizesse a consulta tão rapidinha, né? [risos] que desse assim, mais atenção, né? (Acompanhante C2- Luca).

A- *que fosse bom, atendesse com atenção, respeito... que ouvisse a pessoa, que desse carinho para as crianças... isso! (Acompanhante C19-Marcos).*

A- *ai, não sei ! [risos]... tem que ter um cuidado, né? Um jeito especial... tem que ser uma pessoa gentil, educada... porque eu acho assim, ninguém gosta de ser maltratado...(Acompanhante C17- Paulo).*

A- *aquele que explica bem... que acha a cura, principalmente! Que trata os paciente com atenção... acho que é isso (Acompanhante C11- Nuno).*

A- *eu acredito que tanto o médico quanto o enfermeiro deveriam conversar com a criança e explicar... mesmo que você diga que ele [criança] é pequeno e não vai entender, porque ele entende... acho que falta muito o médico sentar e explicar... não precisa generalizar, colocar... chega e fala que é um probleminha nas costas, que nós vamos cuidar, porque na verdade, se você coloca pra criança, o que de fato ta acontecendo, talvez assim na idéia, no pensamento dela, vai passar como mais uma informação, daí, numa segunda oportunidade, ela já vai ter uma referência... se você não falar, a criança sempre vai ficar com aquele ponto de interrogação... então eu acho que eles deviam sentar, conversar com a criança, explicar... pedir pra criança se ela tem alguma dúvida, pra ela aprender a questionar também, entendeu? Senão ela fica de fora do... do... processo e do tratamento... se alguém não fala nada, ela não vai questionar, porque pra ela aquilo ali é assim...(Acompanhante C7- Ricardo).*

A acompanhante C7-Ricardo ressaltou a importância do profissional incluir a criança como participante do processo, cabe ressaltar aqui como o pai sianliza de forma efetiva uma atitude que pode ser promotora de desenvolvimento e protagonismo ao paciente. Nessa mesma linha, Oliveira et al. (2004) sinalizam que a possibilitar informações às crianças de seus direitos durante a hospitalização estimula a compreensão e o alívio de alguns sentimentos experimentados nessa situação. As *qualidades atribuídas aos enfermeiros (4.2.2)* pelos acompanhantes foram: a) brincar, ser gentil/carinhoso, citados por 12 participantes; b) conversar/explicar, relatadas por 6 acompanhantes; c) ser competente, mencionado por 3 participantes; e d) ser atencioso e paciente/ gostar da profissão, referidos por 9 participantes. Os acompanhantes atribuíram a função de brincar e

ser carinhoso de forma mais freqüente aos profissionais da enfermagem do que aos médicos. Essa fato pode estar associado a maior proximidade e contato que estes profissionais apresentam com os pacientes hospitalizados, o que já não ocorre na mesma freqüência com os médicos, cujos contatos são mais breves e pontuais. As informações fornecidas às crianças e aos acompanhantes também foram destacadas pelos participantes, no sentido de que este profissional deve desenvolver habilidades comunicacionais específicas ao paciente pediátrico. Além disso, os acompanhantes relataram também que o enfermeiro ideal está satisfeito com sua profissão, por perceberem, assim como visto por Dallalana e Macedo (2006) que a demonstração de insatisfação profissional representa um fator negativo que não favorece a interação da família com a equipe de saúde. Os depoimentos a seguir revelam as expectativas dos acompanhantes:

M- e os enfermeiros, como seria o enfermeiro ideal?

*A- eu acho assim, um enfermeiro **bem dedicado, que conversa, que brinque e que incentive a criança e a gente que tá aí, né? Acho que deve contá pras criança o que tá fazendo, pra elas não sentirem tanto medo, né?**(Acompanhante C10- Monica).*

*A – tem que **ter diálogo, brincar com a criança, tem que ser... que a criança já tá ali, com dor...tá ali angustiada, quer ir pra casa... daí vem uma pessoa ainda te olhar diferente, não vem sorrindo, né? Vem com estupidez, vem e coloca o remédio que faz doer na criança... tipo o enfermeiro: fez doer nele [Geraldo], ele fez ele sentir dor! Ele [aponta para Geraldo] não pode nem ver ele [nome do enfermeiro]. Ele queria... ele não queria ver... e hoje ele [enfermeiro] não tá, mas se ele viesse, eu ia procurar alguém do hospital pra falar, né? Que ele [Geraldo] não queria mais aquele enfermeiro... e os outros enfermeiros deram a mesma medicação e não fêz doer e ele [nome do enfermeiro] fez doer... aí ele [Geraldo] já ficou com medo (Acompanhante C5- Geraldo).***

A – teve um menino, até hoje eu vi ele... um enfermeiro... eu achei que ele foi assim super atencioso... todos foram atenciosos, mas ele foi assim super... especial.

M- o que ele fez que você achou especial?

A- nas mínimas coisas assim que ele fazia com a Giulia, perguntou se queria dar banho na banheirinha ou se ela tomava de pé, se eu queria que colocasse a cadeirinha... Colocou paninho pra sentar,

porque tava gelado e não sentar direto na cadeirinha...depois colocou um outro paninho no chão pra Giulia pisar em cima e não ficar direto no frio... então, sei lá...coisas que me fizeram perceber que ele tinha um cuidado diferente, a mais (Acompanhante C6- Giulia).

Categoria 5 – Redes de suporte familiar, social, de serviços de saúde e hospitalar

Esta categoria tratou dos aspectos que envolvem definição das pessoas significativas ao acompanhante da criança hospitalizada no período da internação hospitalar, obtidas a partir do Mapa de Rede, adaptado de Sluzki (1997), que identifica as estruturas relativas a tamanho (número de pessoas na rede) e distribuição (proporção do total de membros localizada em cada quadrante e círculo (rede de relações familiares, amizades, de trabalho e estudo, com a equipe de saúde do hospital, com outros serviços fora do hospital e no contexto do hospital) e as funções das redes (Apêndices G, H e I).

A subcategoria **rede de relações familiares (5.1)** foi composta pelas pessoas significativas do contexto familiar para o acompanhante durante o período de internação da criança. Entre as pessoas citadas pelos acompanhantes com maior frequência, o *pai* foi o mais mencionado (16 acompanhantes), seguido de *avó materna* (13 acompanhantes), *tia materna* (13 acompanhantes) e *tia paterna* (13 acompanhantes), sendo estes os principais indivíduos citados nas relações familiares de maior proximidade e intimidade, sinalizando o apoio emocional, que representa, segundo Sluzki (1997, p.49) “(...) os intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio (...)” e a ajuda material, compreendida como um tipo de colaboração específica, visto que os pais representaram os indivíduos com quem as mães referiam “poder contar”. A distribuição de pessoas na rede totalizou 187 citações, sendo a rede com mais referências citadas pelos acompanhantes. As avós e tias também representaram o apoio emocional, e a ajuda material, pois os cuidados com a casa e com os outros filhos foram delegados à elas na ausência da mãe que se encontrava acompanhando o filho hospitalizado. Esse fato é ressaltado por Lorenzi e Ribeiro (2006) que referem que diante da doença de uma criança, ocorre a mudança nos papéis típicos da família, sendo que um membro assume o papel do outro. A busca do apoio nos avós confere tranquilidade para a mãe que permanece com a criança no hospital sabendo que os outros filhos estão sob os cuidados de um familiar. Desse modo, quando a família pode

contar com o apoio de seus membros, a experiência com a hospitalização pode ser facilitada (Pinto et al., 2005).

A subcategoria **rede de relações de amizades (5.2)** englobou as pessoas significativas do contexto social de amigos para o acompanhante no período em que permaneceu com a criança durante a hospitalização. As pessoas mais citadas foram *amigos* (referidos por 16 acompanhantes), mais especificamente *amigas*, seguido de *vizinhos* (11 acompanhantes) e *vizinhas*, em um grau de maior proximidade, também indicando apoio emocional, no sentido de “(...) poder contar com a ressonância emocional e boa vontade do outro (...) (Sluzki, 1997, p.49) e ajuda material no cuidado com os filhos do acompanhante e os afazeres domésticos de sua casa, sendo que a distribuição de pessoas na rede indicou 101 pessoas no total. É importante ressaltar que 4 acompanhantes citaram pessoas que frequentam a mesma igreja, e que foram nomeados como “irmãos da igreja”, indicados também com maior proximidade e função de apoio emocional através de orações pelo restabelecimento da saúde da criança. Contrariamente ao observado na rede de relações familiares, que foi sinalizada com o maior número de distribuição de pessoas (187) e citada por todos os participantes, a rede de relações de amizades não foi citada por 3 participantes, que indicaram em suas narrativas “estarem vivendo há pouco tempo no bairro”, ou “ter vizinhos com quem não se pode contar”. A esse respeito Lorenzi e Ribeiro (2006) sinalizam que os vizinhos representam uma alternativa para a família da criança hospitalizada apenas quando existe intimidade e confiança.

A subcategoria **rede de relações com a equipe de saúde do hospital (5.3)** foi composta pelas pessoas significativas da equipe de profissionais da saúde que prestaram atendimento à criança hospitalizada e ao acompanhante. Das pessoas citadas, o *enfermeiro* foi a pessoa mais mencionada (20 acompanhantes) indicando a função de apoio emocional e ajuda de serviços, sendo que esta se caracteriza, segundo Sluzki (1997), pela colaboração específica com base na ajuda física. Em seguida, citaram o *médico* (16 acompanhantes), caracterizando a função de ajuda de serviços, sob a perspectiva da colaboração com base nos conhecimentos de especialistas. O *assistente social* também foi citado (7 acompanhantes), através da função de apoio emocional e ajuda de serviços. As referências citadas nesta rede totalizaram 113 pessoas. Em função do fato de todos os acompanhantes citarem os *enfermeiros* numa relação de maior proximidade, é importante ressaltar que estes são os profissionais que apresentam maior contato com os pacientes e seus acompanhantes em virtude dos

procedimentos e orientações que realizam e por permanecerem mais tempo nos postos de enfermagem das unidades hospitalares, cujo acesso aos pacientes e acompanhantes é freqüente. Os participantes se referiram aos *enfermeiros* como “pessoas atenciosas”, “carinhosas” e “disponíveis para atender” quando solicitadas. Nesse sentido, essa percepção vai ao encontro do que Lima et al. (1999) demonstraram sobre a assistência hospitalar estar centrada nas necessidades da criança doente e não apenas na doença e quando se permite aos pais participarem do cuidado dos filhos, proporcionando-lhes sentimentos de tranquilidade e confiança. Além disso, na presente pesquisa foram agrupados os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na categoria *enfermeiro* sendo, portanto, mais numerosos que os demais profissionais. Os *médicos* não foram citados por 4 acompanhantes, o que é um fato a ser considerado, visto que pode sinalizar a presença de dificuldades comunicacionais e relacionais, já que alguns acompanhantes citaram o “contato breve”, “restrito” e “impessoal” de alguns profissionais da medicina, fato também observado por Crepaldi (1999b), Dallalana e Macedo (2006). Os acompanhantes que citaram o *médico* demonstraram vínculos de maior proximidade e apresentaram narrativas sobre a “competência do profissional” e a “atenção dispensada” ao paciente e ao acompanhante através de “informações e orientações esclarecedoras”, que incluem a participação da criança. O *assistente social* também foi mencionado pelos acompanhantes como um “profissional próximo” e que “dispensa atenção”, “auxiliando a manejar aspectos como horários de visitas, encaminhamentos e a providenciar roupas, fraldas”, entre outras coisas para os acompanhantes e crianças que necessitam.

A subcategoria **rede de relações com outros serviços fora do hospital (5.4)** enfocou as pessoas significativas de outros serviços fora do hospital citadas pelos acompanhantes. Entre as pessoas mais mencionadas, o *profissional da Unidade Básica de Saúde* (médico e enfermeiro) foi o que apresentou a maior freqüência (12 acompanhantes) numa relação de maior proximidade, seguido do *Pastor* e “irmão da igreja” (10 acompanhantes), também distribuídos nas relações mais próximas. Ressalta-se que 3 participantes não citaram pessoas nessa rede de relações e a distribuição total de pessoas indicou o menor número de pessoas citadas (33 no total). O *profissional da Unidade Básica de Saúde* foi caracterizado pela função de ajuda de serviços e de acesso a novos contatos, que segundo Sluzki (1997) representa a “(...) abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo” (p.53), pois

esse profissional representou a pessoa que realizou o primeiro atendimento das crianças e encaminhou-as ao hospital a fim de receberem o atendimento mais adequado às suas necessidades, o que pode estar relacionado ao maior número de citações. O *Pastor* e os “irmãos da igreja” foram citados por metade dos acompanhantes nessa rede de relações, além de também terem sido mencionados por alguns participantes na rede de relações de amizades, como já foi visto, indicando que a relação com um guia ou companheiro religioso foi percebida como uma fonte de estímulo, através da função de apoio emocional baseado em crenças religiosas.

A subcategoria **rede de relações de trabalho e estudo (5.5)** englobou as pessoas significativas do contexto de trabalho ou estudo para o acompanhante e revelou que as pessoas mais citadas pelos participantes foram o *chefe* (7 acompanhantes), seguido do *professor* (7 acompanhantes) e o *colega de trabalho* (4 acompanhantes), sendo que estas pessoas foram citadas em uma relação de vínculos de “interatores freqüentes” (Sluzki, 1997), que podem ser considerados próximos, mas não em uma relação de intimidade. No total, foram citadas 42 pessoas. Ressalta-se que 7 acompanhantes não citaram pessoas nesta rede de relações, o que pode estar associado ao fato de alguns acompanhantes não apresentarem atividades laborais ou acadêmicas. As citações referentes ao *chefe* foram no sentido de sinalizar a função de ajuda material oferecida por ele ao acompanhante, que pode afastar-se do trabalho para acompanhar a criança, demonstrando a caracterização da “atenção” e da “solidariedade”. O *professor* também foi mencionado pelos participantes, que se referiram ao mesmo através da função de ajuda de serviços e apoio emocional, indicando-o como uma pessoa “interessada pelo problema de saúde da criança”, “tranquilizando o familiar sobre a possibilidade de recuperar os conteúdos trabalhados na escola assim que a criança pudesse retornar às suas atividades”.

A subcategoria **rede de relações no contexto do hospital (5.6)** foi composta pelas pessoas significativas no contexto do hospital (colaboradores do hospital que não faziam parte da equipe de saúde). Entre as pessoas mais citadas, o *copeiro* (referido por 14 acompanhantes) e o *porteiro* (citado por 14 acompanhantes), foram os colaboradores que apresentaram maior freqüência de citações numa relação de maior proximidade, sendo a função destas pessoas na rede, caracterizada pela ajuda material e de serviços, além do apoio emocional. O *auxiliar de limpeza* (citado por 9 acompanhantes) também foi caracterizado na função de apoio emocional e ajuda material e de serviços e a *pesquisadora* (referida por 6 acompanhantes) foi

descrita com a função de apoio emocional. Todos foram citados numa relação de maior proximidade. Nesta rede de relações, todos os acompanhantes citaram pessoas, perfazendo a terceira rede de relações com maior distribuição de pessoas (112 no total). A menção ao *porteiro* revela que os acompanhantes sentiram-se “acolhidos” e “informados corretamente sobre as normas do hospital”, sendo que em suas narrativas ainda sinalizaram aspectos como a “gentileza”, a “atitude respeitosa e polida”, por parte desse colaborador da instituição. O *copeiro* também foi bastante citado pelos acompanhantes, sendo que muitos afirmaram que esse colaborador apresentava-se “bem humorado” e “simpático”. Nesta instituição, o *copeiro* realiza contatos pelo menos 5 vezes ao dia, quando traz as refeições aos pacientes e, talvez esse fato, tenha possibilitado maior proximidade com as crianças e os acompanhantes, que verbalizaram que estes profissionais “brincavam” e “conversavam com as crianças”, “estimulando-as em relação à alimentação”. A “gentileza”, a “atenção dispensada” e a “disponibilidade em atender”, também foram citadas pelos participantes em relação ao *auxiliar de limpeza*, pois, na perspectiva dos acompanhantes, esse profissional manifestava as características citadas através de “perguntas sobre o estado de saúde da criança” e “conversas” com os acompanhantes. Para os participantes, essa conduta foi percebida de forma positiva, corroborando com o que Pinto et al. (2005) observaram em relação aos familiares considerarem o interesse dos funcionários do hospital pelo paciente como uma necessidade com alto grau de importância. A *pesquisadora* também foi citada pelos acompanhantes e a esse respeito observou-se que talvez o fato destes serem ouvidos sobre seus sentimentos e percepções diante da situação de hospitalização das crianças que estavam acompanhando, tenha proporcionado a sensação de alívio e reconhecimento de suas necessidades e vulnerabilidades. A seguir serão discutidos os aspectos referentes à análise desenvolvimentista e gráfica dos desenhos, conforme demonstraram as Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5.

6.3 Análise Desenvolvimentista dos Desenhos

6.3.1. Análise geral dos desenhos no grupo etário de 5-6 anos

As características referentes aos estádios de desenvolvimento das competências de desenho no modelo de Luquet (Piaget & Inhelder, 1981/1993; Fontana & Cruz, 1997; Meredieu, 1974/1999 e Valladares & Carvalho, 2006) (Anexo 3) observadas nos desenhos da faixa etária de

5-6 anos, presentes na Tabela 1, indicaram características do estágio I* (Incapacidade Sintética) e sua manutenção em todas as cinco categorias de desenhos de forma mais freqüente aos participantes de 5 anos, oscilando com características do estágio II* (Realismo Intelectual) presentes com maior freqüência nos desenhos das crianças de 6 anos. Entretanto, observou-se a predominância do estágio I* nas categorias *Desenho Livre e Pessoa no Hospital*, sendo que o estágio II* foi predominante nas categorias *Motivo da sua Hospitalização, Sentimentos durante a Hospitalização e Profissional da Equipe de Saúde*. Ressalta-se que as competências do estágio I* são comuns em desenhos de crianças com idades entre 2-3 anos, constatando-se nos desenhos analisados no grupo etário de **5-6 anos**, a presença de competências para representação espacial com qualidade inferior ao esperado para este grupo normativo, com desenhos que ignoram a relação entre proporções e distâncias, com figuras humanas rudimentares e descoordenações nas justaposições. Na categoria *Pessoa no hospital* observou-se um empobrecimento maior na representação das pessoas em situação de hospitalização quando comparadas com as figuras humanas presentes em outras categorias. Já o estágio II*, cujas competências de modo geral estão presentes em desenhos de crianças entre 4-10 anos e cuja ocorrência foi maior para os participantes com 6 anos de idade, verificou-se a presença de desenhos que refletem aquilo que as crianças sabem e conhecem sobre os objetos e não aquilo que vêem. De fato, nos desenhos com características do estágio II* observou-se a presença de objetos, pessoas e elementos da natureza, representados por figuras que apresentam transparência, sendo essa característica muito comum neste estágio e evidenciada em todos os desenhos dos participantes. Também observou-se a ausência de perspectiva nos desenhos e a presença do plano deitado, porém sem respeitar as relações de proporções e distâncias.

Em relação aos estágios de expressão artística e de desenvolvimento cognitivo no modelo de Malchiodi (Malchiodi et al., 2003; Looman, 2006; Skybo, Ryan-Wenger, 2007 e Dias, 2008) (Anexo 4) nos desenhos das crianças de **5-6 anos** observou-se o predomínio e a manutenção de características comuns ao estágio III** (Formas Humanas e Esquemas Precoces) em todas as cinco categorias. As habilidades deste estágio apresentam uma correlação com o estágio de desenvolvimento cognitivo pré-operacional, típico em crianças com idades entre 4-6 anos. Os desenhos dos participantes deste grupo etário caracterizaram-se pela presença de formas humanas rudimentares, pelo uso subjetivo da cor, pela ausência da linha de base e pela

despreocupação com a concepção do espaço relacionado ao corpo, sendo muito comum a presença de figuras “flutuando”. Também observou-se a presença de características do estágio II** (Formas Básicas) que é marcado pela utilização das formas básicas como precursoras das figuras humanas e que foi evidenciado nas categorias *Desenho Livre*, *Pessoa no Hospital* e *Sentimentos durante a Hospitalização*. Em termos de conjunto, chama a atenção a ocorrência de características do estágio IV** (Desenvolvimento de um Esquema Visual) típico entre crianças de 6-9 anos e correlato ao estágio de desenvolvimento cognitivo operacional concreto, que indica maior desenvolvimento das habilidades artísticas e o surgimento de símbolos visuais das figuras humanas, em quatro categorias, com exceção apenas da categoria *Pessoa no Hospital*. Ainda ressalta-se que as categorias *Motivo da sua Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde*, foram as únicas categorias com a ocorrência de características dos estágios III e IV**, denotando maior elaboração na realização destes desenhos, quando comparados aos demais que incluíram a presença de características do estágio II**.

A análise, referente às características gráficas dos desenhos (Fávero & Salim, 1995) (Anexo 5), evidenciou a presença de cores vivas e variadas em três categorias, com exceção da categoria *Pessoa no Hospital* (predomínio de cor única) e da categoria *Profissional da Equipe de Saúde* (uso de cores pálidas), conforme evidencia a Tabela 2. Todos os desenhos apresentaram traços firmes e fortes, representados por formas uni e bidimensionais. Houve alteração da forma (imprecisão) em quatro categorias, com exceção da categoria *Sentimentos durante a Hospitalização*. Observou-se variação relativa ao tamanho dos desenhos, pois na categoria *Desenho Livre*, os desenhos apresentaram tamanho médio a grande, sendo as demais categorias representadas por desenhos ocupando $\frac{1}{4}$ da folha, porém, ressalta-se que os desenhos das categorias *Pessoa no Hospital* e *Sentimentos durante a Hospitalização* foram elaborados em tamanho pequeno. Nos desenhos de figuras humanas, verificou-se a presença de expressão facial feliz em quatro categorias: *Desenho Livre*, *Motivo da sua Hospitalização*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde*, sendo que na categoria *Profissional da Equipe de Saúde* a expressão facial mostrou-se variando entre feliz e vazia; e na categoria *Pessoa no Hospital* a expressão facial apresentou-se indefinida ou sem rosto. Na categoria *Pessoa no Hospital* também ocorreu a simplificação (empobrecimento) do desenho da figura humana (ausência de roupas e desenho tipo “palito”) quando comparada às demais categorias. Em

relação à categoria *Desenho Livre* ocorreu a presença de elementos constitutivos como roupas, nuvens, sol e inclusão de outras pessoas. Já na categoria *Pessoa no Hospital* observou-se os seguintes elementos: cama e travesseiro, sendo que nas categorias *Motivo de sua Hospitalização*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* ocorreu a inclusão de elementos constitutivos variados, como a indicação de ferimentos no corpo ou locais doloridos, presença de elementos do uniforme da equipe de saúde, detalhes referentes ao rosto e às mãos e inclusão de outras pessoas. A postura das figuras humanas na categoria *Pessoa no Hospital* foi representada deitada, sendo que na categoria *Motivo de sua Hospitalização* também observou-se a presença de figuras deitadas ou “flutuando”. Na categoria *Desenho Livre* ocorreu a representação de pessoas “flutuando” e nas demais categorias, as figuras humanas foram representadas em pé.

Sintetizando as diferentes análises referentes aos desenhos das crianças entre **5-6 anos**, observou-se que em algumas categorias, os desenhos apresentaram características presentes em desenhos de crianças com idades entre 2-3 anos. Nas demais categorias foi evidente a presença de características de desenhos de crianças no grupo etário de 4-10 anos. Na categoria *Pessoa no Hospital*, ocorreu um menor investimento em relação a cores, traçado, forma, detalhes da figura humana e elementos constitutivos, quando comparadas às demais categorias. As categorias de desenho que apresentaram a expressão de maiores habilidades gráficas e artísticas dos participantes foram *Motivo da Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde*. Os desenhos do participante C5-Geraldo, 6 anos (Apêndice J) ilustram essa síntese.

6.3.2. Análise geral dos desenhos no grupo etário de 7-8 anos

As crianças desta faixa etária apresentaram em seus desenhos, conforme demonstra a Tabela 1, características referentes ao estágio de desenvolvimento de competências de desenho, predominantemente do estágio II* em todas as categorias, porém, nas categorias *Desenho Livre* e *Profissional da Equipe de Saúde*, observou-se a ocorrência de características do estágio I* que foi comum nos desenhos de um participante de 7 anos, indicando nestas categorias a presença de habilidades menos desenvolvidas quando comparadas às demais categorias, onde houve apenas a ocorrência de competências comuns ao estágio II*. Observou-se nos desenhos de modo geral, a ocorrência de representação de elementos do cotidiano, assim como a presença de outras pessoas, casa, objetos e elementos da natureza.

Em relação aos estádios de expressão artística e de desenvolvimento cognitivo**, observou-se a manutenção e a predominância de características do estágio IV** em todas as categorias. Também foi evidenciada a presença do estágio III** com menor frequência em todas as categorias (apenas nos desenhos de um participante de 7 anos) que poderia indicar um menor investimento nestes desenhos, com figuras humanas mais rudimentares e ainda com o uso subjetivo da cor, quando comparados aos desenhos dos outros participantes, indicando talvez em termos de desenvolvimento de competências de desenho e expressão artística alguma imaturidade com o que se espera referente ao seu grupo normativo, ou ainda, em termos de desenvolvimento cognitivo, a transição do estágio pré-operacional para o das operações concretas. Na análise gráfica dos desenhos desse grupo etário, apresentadas na Tabela 3, observou-se que de modo geral ocorreu a ausência de cor (uso do lápis preto) em todas as categorias. Em alguns desenhos das categorias *Desenho Livre*, *Motivo da sua Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde*, observou-se a presença de cor única. A única categoria que apresentou maior predominância de cores vivas foi a categoria *Desenho Livre*. Todas as categorias evidenciaram desenhos com formas precisas, traços firmes e fortes, representados por formas uni/bidimensionais, porém, na categoria *Pessoa no Hospital*, observou-se a tendência de representar as figuras com formas bidimensionais. O tamanho dos desenhos das categorias *Desenho Livre* e *Profissional de Equipe de Saúde* foi grande, porém, nas categorias *Motivo da sua Hospitalização* e *Sentimentos durante a Hospitalização* foi predominante a ocorrência de desenhos em tamanho médio. Nas demais categorias os desenhos ocuparam $\frac{1}{4}$ da folha. Todas as categorias evidenciaram a presença de figuras humanas com expressão facial feliz (boca desenhada com traço ascendente), além das categorias *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional de Equipe de Saúde* em que ocorreu a representação dos olhos abertos nas figuras humanas. Os elementos constitutivos comuns em todas as categorias foram as roupas e cabelos/penteado das figuras humanas. Na categoria *Desenho Livre* observou-se a presença de elementos da natureza como sol, nuvens (animismo), árvores e a inclusão de outras pessoas. Na categoria *Pessoa no Hospital* e *Sentimentos durante a Hospitalização* observou-se a presença de elementos do ambiente hospitalar (cama, soro, suporte do soro, tala). Na categoria *Motivo de sua Hospitalização* ocorreu a representação de ferimentos ou sintomas visíveis (vômito e tosse) e a inclusão de outras pessoas nos desenhos. Já na categoria *Profissional da Equipe de Saúde* ocorreu a representação de

utensílios médicos/enfermagem (estetoscópio, máscara, chapéu e uniforme, bandeja, seringa). As figuras humanas foram representadas em pé nas categorias *Desenho Livre* e *Pessoa no Hospital*, mas, nas categorias *Motivo de sua Hospitalização* e *Sentimentos durante a Hospitalização* as figuras humanas foram desenhadas em pé ou deitadas e na categoria *Profissional da Equipe de Saúde* as figuras humanas foram representadas em pé ou “flutuando”, porém, convém ressaltar que o desenho de figuras flutuando é esperado em crianças menores (4-6 anos) que ainda não desenvolveram as noções de direção e relação dos objetos. A síntese das evidências dos desenhos das crianças com idades entre **7-8 anos**, sugere, de modo geral, a presença de características comuns às crianças entre 6-9 anos. Também ocorreu o uso mais restrito de cores, com uma tendência ao uso do lápis preto. Os participantes desta faixa etária representaram em todas as categorias, as figuras humanas com características mais esquemáticas (cabeça, tronco, pernas, olhos, boca, cabelos, etc) quando comparadas à faixa etária de 5-6 anos. Foi comum a presença de animismo nos elementos constitutivos da categoria *Desenho Livre*. Também ressalta-se que nas categorias *Pessoa no Hospital*, *Motivo da sua Hospitalização*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* evidenciou-se a presença de elementos constitutivos referentes aos utensílios e objetos do ambiente hospitalar, bem como dos sintomas físicos da doença, indicando habilidades gráficas para a utilização de símbolos visuais que representam de forma concreta o seu pensamento que parece ser influenciado pelas mediações culturais e sociais, neste caso, o evento da hospitalização. Os desenhos da participante C10-Monica, 8 anos (Apêndice K) demonstram as características acima analisadas.

6.3.3. Análise geral dos desenhos no grupo etário de 9-10 anos

Os desenhos desse grupo etário, conforme indica a Tabela 1, evidenciaram a predominância e a manutenção de características apenas do estágio II* de desenvolvimento das competências de desenho. Em todas as categorias não ocorreram alterações nas diferentes temáticas solicitadas nos desenhos. Os desenhos demonstraram em geral, a presença da linha de base, objetos e pessoas expressando o cotidiano. Ocorreu a indicação do plano deitado, porém, ainda com as limitações relativas à proporções e distâncias. Observou-se a presença de transparência apenas nos desenhos de um dos participantes dessa faixa etária, indicando alguma imaturidade ou transição entre um estágio mais simples para outro mais complexo. Na análise dos estágios de expressão

artística e desenvolvimento cognitivo observou-se a manutenção e a predominância do estágio IV** em todas as categorias. Espera-se que nos desenhos do estágio IV** ocorra a utilização da cor de forma mais objetiva e a presença de elementos do cotidiano da criança. Ressalta-se porém, que nas categorias *Pessoa no Hospital* e *Sentimentos durante a Hospitalização* ocorreu a presença de características do estágio III** nos desenhos de um participante de 9 anos, indicando que a expressão artística dos desenhos nestas categorias apresentou características menos desenvolvidas em relação às demais. Em relação à análise gráfica deste grupo etário, apresentada na Tabela 4, destaca-se na categoria *Desenho Livre* o uso de cores vivas, sendo que nas demais categorias ocorreu a ausência de cores. De modo geral, os desenhos de todas as categorias não apresentaram alteração da forma, sendo realizados com traços firmes e fortes, porém, nas categorias *Motivo da sua Hospitalização*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* ocorreu a presença de traços muito fortes. A forma do traço nas categorias *Desenho Livre* e *Profissional da Equipe de Saúde* foi predominantemente bidimensional, sendo que nas demais categorias ocorreu a oscilação de figuras com formas uni/bidimensionais. Em relação aos tamanhos dos desenhos, observou-se a tendência de desenhos médios, com exceção da categoria *Profissional da Equipe de Saúde*, onde evidenciou-se a presença de desenhos em tamanho médio a grande e da categoria *Desenho Livre* com desenhos em tamanho grande. As expressões faciais das figuras humanas foram representadas com variações nas diferentes categorias, pois observou-se nas categorias *Desenho Livre*, *Motivo da sua Hospitalização*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* a presença de expressão facial feliz e expressão vazia, destacando-se que na categoria *Motivo da sua Hospitalização* também ocorreu a presença de expressão facial infeliz (desenho da boca com traço descendente) e na categoria *Pessoa no Hospital* ocorreu a presença de expressão facial vazia e infeliz nas figuras humanas. Os elementos constitutivos comuns em todas as categorias foram as roupas, cabelos/penteado e a inclusão de outras pessoas nas categorias *Pessoa no Hospital*, *Motivo da sua Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde*. Destaca-se a presença dos seguintes elementos constitutivos na categoria *Desenho Livre* (sol, nuvens, bola de futebol); nas categorias *Pessoa no Hospital*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* evidenciou-se a presença de elementos que compõem o ambiente hospitalar (maca, soro, suporte do soro, ambulância) e do prédio que representa o hospital (janelas, portas, cadeiras) além da inclusão de

outras pessoas. Na categoria *Motivo da sua Hospitalização* ocorreu a presença de elementos pormenorizados das figuras humanas (orelhas, dedos, acessórios das roupas), a indicação do local dolorido/doença, inclusão de outras pessoas, inclusão do hospital, de casa/carro e sol. Os elementos presentes na categoria *Sentimentos durante a Hospitalização* foram caracterizados por pormenores nas figuras humanas (olhos, dedos, indicação de ferimentos, sentimentos), objetos do ambiente hospitalar (soro, suporte do soro), comida, o prédio do hospital (pavimentos, portas) e sol. Na categoria *Profissional da Equipe de Saúde* destacou-se a presença de utensílio médico/enfermagem (seringa) e de uniforme e crachá, além da inclusão de outras pessoas. A representação das figuras humanas nos desenhos de todas as categorias foi na posição em pé, ocorrendo alguma variação nas categorias *Desenho Livre* (com figuras “flutuando”), *Pessoa no Hospital* (com figuras deitadas) e *Motivo da sua Hospitalização* (com figuras sentadas). Em síntese, neste grupo etário ficou evidente a presença de características comuns aos desenhos de crianças com idades entre 6-9 anos. Também observou-se que não ocorreu de forma freqüente a presença de transparências nos desenhos, apesar da transparência ser prevista nas produções gráficas dos estádios II* e IV**. Outro fator que merece destaque refere-se ao tamanho grande dos desenhos em duas categorias, considerando que no estádio IV** é comum o exagero no tamanho para enfatizar algo para o observador (quem solicita o desenho). Alguns elementos constitutivos representados nesta faixa etária foram semelhantes aos da faixa etária anterior (**7-8 anos**) em especial no que diz respeito à presença de elementos do ambiente hospitalar e na indicação do local dolorido/doente. Neste grupo etário evidenciou-se também a presença de pormenores nas figuras humanas, em especial nas categorias *Motivo da sua Hospitalização* e *Sentimentos durante a Hospitalização*. Também merece destaque a variação da representação das expressões faciais nas figuras humanas das diferentes categorias, demonstrando uma competência gráfica e artística mais desenvolvida relativa à expressão de sentimentos. As diferentes análises observadas em conjunto, permitem observar a presença de maior constância nas habilidades e competências de desenho dos participantes da faixa etária **9-10 anos**, quando comparados aos participantes de 5-6 e 7-8 anos, indicando maior regularidade das mesmas com o avanço da idade. Através dos desenhos do participante C-13Duarte (Apêndice L), de 10 anos, é possível observar estas características.

6.3.4 Análise geral dos desenhos no grupo etário de 11-12 anos

A análise do desenvolvimento das competências de desenho deste grupo etário, apresentadas na Tabela 1, evidenciou a manutenção e predominância de características do estágio II* em todas as categorias, porém, um dos participantes de 12 anos evidenciou características do estágio III* (Realismo Visual) em todas as categorias. Este estágio demonstra o desenvolvimento de habilidades que revelam a preocupação em respeitar as proporções das figuras, bem como da integração do espaço topológico. Neste estágio há o início da conduta de mira, que representa a tentativa da criança em submeter o desenho dos objetos à visão de conjunto. Também ocorre o início do desenho tridimensional e dos planos mais profundos e sobrepostos. Em relação à análise da expressão artística e do desenvolvimento cognitivo, os desenhos dos participantes demonstraram a manutenção e predominância de características do estágio IV** em todas as categorias, porém, também observou-se em todas as categorias, a presença dos estágios III** e V** (Realismo) que caracteriza-se por desenhos do que a criança percebe ser os elementos reais. Ocorre o início da utilização da perspectiva e o uso mais acurado da cor. Os desenhos desse estágio evidenciam menor tendência ao pensamento egocêntrico, pois incluem sentimentos e idéias de outras pessoas. A análise gráfica, indicada na Tabela 5, revelou variação no uso de cores vivas, pálidas e do lápis preto, em especial nas categorias *Desenho Livre*, *Pessoa no Hospital* e *Motivo da sua Hospitalização*. Nas demais categorias *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* ocorreu a tendência de desenhos com cores pálidas e ausência de cor (lápis preto). Observou-se a presença de formas precisas, que foram representadas através de traços uni/bidimensionais nas categorias *Desenho Livre* e *Pessoa no Hospital* e de apenas traços bidimensionais nas demais categorias. Ainda em relação à forma, observou-se o uso de régua/molde nos desenhos das categorias *Desenho Livre*, *Pessoa no Hospital*, *Motivo da sua Hospitalização* e *Sentimentos durante a Hospitalização*. O traço utilizado nos desenhos foi frequentemente firme, mas ocorreu a presença de traço forte nas categorias *Desenho Livre*, *Pessoa no Hospital* e traço fino na categoria *Profissional da Equipe de Saúde*. Nas demais categorias ocorreu oscilação entre traços finos e fortes. Os desenhos foram realizados em tamanho grande na categoria *Desenho Livre*; tamanho médio na categoria *Pessoa no Hospital* e nas demais categorias, o tamanho dos desenhos ocupou ¼ da folha. As figuras humanas foram representadas com expressão facial feliz e com os olhos abertos em todas as categorias, com exceção da categoria *Pessoa no Hospital*, que evidenciou a presença de expressão

facial vazia. Ressalta-se que na categoria *Motivo da sua Hospitalização*, também ocorreu a presença de expressão facial infeliz e na categoria *Sentimentos durante a Hospitalização* ocorreu também a expressão facial vazia. Os elementos constitutivos comuns aos desenhos de todas as categorias foram roupas e cabelos/penteado nas figuras humanas. Nas categorias *Pessoa no Hospital*, *Sentimentos durante a Hospitalização* e *Profissional da Equipe de Saúde* ocorreu a presença de elementos do ambiente hospitalar (maca, cama, soro, suporte do soro, termômetro), além disso, na categoria *Motivo da sua Hospitalização* ocorreu a representação de sintomas e/ou local dolorido/doente. Na categoria *Desenho Livre* ocorreu a presença de elementos constitutivos da natureza (sol, nuvens e pássaros) e também a ocorrência de animismo. A postura das figuras humanas variou em todas as categorias, sendo que na categoria *Desenho Livre* as figuras foram representadas em pé ou sentadas; na categoria *Pessoa no Hospital*, as figuras humanas foram retratadas na posição deitada; na categoria *Motivo da sua Hospitalização* as pessoas foram representadas em pé; na categoria *Sentimentos durante a Hospitalização* a postura das figuras humanas oscilou entre as posturas em pé ou deitadas e na categoria *Profissional da Equipe de Saúde* as pessoas foram retratadas em pé ou “flutuando”.

A síntese das evidências encontradas nos desenhos do grupo etário de **11-12 anos** indica a presença de características dos estádios de desenvolvimento de competências de desenho, assim como dos estádios de expressão artística e desenvolvimento cognitivo comuns às crianças nesta faixa etária, porém, o que verifica-se é a predominância de características mais frequentes em crianças com idades inferiores (6-9 anos). Mesmo considerando este fato, e da manutenção do estágio IV** em todas as categorias, não evidenciou-se a presença de transparências nos desenhos, o que seria uma característica comum neste estágio. Outro dado observado foi a variação no uso da cor, oscilando entre cores vivas, pálidas e uso de lápis preto (ausência de cor). Ocorreu também neste grupo etário a utilização de régua/moldes para retratar as formas de modo mais preciso, além de uma forte tendência a desenhar as formas com traços bidimensionais. Os elementos constitutivos presentes denotaram pormenores das figuras humanas em relação ao gênero, além dos elementos presentes no ambiente hospitalar. Apesar da ocorrência de desenhos de um participante de 12 anos, com características do estágio V**, que evidenciou o uso de perspectiva e buscando o “efeito fotográfico”, observou-se a presença de animismo nos desenhos da categoria *Desenho Livre* de alguns participantes e das figuras “flutuando” na categoria *Profissional da Equipe de Saúde*, sendo que

estas características são mais freqüentes em desenhos de crianças com idades inferiores. As características evidenciadas neste grupo etário podem ser apreciadas nos desenhos da participante C18-Larissa (Apêndice M), de 12 anos.

Conforme apresentado nas Tabelas 2 a 5 através da análise gráfica dos desenhos das cinco categorias representadas nas diferentes faixas etárias, propõem-se a seguir a descrição e análise de cada categoria nas diferentes faixas etárias em conjunto.

6.3.5. Categoria Desenho Livre

Na categoria *Desenho Livre* ocorreu, de modo geral, a presença de temas desenhados referentes a eventos caracterizados predominantemente com cores vivas, sendo que o uso da cor apresentou variação (palidez e ausência de cor) nos desenhos dos participantes com mais idade. Em relação à forma, observou-se alguma imprecisão nos desenhos das crianças mais jovens e o uso da régua/moldes nos desenhos das crianças maiores. Os traços foram firmes e fortes em todas as idades, assim como a tendência para expressá-los de forma uni/bidirecional. Nesta categoria, ocorreu a predominância, nas diferentes idades, de desenhos em tamanho grande e as figuras humanas apresentaram em sua maioria, a expressão facial feliz, com os olhos desenhados abertos. Os elementos constitutivos mais comuns foram referentes à natureza (sol, nuvens, pássaros), com a presença de animismo em algumas idades (7-8 e 11-12 anos). A postura das figuras humanas foi representada predominantemente em pé e “flutuando” (5-6 e 9-10 anos) e a transparência ocorreu apenas nos desenhos das crianças mais novas (5-6 e 7-8 anos). Algumas destas características podem ser observadas ao longo das diferentes idades nesta categoria (Apêndice N).

6.3.6. Categoria Pessoa no Hospital

Na categoria *Pessoa no Hospital* ocorreu a representação nas diferentes idades, de desenhos com ausência de cores ou cores pálidas. Em relação à forma, observou-se de modo semelhante à categoria *Desenho Livre*, alguma imprecisão nos desenhos das crianças mais jovens e o uso da régua/moldes nos desenhos das crianças maiores. Os traços foram firmes e fortes em todas as idades, assim como a tendência para expressá-los de forma uni/bidirecional. O tamanho dos desenhos variou em relação à idade, pois nos desenhos das crianças menores (5-6 e 7-8) foi comum a representação de desenhos que ocuparam $\frac{1}{4}$ da folha,

enquanto que nos desenhos das crianças maiores (9-10 e 11-12) a tendência foi de desenhos em tamanho médio. As figuras humanas foram representadas mais freqüentemente com a expressão facial indefinida, vazia ou infeliz. As crianças mais novas representaram os personagens com ausência de roupas, porém nas demais idades, as roupas e os cabelos/penteado foram elementos constitutivos comuns. A presença de elementos do ambiente hospitalar (cama ou maca, soro e suporte do soro) foi evidenciada a partir das idades entre 7-8 anos, não sendo observada nos desenhos das crianças menores. A representação da postura das figuras humanas foi predominantemente deitada, ocorrendo nas idades de (7-8 e 9-10) a representação de pessoas na postura em pé. A transparência ocorreu nos desenhos das crianças com idades entre (5-10 anos), sendo que nas idades (11-12 anos) não ocorreu. As figuras referentes a esta categoria nas diferentes idades encontram-se no (Apêndice O).

6.3.7. Categoria Motivo da sua Hospitalização

Os desenhos referentes à categoria *Motivo da sua Hospitalização* evidenciaram nas diferentes idades a presença de cores variadas, pois para as crianças menores, ocorreu o uso de cores vivas, já entre (7-10 anos) observou-se a tendência de uso do lápis preto (ausência de cor) e as crianças maiores utilizaram a cor em diversas modalidades (vivas, pálidas e apenas o lápis preto). Em relação à forma, semelhante à categoria *Pessoa no Hospital*, ocorreu a presença de algumas imprecisões nos desenhos das crianças menores e o uso da régua/molde por parte das crianças maiores. Os traços dos desenhos desta categoria apresentaram variação em relação às idades, sendo que nos desenhos das crianças com idades entre (5-8 anos) o traçado foi firme e forte. Já para o grupo etário (9-10 anos) os traços utilizados foram firmes e muito fortes, porém, com o grupo de crianças maiores (11-12 anos) ocorreu a presença de traços firmes, fortes e finos. A representação dos traços foi predominantemente uni/bidirecional no grupo etário (5-10 anos), sendo que nas idades entre (11-12 anos) os desenhos foram bidimensionais. O tamanho dos desenhos variou sendo observado no grupo de crianças com idades entre (5-6 e 11-12 anos) a presença de desenhos que ocuparam $\frac{1}{4}$ da folha; já o grupo de crianças com idades entre (7-10) anos elaborou desenhos em tamanho médio. As figuras humanas no grupo etário (5-8 anos) apresentaram expressão facial feliz (boca desenhada com traço ascendente) e para o grupo etário (9-12 anos) ocorreu a presença de algumas figuras com expressão facial feliz e

algumas com expressão facial infeliz (boca desenhada com traço descendente). Os elementos constitutivos presentes nos desenhos mais comuns foram os referentes aos pormenores nas figuras humanas (orelhas, dedos/unhas, cabelos/penteado, inclusão de outras pessoas) e na indicação de sintomas visíveis, ferimentos e locais doloridos/doentes, que esteve presente em todos os diferentes níveis etários. A postura das figuras humanas foi representada no grupo etário de (5-8) por personagens deitados, “flutuando” ou em pé. Já o grupo de crianças maiores retratou os personagens em pé ou sentados. Ocorreu transparência apenas nos desenhos das crianças com idades entre (5-10 anos). Os desenhos dos participantes que evidenciam algumas características desta categoria ao longo das diferentes idades encontram-se no (Apêndice P).

6.3.8. Categoria Sentimentos durante a Hospitalização

Na categoria *Sentimentos durante a Hospitalização* observou-se o uso de cores vivas nos desenhos das crianças menores, sendo que no grupo etário (7-10 anos) ocorreu a ausência de cor, característica também observada entre os participantes com idades (11-12 anos), porém, nesse grupo também ocorreu a presença de cores vivas e pálidas. Nesta categoria, os participantes das diferentes idades realizaram desenhos sem alteração da forma, sendo evidenciado no grupo de crianças maiores, o uso de régua/molde para elaborar os desenhos. De forma semelhante à ocorrida na categoria *Motivo da sua Hospitalização* observou-se a presença de traços firmes e fortes nas idades entre (5-6 e 7-8 anos), sendo que nas idades (9-10 anos) observou-se a presença de traços muito fortes e nas idades (11-12 anos) ocorreu a variação de traços firmes, fortes e finos. Os desenhos foram elaborados com traços uni/bidimensionais para as idades de (5-10 anos) e apenas as crianças maiores (11-12 anos) elaboraram desenhos bidimensionais nesta categoria. As figuras humanas foram retratadas com expressões faciais felizes nas idades entre (5-8 anos), mas nas idades (9-12 anos) ocorreu variação da expressão facial, com alguns desenhos esboçando expressão vazia e outros retratando expressão feliz, porém, as figuras em todas as idades foram elaboradas com os olhos abertos. Os elementos constitutivos comuns às diferentes idades foram alguns pormenores nas figuras humanas (olhos/cílios, roupas e cabelos/penteado), sendo que nas idades entre (7-12 anos) observou-se a presença de elementos do ambiente hospitalar (soro, suporte do soro, tala, termômetro). As figuras humanas foram retratadas nas idades (5-6 e 9-10 anos) na postura em pé,

sendo que para as idades (7-8 e 11-12 anos) a postura dos personagens variou entre a posição deitada ou em pé. A transparência nos desenhos ocorreu apenas nas idades (5-6 anos e 9-10 anos). As figuras que ilustram algumas características desta categoria nas diferentes idades encontram-se no (Apêndice Q).

6.3.9. Categoria Profissional da Equipe de Saúde

Na categoria *Profissional da Equipe de Saúde*, os desenhos evidenciaram ao longo das diferentes idades o uso de cores pálidas ou de ausência de cor. As formas dos desenhos das crianças menores (5-6 anos) apresentaram algumas imprecisões e nas demais idades as formas foram precisas. Os traços utilizados nos desenhos das crianças entre (5-8 anos) foram firmes e fortes; já nas idades (9-10 anos) foram muito fortes e firmes; no grupo de crianças com idades (11-12 anos) observou-se a o uso de traços firmes e finos. Ocorreu a tendência de desenhos uni/bidimensionais nas idades (5-8 anos) e desenhos bidimensionais apenas entre (10-12 anos). Os tamanhos dos desenhos variaram em relação às idades, sendo observado que as crianças com idades (5-6 e 11-12 anos) apresentaram a tendência a realizar desenhos ocupando entre $\frac{1}{4}$ da folha e meia folha. Já as crianças entre (7-8 e 9-10) realizaram desenhos de tamanho médio à grande. As figuras humanas foram representadas com expressões faciais variando entre feliz e vazia. Os elementos constitutivos comuns foram alguns pormenores da figura humana (cabelos/penteado, detalhes do rosto, sobrancelhas), inclusão de outras pessoas, uniforme e crachá dos profissionais e ainda, as crianças a partir de 7 anos incluíram em seus desenhos, elementos do ambiente hospitalar (estetoscópio, bandeja, seringa). As figuras humanas foram retratadas nas idades (5-6 e 9-10 anos) na postura em pé, porém, as crianças com idades (7-8 e 11-12 anos) desenharam os personagens variando a postura em pé e “flutuando”. Ocorreu transparência apenas nos desenhos das crianças com idades (5-6 e 9-10 anos). Algumas características desta categoria podem ser observadas nas diferentes idades no (Apêndice R).

6.3.10. Análise Geral dos Desenhos

De modo geral verificou-se a manutenção dos níveis de desenvolvimento de desenho na perspectiva de Luquet (Piaget & Inhelder, 1981/1993; Fontana & Cruz, 1997; Meredieu, 1974/1999 e Valladares & Carvalho, 2006), nas 5 categorias de desenhos, com

exceção das crianças que apresentaram algumas características regredidas em suas habilidades gráficas, mais especificamente (C2-Luca, 5 anos; C4-Benicio, 6 anos; C5-Geraldo, 6 anos; C7-Ricardo, 7 anos; C15-Emilia, 11 anos e C17-Paulo, 12 anos). Evidenciou-se que para a maioria dessas crianças citadas ocorreu o empobrecimento dos desenhos que representaram a hospitalização.

Para as demais crianças ocorreu a manutenção dos níveis de competência de desenho, reproduzindo as ações que vivenciaram e os espaços onde as mesmas foram realizadas, demonstrando a influência das mediações sociais e culturais e confirmando o conceito de Realismo Intelectual que confere aos desenhos a perspectiva de que a criança centra-se essencialmente no mundo que conhece, representando graficamente não o que vê, mas aquilo que sabe sobre as coisas. Com o avanço da idade, observou-se a presença de elementos mais desenvolvidos nas competências de desenho entre as crianças maiores (11-12 anos) em especial, em uma criança de 12 anos (C17-Paulo), que apresentou habilidades características do Realismo Visual, indicando a representação do objeto de acordo com a sua aparência, reproduzindo a realidade através de uma perspectiva mais crítica, com esquemas mais completos.

Os estádios de expressão artística de Malchiodi (Malchiodi et al., 2003; Looman, 2006 e Dias, 2008) sugerem que as crianças também de modo geral, apresentaram constância nos níveis de expressão artística dos desenhos nas 5 categorias, com exceção de (C2-Luca, 5 anos; C4-Benicio, 6 anos; C5-Geraldo, 6 anos; C6-Giulia, 7 anos; C10-Monica, 8 anos; C14-Pedro, 10 anos; C16-Luis, 11 anos; C17-Paulo, 12 anos e C20-Rodrigo, 12 anos). Contudo, é possível observar que para as crianças C6-Giulia, 7 anos, C16-Luis, 11 anos e C17-Paulo, 12 anos, as categorias de desenhos referentes à hospitalização apresentaram habilidades de desenho mais desenvolvidas. Para as demais crianças citadas, os desenhos das categorias referentes à hospitalização expressaram habilidades de estádios de expressão artística menos desenvolvidos, quando analisadas em conjunto.

Ao relacionar os estádios de expressão artística e os níveis de desenvolvimento cognitivo de Piaget (Skybo, Ryan-Wenger, 2007, observou-se que as crianças menores (5-6 anos) apresentaram características do estágio de desenvolvimento cognitivo pré-operacional, utilizando-se de representações de formas humanas e esquemas precoces para expressarem seus pensamentos, sendo que algumas apresentaram características do estágio operatório-concreto, indicando a transição para um nível mais desenvolvido em todos os desenhos, com exceção dos

que representaram a situação de hospitalização. Esse dado permite a reflexão de que mesmo crianças com idades inferiores, podem apresentar maiores habilidades em alguns domínios e menores em outros. Os desenhos são aqui entendidos como formas de significar as experiências vividas, expressando os aspectos emocionais e cognitivos envolvidos nesse processo.

Todas as crianças com idades entre (7-8 anos) expressaram claramente as habilidades do nível operatório-concreto, pois os desenhos refletiram a presença do desenvolvimento de um esquema visual, com exceção de apenas uma criança de 7 anos (C7-Ricardo), a qual pode-se inferir, que ainda não tivesse alcançado a transição entre o nível pré-operacional e o operatório-concreto, pois suas habilidades foram as mesmas nos diferentes desenhos solicitados.

As crianças com idades entre (9-10 anos) apresentaram habilidades específicas do estágio operatório concreto em todos os desenhos, indicando a presença de esquema visual, sendo que apenas uma criança de 9 anos (C11-Nuno) apresentou habilidades comuns às encontradas no estágio pré-operacional nos desenhos que representavam a pessoa no hospital e os sentimentos durante a hospitalização, o que pode sugerir que os aspectos emocionais da experiência de hospitalização tenham sido suscitados pelos temas dos desenhos, manifestando significações com expressões gráficas mais regredidas. Porém, nos demais temas observou-se a presença de habilidades mais desenvolvidas, dessa forma, não sugere-se a transição entre um nível e outro, mas aquilo que Joyce-Moniz e Barros (2005) nomearam de “desfasamento”, compreendido como uma incoerência entre uma atribuição e outra, ou entre um raciocínio e outro em função de determinantes vários que podem estar relacionados ou não com as circunstâncias em que a pessoa se encontra, como por exemplo a hospitalização.

Entre as crianças com idades entre (11-12 anos) observou-se que a maior parte do grupo apresentou características do estágio operatório-concreto através de um esquema visual, com duas exceções, sendo que uma delas foi representada por uma criança de 12 anos (Rodrigo), que apresentou características do nível pré-operacional em todos os desenhos, indicando talvez uma imaturidade referente ao seu desenvolvimento cognitivo. A isso se soma a informação de que essa criança freqüentava a 4ª série do Ensino Fundamental, contrariando a adequação idade/série esperada para 12 anos, que seria a 5ª ou 6ª séries do Ensino Fundamental. Neste sentido, Piaget refere que embora a ordem dos estágios de desenvolvimento cognitivo seja invariável,

existem diferenças individuais em termos de velocidade com a qual as crianças atravessam a seqüência de estágios, por este motivo é que as idades são apenas uma referência média, pois algumas crianças atingem um nível mais cedo e outras consideravelmente mais tarde (Newcombe, 1999). A outra exceção foi uma criança de 12 anos (C17-Paulo) que apresentou características do estágio operatório-concreto através de desenhos com esquema visual em todos os seus desenhos, indicando a presença de uma perspectiva menos egocêntrica e mais realista e sugerindo habilidades mais desenvolvidas e próximas do conceito das operações formais.

Em relação aos critérios da análise gráfica (Fávero & Salim, 1995), os desenhos do grupo de (5-6 anos) demonstraram um menor investimento em relação a cores, traçado, forma, detalhes da figura humana e elementos constitutivos na representação da pessoa no hospital, que foi desenhada deitada e sozinha, **sugerindo a concepção da criança frente aos sentimentos de restrição, vulnerabilidade e falta de controle provocados pela doença e hospitalização.** O mesmo fato ocorreu nos desenhos representativos do motivo de sua hospitalização, dos seus sentimentos e do profissional da equipe que prestou atendimento, onde se observou uma freqüência maior da inclusão de elementos constitutivos variados, como a indicação de ferimentos no corpo ou locais doloridos, a presença de elementos do uniforme da equipe de saúde, detalhes referentes ao rosto e às mãos e inclusão de outras pessoas, evidenciando a necessidade da criança pequena dar vazão à expressão dos sentimentos e idéias referentes ao evento da hospitalização.

O grupo etário de (7-8 anos) **fez uso mais restrito de cores**, com uma tendência ao uso do lápis preto. Talvez pela entrada na escola formal, as atividades de desenho tornam-se menos livres do que no período pré-escolar, sendo mais freqüente a utilização do lápis grafite para a elaboração e treino de atividades acadêmicas. Todas as categorias de desenhos evidenciaram a presença de figuras humanas com expressão facial feliz, mesmo na situação da criança (C10-Monica, 8 anos) que encontrava-se em isolamento e desenhou o profissional de máscara e sorrindo. Observou-se também a presença de elementos constitutivos comuns em todas as categorias, caracterizados pelas roupas e cabelos/penteado das figuras humanas. Também se observou a presença de elementos do ambiente hospitalar, ocorrendo a representação de ferimentos ou sintomas visíveis. Tais características esboçam que a representação das figuras humanas não variou em termos de expressão facial, não evidenciando uma experiência tão perturbadora quanto para

as crianças menores, pois a condição de hospitalização foi expressa com um pouco mais de autonomia do que nas idades anteriores, visto que as figuras humanas foram desenhadas na posição em pé, de forma mais freqüente.

Para as crianças com idades entre (9-10 anos) os desenhos de todas as categorias **não apresentaram alteração da forma**, sendo realizados com traços firmes e fortes, porém com **ausência de cor**. As expressões faciais das figuras humanas foram representadas com variações nas diferentes categorias, pois se observou a presença de expressão facial feliz e vazia nos desenhos, destacando-se que nos desenhos referentes ao motivo da hospitalização e da pessoa no hospital também ocorreu a presença de expressão facial infeliz. Tais indicadores reforçam a idéia de que muitas crianças percebem o evento da internação hospitalar como uma situação negativa, contudo estes fatores devem ser avaliados considerando aspectos como: o que motivou a hospitalização da criança, formas de tratamento e duração da hospitalização.

O grupo de crianças na faixa etária entre (11-12 anos) fêz uso de cores vivas, pálidas e do lápis preto. As figuras humanas foram representadas **com expressão facial feliz** e com os olhos abertos em todas as categorias, com exceção da representação da pessoa no hospital e dos sentimentos durante a hospitalização que evidenciou a presença de **expressão facial vazia**. Os elementos constitutivos presentes **denotaram pormenores das figuras humanas em relação à gênero**, além dos elementos presentes no ambiente hospitalar, o que podem estar relacionados a aspectos comuns à puberdade.

Os desenhos do tema que envolve a hospitalização e os sentimentos derivados dela indicaram de modo geral nas diferentes faixas etárias, que **estar hospitalizado remete à sensação de tristeza, vulnerabilidade e solidão**. Além disso, a expressão facial vazia observada em vários desenhos sugere os aspectos que a literatura cita referente à **sensação de despersonalização, fragilidade e falta de autocontrole**.

A reflexão de tais dados propõem ainda inferir que para as crianças menores, essa experiência representa um **sofrimento que se torna evidente pelo empobrecimento de suas capacidades gráficas**. Para as crianças maiores, a experiência é representada por **sentimentos depressivos e de vulnerabilidade**, sendo que as crianças com idades intermediárias a esses dois grupos parecem representar a situação de forma mais **leve e positiva**.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com a doença e a hospitalização na infância tem sido apresentada pela literatura através da perspectiva desenvolvimentista nos últimos trinta anos, enfatizando-se a importância do conhecimento das diferentes características cognitivas, emocionais e sociais das crianças ao longo de cada momento evolutivo e a sua relação com o processo de compreensão e significação. Somado a isso, as contribuições sobre a importância de se considerar o contexto hospitalar não apenas como um ambiente de restrição e conseqüências negativas ao desenvolvimento infantil mobilizou novos enfoques que integrassem a perspectiva ecológica, visto que a mesma possibilita a inclusão dos diferentes microsistemas a que a criança está exposta e propõe medidas que atenuem o impacto que a hospitalização pode acarretar às crianças e suas famílias.

Nesse sentido, os pressupostos epistemológicos da complexidade, possibilitaram considerar de forma integradora as diversas descrições individuais, familiares e sociais que cercam o processo de construir significações sobre a doença e a hospitalização infantil, procurando compreender as inter-relações que são provenientes de diferentes olhares e que representam a complexidade em torno deste fenômeno que não pode ser explicado somente por uma única perspectiva causal. Desse modo, o reconhecimento das experiências subjetivas e particulares conferem um desafio maior ao pesquisador que se defronta com a necessidade de ir além do que está impresso no discurso verbal, para, através de outras possibilidades metodológicas, apreender a realidade das pessoas ali implicadas. Essa postura mostra-se coerente na análise de um fenômeno tão difundido na Política Nacional de Humanização Hospitalar, que considera o protagonismo dos usuários no cotidiano do cuidado de crianças e acompanhantes no cenário hospitalar. Nessa perspectiva, almeja-se superar o reducionismo biológico que se centra na doença e não no doente, pois as crianças e seus acompanhantes precisam ser vistos em sua multiplicidade de características, como seres em desenvolvimento, que possuem necessidades e, portanto, pertencem a uma complexa teia de interdependências. Assim, os resultados encontrados, apreciados em conjunto e de forma integrada, possibilitaram a percepção da hospitalização na infância imbricada numa trama relacional que sustenta as bases para a construção de intervenções nessa perspectiva.

Em relação aos conhecimentos sobre saúde, doenças, hospitalização e tratamentos em geral, as significações das crianças, permitiram observar que essas concebem saúde como um estado onde há a ausência de doenças, sendo caracterizada por comportamentos de saúde, evitação de comportamentos de risco e consulta regular ao médico/hospital para tomar remédios. A saúde também foi relacionada à sensação de bem estar, energia e alegria associadas ao brincar. Observou-se também que as crianças identificaram as doenças através de sinais e sintomas funcionais observáveis ou não e por intermédio das informações prestadas pelos adultos, sendo as causas das doenças relacionadas à comportamentos de risco à saúde, contágio e contaminação. Algumas crianças associaram a causalidade a problemas congênicos ou hereditários, e à acidentes e eventos inevitáveis, indicando que todas as crianças são vulneráveis às doenças.

Em relação à dimensão preventiva, as crianças referiram-se à realização de comportamentos de saúde e evitação de comportamentos de risco, contágio ou contaminação, além das vacinas e remédios associadas às consultas regulares ao médico. A definição do hospital foi elaborada pelas crianças a partir da descrição física da instituição, dos locais onde ficam os doentes e os serviços prestados, indicando as funções referentes à tratar e fazer as crianças melhorarem. Além disso, o hospital foi descrito como um local onde é possível brincar e aprender coisas novas. As causas da hospitalização foram citadas pelas crianças como referentes à presença de sintomas intensos e duradouros e à necessidade de diagnóstico e procedimentos que não pode ser realizados no ambiente doméstico. De forma geral, as crianças mencionaram que a prestação de cuidados nos hospital é realizada pela família e os profissionais da equipe, sendo que as funções de médicos e enfermeiros foram citadas sem diferenciação pelas crianças, atribuindo a ambos a realização de procedimentos da enfermagem. As crianças também referiram com maior frequência a função de conversar ao médico. Em relação à melhora, as crianças atribuíram de forma indiferenciada a remissão de sintomas através da realização de exames, cirurgias e medicamentos, sendo que algumas crianças descreveram as funções dos mesmos.

Na perspectiva dos acompanhantes, o conceito de saúde de crianças foi construído através de significações que consideram a realização de comportamentos de cuidados com a saúde e da evitação de comportamentos que a coloquem em risco. Dessa forma, a manutenção da saúde relaciona-se à responsabilização do sujeito com hábitos que promovam o bem estar físico e psicológico. Os pais também foram

citados como responsáveis em garantir a saúde de seus filhos, a partir de práticas que considerem as necessidades e cuidados que devem ser direcionados às crianças. Em contrapartida, a doença também foi relacionada como uma situação que pode ocorrer a qualquer criança, sendo associada a comportamentos de risco para a saúde, além dos eventos externos como contágio, contaminação e eventos climáticos. Os eventos internos como problemas congênitos/hereditários e causas psicológicas e a ausência de cuidados parentais também foram referidas como causalidades explicativas das doenças em geral nas crianças.

A prevenção das doenças na infância para os acompanhantes, seguiu a mesma linha de significações que incluem comportamentos de evitação dos excessos e riscos e da realização de comportamentos positivos para a saúde, além de receber cuidados parentais adequados e realizar acompanhamento médico freqüente. Destacou-se ainda a significação da hospitalização como um evento relacionado à necessidade de tratamento de sintomas graves e intensos que não podem ser realizados no ambiente doméstico, sendo o hospital reconhecido como um local que ao mesmo tempo trata e impõe sofrimento pela restrição e isolamento da criança do seu ambiente familiar. O tratamento das doenças em geral por sua vez, foi descrito através de significações que consideram a utilização de medicamentos que promovem a melhora juntamente com a presença da mãe próxima à criança, pois, a relação mãe-filho auxilia a neutralização do sofrimento gerado pela hospitalização.

A caracterização da doença e da hospitalização para as crianças evidenciou como um todo, que em relação aos conhecimentos sobre sua doença e hospitalização, as crianças identificaram a doença que estão vivenciando através de sinais e sintomas funcionais observáveis ou não, de modo semelhante às doenças em geral. Os conhecimentos sobre a sua doença foram adquiridos através da experiência prévia com doenças e sintomas, ou da observação de sintomas de familiares. Algumas crianças também referiram que obtiveram informações através de explicações dos adultos (família e profissionais da saúde). As causas para sua doença foram atribuídas à realização de comportamentos de risco à saúde, eventos inevitáveis e herança familiar, sendo que as causas para sua hospitalização foram associadas à realização de comportamentos de risco, bem como à presença de sintomas funcionais observáveis e não observáveis de forma intensa e duradoura, além da necessidade de realizar procedimentos específicos e exames. O tratamento foi referido através do uso de medicamentos e procedimentos, sendo que a noção de duração da internação variou de acordo com a idade das crianças.

A experiência de acompanhar a doença e a hospitalização de uma criança, representou um evento cujas significações indicam que a identificação da doença atual da criança ocorreu para o acompanhante, por meio da observação de sinais e sintomas intensos que não respondem positivamente aos tratamentos realizados no ambiente doméstico e na rede básica de saúde, além da designação dos nomes das doenças que representam uma forma de lidar com a ansiedade do desconhecimento do diagnóstico. Os conhecimentos sobre a doença da criança que estavam acompanhando foram obtidos a partir da experiência prévia com doenças e sintomas de outras crianças ou em decorrência das próprias experiências com doenças. Além disso, as explicações fornecidas pelos profissionais da área da saúde também foram indicadas como formas de obtenção dos conhecimentos acerca da doença, demonstrando o médico como o profissional que traduz aos acompanhantes as implicações dos sinais e sintomas observados. A causalidade da doença da criança foi atribuída à significações semelhantes às observadas nas doenças em geral, em termos de comportamentos de risco, contaminação/contágio e eventos climáticos, no entanto, na doença desenvolvida pela criança alguns participantes apresentaram ausência de respostas e os demais acompanhantes não indicaram a falta de cuidados parentais e as causas psicológicas citadas como fatores causais das doenças em geral, como possíveis causas do adoecimento da criança, evidenciando atribuições que os isentariam de sentimentos culpabilizantes. As causas da hospitalização foram associadas à presença de sintomas funcionais observáveis e intensos que necessitam ser tratados por profissionais habilitados, pois as práticas utilizadas no ambiente doméstico ou na rede básica de saúde não levaram à remissão dos sintomas. A necessidade de realizar procedimentos específicos, como exames e tratamentos, bem como receber o diagnóstico também foram citados como fatores causais da hospitalização da doença atual da criança. Os acompanhantes também referiram que, em parte concordam e confiam no tratamento conduzido pela equipe, pois o mesmo evidenciou a melhora dos sintomas da criança e em parte discordam e têm dúvidas sobre a condução do tratamento pela ausência de diagnóstico ou pela falta de esclarecimentos sobre a conduta terapêutica adotada.

A análise das significações que as crianças atribuíram à vivência da doença e hospitalização indicou a presença de sentimentos positivos como a segurança, a esperança na melhora, à felicidade e bem estar, bem como de sentimentos negativos como a surpresa, o medo, a raiva, a ansiedade, o desejo de fugir e a saudade de casa e da escola. Entre as

experiências positivas relatadas, os procedimentos invasivos e dolorosos, o afastamento de casa e as restrições de locomoção e alimentação foram os mais citados. Já as experiências positivas foram relativas a receber cuidados, conversar e interagir com a equipe, realizar atividades físicas e lúdicas e ter a companhia da mãe. Em relação ao enfrentamento da hospitalização, as crianças relataram a utilização de comportamentos facilitadores, como brincar, conversar, assistir TV, não sendo evidenciados comportamentos não facilitadores à adaptação ao ambiente hospitalar. As crianças ainda referiram que em relação às informações sobre a hospitalização que devem ser repassadas às crianças, a explicação sobre os procedimentos médicos e de enfermagem, bem como as atividades permitidas ou restritas deveriam estar presentes. Além disso, citaram que a informação sobre a presença de brinquedos no hospital e de profissionais bons e competentes também seria necessária. Em termos ideais, o hospital foi definido como um local com profissionais qualificados, atenciosos e que possui recursos para atender a todas as crianças. Ainda foram citadas a presença de mais brinquedos e a ausência de restrições alimentares e de brincadeiras.

Já a vivência da hospitalização para os acompanhantes, demonstrou a presença de informações sobre o funcionamento do hospital consideradas em parte suficientes e em parte incompletas, destacando a ausência de uniformidade e padronização dos procedimentos explicativos aos acompanhantes. Os sentimentos manifestados durante o período de acompanhamento da criança hospitalizada refletiram a presença de mais significações associadas a sentimentos negativos, como preocupação, medo, sofrimento, tristeza, do que as associadas a sentimentos positivos de estar com a criança, acolhimento e alívio. Destacou-se também as mudanças observadas pelos acompanhantes durante a hospitalização, sendo que a situação de afastamento da casa, família e trabalho foi a mais citada, seguida da percepção de uma maior valorização da criança por parte dos acompanhantes. A experiência da hospitalização foi referida através de significações negativas como presenciar o sofrimento da criança, aguardar o diagnóstico e a reação ao tratamento, desconforto físico e o afastamento da casa, família e trabalho. Os acompanhantes também relataram a experiência da hospitalização através de significações positivas como a possibilidade de estar com a criança e acompanhar o tratamento, constatar a melhora da criança e receber um bom atendimento da equipe de saúde. As estratégias utilizadas para enfrentar a hospitalização foram observadas a partir de comportamentos facilitadores como conversar com os outros acompanhantes e realizar

atividades que ocupem o tempo e relaxem, como assistir TV, ler e fazer trabalhos manuais. A instituição hospitalar ideal foi sinalizada pelos acompanhantes como aquela que possui recursos que ofereçam atendimento eficaz e imediato, sem diferenciar as pessoas pelo nível sócio-econômico.

Destacou-se ainda, as atribuições das crianças referentes à relação estabelecida com a equipe de saúde do hospital, evidenciando que na interação com os profissionais, as crianças sinalizaram a transmissão de segurança, apoio e encorajamento através de brincadeiras e carinho por parte da equipe. Algumas crianças referiram que receberam informações claras sobre os procedimentos realizados, outras alegaram não ter recebido informações ou não ter orientações claras sobre o que seria realizado pela equipe. As crianças ainda mencionaram que os profissionais buscavam o controle de sintomas dolorosos e desagradáveis através de medicamentos sempre que solicitados. Em relação ao atendimento ideal, as crianças sinalizaram algumas qualidades atribuídas aos médicos como utilizar componentes lúdicos, ser gentil, conversar, não realizar procedimentos dolorosos e não impor restrições. Já as qualidades atribuídas aos enfermeiros, indicaram atribuições semelhantes aos médicos (brincar, ser gentil, conversar), sendo incluídas a calma na realização dos procedimentos e a manifestação de satisfação profissional.

As relações experimentadas com a equipe de saúde do hospital pelo acompanhante, foram relatadas através de significações que retratam a presença de informações sobre os procedimentos e orientações quanto ao tratamento. Alguns acompanhantes relataram um contato restrito e impessoal com a equipe e outros referiram constrangimento e timidez na presença dos profissionais, porém, a maior parte dos acompanhantes manifestou que na sua relação com a equipe, assim como na relação da equipe com a criança, ocorreu a transmissão de apoio através de atitudes empáticas e expressão de disponibilidade por parte do profissional em prestar o atendimento. O controle dos sintomas desagradáveis e dolorosos foi relatado como uma atitude do profissional que reconhece as necessidades dos usuários. As qualidades atribuídas ao médico evidenciam que este profissional deveria apresentar habilidades comunicacionais para esclarecer o paciente infantil e seu acompanhante, checando se as informações fornecidas foram assimiladas, além disso, este profissional deveria ser gentil, atencioso, competente e realizar contatos menos breves e mais próximos. As qualidades referidas ao enfermeiro pelos acompanhantes, indicaram a necessidade deste profissional informar a criança e sua

família sobre os procedimentos que realiza, incentivando a participação do paciente em seus cuidados de saúde. Ainda entre as qualidades atribuídas ao enfermeiro, os acompanhantes citaram a utilização do componente lúdico no contato com a criança e a atitude gentil e atenciosa na prestação do serviço, visto que os participantes referiram que entre as qualidades desse profissional, estaria a demonstração de satisfação com o trabalho desempenhado.

A análise desenvolvimentista dos desenhos das crianças hospitalizadas possibilitou complementar a compreensão de que as crianças mais novas apresentaram significações que indicam maiores níveis de indiferenciação e ausência de conceitos, estabelecendo relações causais mais lineares e com explicações mágicas, que são características de crianças mais jovens, no entanto, algumas percepções mencionadas, bem como a qualidade e elementos dos desenhos indicaram a presença de regressão em suas habilidades, que poderiam estar relacionadas ao efeito do contato com os estressores do ambiente hospitalar. As crianças com idades mais avançadas apresentaram mais idéias auto-culpabilizantes, que poderiam estar associadas aos sentimentos de depressão e vulnerabilidade, porém também apresentaram um pensamento mais crítico sobre aquilo que consideraram importante na situação de hospitalização e na relação com os profissionais de saúde, com desenhos indicando pormenores e detalhes presentes nas relações desse contexto. As crianças com idades intermediárias apresentaram significações com menor grau de características negativas, evidenciado na observação de uma frequência menor de variações em seus desenhos, que expressaram que a hospitalização também pode ser compreendida como um momento que produz experiências positivas, indicado pelo uso das cores e da manutenção das habilidades gráficas em todos os desenhos, corroborando com a idéia de que o ambiente hospitalar também é um contexto de desenvolvimento para as crianças.

Com relação à importância que as redes sociais possuem no evento da doença e hospitalização da criança, observou-se que as relações familiares se mostraram como as mais citadas pelos acompanhantes, indicando o apoio e suporte que os membros dessa rede, em especial o pai, as tias e as avós, proporcionam aos acompanhantes e crianças. A análise dos relacionamentos de amizade mostrou que esta rede caracterizada por amigos e vizinhos, possui uma função importante principalmente no auxílio ao cuidado dos filhos e da casa daquele que precisa se ausentar para acompanhar uma criança no hospital. A rede de relações com a equipe de saúde evidenciou que os

acompanhantes valorizam o interesse e o cuidado que a equipe dispensa aos mesmos, indicando que na comunicação com o médico, existem lacunas relacionais, o que já não ocorre na relação com os enfermeiros. As relações no contexto do hospital indicaram que os profissionais da copa e da portaria representam uma importante fonte de apoio dentro do hospital, talvez por representarem pessoas que se comunicam com o acompanhante e a família de forma clara, gentil e acolhedora. As relações com outros serviços fora do hospital demonstraram que a figura do Pastor e dos “irmãos da igreja” proporcionam apoio através da manifestação do desejo de recuperação da criança por meio da crença religiosa, assim como os profissionais das Unidades Básicas de Saúde que realizaram o encaminhamento da criança para o hospital e auxiliaram na identificação da doença. Por fim, a presença dos chefes nas relações de trabalho e do professores, nas relações de estudo, que caracterizou-se como uma fonte de apoio através de condutas de solidariedade e compreensão, auxiliando o acompanhante a tornar possível sua permanência junto à criança durante a hospitalização.

O conjunto de resultados aponta também para a importância dos recursos metodológicos auxiliarem na escuta das significações dos participantes e nesse sentido observou-se que o acesso por meio das observações, entrevistas e desenhos possibilitou a obtenção de informações que se complementavam recursivamente, proporcionando maior riqueza de dados, pois o desenho permitiu que a criança representasse a sua realidade incluindo as suas significações de forma espontânea. A utilização do desenho seguido de conversa pode ser encarada, portanto, como uma interação lúdica, que fornece subsídios para a elaboração de dúvidas e transformação de expectativas.

A contribuição do estudo das significações sustenta-se na possibilidade da identificação de déficits comunicacionais no ambiente pediátrico, pois, quando se reconhece o que a criança e seus familiares pensam e sentem, é possível percebê-los melhor, o que por sua vez pode subsidiar as mudanças de perspectivas e práticas realizadas com essa população em contextos de saúde.

Nesse sentido, a capacitação do profissional que atua com crianças deve considerar os aspectos referentes ao desenvolvimento infantil, visto que mesmo as crianças pequenas têm conceitos e fantasias que podem ser mediados pelos adultos que prestam-lhes os cuidados. A explicação de forma apropriada sobre o que acontece no hospital é fundamental para que essas informações façam sentido para a criança e seu acompanhante, além disso, o profissional poderá acessar as significações por meio da verbalização e da expressão gráfica, no intuito

de checar se as informações prestadas aos envolvidos são adequadas e quais são os aspectos relacionais presentes.

A complementação das entrevistas com os mapas de rede, também proporcionou uma visão de conjunto das relações significativas para os acompanhantes no momento que enfrentam a hospitalização de uma criança, indicando o quanto a equipe de saúde pode ficar atenta às necessidades de apoio e ao que pode interferir na adaptação dos acompanhantes e crianças ao processo de hospitalização. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de estudos que acessem as significações sobre saúde, doença e hospitalização na perspectiva também dos profissionais, possibilitando que os mesmos sejam ouvidos quanto à sua percepção desses aspectos, o que poderia indicar a presença dos entraves e possibilidades de uma atuação que considera o usuário em sua integralidade.

O hospital, enquanto campo de pesquisa, possibilita o contato com dados muito ricos que advém da força contextual das unidades, das rotinas e dos serviços que são prestados neste ambiente. No entanto, também oferece limitações, seja pelas condições que se fazem necessárias à coleta de dados, seja pela própria dinâmica relacional que ali se estabelece.

O olhar dos profissionais de saúde sobre o hospital precisa ser ampliado, a fim de que esse contexto seja concebido efetivamente como um espaço de socialização e desenvolvimento, e assim, torne-se uma referência afetiva, além de técnica para a criança e seu acompanhante. Desse modo, o profissional precisa ser amparado tecnicamente para permitir a liberdade de escolha à criança, a fim de que se construa um ambiente acolhedor à ela e à sua família. Nesse sentido, cabe destacar que o hospital poderia ser estruturado considerando as necessidades infantis mais urgentes, relatadas de forma tão genuína pelas crianças da presente pesquisa, que indicaram que neste espaço deveria ter “*muita brincadeira! Palhaço todo dia...*” (C13-Duarte, 10 anos) ou “*brinquedo... um monte de brinquedo!*” (C3-Gustavo, 5 anos). As significações das crianças sobre o atendimento da equipe de saúde em um hospital, sugerem que o diálogo e a relação afetiva mediada pela atividade lúdica, representam o “ideal” de muitas delas, conforme ilustra a narrativa de Marcos, 12 anos:

M-como seria o melhor atendimento do mundo para crianças em um hospital?

C- conversa...

M- e o que mais?

C- brincadeira também

M- mais alguma coisa?

C- não, só isso! (C19-Marcos, 12 anos).

As reivindicações das crianças refletem que elas precisam ser encaradas pelos profissionais como sujeitos de direito, cujas significações e experiências são valorizadas. Dessa forma, o profissional precisa ser preparado em sua formação e durante a execução de suas práticas de cuidados, para decodificar a linguagem das crianças e se comunicar com elas considerando os aspectos implicados.

Também destaca-se que o profissional que acolhe e permite a expressão das significações do acompanhante da criança hospitalizada, pode ter acesso a modos mais adaptativos de contactar o paciente infantil, visto que os pais ou familiares, conhecem melhor as reações da criança e podem sinalizar esses aspectos para a equipe, que em contrapartida, pode orientá-los a respeito do desenvolvimento infantil, do processo de saúde e doença, favorecendo a ampliação e reestruturação de suas significações, e contribuindo para amenizar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento infantil.

8 REFERÊNCIAS

- Aguirre, J.A.B.; Urieta, M.V. & Gutierrez, R.R. (2002). Programa de preparação psicológica para cirurgia infantil: “Un día en el hospital”. *Bol.S.Vasco-Nav. Pediatr.* 36(2):59-62.
- Ajuriaguerra, J. de & Marcelli, D. (1991). *Manual de Psicopatologia Infantil*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alves-Mazzotti, A.J. & Gewandsznajder, F. (1999). *O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. 2ª ed. São Paulo: Editora Pioneira.
- Andrade, G.R.B. de & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7 (4): 925-934.
- Andraus, L.M.S.; Minamisava, R. & Munari, D.B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3(2): 203-208.
- Anning, A. & Ring, K. (2009). *Os significados dos desenhos de crianças*. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed.
- Aspesi, C. de C.; Dessen, M.A. & Chagas, J.F. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In: Dessen, M.A. & Costa Jr., A.L. et al. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (pp. 19-36).Porto Alegre: Artmed.
- Backes, D.S.; Lunardi Filho, W.D. & Lunardi, V.L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 40 (2): 221 – 227.
- Baldini, S.M. & Krebs, V.L.J.(1999).A criança hospitalizada. *Pediatria (São Paulo)*, 21 (3): 183-190. Acessado em 12/04/06, <http://www.pediatrizaopaulo.usp.br/upload/pdf/421.pdf>
- Balheiro, C.R.B. & Cervený, C. M. de O. (2004). Família e doença. In: Cervený, C. M. de O.(org). *Família e... comunicação, divórcio,*

- mudança, resiliência, lei, bioética, doença, religião e drogadição.* (pp.147 -161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*. 2-3 (XVI): 215-230.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barrón, R.G.; Gil, G.B. & Castilla, I.M. (2000). Preparación psicológica basada en el juego. In: Quiles, J.M.O. & Carrillo, F.X.M. (Coords.). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas*. pp. 95-117. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Batistela, S.; Guerreiro, N.P. & Rossetto, E.G. (2008). Os motivos de procura pelo pronto-socorro pediátrico de um hospital universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde Humana*. 29(2): 121-130.
- Bergan, C.; Santos, M.C.de O. & Bursztyn, I. (2004). Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. *Anais do Congresso Nacional da ABDEH – IV- Seminário de Engenharia Clínica*.
- Bersch, A.A.S. & Yunes, M.A.M. (2008). O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica. *Ambiente & Educação*. 13: 119-132.
- Bezerra, L.de F.R. & Fraga, M.N.de.O. (1996). Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *R. Bras.Enferm.* 49(4): 611-624.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998) A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z.M.M. (Orgs.). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (p. 135-157). Ribeirão Preto- SP: Legis Summa.

- Bibace, R. & Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.
- Black, M. M., & Krishnakumar, A. (2003). International pediatric psychology. In M. C. Roberts (Org.), *Handbook of pediatric psychology* (3.^a ed., pp. 747-755). New York: The Guilford Press.
- Blanco, O.A. & Iñon, A. (Coord.). (1998). Consenso en la evaluación y preparación prequirúrgica en pediatría. *Arch. Arg. Pediatr.* (96): 413-431.
- Bleger, J. (1989). *Temas de psicología: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Boing, E.; Crepaldi, M. A. & Moré, C. L. O. O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*. 18(40): 251-266.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B.R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Rev. Saúde Pública*. 31 (5): 448-456. Acessado em 18/07/06, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2350.pdf>
- Boruchovitch, E. & Mednick, B.R. (2000). Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. *Rev. Saúde Pública*. 34 (5) 484-490. Acessado em 18/07/06, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3217.pdf>
- Bowlby, J. (1982/2006). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 4^a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil (1991/2003). *Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde*. 2^a ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (1995). *Declaração dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado*. Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente. Resolução nº 41 de outubro de 1995 – DOU 17/10/95.
- Brasil (2004). *Política nacional de humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B. textos básicos de saúde. Brasília.

- Brasil (2006). Informações de saúde. Indicadores de Saúde. *Cadernos de Informação de Saúde – Set/ 2006*. Acessado em 14/06/07, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B0C0D0E0F359G3H0I1Jd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>
- Brasil (2008). *Humaniza-SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brewster, A. (1982). Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, 69 (3): 355-362.
- Brocki, J. M. & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in the health psychology. *Psychology and Health*. 21(1):87-108. Acesso em: 15/01/2009. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=9&hid=12&sid=38b82081-8a61-4292-bc7c-6d3efe6ae33d%40SRCM2>
- Broering, C.V. & Crepaldi, M.A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância , técnicas e limitações. *Paidéia*. 18(39): 61-72.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burbach, D.J.& Peterson, L. (1988). Children's concepts of physical illness: a review and critique of the cognitive-developmental literature. In: Melamed, B.G.; Matthews, K.A.; Routh, D.K.; Staabler, B.; Schneiderman, N. (Eds.). *Child health psychology*. (pp. 153-171). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Carson, D.K.; Gravley, J.E. & Council, J.R. (1992). Children's prehospitalization conceptions of illness, cognitive development, and personal adjustment. *Children's Health Care*. 21 (2): 103-109.
- Capparelli, A.B. de F. (1996). A doença, a criança e sua família. *Pediatria Moderna*. 34 (1/2): 59-62.

- Castro Neto, A. (2000). As fases turbulentas da hospitalização. *Pediatria Moderna*. 36 (4): 245-247.
- Castro, A.S. de; Silva, C.V.da & Ribeiro, C.A. (2004). Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 12(5): 797-805.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405.
- Carrillo, F.X.M. & Quiles, J.M.O. (2000). Estrés por hospitalización. In: Quiles, J.M.O.; Carrillo, F.X.M. (Coords.). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas*. pp. 31-50. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ceccim, R.B. (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (Org.) *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*, (pp.27 - 41). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. de. (Org.) *Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências*. (pp. 39-53). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Chiattonne, H. B. (2003). A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon, V.A. (Org.). *A psicologia no hospital*, (pp. 23-99). 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.
- Clatworthy, S.; Simon, K. S. & Tiedeman, M.E. (1999a). Child drawing: hospital-an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*. 14(1):2-9.
- Clatworthy, S.; Simon, K. S. & Tiedeman, M.E. (1999b). Child drawing: hospital manual. *Journal of Pediatric Nursing*. 14(1):10-18.
- Collet, N. & Rocha, S.M.M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando cuidado. *Rev. Latino-am. Enfermagem*.

- 12 (2), 191-197 . Acessado em 10/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a07.pdf>
- CONANDA (1995). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - *Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995*. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.
- Cordazzo, S.T.D. (2004). Concepções sobre a aids em crianças. *Psicologia & Sociedade*. 16 (3): 91-96. Acessado em 15/05/2007, <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n3/a11v16n3.pdf>
- Correia, D.S.; Oliveira, L. F. G. de & Vieira, M.J. (2003). Representações do adoecer por crianças de 5 a 12 anos de idade internas no Hospital Dr. Alberto Antunes UFAL-2001. *Pediatria Moderna*. 39 (10): 412 – 415.
- Costa Junior., A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: Dessen, M.A. & Costa Jr., A.L. et al. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (pp. 171-189).Porto Alegre: Artmed.
- Costenaro, R.G.S.; Daros, A. & Arruda, E.N. (1998). O cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescentes hospitalizados. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, 2(1/2).
- Coyne, I. (2006). Children's experience s of hospitalization. *J. Child Health Care*. 10(4): 326-336.
- Crepaldi, M.A. (1998). Famílias de crianças acometidas por doenças crônicas: representações sociais da doença. *Paidéia*. 8 (14/15), 151-167.
- Crepaldi, M.A. (1999a). *Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e hospitalização de seus filhos*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Crepaldi, M.A. (1999b). Programas de hospitalização conjunta: integrando os pais em enfermarias pediátricas. *Temas em Psicologia*. 7 (2): 157 -173.

- Crepaldi, M.A. & Varella, P.B. (2000). A recepção da família na hospitalização de crianças. *Paidéia*, 10 (19): 33 -39.
- Crepaldi, C. & Hackbarth, I.D. (2002) Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10 (2), 99-112.
- Crepaldi, M.A.; Rabuske, M.M. & Gabarra, L.M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M.A.; Linhares, B.M.; Perosa, G.B. (org.). *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crisp, J.; Ungerer, J.A. & Goodnow, J.J. (1996). The impact of experience on children's understanding of illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (1), 57-72. Acessado em 05/05/07, <http://jpepsy.oxfordjournals.org/>
- Cummings, E. M.; Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: theory, research and clinical implications*. New York: Guilford.
- Dabas, E.N. (1993). *Red de redes – las prácticas de la intervención em redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Dallalana, T.M. & Macedo, R.M.S. (2006). Na saúde e na doença: a família e suas relações com a instituição hospitalar. *Família e Comunidade*. 3(1): 75-105.
- Danna, M. F. & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- Del Barrio, C.M. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad: un estudio evolutivo*. Barcelona: Anthropos.
- Derdyk, E. (1994). *Formas de pensar o desenho: o desenvolvimento do grafismo infantil*. São Paulo: Scipione.
- Deslandes, S. F. (1998). A construção do projeto de pesquisa. In: Minayo, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp.31-50). 9ª ed. Petrópolis: Vozes.

- Dias, M. L. S. (2008). *A metodologia “desenho-e-conversa” como facilitador da comunicação da criança com cancro: estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado não-publicada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Dias, R.R.; Baptista, M.N. & Baptista, A.S.D. (2003) Enfermagem de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica. In: Baptista, M.N.; Dias, R.R. (org.) *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*, (pp.53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Di Leo, J.H. (1985). *A interpretação do desenho infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Di Gallo, A., (2001). Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of Child Psychology*, 27(2), 197-210.
- Delfos, M. F. (2001) *¿Me escuchas? Como conversar con niños de cuatro a doce años*. Amsterdã: Bernard van leer foundation.
- Doca, F.N.P. & Costa Junior, A.L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*. 17(37): 167-179.
- Dolle, J.M. (1974/1983). *Para compreender Jean Piaget: uma iniciação à psicologia genética piagetiana*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Dupont, S.L.; Soares, M.R.Z. (2005). Hospitalização infantil: a importância da orientação aos pais. *Pediatria Moderna*. 41(5): 260-262.
- Drummond, I.; Pinto, J.A.; Mesquita, J.D. & Schall, V.T. (2008). The knowledge and perceptions of HIV positive children and their parents or responsible about AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 13(4): 827-835.
- Eiser, C. (1997). Children's perceptions of illness and death. In: Baum, A.; Newman, S.; Weinman, J.; West, R. & McManus, C. (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (pp.81-82). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Eiser, C.; Patterson, D. & Eiser, J.R. (1983). Children's knowledge of health and illness: implications for health education. *Child: care, health and development*. 9, 285-292.
- Eiser, C. & Patterson, D. (1984). Children's perceptions of hospital: a preliminary study. *Int. J. Nurs. Stud.* 21(1) 45-50.
- Fávero, M.H. & Salim, C.M.R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11(3): 181-191.
- Ferreira, E.A.P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M. & Perosa, G.B. (Orgs.). *Temas em psicologia pediátrica*. (pp.147-189). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fiese, B.H. & Bickham, N.L. (1998). Qualitative inquiry: an overview for pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*. 23(2): 79-86.
- Flick, U.(2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2ªed. Porto Alegre: Bookman.
- Fontana, R. & Cruz, N. (1997). *Psicologia e trabalho pedagógico*. São Paulo: Atual.
- Fontanella, B. J. B.; Ricas, J. & Turatto, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 24(1): 17-27.
- Franco, S.M.C.de M. & Aguillar, O.M. (2007). Compreendendo as necessidades de mães durante a hospitalização da criança. *Pediatria Moderna*. 43(2): 78-82.
- Frota, M.A.; Aguiar, A.G.; Pinheiro, M.C.D.; Martins, M.C. & Tavares, T.A.N.R. (2007). O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Cogitare Enferm*. 12(1): 69-75.

- Gabarra, L. M. (2005). Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença. *Dissertação de Mestrado* não-publicada em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Garcia, A. (2003). A interação entre médico, pais e criança na consulta pediátrica. *Pediatria Moderna*. 39(11): 460-463.
- Goldberg, L.G.; Yunes, M.A.M. & Freitas, J.V. de (2005). O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. *Psicologia em Estudo – Maringá*. 10 (1), 97-106.
- Goldman, S.L.; Whitney-Saltiel, D.; Granger, J. & Rodin, J. (1991). Children's representations of "everyday" aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 16 (6): 747-766.
- Greig, P. (2004). *A criança e seu desenho: o nascimento da arte e da escrita*. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed.
- Grandesso, M.A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grubits, S. (2003). A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. *Psicologia em Estudo – Maringá*. 8, 97-105.
- Hackbarth, I. D. (2000). Fantasias de crianças frente à cirurgia. *Monografia de Conclusão de Curso* não-publicada em Especialização em Psicologia da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- Halpern, R. & Figueiras, A.C.M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*. 80(2 Supl): S104-S110.
- Hansdottir, I.; Malcarne, V.L. (1998). Concepts of illness in Icelandic Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23 (3), 187-195. Acessado em 05/05/2007, <http://jpepsy.oxfordjournals.org/>

- Haynal, A. (2005). A psicologia médica e o diálogo médico-paciente. In: Caixeta, M. *Psicologia Médica*. (pp.9-11). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Helman, C.G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Trad. Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artmed.
- Horstman, M. & Bradding, A. (2002). Helping children speak up in the health Service. *European Journal of Oncology Nursing*, 6 (2), 75-84.
- Houdé, O. (2009). *Dez lições de psicologia e pedagogia: uma contestação das idéias de Piaget*. Trad. Marly N. Peres. São Paulo: Ática.
- Huerta, D. P.N. (1996). Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Rev.Esc. Enf. USP*. 30(2):340-353.
- Hutz, C.S. & Bandeira, D.R. (2000). Desenho da figura humana. In: Cunha, J.A. (Org.). *Psicodiagnóstico – V*. 5ª ed. (pp. 507-518). Porto Alegre: Artmed.
- Imori, M.C.; Rocha, S.M.M.; Sousa, H.G.B.L.de & Lima, R.A.G.de. (1997). Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. *Acta Paul. Enf.* 10 (3), 1997.
- Jeammet, P.; Reynaud, M.& Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi.
- Joyce-Moniz, L. *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. McGraw Hill: Lisboa.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Asa editores.
- Kazak, A.E., Segal-Andrews, A.M. & Johnson, K. (1995). *Pediatric Psychology Research and Practice: A Family/Systems Approach*.

- In: Roberts, M.C. (Ed.). *Handbook of Pediatric Psychology*. (84-104). 2ª ed. London: The Guilford Press.
- Kazak, A.E.; Rourke, M.T. & Crump, T.A. (2003). Families and other systems in pediatric psychology. In: Roberts, M.C. (Ed.). *Handbook of Pediatric Psychology*. (pp.159-175). 3ª ed. New York: The Guilford Press.
- Kellet, M. & Ding, S. (2004). Middle childhood. In: Fraser, S.; Lewis, V.; Ding, S.; Kellet, M. & Robinson, C. *Doing research with children and young people* (pp. 161-174). London: Sage Publications.
- Kikuchi, E.M.; Tramontini, C.C.; Lopes, D.F.M.; Kemmer, L.F. & Garanhani, M.L. (2000). A criança cirúrgica e sua família: vivência de um projeto fascinante. *Rev. SOBECC*. 5(3): 16-19.
- Klepsch, M. & Logie, L. (1984). *Crianças desenham e se comunicam: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana*. Trad. Jurema A. Cunha. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koopman, H.M.; Baars, R.M.; Chaplin, J. & Zwinderman, K.H. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*. 55: 363-370.
- Kovács, M.J. (2002). *Morte e Desenvolvimento Humano*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovacs, M.H.; Feliciano, K.V.O.; Sarinho, S.W. & Veras, A.A.C.A. (2005). Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria*. 81(3).
- Lima, R. A. G. de; Rocha, S.M.M. & Scochi, C.G.S.(1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. Latino.am.Enfermagem*. 7 (2):33-39. Acessado em 10/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>
- Lewis, M. & Wolkmar, F. (1993). *Aspectos Clínicos do Desenvolvimento na Infância e Adolescência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Looman, W. S. (2006). A developmental approach to understanding drawings and narratives from children displaced by Hurricane Katrina. *Journal of Pediatric Health Care*. V. 20 (3): 158-166.
- Lorenzi, P.D.C & Ribeiro, N.R.R. (2006). Rede de apoio familiar na hospitalização infantil *Fam. Saúde Desenv.* 8(2):138-145.
- Machado, B.H.; Souza, M.G.de; Machado, C. & Rebello, B. (2006). Percepção de familiares de crianças internadas sobre o papel dos cuidadores. *Fam. Saúde Desenv.* 8(1): 49-55.
- Malchiodi, C. A.; Kim, D. Y. & Choi, W. S. (2003). Developmental art therapy. In: Malchiodi, C. A. (Ed.). *Handbook of art therapy*. pp. 93 – 105. New York: The Guilford Press.
- Marcon, C. (2003). A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico residente, a criança e sua família. *Dissertação de Mestrado em Psicologia* não-publicada da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Martins, M. do R.; Ribeiro, C. A.; Borba, R. I. H. de & Silva, C. V. da. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 9(2): 76-85.
- Martins, S.T.F.& Paduan, V.C. (2010). A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo, Maringá*.15(1) 45-54.
- Marrach, L.A.F. & Kahhle, E.M.P. (2003). Saúde e doença: o que pensam e sentem as crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 13(2): 73-84.
- Melo, C. O.; Goulart, C.M.T.; Ew, R.A.; Moreira, A.M. & Sperb, T.M. (1999). Brincar no hospital: assunto para discutir e pratica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.15(1): 65-74.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Méndez, F.X.; Ortigosa, J.M. & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): afrontamiento del estrés. *Psicologia Conductual*. 4(2): 193-209.
- Menezes, M.; Moré, C.L.O.O. & Cruz, R.M. (2008). O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Avaliação Psicológica*. 7(2): 189-198.
- Meredieu, F. de (1974/1999). *O desenho infantil*. Trad. Álvaro Lorencini e Sandra M. Nitri. 12ª ed. São Paulo: Cultrix.
- Milanesi, K.; Collet, N.; Oliveira, B.R.G.de & Vieira, C.S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enferm.* 59(6): 769-774.
- Minayo, M.C. de S. (1998). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Mitre, R.M.de A. & Gomes, R. (2002). O papel do brincar na hospitalização de crianças: uma reflexão. *Pediatria Moderna*. 38(7): 339-342.
- Mitre, R.M.de A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 147-154.
- Mora, M.V.M.; Leal, F.J.V. & Rueda, F.V. (2000). Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *An. Esp. Pediatr.* (53): 229-233.
- Moraes, E.O. & Enumo, S.R.F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*. 13 (2): 221-231.
- Moré, C. L. O. & Crepaldi, M. A. (2004). *O campo de pesquisa: interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados*. I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa /NPF – Núcleo de Pesquisa da Família. (pp. 588-593). Taubaté – SP.

- Moreira, P.L. & Dupas, G. (2003). Significado de saúde e de doença na percepção da criança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 11 (6) 757-62. Acessado em 10/10/05, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a09.pdf>
- Morin, E. (1996b). Epistemologia da Complexidade. In: Schnitman, D.F. (Org.) *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. (pp. 274-289). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2004a). Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia, Campinas*. 21 (3): 193-202.
- Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2004b). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 9 (1) 19-28. Acessado em 09/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Motta, A.B.; Enumo, S.R.F. & Ferrão, E.da S. (2006). Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In: Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M. & Perosa, G.B. (Orgs.). *Temas em psicologia pediátrica*. (pp. 191-217). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, M. da G.C. da. (2004). O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen, I.; Marcon, S.S.; Silva, M.R.S.da.(orgs.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed.(pp.153-167). Maringá: Eduem.
- Moura, E.V.de & Ribeiro, N.R.R. (2004). O pai no contexto hospitalar infantil. *Rev. Gaúcha Enferm*. 25(3):386-395.
- Najmanovich, D. (1998). Interdisciplina – Artes y riesgos del arte dialógico. *Tramas*. IV(4). Acessado em: 12/05/2006, <http://www.pensamientocomplejo.com.ar>
- Najmanovich, D. (2002a). From paradigms to figures of thought. *Emergence: complexity and organization*, 4(1 e 2).n Acessado em: 12/05/2006, <http://www.pensamientocomplejo.com.ar>

- Najmanovich, D. (2002b). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. In: Dabas, E. & Najmanovich, D. (Orgs.). *Redes – el lenguaje de los vínculos – hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.
- Natapoff, J.N. (1978). Children's views of health: a developmental study. *American Journal Public Health*. 68 (10): 995-1000.
- Natapoff, J.N. (1982). A developmental analysis of children's ideas of health. *Health Education Quarterly*. 9(2&3): 34/130-45/141.
- Natapoff, J.N. & Essoka, G.C. (1989). Handicapped and able-bodied children's ideas of health. *Journal of School Health*. 59(10): 436-439.
- Nascimento, L.C.; Luiz, F.M.R.; Furquim, P.de S.; Bortoli, P.S.de; Rigotti, A.R. & Gianoti, S. (2006). A utilização do lazer como estratégia para integração de familiares/acompanhantes em enfermaria de pediatria. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. 10(3): 580-585.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*, 8ª ed. Trad.Claudia Buchwitz. Porto Alegre: Artmed.
- Nigro, M. (2004). *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nieweglowski, V. H. & Moré, C.L.O.O. (2008). Comunicação equipe - família em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos em Psicologia – Campinas*, 25(1): 111-122.
- Novaes, L.H.V.S. & Portugal, G. (2004). Ecologia do desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista Paulista de Pediatria*, 22 (4), 221-229.
- Novaes, L.H.V.S (2006). A questão do acompanhamento hospitalar. *Pediatria Moderna*. 42(1): 42-45.
- Ocampo, M.L.S. de & Arzeno, M.E.G. (1981/2009). A entrevista inicial. In: Ocampo, M.L.S. de; Arzeno, M.E.G.; Piccolo, E.G. de. (Cols.).

O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. (pp.23-43) 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

- Oliveira, H. de. (1993) A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 326-332, jul/set. Acessado em 10/10/05, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/20.pdf>
- Oliveira, H. de. (1997) Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In: Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A. (Org.) *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*, (pp.42-55). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Oliveira, H.P. de; Cariola, T.C. & Pimentel, M.C.M. (2001). A ansiedade infantil depois do preparo pré-operatório verbal e lúdico. *Pediatria Moderna*. 37(4):0-0
- Oliveira, G.F. de; Dantas, F.D.C. & Fonseca, P.N.da. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Rev. SBPH*. 7 (2): 37-54. Acessado em 09/04/07 <http://www.bvs-psi.org.br/>
- Oliveira, I. de & Ângelo, M. (2000). Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. *Rev. Esc. Enf. USP*. 34 (2): 202-8. Acessado em 17/05/07, <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/514.pdf>
- Oliveira, L.D.B.; Gabarra, L.M.; Marcon, C.; Silva, J.L.C. & Macchiaverni, J. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum*. 19(2)306-312.
- Oliveira, S.S.G. de; Dias, M.da G.B.B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (1): 1-13. Acessado em 09/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16794.pdf>
- O'Malley, M.E. & McNamara, S.T. (1993). Children's drawings. *AORN Journal* . 57(5): 1074-1089.

- Osborne, M.L.; Kistner, J.A. & Helgemo, B. (1993). Developmental progression in children's knowledge of aids: implications for education and attitudinal change. *Journal of Pediatric Psychology*. 18 (2): 177-192.
- Palacio, P.S. & Sebastián, M.J.Q. (2000). Preparación psicológica basada en la información. In: Quiles, J.M.O.; Carrillo, F.X.M. (Coords.). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas*. pp. 75-94. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Palangana, I.C. (1998/2001). *Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky: a relevância do social*. 4ª ed. São Paulo: Summus.
- Pauli, M.C. & Bouso, R.S. (2003). Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev.Latino.am.Enfermagem*. 11 (3): 280-286.
- Pedro, I.C.da; Nascimento, L.C.; Poleti, L.C.; Lima, R.A.G.de; Mello, D.F.de & Luiz, F.M.R. (2007). *Rev. Latino-am Enfermagem*. 15(2).
- Perosa, G. B. & Gabarra, L. M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 8(14): 135-147.
- Perosa, G.B.; Gabarra, L.M.; Bossolan, R.P.; Ranzani, P.M. & Pereira, V.M. (2006). Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no setting pediátrico. In: Crepaldi, M.A.; Linhares, B.M.; Perosa, G.B. (Org.). *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp.57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Perrin, E. & Gerrity, S. (1981). There's a demon in your belly: children's understanding of illness. *Pediatrics*. 67(6): 841-849.
- Perrin, E.C.; Sayer, A.G.; & Willett, S. (1991). Sticks and stones may break my bones... reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. *Pediatrics*. 88 (3): 608-619.

- Piaget, J. & Inhelder, B. (1966/1999). *A psicologia da criança*. 16ª ed. Trad. Octavio Mendes Cajado. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Piaget, J. (1967/1998). *Seis estudos de psicologia*. 23ª ed. Trad. Maria Alice Magalhães D'Amorim e Paulo Sérgio Lima Silva. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1981/1993). *A representação do espaço na criança*. Trad. Bernardina Machado de Albuquerque. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinto, J.P.; Ribeiro, C.A. & Silva, C.V. da. (2004). Família da criança hospitalizada e suas demandas de cuidado. *Acta Paul. Enf.* 17(4): 450 - 452.
- Pinto, J.P.; Ribeiro, C.A. & Silva, C.V. da. (2005). Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev.Latino.am.Enfermagem*. 13(6): 974-981. Acessada em 19/04/07, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a09.pdf>
- Polonia, A. da C.; Dessen, M.A. & Silva, N.L.P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: Dessen, M.A. & Costa Jr., A.L. e Cols. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (pp. 72-89). Porto Alegre: Artmed.
- Quiles, M.J.; Ortigosa, J. M.; Méndez, F.X. & Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. *Psicothema* 11(3): 601-609.
- Quiles, J.M.O. & Carrillo, F.X.M. (2000). La hospitalización infantil. In: Quiles, J.M.O. & Carrillo, F.X.M. *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas*. (pp.19-30). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quintana, A.M.; Arpini, D.M.; Pereira, C.R.R. & Santos, M.S.dos. (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Cienc. Cuid Saúde*. 6(4):414-423.

- Raymundo, M. da G.B. (2000). O contato com o paciente. In: Cunha, J.A.(Org.). *Psicodiagnóstico –V.* (pp.38-44). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Redpath, C.C. & Rogers, C.S. (1984). Healthy young children's concepts of hospitals, medical personnel, operations, and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 9 (1): 22- 40.
- Reis, J. & Fradique, F. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia idade e idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 19(1): 47-57.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise psicológica*. 3(22): 475-485.
- Rezende, A.M.; Brito, V.F.D.S.; Malta, J.D.S.; Schall, V.T. & Modena, C.M. (2009). Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. *Iniciação Científica CESUMAR*. 11(1): 73-82.
- Ribeiro, C.A. & Angelo, M. (2005). O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 39 (4): 391 – 400. Acessado em 25/03/07, <http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/60.pdf>
- Ribeiro, C.R. & Pinto Junior, A.A. (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Rev. SBPH*. 12(1): 31-56.
- Rocha, S.M.M.; Nascimento, L.C. & Lima, R.A.G. de. (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 10 (5): 709-714. Acessado em 10/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a13.pdf>
- Rocha, P.K.; Prado, M.L. do & Kusahara, D.M. (2005). O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 4(2): 171-176.
- Rodríguez-Marín, J.; Román, C. V. H.; Marcos, Y. Q. & Sebastián, M. J. Q. (2003). Concepto de salud y enfermedad en la infancia. In: Quiles, J. M. O.; Sebastián, M. J.Q. & Carrillo, F. X. M. (Coord.)

Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. (pp.29-46). Madrid: Pirámide.

- Rushforth, H (1999). Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 40 (5): 683-691.
- Sabatés, A. L. & Borba, R.I.H. de. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev. Latino-am.enfermagem.* 13 (6): 968-973. Acessado em 12/04/07, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf>
- Sadala, M.L.A. & Antônio, A.L. de O. (1995). Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. *Rev. Latino-am.enfermagem – Ribeirão Preto.* 3 (2): 93-106. Acessado em 09/09/05, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n2/v3n2a08.pdf>
- Saggese, E.S.R. & Maciel, M. (1996). O brincar na enfermaria pediátrica: recreação ou instrumento terapêutico? *Pediatria Moderna.* 32(3):290-330.
- Santilli, L.E. & Roberts, M.C. (1993). Children's perceptions of ill peers as a function of illness conceptualization and attributions of responsibility: aids as a paradigm. *Journal of Pediatric Psychology.* 18 (2): 193-207.
- Sebastián, M.J.Q.; Quiles, J.M.O. & Carrillo, F.X.M. (2003). Preparación a la hospitalización y la cirugía. In: Quiles, J.M.O.; Sebastián, M.J.Q. & Carrillo, F.X.M. (Coords.). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia.* pp. 305-322. Madrid: Pirámide.
- Shaffer, D.R. (2005). *Desenvolvimento humano: infância e adolescência.* 6ª ed. Trad. Cíntia Regina Pemberton Cancissu. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Silva, S.M.C. (1998). Condições Sociais da constituição do desenho infantil. *Psicol. USP,* 9(2): 205-220.

- Silva, C.M.G.M. da (2006) Se o senhor doutor mandar...pois eu vou fazer: estudo desenvolvimentista de significações maternas sobre o processo de consulta num serviço de saúde mental. *Dissertação de Mestrado em Psicologia* não-publicada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Silveira, A.O. & Ângelo, M. (2006). A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Rev.Latino.am.Enfermagem*. 14 (6).
- Simeonson, R.J.; Buckley, L. & Monson, L. (1979). Conceptions of illness causality in hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*. 4 (1): 77-83.
- Sisto, F.F. (2005). *Desenho da figura humana – Escala Sisto (DFH-Escala Sisto): Manual*. São Paulo: Vetor.
- Skybo, T.; Ryan-Wenger, N. & Su, Y. (2007). Human figure drawings as a measure of children's emotional status: critical review for practice. *Journal of Pediatric Nursing*. V. 22 (1): 15- 28.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, M. R. Z. (2001). Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Pediatria Moderna*. 37 (11): 630-632.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*. 21 (1): 53-64.
- Souza, S.V. de; Camargo, D.de & Bulgacov, Y.L.M. (2003). Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 8 (1): 101-109 Acessado em 19/10/05, <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a13.pdf>

- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2003). A preparação da criança hospitalizada para procedimentos médicos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 23(3): 28-34.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas*. 21(1): 53-64.
- Soares, M.R.Z. & Zamberlan, M.A.T. (2003). Brincar no hospital. In: Zamberlan, M.A.T. *Psicologia e Prevenção: Modelos de intervenção na infância e na adolescência*, (pp.193-207). Londrina: Eduel.
- Soares, V.V. & Vieira, L.G.E.de S. (2004). Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 38 (3): 298-306. Acessado em 21/05/06, <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/139.pdf>
- Spitz, R.A. (1979/2004). *O primeiro ano de vida*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E. J., Delamater, A. M., Rodrigue, J. R., & Siegel, L. J. (2003a). Training pediatric psychologists for the 21st century. In M. C. Roberts (Org.). *Handbook of pediatric psychology* (3.ª ed., pp. 19-31). New York: The Guilford Press.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E. J., Delamater, A. M., Rodrigue, J. R., & Siegel, L. J. (2003b). Society of pediatric psychology task force report: recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (2), 85-98.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990) *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. London: Sage Publications, Inc.
- Sugano, A.S.; Sigaud, C.H.S. & Rezende, M.A. (2003). A enfermeira e a equipe de enfermagem – segundo mães acompanhantes. *Rev. Latino-Am Enferm*. 11(5): 601-607.

- Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-patient-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52: 839-885.
- Teixeira, F.M. (1999). Conhecimento biológico das crianças: um domínio autônomo? Concepções sobre o aparelho digestivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 15(1): 001-008.
- Torres, W.da C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trinca, A.M.T. (1997). Ampliação e expansão. In: Trinca, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. (pp. 35-66). São Paulo: Vetor.
- Trinca, A.M.T. (2003). A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1997). Apresentação e aplicação. In: Trinca, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. (pp. 11-34). São Paulo: Vetor.
- Ulla, S. & Remor, E. (2003). La investigación en el hospital: tendiendo puentes entre la teoría y la práctica. In: Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp.161-177). Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Valladares, A. C. A. & Carvalho, A. M. P. (2006). Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. V. 8 (1): 128-133.
- Vasconcellos, M.J.E. de (1995). *Terapia familiar sistêmica: bases cibernéticas*. Campinas: Editorial Psy.
- Vasconcelos, E.M. (2004). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa*. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

- Viana, V. & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*. 1(16):29-40.
- Walsh, M.E. & Bibace, R. (1991). Children's conceptions of aids: a developmental analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 16 (3): 273-285.
- Whaley, B. (1999). Explaining illness to children: advancing theory and research by determining message content. *Health Communication*. 11(2): 185-193. Acessado em: 16/10/2008, http://dx.doi.org/10.1207/s15327027hc1102_4
- Wechsler, S.M. & Schelini, P.W. (2002). Validade do desenho da figura humana para avaliação cognitiva infantil. *Avaliação Psicológica*. 1:29-38.
- Wechsler, S.M. (2003). DFH-III: *O Desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitiva de crianças brasileiras*. 3ª ed. Rev. – Campinas: Impressão Digital.
- Williams, T., Wetton, N., & Moon, A. (1989). *A picture of health: What do you do that makes you healthy and keeps you healthy?* London: Health Education Authority.
- Whitt, J.K.; Dykstra, R.N. & Taylor, C.A. (1979). Children's conceptions of illness and cognitive development: implications for pediatric practioners. *Clinical Pediatrics*. 18 (6): 327-339.
- Yoos, H.L. (1994). Children's illness concepts: old and new paradigms. *Pediatric Nursing*. 20(2): 134-140.
- Zannon, C.M.L. da C. (1994). A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. *Pediatria Moderna*. 30 (7): 1126-1135.

9 . DICIONÁRIO DE TERMOS

Estreptococcia - Impetigo: infecção cutânea superficial produzida pelo microorganismo *Streptococcus*. Pode ser ocasionada por contaminação ou ferimentos preexistentes na pele. Ocorre na forma bolhosa e não bolhosa. A infecção por estreptococcus apresenta-se inicialmente por uma lesão inflamatória, com a região avermelhada, posteriormente com secreção purulenta que evolui para crostas.

Síndrome Nefrótica: caracteriza-se por aumento grave e prolongado de permeabilidade glomerular às proteínas. O principal achado é a proteinúria associada a hipoalbuminemia e edema. Os sintomas freqüentes são dor abdominal em virtude do edema do mesentério, retenção de líquidos, entre outros sintomas.

Herpes Zoster: infecção viral aguda dos gânglios sensitivos e da pele causada por reativação do vírus varicela-zoster. Manifesta-se por erupção cutânea, caracterizada por vesículas sobre base eritematosa, seguindo o trajeto de uma raiz nervosa.

Miastenia Gravis: doença da junção neuromuscular, que apresenta sintomas de fraqueza e fatigabilidade fácil da musculatura ocular isolada ou associada a outros músculos. Apresenta-se sob as formas congênita familiar ou esporádica, neonatal e congênita e auto-imune adquirida.

HIV: vírus da imunodeficiência humana.

Osteomielite: é um processo agudo ou crônico do tecido ósseo, produzido por bactérias piogênicas. A bactéria responsável pode variar de acordo com a idade do paciente e o mecanismo da infecção.

Pielonefrite Aguda: Infecção bacteriana do rim, com inflamação aguda do parênquima renal e da pelve. Síndrome composta de lombalgia, sensação de fraqueza e febre, acompanhada de leucocitose, piúria, bacteriúria, e em alguns casos até associada a bacteremia e hematúria.

Espondilite Anquilosante: doença reumática que afeta os tecidos conectivos. Trata-se de uma doença sistêmica inflamatória crônica que causa a diminuição da mobilidade das juntas da coluna vertebral e

grandes articulações. Pode ser desencadeada por uma infecção intestinal em indivíduos geneticamente predispostos a desenvolvê-la.

Celulite: processo infeccioso que atinge a derme profunda e o tecido subcutâneo sendo causado geralmente por *stafilococos aureus* e estreptococos do grupo A, ou por bactérias. Pode estar associado a febre, edema, calor, entre outros sintomas.

Fecaloma - Constipação Crônica: massa dura de matérias fecais acumuladas que provocam a obstrução do intestino. A constipação crônica se constitui na eliminação, com esforço, de fezes ressecadas ou de consistência aumentada, independente do intervalo de tempo entre as evacuações.

Ureterolitomia: abertura cirúrgica de ureter com finalidade de extração de cálculos.

Gastroenterite: inflamação do estômago e do intestino delgado, produzida pela ingestão de vírus, bactérias ou suas toxinas, ou através de agressão da mucosa intestinal por diversos mecanismos. Apresenta as seguintes manifestações clínicas: náuseas, vômitos, diarreia e dores abdominais.

Orquidopexia: cirurgia de fixação do testículo na bolsa escrotal.

Refluxo Gastroesofágico: refluxo do suco gástrico ou duodenal para dentro do esôfago distal, devido à incompetência do esfíncter inferior do esôfago. A regurgitação gástrica é uma extensão desse processo com entrada de líquido na faringe ou na boca.

Apêndice: inflamação do apêndice cecal, devido a sua infecção ou obstrução. Pode apresentar-se sob a forma aguda (mais comum) e crônica. O tratamento ocorre por meio da apendicectomia que é a remoção do apêndice cecal através de incisões cirúrgicas.

Pneumonia: toda inflamação do pulmão ocasionada por germes infecciosos, que se manifesta sob a forma de um foco único ou múltiplos, e mais particularmente, a pneumonia lobar, causada por pneumococo.

Bronquite: inflamação ou infecção dos brônquios. A forma mais comum é a aguda, causada por vírus ou bactérias, porém, pode se manifestar sob a forma crônica. Sua manifestação clínica apresenta tosse, expectoração, falta de ar, cianose, febre, cansaço, entre outros.

Adenoidectomia: extirpação cirúrgica das adenóides.

Broncopneumonia: inflamação dos brônquios, bronquíolos e alvéolos vizinhos, originada de complicações de processos infecciosos gerais, ou laringo-traqueobronquite (agudo ou crônico), ou como consequência de broncoaspiração.

Conjuntivite: inflamação da conjuntiva, cujas manifestações são: prurido, sensibilidade à luz, inchaço nas pálpebras, secreção, desconforto e vermelhidão nos olhos. Pode ser ocasionada por diferentes agentes (vírus, bactérias, processos alérgicos ou diminuição da função das glândulas lacrimais).

Abcesso: acúmulo localizado de líquido purulento, formando uma cavidade delimitada por uma membrana de tecido inflamatório que é preenchida por pus originado da necrose de tecido original, microorganismos e leucócitos em um determinado tecido.

Meningite: processo inflamatório das meninges ocasionado por infecção através de bactérias, fungos, vírus, ou ainda em decorrência de agentes químicos ou células tumorais.

10. ANEXOS

Anexo 1

Estágios de Desenvolvimento Cognitivo de Piaget (Piaget, 1966/1999; Dolle, 1974/1983; Newcombe, 1996/1999; Palangana, 1998/2001; Shaffer, 2005):

1) *Estágio sensório-motor (do nascimento aos 2 anos)*: o desenvolvimento cognitivo neste estágio ocorre principalmente através das experiências sensório-motoras. Inicialmente são reflexos do bebê, que avançam por seis subestágios (1.a) *exercício dos reflexos*; (1.b) *primeiras adaptações adquiridas ou reação circular primária*; (1.c) *adaptações sensório-motoras intencionais*; (1.d) *coordenação dos esquemas secundários e aplicação à situações novas*; (1.e) *reação circular terciária e a descoberta dos meios novos para experimentação ativa*; (1.f) *invenção dos meios novos por combinação mental*. O comportamento vai tornando-se mais flexível e orientado para atingir metas. Ocorre a aquisição do senso primitivo de “eu” e “outros” e da compreensão da permanência do objeto. A criança começa a ser capaz de produzir esquemas mentais;

2) *Estágio pré-operatório (dos 2 aos 7 anos)*: a transição do estágio anterior para o pré-operatório é marcada pela existência de representação mental, pela capacidade de pensar sobre objetos, eventos, figuras mentais, sons, imagens que não estão presentes no ambiente imediato. Neste estágio ocorre a compreensão total da permanência do objeto e a capacidade de imitação postergada (imitação de um comportamento observado após um intervalo de tempo posterior à ação). Há o surgimento das brincadeiras simbólicas e da atribuição de funções diferenciadas a um mesmo objeto. Ocorre a ampliação do repertório verbal e a presença do pensamento egocêntrico, caracterizado pela indiferenciação entre o ponto de vista próprio e o dos outros, ou entre a própria atividade e as transformações do objeto, ou seja, a criança é incapaz de coordenar sua perspectiva a outras diferentes;

3) *Estágio operatório concreto (dos 7 aos 11, 12 anos)*: neste estágio ocorre a capacidade da criança “operar” sobre a informação e o engajamento em operações mentais flexíveis, completamente reversíveis, que caracterizam o pensamento lógico. A criança torna-se capaz de entender em que

circunstâncias ocorre a permanência das quantidades de um objeto sem alterações, assim como surge a capacidade de organizar um grupo de objetos em ordem conforme uma dimensão. A criança neste estágio já é capaz de compreender a relação entre um grupo de objetos e a categoria mais ampla ao qual pertencem;

4) *Estágio operatório formal (dos 11, 12 anos em diante)*: as características desse estágio evidenciam a capacidade da criança em pensar menos restritamente no aqui e agora, no real e concreto, comuns do estágio anterior. Ocorre a capacidade de raciocinar sobre problemas hipotéticos e reais, além da capacidade de pensar sobre possibilidades e fatos. Neste estágio o adolescente pode raciocinar de forma dedutiva e sistemática, considerando as diversas soluções possíveis para um problema.

Anexo 2

Níveis de significação parental sobre problemas de desenvolvimento, comportamento e saúde (adaptado de Barros, 2003; Silva, 2006):

Níveis de Significação	Descrição
Nível 1	Os sintomas/problemas são definidos de forma rígida, concreta e singular, ocorrendo a impossibilidade de compreensão da relação entre as significações sobre o problema e sobre o seu enfrentamento. Está presente a impossibilidade de compreender a possibilidade de controle como atividade intencional e dirigida. Neste nível também estão presentes respostas tautológicas que revelam a impossibilidade de solução/cura.
Nível 2	O conhecimento sobre o sintoma/problema pode não ser direto e imediato e está presente a capacidade de compreender que existe mais de uma perspectiva. A doença pode ser vista como uma entidade irreversível, mas reconhece a possibilidade de cura ou solução de forma dicotômica. Valoriza as soluções dirigidas a ganhos concretos e a curto prazo.
Nível 3	Início do reconhecimento de algum grau de incerteza no acesso da realidade, diferenciando perspectivas e pontos de vista múltiplos e idiossincráticos. Ocorre a possibilidade de aceitar diferentes níveis e agentes de controle, o que pode resultar em ambivalência e incerteza. As soluções são valorizadas em termos de suas conseqüências emocionais e relacionais.
Nível 4	Neste nível ocorre a valorização da racionalidade como argumento para optar entre as diferentes perspectivas sobre os problemas/doenças, reconhecendo uma perspectiva social ou institucional que pode organizar os diferentes pontos de vista. O controle é reconhecido como possível em diferentes graus e com recurso

Nível 4 (Cont.)	complementar de diferentes agentes. Ocorrência da valorização e busca de soluções que correspondam aos diferentes papéis sociais e institucionais como os deveres, direitos e responsabilidades.
Nível 5	Ocorrência da valorização da multiplicidade e complexidade das diferentes perspectivas subjetivas sobre os problemas /doenças, com a relativização das diferentes perspectivas em função de objetivos múltiplos. Neste nível ocorre a compreensão de que o grau de controle depende da própria definição do problema/doença e dos objetivos escolhidos. As soluções procuradas valorizam a autonomia existencial e o sentido de integridade.

Anexo 3

Estádios de Desenvolvimento das Competências de Desenho³⁰

Estádios das Competências de Desenho de Luquet	Descrição das competências
<i>Pré-estádio</i> <i>Realismo Fortuito</i> <i>ou Garatuja</i> - Idade aproximada 18 meses a 2 anos	Movimentos aleatórios ou círculos isolados. A criança descobre uma relação qualquer entre seu traçado no papel e um objeto (nomeia o desenho após executá-lo).
<i>Estádio I</i> <i>Incapacidade</i> <i>Sintética</i> - Idade aproximada 2 a 3 anos	Primeiras tentativas de reproduzir algumas formas. A figuração do espaço ignora as relações projetivas e euclidianas (proporções e distâncias). Não há representação de grandeza, ou profundidade. Início da organização topológica elementar. Início dos desenhos das figuras humanas. Ocorre o início da relação de vizinhança entre as figuras (figuras com braços ligados à cabeça ou ao mesmo lado do corpo. Formas mais ou menos diferenciadas. Relações de envolvimento apresentam falhas ao nível das figuras mais complexas (olhos fora do rosto, móveis fora da casa. A relação entre os elementos é representada de forma inadequada. Figuras contínuas são justapostas e descoordenadas. Há ocorrência de troca da ordem das relações espaciais em função da necessidade de competências de representação espacial e não devido a ausência de competências gráficas ou de atenção perceptiva.

³⁰ Adaptado de Piaget e Inhelder (1981/1993); Fontana e Cruz (1997); Meredieu (1974/1999) e Valladares e Carvalho (2006).

<p><i>Estádio II</i> <i>Realismo</i> <i>Intelectual</i> - Idade aproximada 4 a 10 anos</p>	<p>Início das relações projetivas e euclidianas que ainda ocorrem de forma incoerente. As relações topológicas são respeitadas. Espaço perspectivo entra em conflito com o espaço topológico. Relação de envolvimento e interioridade demarcada pela presença de transparência. Rosto representado em perfil, com a presença dos dois olhos, sem respeitar o espaço euclidiano. O plano deitado também é contrário ao espaço euclidiano. Diferentes elementos da mesma figura são encarados sob diferentes ângulos. Estruturas projetivas e métricas só dizem respeito a alguns pormenores. Surge a linha da base (real ou implícita). O conjunto permanece não-coordenado. Diferença fundamental entre visão e representação da perspectiva. Desenha o que sabe sobre o objeto e não o que vê. Influência das mediações sociais, históricas e culturais nos desenhos. Presença de pessoas, objetos, brinquedos, natureza, animais (representação do cotidiano).</p>
<p><i>Estádio III</i> <i>Realismo Visual</i> - Idade aproximada 11, 12 anos em diante</p>	<p>Uma vez constituída as relações topológicas, há a preocupação em respeitar as distâncias e as proporções respectivas das figuras. Submete o traçado a um ponto de vista único. As relações projetivas determinam e conservam as relações reais das linhas entre si. Aparecimento da perspectiva que visa integrar o espaço topológico (planos e sobreposições). A criança submete todos os objetos à visão de conjunto (conduta de mira). A linha dá lugar à reta cuja representação pressupõe o espaço euclidiano. Uso de cores vivas no 1º plano e mais baixas nos outros planos (profundidade). Início do uso do sombreamento e tridimensionalidade. Representa o objeto de acordo com a aparência visual (reproduz a realidade e utiliza a cor de forma realista). Fim da transparência e utilização da opacidade. Busca por detalhes e acabamento. Linha de contorno e</p>

<i>Estádio III</i> <i>Realismo Visual</i> - Idade aproximada 11, 12 anos em diante (Cont.)	esquema corporal mais completo. Há uso de técnicas de desenho (procura transmitir sensações não mais visuais, mas táteis e cinestésicas).
--	---

Anexo 4

Síntese dos estádios de expressão artística e desenvolvimento cognitivo infantil³¹

Estádio de Expressão Artística	Idade Aproximada	Estádio de Desenvolvimento Cognitivo (Piaget)	Implicações para a expressão através do desenho
Estádio I Rabisco/ Garatuja	18 meses - 3 anos	Última parte do período sensório-motor, começo do pré-operacional	A criança pensa pela atividade motora; realiza traços acidentais de variada qualidade. Começa a aperfeiçoar a coordenação olho/mão e os traços apresentam movimentos repetidos, linhas horizontais, pontos e marcas ocasionais. Imita a linguagem e as ações dos outros; começa a reconhecer a margem do papel e desenhar formas circulares. Pouca consciência do uso da cor (usa por prazer sem intenção específica). A atenção é limitada a um período de tempo e há pouca narrativa sobre a produção artística.

³¹ Adaptado de Dias (2008); Looman (2006); Malchiodi, Kim e Choi (2003); Skybo, Ryan-Wenger e Su (2007).

Estádio II Formas Básicas	3 - 4 anos	Pré- operacional / Pré- conceitual	A criança se diverte em nomear e inventar histórias sobre os desenhos (empenha-se em falar sobre os mesmos). O simbolismo emerge. Marco desenvolvimental: a criança consegue relacionar as marcas no papel às palavras em torno das mesmas. Início das formas básicas (círculo, quadrado, triângulo e retângulo) precursoras da figura humana. A atenção ainda é limitada a um período de tempo e a concentração é restrita. O significado da imagem desenhada pode mudar. A criança pensa de forma egocêntrica. Surge o desenho da “mandala”.
Estádio III Formas Humanas e Esquemas Precoces	4 – 6 anos	Pré- operacional	A criança tem ampliada a capacidade simbólica. Habilidade para classificar e ver relações. A criança concebe o espaço relacionando-o ao corpo. Desenha um modelo interno e não como é visto realmente. Surgem desenhos rudimentares de pessoas (girinos); freqüentemente desenha casas, sol, flores, árvores (coisas comuns ao ambiente). Uso subjetivo da cor, porém algumas crianças podem começar a associar a cor em seus desenhos com o que elas percebem estar presente no ambiente. Crianças neste estágio estão mais interessadas no desenho da figura ou objeto do que na cor dos mesmos. Não há consciência da composição; ausência da linha de base ou preocupação com a direção e relação dos objetos (as figuras podem flutuar na página).

Estádio IV Desenvolvimento de um Esquema Visual	6 – 9 anos	Operações Concretas	A criança desenvolve progressivamente suas habilidades artísticas e surgem os símbolos visuais/esquemáticos das figuras humanas (presença de itens como cabeça, olhos, boca, tronco e pernas), animais, casas e outros objetos do ambiente. Alguns destes símbolos são freqüentemente estandardizados (modo particular de representar a cabeça por um círculo sempre igual; casa com telhado triangular; pessoa com penteado, braços e pernas; árvores com tronco marrom e copa verde; sol amarelo na parte superior da folha). A cor é usada objetivamente e algumas vezes rigidamente (todas as folhas da árvore devem ser da mesma cor verde). Aparece a linha de base (chão) e algumas vezes o limite do céu. Ocorre o desenho com “visão de Raio-X” (transparência dentro dos objetos; casa com tudo que existe lá dentro). A criança pode exagerar o tamanho para enfatizar algo para o observador.
Estádio V Realismo	9 – 12 anos	Operações Concretas	A criança começa a se afastar do pensamento egocêntrico e considera as idéias e sentimentos dos outros.

Estádio V Realismo (Cont.)	9 – 12 anos (Cont.)	Operações Concretas (Cont.)	Entende a relação causa e efeito e aumenta a consciência do mundo ao seu redor. Conceito de reversibilidade. Começa a desenhar o que percebe ser os elementos reais. Primeiras tentativas de desenhar com perspectiva; não desenha mais uma simples linha de base, mas desenha o ponto de encontro do solo com o céu para criar profundidade. Há o uso mais acurado da cor (as folhas da árvore podem ter diferentes tons verdes). A figura humana é mais detalhada e diferenciada em relação a gênero (mais detalhes no cabelo/penteado, nas roupas e na constituição física). Começa a desenhar de forma mais convencional e literal (busca do “efeito fotográfico”). Pode desenhar personagens de desenhos animados e histórias em quadrinho para imitar a qualidade do traço do adulto.
Estádio VI Adolescência	+ 12 anos	Operações Formais	A criança pensa sobre um amplo sistema de acontecimentos, pode raciocinar sobre idéias, impossibilidades, probabilidades e conceitos abstratos. Os desenhos das crianças são menos livres devido à necessidade de buscar a perfeição do “efeito fotográfico”. Muitas crianças

Estádio VI Adolescência (Cont.)	+ 12 anos (Cont.)	Operações Formais (Cont.)	e adultos nunca atingem este estágio porque param de desenhar em torno dos 10, 11 anos de idade, em busca de outros interesses. Entretanto, a partir dos 13 anos, as que continuam a desenhar, desenvolvem habilidade para criar imagens abstratas e para o uso da perspectiva de forma mais acurada e efetiva em seus desenhos, que passam a incluir mais detalhes.
---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------	--

Anexo 5

Síntese dos critérios de análise gráfica dos desenhos³²

Crítérios	Observações
Cor escolhida	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência (lápis preto) - Presença de 1 ou mais cores - Cores vivas - Cores pálidas
Características do traço utilizado	<ul style="list-style-type: none"> - Firme - Tênuê (mais fraco) - Fino - Forte - Muito forte
Tipo de Forma	<ul style="list-style-type: none"> - Precisa - Imprecisa - Uso de régua ou similar - Unidimensional - Bidimensional
Tamanho relativo dos desenhos nas diferentes situações sugeridas* (Desenho Livre; Pessoa no Hospital; Motivo da sua Hospitalização; Sentimentos durante a Hospitalização; Pessoa da Equipe de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeno - ¼ da folha - Médio - Grande <p>* Proporção do desenho em relação à folha e em relação a si mesmo</p>
Expressões Faciais	<ul style="list-style-type: none"> - Feliz/traço ascendente da boca - infeliz/traço descendente da boca - Presença/ausência de lágrimas - Olhos abertos, semi-cerrados ou fechados - Expressão vazia - Expressão indefinida
Elementos Constitutivos presentes nos desenhos	<ul style="list-style-type: none"> - Detalhes que compõe o desenho como um todo (partes do corpo, objetos, elementos da natureza, inclusão de pessoas, personagens, etc)

³² Adaptado de Fávero e Salim (1995).

Postura das figuras humanas	<ul style="list-style-type: none">- Em pé- Deitadas- Sentadas- “Flutuando”
-----------------------------	---

11. APÊNDICES

Apêndice A

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

Data: / / Início da Observação: horas e minutos

Término da Observação: horas e minutos

Duração da Observação: minutos

Técnica de Observação: Registro cursivo

Tipo de interação:

Família X Equipe () Equipe X Criança () Família X Criança ()

Família X Família () Equipe X Equipe () Criança X Criança ()

Outro: ().....

Situação de Observação:

.....

Descrição do Ambiente:

.....

Sujeitos:

.....

Eventos Comportamentais e Ambientais:

.....

.....

.....

Impressões da pesquisadora:

.....

Apêndice B

Protocolo de Consulta ao Prontuário Hospitalar

Data da pesquisa:.....

1) Identificação da Criança (iniciais):.....

- Nº do Prontuário:.....

- Idade:anos. Data de Nascimento:.....

- Sexo: MASCULINO () FEMININO ()

2) Diagnóstico:

- Histórico Médico:

.....

- Outras Informações Relevantes:

.....

3) Hospitalização:

- Data do início da internação:

- Tempo de internação:

- Internações anteriores: SIM () NÃO ()

- Em caso afirmativo, quantas:

- Motivos das internações anteriores:.....

.....

- Data da última internação:

- Recebe acompanhamento psicológico durante a hospitalização
 SIM () NÃO ()

- Recebe acompanhamento psicológico ambulatorial
SIM () NÃO ()

4) Escolaridade:

- Frequenta escola: SIM () NÃO ()
- Em caso afirmativo, série:
- Em caso negativo, motivos:.....
- Quando entrou na escola:.....
- Frequenta a escola regularmente: SIM () NÃO ()
- Em caso negativo, motivos:

5) Informações Familiares:

- A criança possui acompanhante durante a internação: SIM ()
NÃO ()
- Em caso negativo, motivos:
- Quem é o(a) acompanhante:
- Procedência da família:

Pai

- Idade:.....
- Escolaridade:
- Ocupação:.....
- Local:
- Religião:.....

Mãe

- Idade:.....
- Escolaridade:
- Ocupação:
- Local:
- Religião:.....

Estado Civil dos pais:.....

Irmãos

- N° de irmãos:.....
- Idade e sexo:.....
- Com quem ficam os irmãos durante a internação:.....
-

- Quem mora na casa:.....

- Renda Familiar:.....

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

Apêndice C

Protocolo de aplicação do Desenho Livre e dos Desenhos-Estórias Temáticos

Desenho Livre:

A partir da seguinte consigna: “Você tem essa folha em branco e pode fazer o desenho que quiser, como quiser”, solicitar que a criança desenhe qualquer tema que lhe ocorra.

Desenhos-Estórias Temáticos:

1) A partir da seguinte consigna: “Desenhe uma pessoa no hospital”, solicitar que a criança desenhe a temática *hospitalização* e em seguida solicitar: “Você agora olhando o desenho, pode inventar uma história dizendo o que acontece”. Em caso de dificuldade do sujeito na elaboração da história, pode-se introduzir recursos auxiliares como: “Você pode começar falando a respeito do desenho que fez”.

2) Em seguida solicita-se: “Desenhe por que você está aqui no hospital, o que está acontecendo com você”, solicitar que a criança desenhe a temática *doença/causa da hospitalização* e em seguida solicitar: “Você agora olhando o desenho, pode inventar uma história dizendo o que acontece”. Em caso de dificuldade do sujeito na elaboração da história, pode-se introduzir recursos auxiliares como: “Você pode começar falando a respeito do desenho que fez”.

3) Na seqüência solicitar à criança: “Desenhe como é para você estar aqui no hospital/hospitalizada, como você se sente aqui/quais são seus sentimentos”. Solicitar que a criança desenhe a temática *sentimentos durante a hospitalização* e em seguida solicitar: “Você agora olhando o desenho, pode inventar uma história dizendo o que acontece”. Em caso de dificuldade do sujeito na elaboração da história, pode-se introduzir recursos auxiliares como: “Você pode começar falando a respeito do desenho que fez”.

4) Por último, solicitar à criança: “Desenhe alguém da equipe que atendeu/cuidou de você aqui no hospital”. Solicitar que a criança desenhe a temática *atendimento da equipe* e em seguida solicitar: “Você agora olhando o desenho, pode inventar uma história dizendo o que acontece”. Em caso de dificuldade do sujeito na elaboração da história, pode-se introduzir recursos auxiliares como: “Você pode começar falando a respeito do desenho que fez”.

Apêndice D

Roteiro de Entrevista com a Criança

1) Identificação da criança: Nome, idade, escolaridade, tempo de internação, causa da internação, primeira internação, quem acompanha a criança (dados do prontuário)

2) sentidos de doença e saúde:

- As crianças algumas vezes ficam doentes. Como as crianças sabem que estão doentes?
- Qualquer um pode ficar doente?
- Uma pessoa pode estar doente tanto quanto outra?
- Você alguma vez já esteve doente?
- O que é ter saúde?
- Que coisas as crianças fazem para ter saúde?

3) Causalidade:

- Porque as crianças ficam doentes?
- Identidade: O que você tem?
- Que tipo de doença é essa? O que você sabe sobre essa doença?
- Como você ficou doente? Por que você ficou doente?

4) Prevenção:

- Quando é que as crianças não ficam doentes?

5) Hospitalização:

- Algumas vezes quando as crianças ficam doentes tem que ficar hospitalizadas. Porque elas têm que ficar no hospital?
- O que é hospital?
- Por que você está no hospital? É a primeira vez que você vem para o hospital? Como foram as vezes anteriores em que você ficou no hospital?
- O que você sentiu quando soube que teria que ficar no hospital?
- Você está sempre doente quando vem ao hospital?
- O que acontece com as crianças quando elas vêm ao hospital?
- O que você pensa ser parecido com um hospital
- Quem olha/cuida de você no hospital?
- O que os médicos fazem?
- O que as enfermeiras fazem?

- Conhece outras pessoas aqui no hospital além dos médicos e enfermeiros? O que essas outras pessoas que trabalham no hospital fazem?
- Por que é preciso fazer exames durante a hospitalização?
- O que uma criança no hospital tem para fazer o dia todo?
- Quanto tempo as crianças ficam no hospital?
- O que você pensa ser a pior coisa sobre ser hospitalizado?
- O que você pensa ser a melhor coisa sobre ser hospitalizado?
- Diga alguma coisa que uma criança como você gostaria de saber antes de ir para o hospital
- O que você contaria a um/uma menino/menina sobre o que acontece no hospital?
- Se você pudesse mudar alguma coisa no hospital, o que seria?
- O que você pode fazer para ficar bem no hospital?
- Você diria a seus amigos que aqui é um bom lugar para eles virem se eles ficarem doentes?
- Como seria um hospital ideal, bom mesmo?

6) Tratamento:

- Quando as crianças estão doentes, como elas podem ficar boas, de novo?
- Às vezes quando as crianças estão doentes elas precisam tomar remédios. O que o remédio faz/como os remédios funcionam?
- O que quer dizer ter que fazer uma operação/cirurgia?
- Por que as pessoas têm que ser operadas?
- O que acontece no hospital para fazer você melhorar?
- Você pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?

7) Atendimento:

- O que você acha das pessoas que te atendem? Eles te disseram os nomes deles? Você lembra? Eles conversam com você? O que eles te falam?
- Eles são *legais* (gentis/simpáticos) com você?
- Eles são *legais* (gentis/simpáticos) com sua família?
- Você sente-se (seguro/bem) aqui?
- Você gosta de como cuidam de você?
- Eles (equipe) escutam quando você tenta dizer-lhes alguma coisa?
- Eles (equipe) sabem como você está se sentindo quando cuidam de você? Como você mostra a eles o que está sentindo?
- Você diz para eles (equipe) como gostaria que eles cuidassem de você?
- Eles (equipe) explicam o que vão fazer antes de fazer alguma coisa?

- Quando você está (machucado/com dor/sentindo-se mal) eles (equipe) ajudam você a se sentir melhor? Como?
- Eles dão oportunidade de você brincar? Como?
- Como seria um médico ideal, bom mesmo?
- Como seria uma enfermeira ideal, boa mesmo? (incluir demais profissionais que atendem a criança)
- Como seria um atendimento ideal, bom mesmo em um hospital de crianças?

Apêndice E

Roteiro de Entrevista com o Acompanhante da criança

1) Identificação do(a) acompanhante da criança: Nome, idade, escolaridade, grau de parentesco com a criança, primeira vez que acompanha a criança em internação hospitalar?

2) Sentidos de doença e saúde:

- Algumas vezes as crianças ficam doentes. Como as crianças ficam doentes e por quê?
- Qualquer criança pode ficar doente?
- Existem crianças que ficam mais doentes que outras?
- O que é saúde?
- Que coisas as crianças fazem para ter saúde?

2) Causalidade:

- O que houve com a criança para que viesse para o hospital?
- Há quanto tempo você está com a criança aqui no hospital?
- Você sabe o que a criança tem? Como?
- Você sabe porque ele(a) tem (termo utilizado pelo acompanhante para designar a doença)?
- Você já sabia alguma coisa sobre (termo utilizado pelo acompanhante para designar a doença) antes dele(a) ficar doente?

3) Prevenção:

- Quando é que as crianças não ficam doentes?

4) Hospitalização:

- Algumas vezes as crianças precisam ir ao hospital quando estão doentes? Porque as crianças precisam ir para o hospital?
- Para você, o que é um hospital?
- O que significa estar hospitalizado?
- O que você pensa ser a hospitalização de uma criança?
- Como você e a criança/seu(sua) filho(a) vieram para a internação? Quem acompanhou vocês?
- Como você se sentiu quando soube que a criança teria que ser hospitalizada?

- Você recebeu informações sobre como é ficar aqui no hospital acompanhando o(a) criança/seu(sua) filho(a)?
- A criança sabe o que ela tem /nome da doença dele(a) e porque está no hospital?

Em caso afirmativo:

- Como e quando ele(a) soube?
- Quem contou?
- Como foi contado para ele(a)?
- Porque foi contado para a criança?
- O que mais ele(a) sabe/foi dito sobre o que ele(a) tem/doença e sobre o hospital?
- Ele(a) pergunta alguma coisa?
- O que você acha que ele(a) entende sobre o que ele(a) tem/doença e sobre ficar no hospital?

Em caso negativo:

- Porque ele(a) não sabe o que tem/doença e porque está no hospital?
- Alguém falou com ele(a) sobre isso?
- O que você acha que poderia acontecer se ele(a) soubesse?
- Ele(a) pergunta alguma coisa? E o que dizem pra ele(a)?
- Se alguém fosse contar, como você acha que poderia ser feito?

-
- Como ele(a) fica no hospital?
 - A criança pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?
 - Para você, como é ficar aqui com ele(a)?
 - O que mudou na sua vida depois que ele(a) adoeceu e veio para o hospital?
 - Qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?
 - Qual a melhor coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?
 - Você pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?
 - Você diria a seus amigos e familiares que aqui é um bom lugar para eles virem se o(a) filho(a) deles ficar doente?
 - Se você pudesse mudar alguma coisa no hospital, o que mudaria?
 - Como seria um hospital ideal, bom mesmo?

5) Tratamento:

- Você tem a mesma opinião que o médico sobre o que a criança tem?
- Como tem sido o tratamento dele(a)?
- Você sabe quanto tempo vai demorar o tratamento?
- Você acha que o tratamento está dando certo?

- O que o médico diz para você fazer? E para a criança? Você concorda?
- O médico, fala na frente dele(a) sobre o que ele tem/doença?
- Tem alguma coisa que o médico fala só para você e não fala na frente dele(a)? E o que você acha disso?
- E aqui no hospital, como você fica sabendo o que ele(a) tem que fazer (exames, procedimentos, remédio, etc...)?
- Você conseguiu perguntar para o médico e para as enfermeiras as suas dúvidas sobre o diagnóstico e o tratamento ?
- Como você pode participar do tratamento da criança?
- O que você acha a coisa mais difícil de enfrentar desde que ele(a) ficou doente e veio para o hospital?

6) Atendimento:

- Como é o atendimento/consulta do(a) médico(a) com o(a) criança/seu(sua) filho(a)? Ele(ela) te disse o nome dele(a)? Você lembra?
- O que você achou dele(a)?
- Como é a consulta/atendimento para o(a) criança/seu(sua) filho(a)?
- Como é o atendimento dos(das) enfermeiros(as) com o(a) criança/seu(sua) filho(a)? Eles(elas) te disseram os nomes deles(as)? Você lembra?
- O que você achou deles(as)?
- Como você se sente quando está com o(a) médico(a) e os outros profissionais que atendem a criança?
- Você acha que o(a) médico(a) escuta você, e escuta o(a) criança/seu(sua) filho(a) sobre o que ele(ela) está sentindo?
- Como o(a) médico(a) explicou a você o que está acontecendo?
- Eles (médico, enfermeiras, demais membros da equipe) são *legais* (atenciosos/gentis) com você?
- Eles (equipe) são *legais* (gentis/atenciosos) com o(a) criança/seu(sua) filho(a)?
- Eles (equipe) deram oportunidade para a criança brincar? Como?
- Você sente-se seguro aqui? Por quê?
- Você gosta de como cuidam do(a) criança/seu (sua) filho(a)?
- Eles (equipe) percebem os sentimentos da criança?
- Eles (equipe) explicam o que vão fazer antes de fazer alguma coisa?
- Quando o(a) criança/seu(sua) filho(a) está com dor/sentindo-se mal, eles (equipe) o ajudam a se sentir melhor?
- Eles (equipe) ajudam você a se sentir melhor?

- Como seria um atendimento ideal, bom mesmo em um hospital de crianças?
- No seu entender, quando você entrou no hospital, teve contato com muitas pessoas daqui. Olhando para o hospital, quais as pessoas que você considera/lembra que te deram apoio durante a hospitalização da criança?
- Como seria um médico ideal, bom mesmo?
- Como seria uma enfermeira ideal, boa mesmo? (incluir demais profissionais que atendem a criança)
- Quais as sugestões que você e sua família fariam para que esse ambiente permitisse um atendimento melhor?

Mapa de Redes Sociais Significativas:

- Elaboração do Mapa de Redes Sociais Significativas do Acompanhante da Criança Hospitalizada

Apêndice F

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

Eu, Marina Menezes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido o (a), assim como a
(nome da criança) a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação da Prof.^a Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. Esta pesquisa que se intitula **“Criança hospitalizada, família e equipe de saúde: sentidos e significações do processo de hospitalização”** tem por objetivo identificar a realidade de crianças hospitalizadas e suas famílias, bem como da equipe de saúde a fim de obter dados que analisados juntos, permitam compreender os sentidos e níveis de significações sobre a hospitalização infantil com base nas idéias das crianças, suas famílias e equipe. A relevância dessa pesquisa está em sua proposta de busca pela qualidade do atendimento à criança hospitalizada e sua família.

A sua participação acontecerá através do consentimento da minha presença durante a hospitalização de seu(sua) filho(a); da consulta ao prontuário hospitalar da criança; em entrevistá-lo(a) e entrevistar a criança durante a sua permanência no hospital, bem como autorizar a aplicação de desenhos livres e desenhos temáticos sobre doença e hospitalização, seguido de perguntas sobre os mesmos à criança. Ressalto que estes procedimentos de coleta de dados serão esclarecidos à criança, assim como o objetivo de sua participação, através de linguagem clara e adequada à idade da criança, sendo a mesma consultada sobre sua aceitação em participar ou não da pesquisa. Esses procedimentos não oferecem nenhum tipo de risco à criança ou a seus familiares ou responsáveis. O seu nome, bem como o da criança, ou

quaisquer dados que possam identificá-los, não serão utilizados. A sua participação é absolutamente voluntária, não remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. A sua recusa, ou da criança, em participar da pesquisa, não trará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento e ao tratamento da criança. Você e/ou a criança, também poderão desistir da participação a qualquer momento. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da Tese, em data a ser agendada. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, assim como permitir que a criança participe do mesmo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones (47) 3341-7688 ou (48) 3721- 8579.

 Marina Menezes
 Pesquisadora principal
 – Doutoranda

 Prof.^a Dra. Carmen Leontina O.O. Moré
 Pesquisadora responsável
 – Orientadora

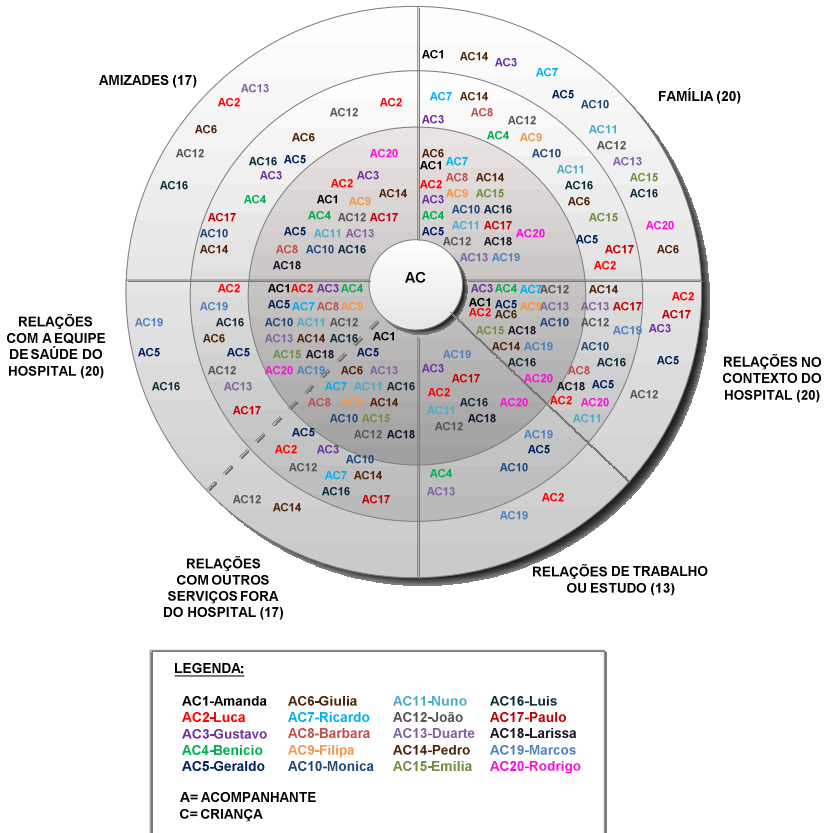
Eu.....
 responsável legal, abaixo assinado, declaro através deste documento o
 meu consentimento e o
 de.....
 em participarmos da pesquisa intitulada “**Criança hospitalizada,
 família e equipe de saúde: sentidos e significações do processo de
 hospitalização**“, a ser realizada neste Hospital. Declaro ainda, que estou
 ciente de seu objetivo e métodos, bem como de meus direitos ao
 anonimato e a desistir da mesma a qualquer momento.

....., de 20.....

.....RG:.....
 Assinatura do(a) responsável pela criança e participante da pesquisa

Apêndice H

Mapa de Redes Sociais Significativas dos Acompanhantes



Apêndice I

Figura 1- Distribuição de pessoas das relações familiares citadas pelos acompanhantes

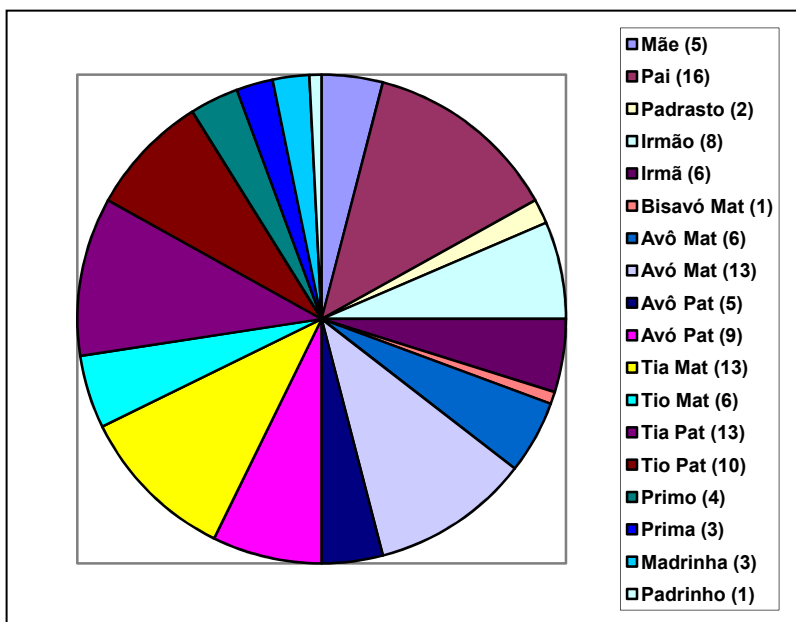


Figura 2 - Distribuição de pessoas das relações de amizade citadas pelos acompanhantes

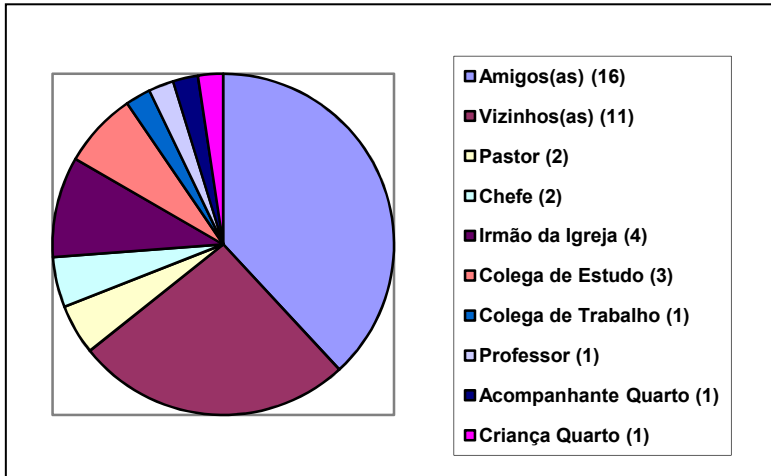


Figura 3 - Distribuição das pessoas das relações com outros serviços fora do hospital citadas pelos Acompanhantes

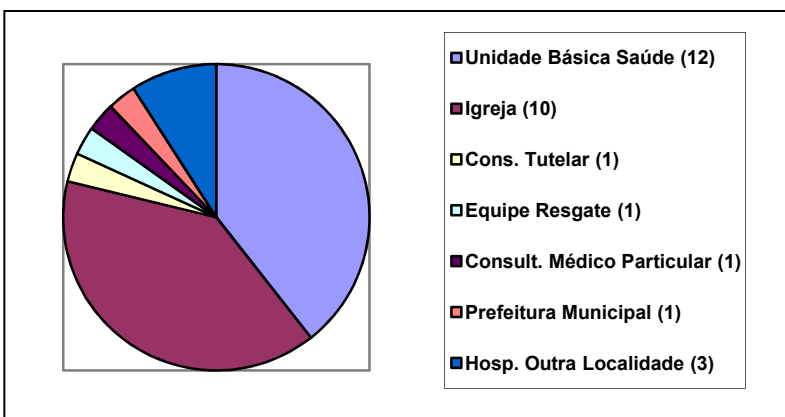


Figura 4 - Distribuição das pessoas das relações no contexto do hospital citadas pelos Acompanhantes

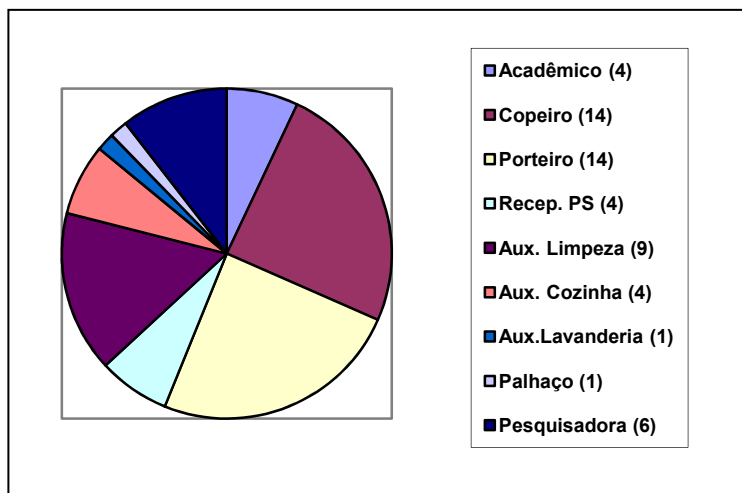


Figura 5 - Distribuição das pessoas citadas nas relações de trabalho ou estudo citadas pelos Acompanhantes

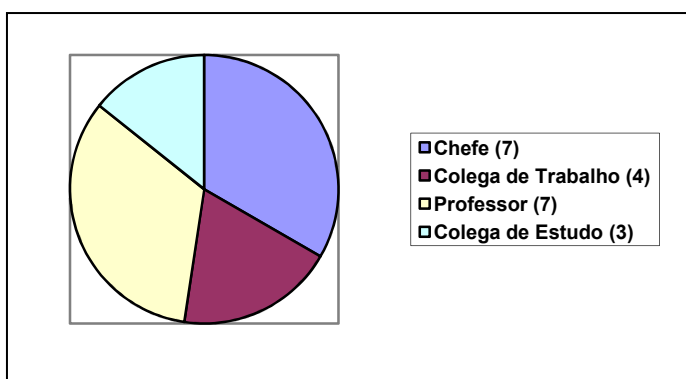
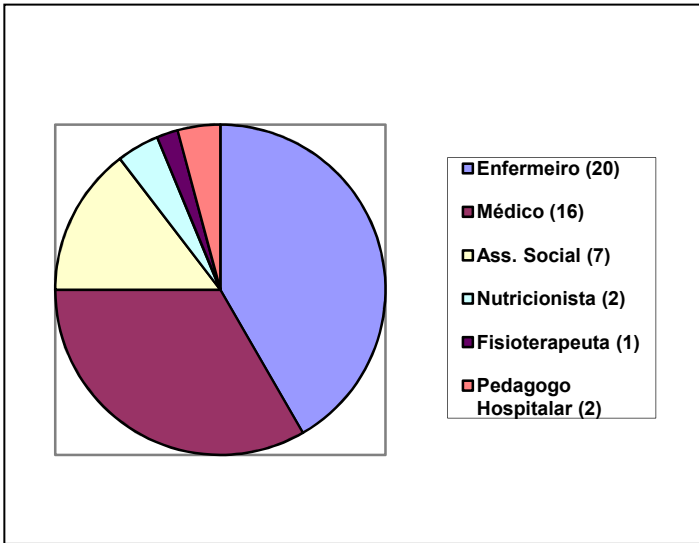


Figura 6 - Distribuição das pessoas citadas nas relações com a equipe de saúde do hospital citadas pelos Acompanhantes

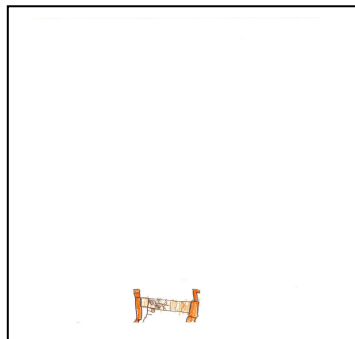


Apêndice J

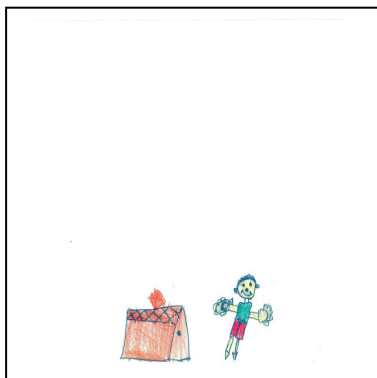
Desenhos crianças de 5-6 anos (C5-Geraldo, 6 anos)



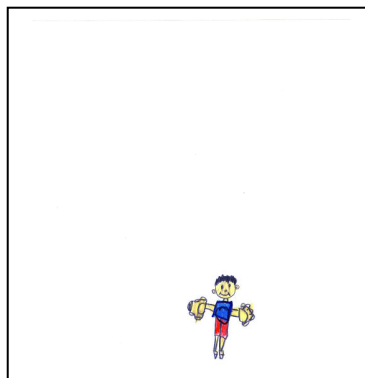
Desenho Livre



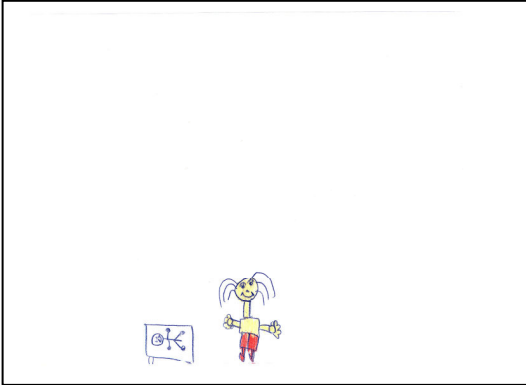
Pessoa no hospital



Motivo da sua hospitalização



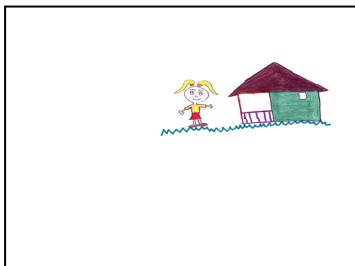
Sentimentos durante a hospitalização



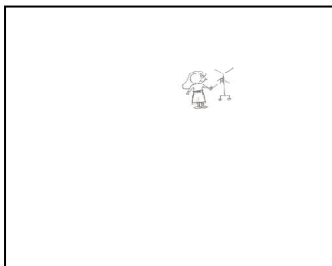
Profissional da equipe de saúde

Apêndice K

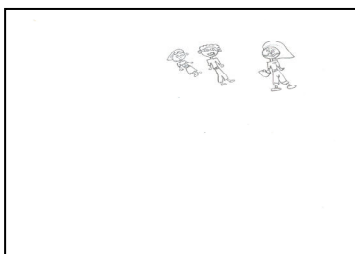
Desenhos criança de 7-8 anos (C10-Monica, 8 anos)



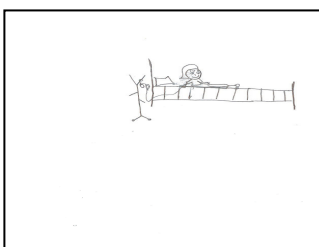
Desenho livre



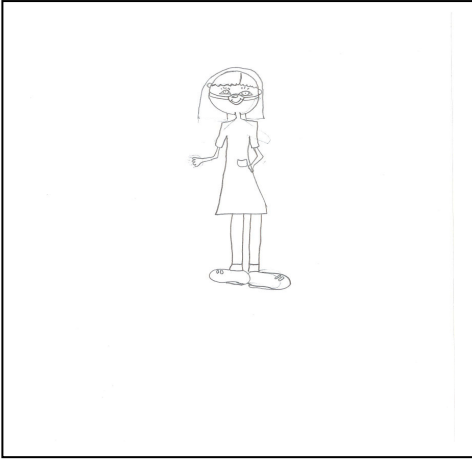
Pessoa no hospital



Motivo da sua hospitalização



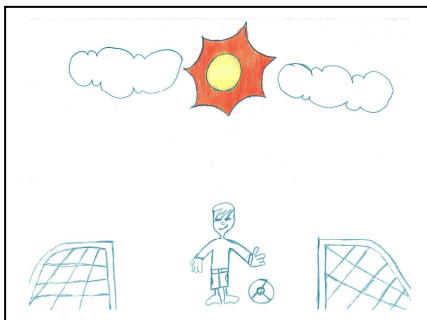
Sentimentos durante a hospitalização



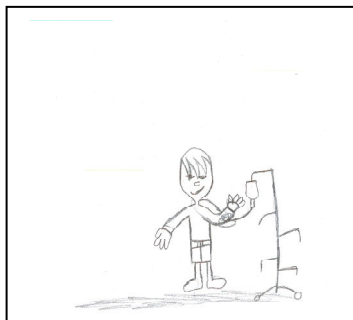
Profissional da equipe de saúde

Apêndice L

Desenhos criança de 9-10 anos (C13-Duarte, 10 anos)



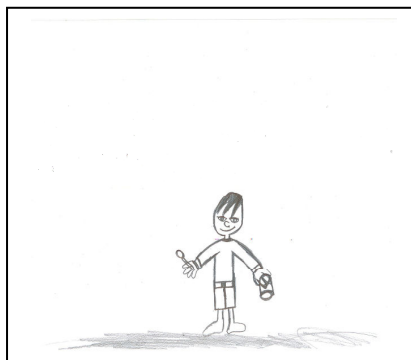
Desenho livre



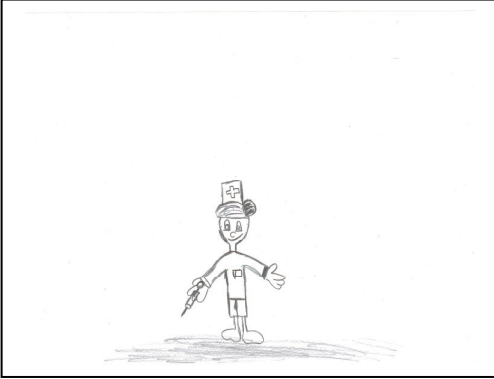
Pessoa no hospital



Motivo da sua hospitalização



Sentimentos durante a hospitalização



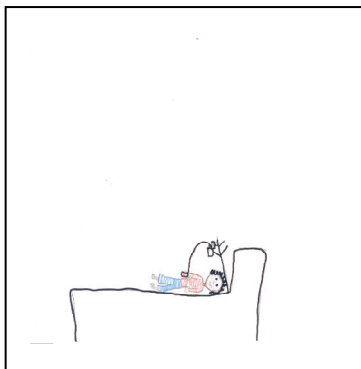
Profissional da equipe de saúde

Apêndice M

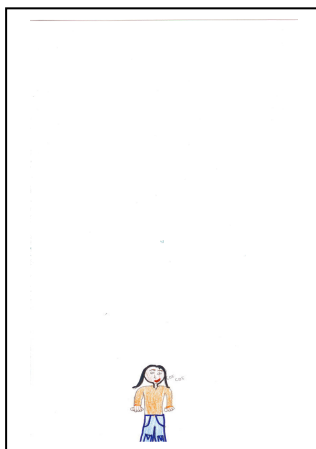
Desenhos criança de 11-12 anos (C18-Larissa, 12 anos)



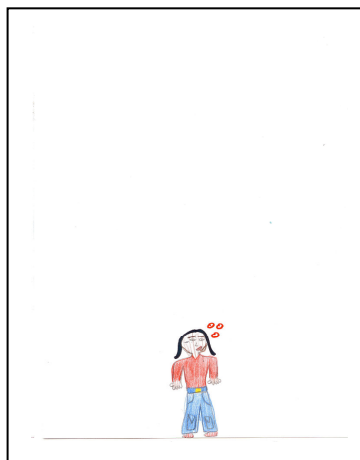
Desenho livre



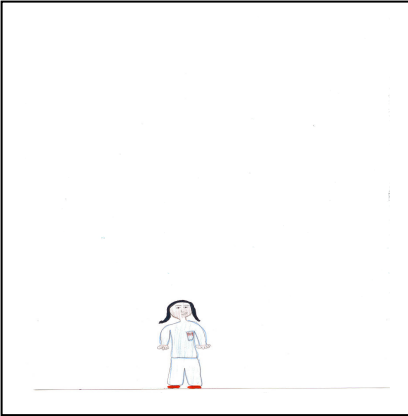
Pessoa no hospital



Motivo da sua hospitalização

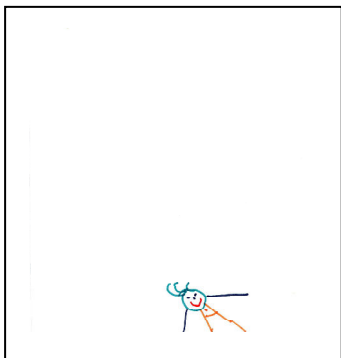


Sentimentos durante a hospitalização

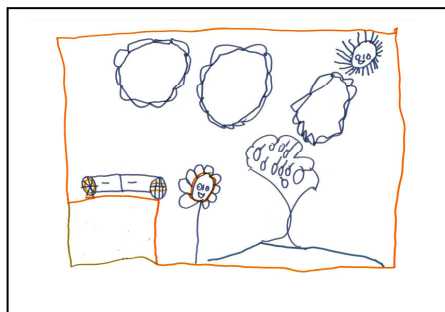


Profissional da equipe de saúde

Apêndice N

Desenhos da Categoria *Desenho Livre*

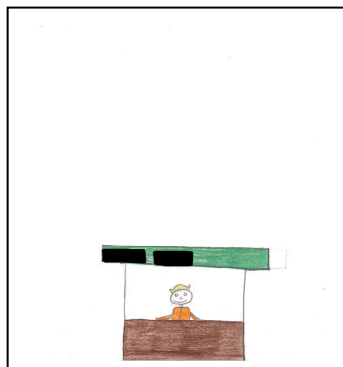
C1-Amanda, 5 anos



C7-Ricardo, 7 anos

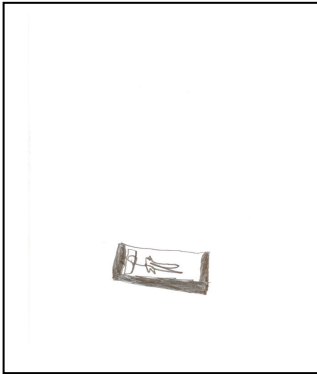


C14-Pedro, 10 anos

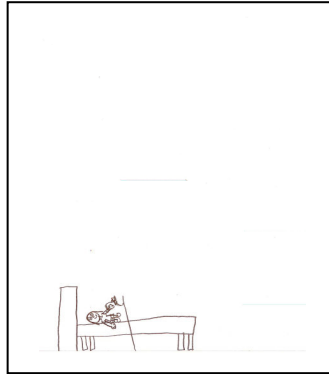


C19-Marcos, 12 anos

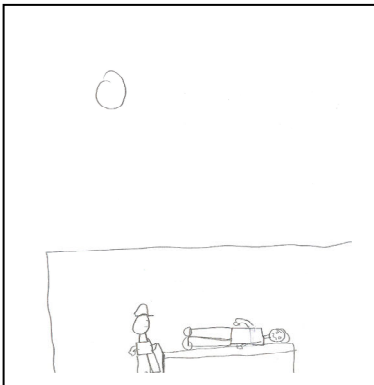
Apêndice O

Desenhos da Categoria *Pessoa no Hospital*

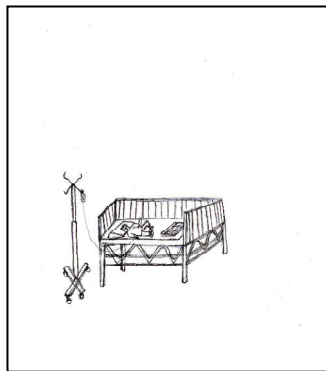
C2-Luca, 5 anos



C9-Filipa, 8 anos

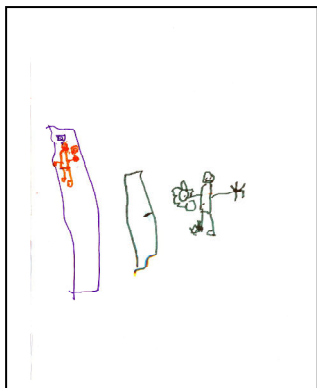


C12-João, 9 anos

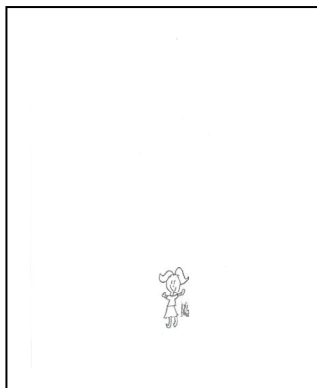


C17-Paulo, 12 anos

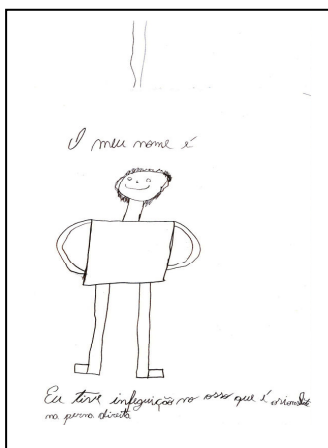
Apêndice P

Desenhos da Categoria *Motivo da sua Hospitalização*

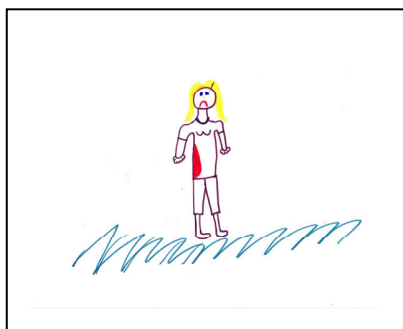
C3- Gustavo, 5 anos



C6-Giulia, 7 anos

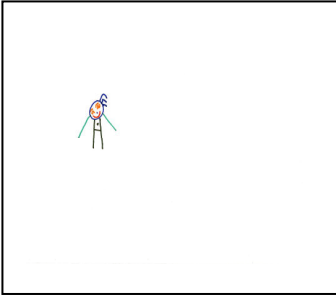


C14-Pedro, 10 anos

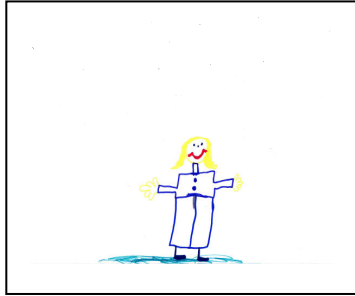


C15-Emilia, 11 anos

Apêndice Q

Desenhos da Categoria *Sentimentos durante a Hospitalização*

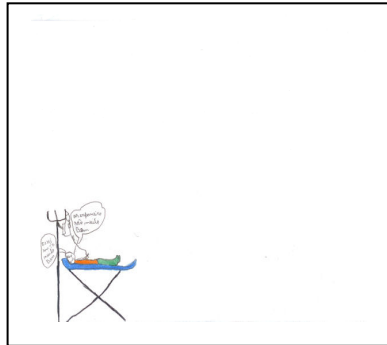
C1-Amanda, 5 anos



C8-Barbara, 8 anos

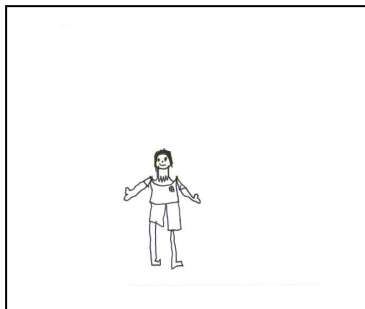


C14-Pedro, 10 anos



C19-Marcos, 12 anos

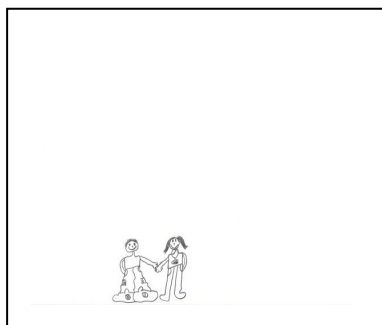
Apêndice R

Desenhos da Categoria *Profissional da Equipe de Saúde*

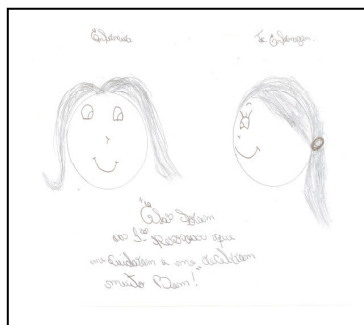
C4-Benicio, 6 anos



C8-Barbara, 8 anos



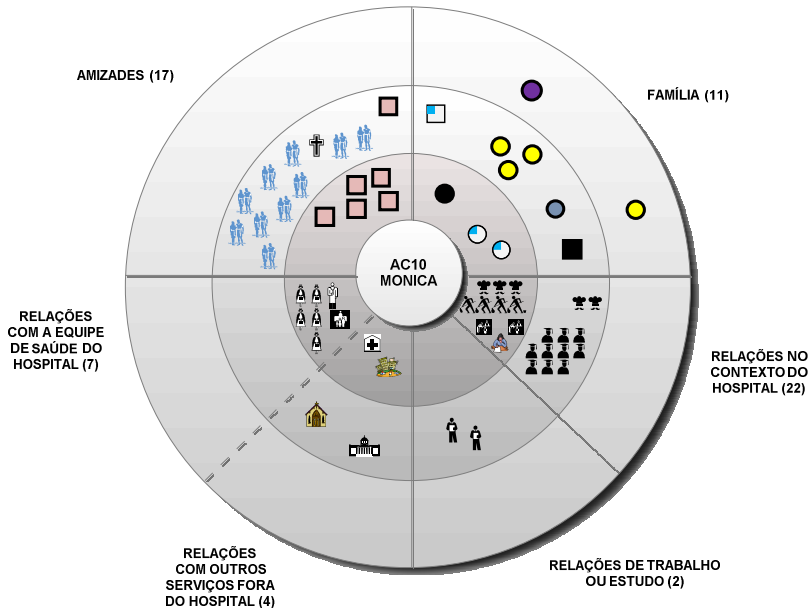
C11-Nuno, 9 anos



C16-Luis, 11 anos

Apêndice S

Exemplo de Mapa de Rede Sociais Significativas – Acompanhante C10-Monica



Apêndice T

Exemplo Entrevista Acompanhante C12-João

ENTREVISTA ACOMPANHANTE C12-JOÃO

M – como as crianças ficam doentes?

A- pela mudança do tempo, né? que fica mais frio...as vezes é um descuido da mãe...

M – como é esse descuido da mãe?

A- ah, a mãe descuida e deixa a criança sair na friagem depois do banho, essas coisa...

M – e o que acontece?

A – a criança pega resfriado, friagem...

M – e como ela fica?

A- fica com febre, tosse...

M- e a febre e a tosse são causadas pela friagem?

A – é ...

M – e além da mudança de tempo e descuido da mãe, tem mais alguma coisa que faça as crianças ficarem doentes?

A- eu creio que é isso, né? Bem, as vezes tem criança que já nasce com probleminha , né?

M – que tipo de problema?

A- de nascença, né? problema na cabeça... é mais lento, né?

M – a criança já nasce com problemas na cabeça?

A- é.

M – e o que causa esses problemas na cabeça?

A- alguma coisa lá na barriga da mãe, alguma doença da mãe ou nervoso, se ela (*mãe*) passou algum nervoso.

M – e isso pode deixar a criança doente?

A – eu acho, né?

M – e qualquer criança pode ficar doente?

A- eu creio que sim, porque pode acontecer como aconteceu com o João, aonde que ele acordou um dia de manhã com dor forte na barriga, sem razão nenhuma... não tinha acontecido nada e de repente ele tava lá (*no hospital*) e podia ser *pendicite*.

M – então no caso do João não foi descuido, nem friagem ou mudança de tempo?

A- (*risos*) não! Isso aconteceu assim, porque são coisas do próprio corpo, né? Também tem vezes que a criança cai, se machuca e precisa operar ou ir para o hospital.

M – existem crianças que ficam mais doentes que outras?

A- sim. Acho até que... tem criança que está sempre doente, né? é mais fragilzinha e pega vento e já resfria... essas coisa.

M – porque tem criança que é mais frágil?

A- porque desde... lá na gravidez, né? as vezes a mãe não se cuidou... as vezes quando o neném ta se desenvolvendo dá um probleminha, né? e daí fica mais doente... é mais fraquinha, demora ganhar peso...

M – isso faz a criança adoecer mais vezes?

A- é.

M – e o que é saúde?

A – saúde é tudo! A saúde é... a pessoa que come bem, dorme bem, tem boa alimentação...

M – então pessoa que tem saúde come bem, dorme bem e faz mais alguma coisa?

A- come bem... faz atividades...

M – que tipo de atividades?

A – assim, exercício pra mexer o corpo e também faz as coisas que são saudáveis: come fruta, legume...

M – que coisas as crianças fazem para ter saúde?

A – come bem, faz exercício, a mãe não descuida... brinca...

M – se fizer tudo isso tem saúde?

A – é.

M – o que houve com o João para ele vir para o hospital?

A – na sexta-feira, ele acordou com dor, reclamando de muita dor. Aí eu levei ele no Postinho, porque é sempre a primeira coisa que eu faço: primeiro vai no postinho, depois, se não dá jeito lá, levo pro hospital... então, levei ele no posto e lá disseram que era pra ir no dia seguinte no hospital bater um raio-x. Como eu moro em [*nome da cidade*] eu levei ele no [*nome do hospital*]. Era sábado de manhã e ele reclamava que doía muito a barriga. No hospital, disseram que podia ser *pendicite*, deram Buscopan® e mandaram trazer aqui pra fazer o raio-x., porque lá eles não podiam fazer nada...daí eu vim com ele pra cá no sábado antes do almoço, de tarde.

M – você está com ele aqui desde sábado, então faz 3 dias?

A- aham.

M- você sabe o que ele tem?

A- então... no começo o médico disse, o cirurgião disse que podia ser *pendicite*, que tinha que ficar aqui pra ver se era mesmo, né?

M- você sabe porque ele tem essas dores na barriga então?

A - eu não... não sei como que isso aconteceu pra ele, porque na minha família nunca teve ninguém com isso, *pendicite*, né?

M – e você já sabia alguma coisa sobre *pendicite*?

A- não. Saber assim, não sei... sei que é alguma coisa na barriga ou intestino, acho que alguma infecção, não sei... já ouvi falar o nome, né? mas saber o que é mesmo eu não sei!

M – e você tem idéia porque isso aconteceu com o João?

A- não! Isso era o que eu mais queria saber!

M – você queria muito saber porque ele tem essas dores?

A- é porque eu não consigo explicar, saber porque que isso foi acontecer, porque ele tava bem e de repente deu essas dores fortíssimas...

M – você se sente em dúvida...

A- isso!

M – e quando é que as crianças não ficam doentes?

A- quando tão com saúde, comendo bem, indo pra escola, sem dor, sem reclamar de dor, né?

M- nesses casos, as crianças mostram que não estão doentes?

A- é porque doente, fica mais amoadinho, quietinho num canto, parado... e quando ta bem, ta correndo, ta pulando.

M – Porque as crianças precisam ir ao hospital quando estão doentes?

A – ah, porque precisa tratar... quer dizer que aquilo que... como eu te falei... já foi no Posto [*Unidade de Saúde*]? Não deu. Aí vai pro hospital, né? Porque se é um resfriadinho, eu trato em casa, dô remédio em casa, né? Mas se a febre ta mais alta, eu vô pro Posto e lá eles [*equipe de saúde*] me dizem: ó mãe, é caso de hospital. Aí vai pro hospital, pra receber certos medicamento que são pelo soro, né? que daí não tem condições de ser em casa...

M – para você, o que é um hospital?

A – uma segunda mãe!

M – me explica!

A- uma segunda mãe, porque vai cuidar e tratar do mesmo jeito que a mãe em casa... até mais certo, né? é um lugar de tratamento e cuidado.

M – o que quer dizer estar hospitalizado?

A – é que não tá bem, né? precisa de tratamento especial, de hospital mesmo.

M – e o que seria esse tratamento especial?

A- com as coisas e os aparelhos aqui do hospital, com os remédios que só tem aqui... os enfermeiros que podem resolver qualquer problema assim maior...

M – problema como?

A- ah, de uma injeção ou se é mais grave e tem que operar...

M – o que você acha que é a hospitalização de uma criança?

A- uma coisa difícil... porque a gente vê a criança com dor e não pode fazer nada...

M – você está me dizendo que a hospitalização de uma criança é uma coisa difícil que o adulto não pode fazer nada?

A- é! A criança tem que parar tudo... escola... e precisa melhorar e tu que és a mãe, só pode ficar junto pra acalmar, porque o resto é o tratamento mesmo...

M – e como você e o João vieram para a internação? Quem acompanhou vocês?

A- o meu cunhado, porque meu marido trabalha direto na firma... então meu cunhado trouxe a gente... ele é que ajuda com carro e essas coisa de dinheiro...

M – e alguém acompanhou vocês lá do PS até aqui em cima na internação?

A- ah, teve sim, um moço enfermeiro que veio aqui com a gente e deixou a gente no quarto.

M – e como você se sentiu quando soube que o João ia ter que ficar internado?

A – foi um choque assim pra mim... [pausa] eu nunca pensei... é difícil ter que ficar assim, com os filhos longe... o meu [filho] de dois anos ainda mama no peito... na hora eu pensei: meu Deus, *pendicite*, o que é isso? Tem que operar se for... aí já passou na cabeça um monte de coisas, né?

M – o que te passou pela cabeça?

A- ah, que a cirurgia, né?... podia morrer... (*choro*) a gente não sabe, né? eu fiquei bem desorientada, né? Pensei só em me agarrar em Deus pra ter força pra acalmar ele (*criança*), porque ele também tava assustado e com dor...

M – e como você sentiu depois de internar com ele?

A- ainda agoniada... só depois que o médico veio, que falou que a gente ia esperar um pouco, aí eu pensei: então não é tão grave, porque não foi para operar...

M - e você recebeu informações sobre como é ficar aqui no hospital com ele? Os horários, a comida...?

A- não. Ninguém me falou nada. Ontem ainda eu fui pra casa e o meu marido ficou aqui. Eu fui tomar banho em casa, aí também dei bastante *mamá* pro pequeno... mas só fui descobrir que tinha chuveiro aqui hoje! E comida, o enfermeiro ontem me perguntou se eu tinha comido, mas

olha, nem me deu fome sabia? De tanto que eu tava pensando preocupada com o que ele tinha e que... como assim, ele ia ficar, né?

M – então você ficou sem comer?

A – é, mas não fiquei mal... o mais importante é ele ficar bem.

M – O João sabe o nome do que ele tem? E porque está no hospital?

A- o nome ele sabe, que pode ser *pendicite*, mas assim, que nem que hoje, né? ele ta o dia todo sem dor... brincou de bola, desenhou, pediu as coisas da escola, as tarefinhas... ele ta preocupado que ta faltando na escola... ele é muito bom aluno, sabe? Então, o médico ainda falou: sim, cadê a dor? Já ta brincando, pulando pra lá e pra cá... vamos fazer os exames tudo de novo pra ver o que é então... ele sabe que ta com conjuntivite e por isso pinga o colírio...então ele (*criança*) já diz: mãe, eu to melhor, já dá pra ir embora! E eu digo: calma filho, não é assim que tem que ser. Você tem que ficar bem melhor pra poder ir... Ele sabe que precisa ficar aqui pra se tratar...

M – então o João não sabe o que ele tem na barriga, só sabe que tem dor e que tem conjuntivite?

A- é...

M – e se alguém fosse falar com ele sobre isso, quem seria?

A – os *médico*. Acho que *são mais preparado* pra poder contar como é assim, bem certo.

M – porque você acha isso?

A- porque... que nem... se ele me pergunta alguma coisa que eu não sei... não posso mentir, né? Eu acho assim, que tem que dizer a verdade, não mentir nunca, porque senão ele não vai mais ter confiança na gente... mas se eu não sei explicar, vou dizer pra ele de um jeito que as vezes nem sempre é o certo...

M – e você acha que o médico sabe o jeito certo de explicar?

A- assim, sabe explicar o que ta acontecendo... mas as vezes o jeito dele falar é difícil...

M- você entendeu o que o médico te falou?

A- é, ele ficou pouco tempo assim... passou muito rápido...

M – você não conseguiu conversar com ele?

A- não.

M – então, como você teve as informações?

A- ele falou com os alunos dele e eu escutei.

M – ah, deixa ver se eu entendi: você só escutou o médico falando com os alunos e não com você.

A – é... ele passou rápido... e o médico [*outro*] também...

M – você tem dúvidas? queria perguntar alguma coisa para eles [*médicos*]?

A- sim, amanhã de manhã quando ele [*médico*] vier ver os exames eu vou perguntar pra ele o que pode ser se não é *pendicite*.

M – e porque você não perguntou ainda?

A- ah... dá um pouquinho de vergonha, né? (*abaixa a cabeça*)

M – você sente vergonha de perguntar as coisas para o médico?

A- é... porque a gente as vezes pode falar alguma bobagem...

M – e se falar bobagem, o que acontece?

A – ah... a gente não quer passar de boba, né?

M – então daí não pergunta?

A- é... quer dizer, pensa bem antes de perguntar para falar bem certo com o médico.

M – e o João pergunta alguma coisa?

A – pergunta, pergunta sim... ele me disse: ô mãe, vai ter que abrir, que operar? Porque ele tem um amiguinho que fez uma cirurgia de uma... um sinalzinho no dedo e ele quis saber se ia ser assim, porque ele soube que teve que cortar, dar ponto... aí ele dizia: mãe, eu não vou sentir, né? Aí eu que acalmei, expliquei que eles [*equipe*] dão um remédio pra não sentir dor, e fazem um cortezinho e depois fecham.

M – e como o João fica aqui no hospital?

A – ele fica ansioso, né? ele já quer ir embora, brincar com o cachorrinho dele... ele tá agoniado... no primeiro dia ele tava bem paradinho, sentindo muita dor mesmo... aí a dor foi diminuindo e ele começou a se sentir mais liberto, sem o soro, né? Aí começou a andar pelo hospital... mas foi um custo, porque ele ficou 2 dias sem comer, só com soro... e ele pedia quando é que ele ia comer...

M – você acha que a criança pode fazer alguma coisa aqui no hospital para se sentir melhor?

A- pode brincar, desenhar...

M – isso faz a criança sentir-se melhor?

A- é, porque daí ela esquece da dor, né?

M – e para você, como é ficar aqui no hospital?

A- difícil... penso no pequeno que tá longe de mim, sem mamar...na minha casa... se bem que a minha irmã é que tá com eles e ela tem o meu jeito para cuidar, fazer a comidinha deles, dar carinho... mas nunca é como a mãe, né? [*choro*]

M – deixar as outras crianças e a casa está sendo bem difícil, mesmo com a ajuda da tua irmã?

A- é, coitada, ela [*irmã*] tá sendo maravilhosa, mas eu sou a mãe... mas sou uma só, né? quero estar lá e quero estar aqui com ele, até ficar bom pra voltar...

M – O que mudou na sua vida depois que o João veio para o hospital?

A- ah, tive que deixar a minha casa e os meus filhos... isso é o que mais mudou, porque eles são acostumados comigo fazendo as coisas...

M – qual a pior coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – é ver que ele tá mal, com dor, sofrendo e a gente não poder fazer nada... isso é horrível para uma mãe.

M – qual a melhor coisa em acompanhar uma criança hospitalizada?

A – é ver quando ela melhora, tá sem dor, voltando ao normal!

M – você pode fazer alguma coisa aqui no hospital para ficar melhor?

A- olha, se eu pudesse (*risos*) eu ajudava os meninos [*enfermeiros*]...

M – como que você iria ajudá-las?

A – limpava um chão, arrumava as camas, ajudava a lavar *as banheira*, a dar comida para as *criança*... essas *coisa*! Ai o tempo passava mais rápido e eu me sentia bem mais útil... penso que seria *uma mão* para eles [*enfermeiros*].

M – você acha que eles te deixariam ajudá-los assim?

A- ah... acho que não, né? não vejo nenhuma mãe fazendo isso... deve ser coisa assim só para os funcionários eu acho... porque também não é toda mãe que quer fazer isso...

M – deixa eu ver se entendi: você acha que eles [*enfermeiros*] não pedem essa ajuda para as mães porque tem algumas que não querem ajudar?

A – é.

M – você diria para seus amigos e familiares que aqui é um bom lugar para eles virem se o filho deles ficar doente?

A – com certeza, porque aqui o atendimento é muito bom... toda a hora eles [*enfermagem*] vão no quarto ver se está tudo bem, se precisa alguma coisa... porque no outro hospital, no [*nome do hospital*], eles *tavam* passando por dificuldade, inclusive eu levei o João e eles mandaram ele embora com dor porque eles não podiam fazer nada...

M- então você acha que eles te mandaram embora por quê?

A- eu acho que eles não tinham como dar o atendimento adequado pro João.

M – daí vocês o trouxeram para cá...

A – daí onde que a gente foi pra casa, aonde retornou aquela dor forte nele e aonde eu tive que trazer pra cá... que...

M – foi o que te ajudou a saber o que estava acontecendo com ele.

A – o que na realidade tava acontecendo, né?

M – hum hum

A- que ainda, no momento eu tava com dúvida, porque lá no [*nome do hospital*] tinham suspeita, né? não tava ainda nada confirmado, né? Não fizeram exame, daí fica aquela preocupação, né? Daí voltou a dor dele,

daí eu falei: “não, eu tenho que reagir, tenho que fazer alguma coisa, tenho que saber o que ta acontecendo”... aí foi no momento que ele foi internado que eu vi que...

M- que ele tinha...

A – que ele precisava fazer esse exame...

M – para poder de fato saber o que ele tinha.

A- é.

M – e se você pudesse mudar alguma coisa aqui no hospital, o que você mudaria?

A- o que eu mudaria? Eu acho que nada. Porque, pelo o que eu to observando até agora, eu ta sendo legal, né? Toda hora eles [*equipe*] tão é... medindo a temperatura, trocando o soro... toda hora eles tão... o soro pode estar na metade, e eles tão ali já preocupados... acho que eu não mudaria nada não!

M- nem no espaço físico?

A- não! Eu acho assim que por enquanto, o que eu to reparando tá tudo bem.

M- e como você acha que seria o melhor hospital do mundo? O que tinha que ter?

A- mais médicos.

M- mais médicos?

A- mais médicos, né? Principalmente pediatras... mais enfermagem... eu acho que ajudaria muito.

M- ajudaria em que ter um grupo maior de profissionais?

A - sim, pra atender, atender mais gente e mais rápido.

M - você tem a mesma opinião que o médico sobre o que o João tem?

A – [*pausa*]

M – na verdade ele [*médico*] não conversou contigo ainda para você saber isso, mas você acha que o tratamento está dando certo, ou que a forma como ele tem sido tratado está ajudando?

A – olha, sobre o negócio da *pendicite* do João eu creio que não é, porque geralmente a *pendicite* quando ela é, eu acho que ela persiste com aquela dor né? Por isso que eles [*médicos*] mandaram fazer esses novos exames, porque eles tão em dúvida ainda, né? Até o próprio médico apertou a barriga do João bastante agora de manhã e o João não reclamou... aonde que ele (*médico*) ta com dúvida ainda, ta em dúvida que pediu pra fazer novamente tudo os exames que tinha feito no começo...

M – pra se certificar, né?

A – aham.

M – e você sabe quanto tempo vai demorar o tratamento?

A – por exemplo, se no caso ele fosse operado? Uns quatro dias... pra fazer a operação e uns quatro, cinco dias...

M – e o médico diz para o João o que ele tem que fazer? Ele conversou com o João sobre o que ele pode fazer ou o que não pode?

A – não.

M – não? Mas quando ele conversa ou tu perguntas alguma coisa, no pouco que vocês conversaram, ele falou com o João também, ou só falou com você?

A – ele só falou comigo. Ele ainda falou assim: “nossa, até ontem tava com dor e agora não tem mais dor!!! Tá pulando de alegria, brincando... vamos fazer novos exames!” [risos]

M – E você acha que tem coisas que o médico falaria só pra você e não falaria na frente do João? Você acha que tem coisas que os médicos, enfermeiros costumam falar só para as mães, pais e não falam para as crianças?

A- eu acho que quando eles [equipe] falam, eles falam pras crianças e pras mães junto, tudo direto. Até quando ele foi internado, aonde que o João ficou muito mais nervoso porque eles falaram pra mim... falaram mais pra mim... eu que tive que ir acalmando ele e ir explicando.

M - E aqui no hospital, como você fica sabendo o que o João tem que fazer (exames, procedimentos, remédios, etc...)?

A – os enfermeiros, né? Sempre eles avisam, cinco minutos antes: “ó daqui a pouco eu venho”, daí a gente vai e faz.

M – você me disse que com o médico você não conseguiu conversar muito, mas e com os enfermeiros, você consegue conversar e tirar as tuas dúvidas?

A- é, eu perguntei pros enfermeiros, pra dois ou três, se realmente ele teve... se realmente era *pendicite* e eles não sabiam também, daí só um falou que achava que era porque os sintomas tavam meio que compatível com *pendicite*... daí eu perguntei pra ele: “tá, mas a operação é simples”? E ele falou: “ó mãe, a operação é simples, mas...” ele falou assim pra mim: “mas toda operação corre risco”...

M – então alguma informação tu já tivesses ali...

A - é, ele falou que corre risco... assim como pode ser bem sucedida, também pode dar algum probleminha, né? e o bom mesmo seria conversar com o médico pra saber o que pode acontecer, se ele for fazer, né? Por que no caso eles são assim ideal pra saber, né?

M - Como você pode participar do tratamento da criança?

A – acho que... tipo conversando bastante com ele... tipo se realmente ele for fazer [a cirurgia], deixar ele bem tranquilo, na hora que for fazer, né? Conversar, ter muita conversa, muito diálogo... eu acho que ajuda

muito, que eu já to fazendo e que eu acho que ajuda, né? Tá deixando ele bem calmo.

M- como você acha que está sendo o tratamento que o médico está dando para o João? Ele disse o nome dele, você lembra?

A- o médico, ele só veio rapidamente, examinou o João, só deu ‘bom dia’, examinou, daí saiu da sala...

M – não deu para vocês conversarem?

A- não.

M- e o que você achou dele?

A – [pausa, abaixa a cabeça, sorri e abaixa a cabeça novamente]

M- pode ficar bem a vontade e falar o que você quiser, pois as informações serão todas sigilosas, ninguém vai saber quem são as pessoas que participaram desta pesquisa, fica tranqüila.

A – eu achei assim que ele não deu muita atenção... o médico, assim no momento... ele só examinou o João, tipo mal falou comigo... e eu queria assim, no caso, que ele chegasse assim e: “ó mãe, se realmente for... esses exame aparecer que for *pendicite*, nós vamos fazer assim, vamos fazer assim... vai operar, nós vamos fazer assim” e...não, ficou pra ele a informação... e é onde eu tenho a dúvida... até o outro médico veio também e foi rápido, né?

M – você também não conseguiu falar com ele?

A- não...ai a gente fica tão por fora assim, né? fica sem ter uma idéia do que ta acontecendo de verdade, né?

M- e com os enfermeiros, como é?

A – eles são bem atenciosos, quando eu converso eles me respondem, eles brincam com o João... antes de dar uma injeção, um medicamento eles dizem: “ó João, vai tomar mais um sorinho”... brincam muito com ele pra depois fazer os... as coisas. Daí eu também converso, né? Eles me respondem... fica mais tranqüilo, eu vou me sentindo melhor.

M – e como você se sente quando está junto com o médico, enfermeiros?

A- ah, eu fico assim um pouco envergonhada... eu não me sinto bem...

M- mas você fica envergonhada de perguntar as coisas pra eles ou deles te perguntarem as coisas?

A- é deles perguntar e as vezes eu não saber responder... tipo assim que nem *pendicite*... e outras coisas... dá um pouquinho de vergonha, né? a gente fica um pouco nervosa...

M – mas e como faz então?

A - ah... a gente vai se acostumando e perde um pouco essa vergonha...

M – Você acha que os médicos e enfermeiros te escutam, se você for perguntar alguma coisa para eles você acha que eles vão te escutar?

A – eu acho que sim, acho que vão.

M- e o que te faz pensar isso?

A- ah, eles sempre me respondem quando eu pergunto as coisas, então acho que é isso!

M – você acha que eles foram legais e atenciosos com você?

A – foram.

M – e com o João?

A – também. Com o João é o dobro, né?

M – você acha que o pessoal que atendeu ele deu oportunidade dele brincar, e brincava com ele?

A- aham, sempre antes do momento de dar o remédio, eles conversam muito com ele, brincam muito com ele...

M – e eles explicavam para o João o que eles ia fazer antes de começar a fazer?

A- explicavam. Quando teve que fazer o exame do ‘bumbum’ dele, explicaram muito. Só deixaram eu e ele, fecharam tudo, explicaram: “ó João, é assim, não vai doer, é pro teu bem... é um exame que, que tá marcado, que tem que fazer”...

M – o João parece ser bastante colaborador.

A- é, desde o momento em que ele veio, que ele tava bem... com febre, bem ruim... mas ele dava o braço para colocar o soro... as vezes se mexia um pouquinho na hora de picar, mas a todo momento ele ajudava... com ele eles [*enfermeiros*] nem tiveram trabalho, assim, né?

M – você acha que a equipe percebe os sentimentos do João, se ele está triste, feliz...?

A- percebe. Porque ontem daí eles [*equipe*] falaram: “ah, hoje tá agitado, né? Tá chutando bola, né?”. Até os moços que entraram no plantão de hoje já perceberam: “êpa, tá bom é?”

M – e você se sente segura aqui?

A- eu me sinto.

M- e o que te dá essa segurança aqui?

A- de ver tipo assim, os enfermeiro a todo momento ali tipo, medindo, vendo o soro... médico, eles perguntam se ta tudo bem, né? Daí eu me sinto bem... né? eles falam: “qualquer coisa aperta a campanhia ou dá um grito e eu to aqui”. As vezes eles tão lá e olham, eles tão sempre olhando... então a gente... vai na cabeça: “ah se acontecer de eu dormir aqui eu”... as vezes eu acordava e eles vão bem devagarinho, pra não me acordar... iam lá, arrumavam os remédio... aí eu via assim que tava em boas mão, além de Deus.

M – e você acha que se eles percebessem que o João está com dor, não está bem, eles fariam alguma coisa para ele se sentir melhor?

A- eu acho que sim, pela atenção que eles tem com a criança.

M – e tu achas que eles te ajudam a se sentir melhor?

A- ajudam. Porque eles [*enfermeiros*] vêm com aquela calma, vem conversando assim, vão me deixando mais calma...vão explicando... chegam, não vão apavorando, vão conversando: “ó mãezinha, esse sorinho vai ser pra tal coisa... esse sorinho é.. se caso precisar, né mãe? A gente ta pedindo, tomara que não precise, né?” Vão explicando assim, aonde que eu to me sentindo bem... né? Até no primeiro dia eu tava muito nervosa, né? Agora to tranqüila... tô vendo ele tô tranqüila. O tratamento deles [*equipe*] comigo também não tem o que reclamar, a todo momento eles... tão ali, né?

M – e o que você acha que seria um atendimento ideal num hospital de crianças? Como deveria ser o tratamento das pessoas que trabalham num hospital que atende crianças? Como que o profissional teria que ser?

A- bem carinhoso... tipo, brincar também com a criança, ser carinhoso, conversar, brincar, e... como que eu vou te dizer? Nunca mentir. Se ele [*criança*] ta com um problema, ir falando aos poucos pra não assustar... ser bem divertido, né? que nem agora o moço que tava, ele chega já brincando e falando com ele, pra depois fazer o medicamento...

M- bem, e assim, quando você chegou no hospital você teve contato com bastante pessoas, desde a portaria até o pessoal aqui em cima. Que pessoas que você lembra que te deram apoio e te fizeram sentir-se mais a vontade?

A – acho que foi o médico [*nome*], acho que foi o que me atendeu lá no Pronto-Socorro, porque toda hora ele tava conversando comigo, né? Explicando até no começo, né?

M – e como seria o médico ideal, o melhor do mundo?

A- tipo assim, pra atender criança?

M – sim.

A- ser muito amigo da criança, ter muito amor pela profissão dele e ser muito carinhoso... acho que ajuda muito, né? É o pediatra mesmo, né?

M – e a enfermeira ou enfermeiro melhor do mundo, teria que ser como para atender criança?

A- ser mãe. Sendo mãe, pra poder passar o melhor dela pras crianças que tão aqui e que não são filho delas...

M – mas e as enfermeiras que não são mães, que não tiveram filhos, como vão saber ser mães? A gente só tem esse sentimento depois que tem filho?

A- quem é mãe tem aquele sentimento de amor e carinho e de ver o que a gente ta passando...

M – mas só quem é mãe e teve filhos sabe isso ou outras pessoas também?

A- não, tem esses que tem filho e tem os que não tem, que nem aquele moço que não tem filho e que tava cuidando de outra menina e tu via assim que ele tratava com carinho com ‘dó’, tratava com muita dó... eu digo assim como amor à profissão, né? Com gosto mesmo. Que ajuda bastante, você fazendo com amor tudo vai bem... agora se você vai só por fazer, acho que nada ajuda... a criança percebe, a mãe percebe... e no fim acaba atrapalhando e deixando a gente nervosa.

M – e você teria uma sugestão para que o tratamento que acontece aqui possa ficar ainda melhor?

A – acho que tá bom até demais! Porque no hospital lá...[nome do hospital], Meu Deus! É muito diferente... aqui é o dobro de bom... acho que não tem explicação... aqui eu tô sendo muito bem atendida e eu não tenho o que reclamar... eu e o João... meu esposo... ele veio aí e eles [equipe] conversaram também, o médico falou com o meu marido...

M – você teria alguma sugestão?

A- não.

M- então, muito obrigada pela sua participação!

A- tá bom!

Apêndice U

Exemplo Relato dos Desenhos e Entrevista Criança C5-Geraldo, 6 anos

GERALDO – 06 ANOS**1ª Série do Ensino Fundamental****Diagnóstico: Pneumonia****Internado na Clínica Médica pelo Sistema Único de Saúde - SUS
com histórico de internação hospitalar anterior: aos 06 meses por
Pneumonia****Duração da internação: 04 dias****Pesquisa realizada no: 3º dia de internação****Acompanhante no hospital: mãe****DESENHO 1 - LIVRE:**

M – me conta o que está acontecendo nesse desenho?

C – é uma menina, ela foi lá pegar a flor daí ela viu a árvore e ficou brincando aqui.

M – e quem é essa menina?

C – é... a menina.

M – e essa menina tem um nome?

C – tem.

M – como é o nome dela?

C – Aurora.

M – e quem é a Aurora?

C – é minha irmã.

M – e você brinca com a tua irmã?

C – brinco todo dia.

M – e agora que você está aqui no hospital?

C – agora não dá pra brincar com ela.

M – porque?

C – porque ela não pode vir aqui.

M – e porque?

C – porque criança não pode vir, só o pai e a mãe.

M – e porque não pode?

C – não sei.

M – você queria que ela viesse aqui?

C- eu queria.

M – e o que você ia querer fazer com a Aurora se ela estivesse aqui?

C – brincava.

M- e tem mais alguma coisa que você quer falar desse desenho?

C- não.

DESENHO 2 - UMA PESSOA NO HOSPITAL:

M – então o que está acontecendo nesse desenho?

C – é um menino que ta machucado daí ele ta deitado aqui na cama do hospital e ta com o soro aqui ó.

M – ah, e como é que ele se machucou?

C – ele caiu.

M- ah, ele caiu e o que ele estava fazendo?

C- tava andando de bicicleta.

M – ele estava andando de bicicleta e caiu? Como ele caiu?

C – aham ele não pedalou direito.

M – mais alguma coisa?

C- não

DESENHO 3 - POR QUE VEIO PARA O HOSPITAL:

M – o que você tinha para vir para o hospital, por que você veio para cá?

C – eu tava com dor nas costas e dor na barriga.

M – e você sabe porquê você estava com dor nas costas e na barriga?

C – não.

M – vamos pensar, porque as crianças ficam com dor e vêm para o hospital?

C – porque andou descalço.

M – quando anda descalço dá dor e tem que vir para o hospital?

C – é.

M – e você andou descalço?

C – andei.

M – por isso você está no hospital?

C – é.

DESENHO 4 -SENTIMENTOS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

- M – como você está se sentindo aqui no hospital?
 C – antes eu tava triste e eu chorei mas agora não.
 M- antes você chorou e tava triste porquê?
 C – porque eu queria ir pra casa jogar meu videogame e brincar.
 M- aqui não dá para brincar?
 C- não, só depois que tu me levou naquela salinha.
 M- antes você não sabia que podia ir lá brincar?
 C- não.
 M – e agora você não está mais triste?
 C – não porque o médico disse que eu vô embora.
 M- e o que aconteceu que você vai embora?
 C – eu melhorei!
 M- e isso aconteceu como?
 C – tomei remédio e passou.
 M – o remédio faz passar o que?
 C – a dor vai embora.
 M – e esse menino do desenho está como você?
 C – é sou eu, agora eu vô pra casa.

DESENHO 5 - ALGUÉM QUE TRABALHA NO HOSPITAL E CUIDOU DE VOCÊ DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO:

- M – o que está acontecendo aqui?
 C – é tu.
 M – essa sou eu e o que eu estou fazendo?
 C – ta comigo desenhando
 M- e você está aqui deitado na cama do hospital desenhando?
 C – é.
 M- e o que você está desenhando?
 C – as coisas do hospital.
 M – o que acontece aqui?
 C – é.
 M - e porque você pensou em me desenhar?
 C – porque tu é a desenhadora e que faz desenho com as crianças e brincou comigo e desenhou.
 M – que falar mais alguma coisa desse desenho?
 C – não.

ENTREVISTA:

M – algumas crianças as vezes ficam doentes. Como as crianças sabem que estão doentes?

C- não sei.

M - o que você acha? Como é que a criança sabe que está doente?

C – eu acho que ela fica sentindo dor.

M – ah, sentindo dor onde?

C – não sei... eu sentia nas costa e na barriga.

M – e todo mundo pode ficar doente?

C – aham.

M – porque?

C- porque anda descalço.

M – e tem mais alguma coisa que faz ficar doente além de andar descalço?

C – é tomar sorvete quando tá frio, usar camisa fria.

M – quando tá frio não dá para tomar sorvete porque?

C – porque deixa a garganta gelada.

M – e aí fica doente?

C – é.

M – e a camisa é fria quando?

C – quando tem vento.

M – o que acontece?

C – pega vento e deixa frio.

M – a criança pega vento, sente frio e o que mais?

C – dor de garganta e na cabeça também.

M- você já ficou doentes outras vezes, antes de vir aqui para o hospital?

C- não sei.

M – você lembra ?

C – acho que não.

M – é a primeira vez que você acha que ficou doente?

C – é.

M – e quando é que a gente não fica doente?

C – não sei?

M – o que a gente pode fazer para não ficar doente?

C – hum, obedecer.

M – obedecer quem?

C – a mãe e o pai.

M – o que eles dizem para fazer?

C – não andar descalço, não usar blusa muito pequenininha e sem manga...

M – mais alguma coisa além de não andar descalço e não usar blusa pequenininha e sem manga?

C – acho que é isso.

M - e você quando veio para o hospital, tinha o quê?

C – dor nas costas e na barriga.

M – e porque te deu dor nas costas e na barriga?

C - andei descalço.

M – e isso te fez ficar doente?

C – é.

M – as vezes quando as crianças ficam doentes elas tem que ir para o hospital. Por que elas têm que ficar no hospital?

C – porque senão elas vão ficar mais doente ainda.

M – o que acontece no hospital que as crianças melhoram?

C – o médico dá remédio.

M – e o que o remédio faz?

C - faz ficar melhor.

M – como?

C - não sei.

M – e o que é um hospital?

C – é um lugar que faz a gente ficar melhor.

M – essa é a primeira vez que você veio para um hospital?

C – é.

M – e o que você sentiu quando soube que ia ter que ficar aqui no hospital?

C – medo.

M – você sentiu medo do que, o que você achou que podia acontecer?

C – o soro... dói quando bota o soro.

M – o que acontece com as crianças quando elas vão para o hospital?

C – eles tomam remédio.

M – como eles tomam remédio?

C- no soro, eles botam dentro do soro e a agulha fica na mão e o remédio entra no corpo da gente.

M- e quando o remédio entra no corpo faz o que?

C – faz a dor parar.

M – e acontece mais alguma coisa no hospital, além de tomar remédio?

C – tem que botar soro no braço.

M – que lugar que você conhece que é parecido com um hospital?

C – nenhum.

M – que cuidou de você aqui nos hospital?

C – a mãe.

M – a mãe e mais alguém?

C – o pai.

M – o pai e a mãe te cuidaram?

C – é.

M – e não teve mais ninguém que veio aqui te cuidar?

C – tu.

M – eu, você acha que eu te cuidei como?

C – tu conversou e escreveu.

M – e as pessoas que trabalham aqui no hospital?

C - ah, teve um monte de gente que cuidou.

M – quem?

C – umas moças.

M – e você lembra o nome delas?

C – não.

M – e o que elas faziam?

C – davam remédio no suco, colocavam aquela coisa embaixo do braço...

M – e os médicos, o que eles fazem?

C – eles fazem passar quando a gente tá muito doente.

M – e você estava muito doente?

C – tava.

M – e o médico fez o que?

C – ele mandou eu ficar dois ou três dias no hospital pra ver seu eu fico bom.

M – e o que mais ele fez com você?

C – ele botou um negócio na minha barriga e nas minhas costas e ficou escutando o coração e o pulmão.

M – ele fez isso para quê?

C – viu que eu tava grave e tinha que ficar.

M – no hospital?

C – é.

M – e porque tava grave?

C – porque tinha dor.

M – quando tem dor é grave?

C – é quando tem muita dor.

M – e você conheceu outras pessoas que trabalham aqui no hospital, além dos médicos e dos enfermeiros?

C – só tu.

M – só eu.

M – e porque quando a gente está no hospital tem que fazer exame?

C - pra gente não ficar mais pior.

M – o que o exame faz?

C – faz ficar bom.

M – como?

C – não sei.

M – e o que uma criança que está no hospital pode fazer o dia inteiro?

C – tomar remédio, é... fazer exame.

M – só isso? As crianças não tem mais nada para fazer no hospital?

Ficam o dia todo tomando remédio?

C – (risos) escrever.

M – e você fez o que?

C – tomei remédio, brinquei e escrevi.

M – e você acha que as crianças podem fazer isso quando estão no hospital?

C – aham.

M – quanto tempo você acha que as crianças ficam no hospital?

C- três, dois dias.

M- e o que é a pior coisa de ficar aqui no hospital?

C – é tomar injeção.

M – essa é a pior coisa? E você tomou muita injeção?

C – tomei duas em outro médico e aqui só a injeção do soro.

M – e qual foi a melhor coisa, a mais legal de ficar aqui no hospital?

C – escrever.

M – e se você fosse contar para um menino que tem que vir aqui para o hospital, o que você diria para ele sobre o que acontece aqui?

C – não sei.

M – se você fosse contar para o teu amigo o que acontece no hospital, o que você ia dizer para ele?

C - que toma soro... que brinca, que toma remédio.

M – o que você acha que uma criança iria querer saber antes de ir para o hospital?

C – hum...se pode brincar.

M – e o que mais?

C – se tem injeção.

M – se você pudesse mudar alguma coisa aqui no hospital, o que você mudaria?

C – nada.

M – está tudo bom desse jeito?

C – é.

M – e se você tivesse algum amigo que ficasse doente, você ia dizer que aqui no hospital é um lugar bom para ele ficar?

C – aham.

M- porque aqui é um bom lugar?

C – porque daí ele ia ficar bom.

M – mas nesse hospital, o que você achou bom?

C – tudo.

M – como seria o melhor hospital do mundo?

C – não sei.

M – o que teria que ter o melhor hospital do mundo?

C – nada, assim tá bom, como ta aqui.

M – aqui ta bom assim?

C – ta.

M – quando as crianças ficam doentes, como elas ficam boas de novo?

C – tomando remédio.

M – mas algumas crianças quando vêm para o hospital têm que fazer operação. O que é uma operação?

C – não sei, só que abre a barriga.

M – abre a barriga para quê?

C – para ver onde ta doente.

M – e o que acontece depois que opera?

C – fica boa.

M – e o que você acha que poderia fazer aqui no hospital para se sentir melhor, mais feliz?

C – ir embora.

M – mas enquanto não vai embora?

C – desenhar.

M – e o que mais?

C – brincar.

M – e do que você tem vontade de brincar?

C – de videogame.

M – mais alguma coisa?

C – ah, de joguinho...

M – o que você achou das pessoas que te atenderam e cuidaram de você aqui no hospital?

C – eu achei bom.

M – o que você achou que foi bom?

C – eles fizeram eu ficar melhor, deram remédio e eu vou embora.

M – você gostou do jeito que eles cuidaram de você?

C – aham.

M – você achou que eles foram legais?

C – aham, o médico.

M – o que ele fêz de legal?

C – ele falou pra mim, ele escutou meu coiso aqui (aponta para o coração).

M – ele escutou teu coração? E o que será que o teu coração disse para ele?

C – (risos) que eu tô ficando melhor!

M – e você achou que as pessoas aqui do hospital foram legais com a tua mãe e o teu pai?

C – aham.

M – porque?

C – porque eu melhorei.

M – e você se sentiu bem aqui, você se sentiu seguro aqui no hospital?

C – aham

M – o que tem aqui que fez você se sentir seguro?

C – a mãe.

M – você ficou assim porque a mãe estava junto?

C – é.

M – você acha que as pessoas aqui que te atenderam, escutavam o que você dizia para eles, quando você queria falar alguma coisa?

C – aham.

M – e o que você disse para eles?

C – eu falei que eu queria a mãe.

M – e o que eles fizeram ?

C – eles chamaram a mãe.

M – onde estava a mãe?

C – ela tinha ido pra casa buscar roupa.

M – e ela demorou um pouco?

C – um pouco.

M – e as pessoas que te atenderam ficaram sabendo que você estava triste ou sentindo dor?

C – ficaram.

M – de que jeito eles ficaram sabendo?

C – eu chorei.

M – e eles viram e pararam?

C – não, eles disseram que só ia doer mais um pouquinho.

M – e foi assim mesmo?

C – foi.

M - e quando eles iam fazer alguma coisa com você, botar um remédio, eles te explicavam antes o que eles iam fazer?

C - não.

M – só chegavam e faziam?

C – é.

M – e você queria que eles te falassem e te explicassem antes o que eles iam fazer?

C – eu queria.

M – porque você queria saber o que ia acontecer?

C – pra saber se ia doer.

M – e quando você estava sentindo dor e estava triste eles te ajudaram a fazer a dor e a tristeza passar?

C – tu.

M – eu? Como que eu te ajudei?

C – tu desenhou, tu conversou, tu falou com a mãe.

M – e essas coisas ajudaram a fazer passar o que?

C – a coisa ruim.

M – e como era essa coisa ruim?

C – de ficar triste.

M – e aqui no hospital, as pessoas que cuidaram de você te deixaram brincar, diziam para você ir brincar?

C – não. Só tu.

M – e como seria um médico bem legal com as crianças, o melhor médico do mundo?

C – ele... não sei...

M – o jeito dele tinha que ser como?

C – ele tinha que ser legal.

M – mas como que faz pra ser legal?

C – a gente fala, brinca ...

M – ah, ele tinha que falar e brincar com as crianças?

C – é.

M – e os médicos que te atenderam conversaram com você?

C – não.

M – e ele brincou?

C – não.

M – com quem ele falou?

C – só com a mãe.

M – e os enfermeiros?

C – só um brincou.

M – é? O que ele fez?

C – ele fazia coceguinha em mim e daí eu dava risada.

M – e ele falava com você?

C – falava.

M – você lembra o que ele falava?

C – que eu ia ficar bom.

M – e como seria o melhor enfermeiro do mundo? Como é que tinha que ser o jeito dele?

C – eles tinham que cuidá das crianças.

M – cuidar como?

C – da o remédio, brincar...

M – então você está me dizendo que o melhor jeito de tratar as crianças é dando remédio, brincando e conversando com elas?

C – é.

M – então, obrigada!

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](#)