UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro

Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios
para o cuidado de enfermagem

RIBEIRÃO PRETO

2017

Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro

Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios
para o cuidado de enfermagem

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e
ao adolescente

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Aparecida
Garcia de Lima

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cassemiro, Larissa Karoline Dias da Silva

Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem, 2017.

154p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde da criança e do adolescente

Orientadora: Lima, Regina Aparecida Garcia de.

1. Criança. 2. Adolescente. 3. Humanização em Saúde.
4. Hospitalização. 5. Cuidado de Enfermagem.

Cassemiro, Larissa karoline Dias da Silva

Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe, Carmínha, ao meu pai Zezinho, à minha irmã Gabi, e ao meu esposo Elton, que são a alegria do meu viver. Amo muito vocês

À minha vó Alzira (in memoriam), exemplo de respeito e dignidade, que esteve ao meu lado durante toda a minha infância e adolescência, me ensinando a viver e me consolando nos momentos difíceis.

Agradecimentos

A Deus, que sempre me guiou, protegeu, governou, iluminou e possibilitou que este sonho se tornasse realidade;

Ao meu esposo Elton, que esteve ao meu lado nestes últimos dez anos da minha vida, me apoiando, incentivando e não me deixando desistir; pelo amor incondicional; pela compreensão, paciência e pelas contribuições a este trabalho;

À minha mãe Carminha, que me incentivou a seguir esta profissão (enfermeira) que tanto amo, que sempre esteve ao meu lado me consolando, incentivando, guiando, corrigindo, que é meu porto seguro, minha rainha. Obrigada por tudo, em especial pelas contribuições a este estudo. Amo você;

Ao meu pai Zezinho, pelo exemplo que é em minha vida, pelo amor incondicional, pelo investimento, por estar ao meu lado acreditando no meu potencial, meu protetor, meu herói;

À minha irmã Gabi, um presente de Deus na minha vida, que tornou meus dias mais felizes;

À Prof.^a Dra. Regina Garcia de Lima, que abriu a oportunidade para minha inserção na carreira acadêmica e de me tornar mestre, por ter dedicado parte de seu tempo a me ensinar, pelos conselhos acadêmicos e pela compreensão diante das minhas dificuldades. Agradeço eternamente pela conquista;

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que me acolheu e permitiu que meu sonho se tornasse realidade;

À Prof.^a Dra. Aline Cristiane Cavicchioli e à Prof.^a Dra. Rosa Maria de Araujo Mitre, por aceitarem participar da minha banca e pelas contribuições no exame de qualificação;

À minha amiga Stefanny, que foi um grande apoio para esta conquista;

À equipe de saúde do Hospital de Anomalias Craniofaciais-Bauru-SP (Centrinho), que contribuiu para construção do meu conhecimento;

Às crianças e aos adolescentes participantes deste estudo, os quais, apesar das suas condições clínicas desfavoráveis, não mediram esforços para contribuir com esta pesquisa;

À equipe de saúde do Hospital das Clínicas, que permitiu a realização desta pesquisa e auxiliou durante a coleta de dados, em especial à psicopedagoga Maria Regina Lindenberg Minardi, que me ajudou a identificar os potenciais participantes do estudo;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de mestrado.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste sonho.

Resumo

CASSEMIRO. L. K. D. S. **Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem**. 2017. 156f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A hospitalização afasta a criança e o adolescente da vida cotidiana, do espaço familiar, dos amigos e das brincadeiras. Quando hospitalizados, vivenciam um ambiente muitas vezes de incertezas, permeado por novas rotinas, odores específicos, procedimentos dolorosos, equipamentos estranhos e pessoas desconhecidas. Além disto, muitas vezes não compreendem o motivo da internação e, conseqüentemente, a hospitalização é traduzida como uma experiência negativa e ameaçadora, que suscita sentimentos diversos como medo, angústia, tristeza e ansiedade. Buscar compreender este processo sob a perspectiva de crianças e adolescentes pode contribuir para iluminar aspectos da hospitalização, com base nas suas reais necessidades. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as necessidades de crianças e adolescentes diante do processo de hospitalização, a fim de contribuir para a assistência integral e humanizada. Estudo descritivo e exploratório, com análise qualitativa dos dados, tendo como quadro teórico a humanização do cuidado em saúde e o processo de hospitalização. Foi desenvolvido em um hospital universitário do estado de São Paulo, na unidade de pediatria, com a participação de 30 crianças e adolescentes, com idades entre 7 e 17 anos e predominância (21) na faixa etária de 13 a 16 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, intermediada pelo desenho, e complementados por informações clínicas obtidas no prontuário. A análise seguiu a técnica de análise de conteúdo do tipo temática indutiva. Com relação à caracterização dos participantes, os diagnósticos mais frequentes foram: Neoplasias (7), Fibrose Cística (6), Diabetes Mellitus tipo 1(5) e Lúpus Eritematoso (3); 11 eram de Ribeirão Preto, e os demais de cidades da região ou de outros estados. Os participantes estavam acompanhados, em sua maioria, por suas mães (25), irmãs (2), avó (1), avô (1) e pai (1). A faixa etária dos acompanhantes variou entre 21 e 86 anos; três tinham o ensino superior completo, nove o ensino médio e 15 o fundamental. Da análise do material empírico emergiram três categorias temáticas: a) **o hospital sob a ótica da criança e do adolescente**, na qual se identificou que os participantes classificavam o hospital como “ruim”, lugar onde se toma injeção; lugar de pessoas doentes; lugar que afasta da família, dos amigos e das atividades diárias; lugar que não oferece privacidade; lugar que serve comida ruim e lugar pouco atrativo e, ao mesmo tempo, como o local onde são construídas amizades, que proporciona atividades lúdicas, além de ser um instrumento de apoio para a cura tão desejada; b) **o que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização**, assinalando a necessidade de obter maior conhecimento sobre seu diagnóstico, tratamento e hospitalização; e c) **o hospital projetado**, revelando aspectos voltados para os princípios da humanização em saúde e ambiência hospitalar, buscando pela confortabilidade, valorização de subjetividades, individualidades e singularidade. Os resultados do estudo poderão contribuir para qualificar o cuidado em saúde, particularmente a assistência de enfermagem, com vistas à produção de cuidados que atendam às reais necessidades de crianças e adolescentes hospitalizados, bem como de seus familiares.

Descritores: Criança. Adolescente. Humanização em Saúde. Hospitalização. Cuidado de Enfermagem.

Abstract

CASSEMIRO. L. K. D. S. **Contributions of children and adolescents to the hospitalization process: support for nursing care**. 2017. 156 p. Master's Thesis - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017

Hospitalization takes children and adolescents away from everyday life, the family environment, friends and play. Then, they experience an environment often of uncertainties, inhabited by new routines, specific odors, painful procedures, strange equipment and unknown people. In addition, they often do not understand the reason for their hospitalization and, consequently, hospitalization is translated as a negative and threatening experience that causes diverse feelings, such as fear, anguish, sadness and anxiety. Seeking to understand this process from the perspective of children and adolescents can contribute to clarify aspects of the hospitalization based on their actual needs. Therefore, the aim in this study is to identify the needs of children and adolescents in the hospitalization process, in order to contribute to comprehensive and humanized care. A descriptive and exploratory study was carried out with a qualitative analysis of the data, based on the humanization of health care and the hospitalization process. It was developed in a university hospital in the state of São Paulo, in the pediatric unit, with the participation of 30 children and adolescents, aged between seven and 17 years, with predominance (21) of the age group between 13 and 16 years old. The data were collected through the semi-structured interview intermediated by drawing, complemented by clinical information obtained from the medical record. The data were analyzed by thematic-inductive content analysis. Regarding the characterization of the participants, the most frequent diagnoses were Cancer (7), Cystic Fibrosis (6), Type 1 Diabetes Mellitus (5) and Lupus Erythematosus (3); 11 came from Ribeirão Preto and the rest from cities in the region or from other states. Participants were mostly accompanied by their mothers (25), sisters (2), grandmother (1), grandfather (1) and father (1). The age group of the companions varied between 21 and 86 years; three had completed higher, nine secondary and 15 primary education. From the analysis of the empirical material, three thematic categories emerged: a) **the hospital from the perspective of the child and the adolescent**, in which we identified that the participants classified the hospital as "bad", a place where you get an injection; place of sick people; place away from family, friends and daily activities; place that has no privacy; place that serves bad food and an unattractive place, yet also pointed out as a place to make friends, which has play activities, besides being an instrument of support for the so desired cure; b) **what I know and do not know about the hospitalization process**, pointing out the need to obtain more knowledge about the diagnosis, treatment and hospitalization and c) **the hospital drawn**, revealing aspects focused on the principles of humanization in health and hospital environment, seeking comfort, valuation of subjectivities, individualities and uniqueness. The results of the study can contribute to qualify health care, particularly nursing care, with a view to the production of care that meets the real needs of hospitalized children and adolescents, as well as their families.

Key words: Child. Teenager. Humanization in Health. Hospitalization. Nursing Care

Resumen

CASSEMIRO. L. K. D. S. **Contribuciones de niños y adolescentes en el proceso de hospitalización: apoyo para el cuidado enfermero**. 2017. 142 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La hospitalización aleja al niño y al adolescente de la vida cotidiana, del ambiente familiar, de los amigos y de las bromas. A partir de ahí, viven un ambiente muchas veces de incertidumbres, habitado por nuevas rutinas, olores específicos, procedimientos dolorosos, equipos extraños y personas desconocidas. Además, muchas veces no comprenden el motivo de su internación y, consecuentemente, la hospitalización se traduce como una experiencia negativa y amenazadora, que causa sentimientos diversos como miedo, angustia, tristeza y ansiedad. Buscar comprender este proceso desde la perspectiva de los niños y adolescentes puede contribuir a iluminar aspectos de la hospitalización, a partir de sus reales necesidades. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo identificar las necesidades de niños y adolescentes ante el proceso de hospitalización, a fin de contribuir a la atención integral y humanizada. Estudio descriptivo y exploratorio, con análisis cualitativo de los datos, teniendo como marco teórico la humanización del cuidado en salud y el proceso de hospitalización. Fue desarrollado en un hospital universitario del estado de São Paulo, en la unidad de pediatría, con la participación de 30 niños y adolescentes, con edad entre siete y 17 años y predominancia (21) del grupo de edad de 13 a 16 años. Los datos fueron recolectados por medio de la entrevista semiestructurada intermediada por el diseño, complementado por informaciones clínicas obtenidas en el prontuario. Los datos fueron analizados por la técnica de análisis de contenido del tipo temática inductiva. En cuanto a la caracterización de los participantes, los diagnósticos más frecuentes fueron Neoplasias (7), Fibrosis Cística (6), Diabetes Mellitus tipo 1 (5) y Lupus Eritematoso (3); 11 eran de Ribeirão Preto y los demás de ciudades de la región o de otros estados. Los participantes fueron acompañados en su mayoría por sus madres (25), hermanas (2), abuela (1), abuelo (1) y padre (1). El grupo de edad de los acompañantes varía entre 21 y 86 años; tres tenían la enseñanza superior completa, nueve la enseñanza media y 15 el fundamental. En el análisis del material empírico surgieron tres categorías temáticas: a) **el hospital bajo la óptica del niño y del adolescente**, en la que identificamos que los participantes clasificaban al hospital como "malo", lugar que toma inyección; lugar de personas enfermas; lugar que aleja de la familia, de los amigos y de las actividades diarias; lugar que no tiene privacidad; un lugar que sirve comida mala y lugar poco atractivo, pero también apunta como lugar de hacer amistades, que tiene actividades lúdicas, además de ser un instrumento de apoyo para la curación tan deseada; b) **lo que sé y lo que no sé acerca del proceso de hospitalización**, señalando la necesidad de obtener mayor conocimiento sobre su diagnóstico, tratamiento y hospitalización, y c) **el hospital proyectado**, revelando aspectos orientados a los principios de la salud humanización en salud y ambiente hospitalario, buscando por la confortabilidad, valorización de subjetividades, individualidades y singularidad. Los resultados del estudio pueden contribuir a calificar el cuidado en salud, particularmente el cuidado de enfermería, con miras a la producción de cuidados que atienden las reales necesidades de niños y adolescentes hospitalizados, así como sus familiares.

Palabras clave: Niño. Adolescente. Humanización en Salud. Hospitalización. Cuidado de Enfermería

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.1	O hospital: uma breve retrospectiva de sua finalidade.....	15
1.2	Hospitalização de crianças e adolescentes, políticas e projetos de humanização.....	20
1.3	Crianças e adolescentes e os processos de humanização hospitalar: revisão da literatura.....	32
2	JUSTIFICATIVA E OBJETIVO.....	42
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	44
3.1	Caracterização do estudo.....	45
3.2	Local do estudo.....	45
3.3	Procedimentos éticos.....	49
3.4	Participantes do estudo.....	50
3.5	Procedimentos de coleta dos dados.....	50
3.6	Análise dos dados.....	54
4	RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	59
4.1	Caracterização dos participantes.....	60
4.2	Categorias temáticas.....	64
4.2.1	O hospital sob a ótica da criança e do adolescente.....	64
4.2.2	O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização.....	73
4.2.3	Hospital projetado.....	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICES.....	146
	ANEXOS.....	152

Apresentação

Este trabalho emerge de uma motivação pessoal antes mesmo de ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Conheci e frequentei hospitais desde a adolescência como acompanhante da minha irmã e, por inúmeras vezes, presenciei crianças reagindo com medo, choro e ansiedade ao processo de hospitalização.

Anos depois, já na graduação, observei, durante o estágio clínico desenvolvido na terceira série na Unidade de Pediatria de um hospital-escola, que as crianças também manifestavam medo, ansiedade, angústia e comportamento de rejeição diante de alguns membros da equipe de saúde quando assistidas em suas necessidades. No quarto ano de graduação realizei o estágio curricular em um Pronto-Socorro Materno-Infantil e me deparei com uma experiência curiosa, que ainda me intriga.

Uma menina de 10 anos, internada por intoxicação alimentar, não deixava que os profissionais realizassem a punção venosa; gritava e segurava em algumas cadeiras do corredor, demonstrando resistência a entrar na sala de punção. Enquanto o profissional foi preparar as medicações, sentei-me ao lado dela, que chorava e repetia que não queria que a furassem, e começamos a conversar. Perguntei se sabia o motivo de estar ali e ela respondeu: porque estou doente. Perguntei, então, se queria voltar para casa, brincar com seus amigos e ela me disse que sim. Questionei se conseguiria brincar adoecida, ela ficou pensativa e eu disse que, para que pudesse brincar novamente, teria que sarar e aquele remédio que receberia por via intravenosa teria justamente esta função e que, sem ele, ficaria difícil retornar para casa e brincar com seus amiguinhos. Perguntei se gostaria de melhorar e ela respondeu afirmativamente. Depois de alguns minutos problematizando sobre o motivo de realizar a punção venosa, a menina disse: eu deixo você colocar o soro em mim. Levei um susto, pois nunca havia puncionado a veia de uma criança. Lembro-me de ter explicado que a enfermeira que faria a punção era melhor preparada do que eu, pois realizava este procedimento diversas vezes ao dia. Ela, então, consentiu que a enfermeira o fizesse.

Esta situação me fez refletir sobre a humanização do cuidado em saúde; a criança não queria deixar que puncionassem sua veia, pois não percebia a importância deste procedimento e, no momento em que a compreendeu, aceitou.

Esta experiência foi tão marcante que me motivou a desenvolver o meu trabalho de conclusão de curso na temática da humanização do cuidado em saúde.

Assim, o trabalho de conclusão de curso teve o objetivo de analisar a compreensão de acompanhantes sobre o cuidado humanizado prestado pela equipe de saúde de um hospital universitário localizado na Região Sudeste do Brasil. Para tanto, propôs-se um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com oito mães e uma avó de crianças hospitalizadas. Os resultados indicaram que, na unidade de pediatria, a equipe de saúde parecia iniciar um processo de mudança do modelo de cuidado biomédico para o de vigilância em saúde. Os acompanhantes relataram ser necessário receber informações sobre os projetos de humanização existentes na unidade para que pudessem usufruir dos seus benefícios, bem como ampliar as ações de saúde de forma a transformar o ambiente e favorecer um cuidado humanizado e integral (SILVA, 2010).

Em 2013, ingressei na Residência Multiprofissional de Anomalias Craniofaciais do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Durante a residência, tive a oportunidade de cuidar de lactentes, crianças, adolescentes, adultos e idosos em tratamentos relacionados a anomalias craniofaciais. Para o trabalho de conclusão de curso, optei por investigar o cuidado direcionado ao lactente em uso de dieta enteral. A pesquisa teve como objetivo avaliar e correlacionar o conhecimento teórico e prático de técnicos de enfermagem sobre a assistência de enfermagem a crianças em terapia nutricional enteral. Para tanto, foi desenvolvido um estudo quantitativo, analítico, comparativo, utilizando a entrevista estruturada e observação direta como instrumentos de coleta de dados. Os resultados evidenciaram que os técnicos de enfermagem apresentavam conhecimento satisfatório, tanto prático quanto teórico, em relação aos cuidados com a dieta enteral do lactente hospitalizado. Permitiram observar também que quanto mais velho o participante, menor era o seu conhecimento. Com este estudo, foi possível refletir sobre o processo de trabalho da enfermagem, ressaltando a necessidade de aprimoramento, mediante, por exemplo, a educação permanente e continuada, considerando as metas de segurança do paciente e a qualidade da assistência (SILVA, L., 2015).

Em 2015, iniciei o mestrado acadêmico, tendo, como já explicitado, grande interesse em estudar temáticas relacionadas à saúde da criança e do adolescente. Assim, optei por investigar as necessidades que este grupo apresenta durante o seu

processo de hospitalização, visto que pode ser potencialmente traumático, como melhor será exposto no decorrer desta dissertação.

Na primeira parte deste estudo apresento uma breve retrospectiva da finalidade do hospital no decorrer dos séculos, bem como discorro sobre o processo de hospitalização de crianças e adolescentes e as políticas e os projetos de humanização, finalizando com a justificativa e objetivo do estudo. Na segunda parte, explico a trajetória metodológica, incluindo o tipo de estudo, o local e os participantes, as questões éticas, os procedimentos para a coleta e registro dos dados e análise dos dados e, na terceira parte, são organizados os resultados com base nos seguintes temas: **O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado; O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização; O hospital projetado**, acompanhados da discussão e das considerações finais. A bibliografia que sustentou o desenvolvimento deste estudo consta da lista de referências e, na sequência, estão os apêndices e anexos.

Minha expectativa é que este estudo suscite reflexões acerca do cuidado humanizado, tendo em vista as reais necessidades de crianças e adolescentes hospitalizados, de forma a amenizar os potenciais traumas decorrentes deste processo.

1. Construção do objeto de estudo

1.1 O hospital: uma breve retrospectiva de sua finalidade

O hospital adquiriu características terapêuticas somente ao final do século XVIII devido a influências políticas, econômicas, sociais e científicas (ANTUNES, 1991; RIBEIRO, 1993). Anteriormente, destinava-se a abrigar pobres, velhos, enfermos e outros indesejáveis, separando-os do convívio social, o que o tornava uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual (FOUCAULT, 2014). Essas características prévias justificam o uso da palavra hospital para denominar esta instituição, cujo termo originário do latim é *hospitalis*, que significa ser hospitaleiro, acolhedor; já o adjetivo derivado de *hospes* refere-se a hóspede e *hospitium*, designava o lugar onde, antigamente, as pessoas eram hospedadas (BRASIL, 1965; LISBOA, 2002).

Nesse sentido, a atividade médica, até final do século XVIII, não era exercida no ambiente hospitalar, pois o médico somente prestava esse tipo de assistência ao doente em último caso, quando a doença se sobrepunha à natureza sadia do indivíduo, apenas como uma garantia e não como prática habitual. À época, tais instituições eram comandadas por pessoas religiosas, raramente laicas, que não tinham responsabilidade pela cura do doente, mas se empenhavam na realização de obras de caridade que assegurassem a salvação eterna tanto dos moribundos ali atendidos quanto dos próprios trabalhadores do hospital. Neste período, o foco não residia no doente que necessitava de cura, mas no pobre que estava morrendo e que deveria ser assistido material e espiritualmente, a quem deveriam prestar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 2014).

A origem do hospital com finalidades terapêuticas data de 1780, aproximadamente, e as transformações necessárias a tal finalidade foram observadas inicialmente nos hospitais marítimos e militares europeus, pois eram locais para tratamentos de desordens e efeitos patológicos, acarretando graves consequências para o Estado. A forma como se organizavam facilitava o tráfico de mercadorias contrabandeadas das colônias ultramarinas, pois o traficante simulava estar doente para comercializar objetos preciosos, matérias raras e especiarias trazidas das colônias que, dessa forma, escapavam do controle da alfândega. Ainda, tais instituições possibilitavam a difusão de doenças infectocontagiosas, pois utilizavam camas coletivas com até seis pessoas no mesmo leito, assim registrando altos índices de mortalidade (ANTUNES, 1991; FOCAULT, 2014).

Além disso, nesta época, o “custo” dos homens, ou seja, os gastos com a formação de soldados e o desenvolvimento de suas capacidades e aptidões, elevou-se gradativamente, principalmente no exército, pois, para aprender a manejar um fuzil, eram necessários exercício e adestramento. Nesse sentido, o custo de formação de um soldado ultrapassava o preço de qualquer mão de obra, de modo que os gastos do exército impactavam sobremaneira no orçamento de todos os países. Não era, portanto, permitido deixar um soldado morrer, pois seu treinamento havia demandado altos custos para o Estado (FOUCAULT, 2014).

Com a necessidade de reorganização político-econômica, no início da Idade Contemporânea, o hospital passou a ser de responsabilidade da administração pública, iniciando, então, um período de controle e vigilância. A princípio, a tecnologia empregada para a reorganização dos hospitais não se referia a uma técnica médica, mas, essencialmente, a uma técnica política de exercício de poder, ou seja, a disciplina com vistas a controlar a vida e as ações dos homens para que fosse possível e viável utilizá-los ao máximo e em menor tempo, aproveitando todas as suas potencialidades. Ainda, o objetivo neste primeiro momento não era transformar o hospital em um instrumento de cura, mas impedir que continuasse sendo foco de desordem política, econômica e social (FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, a disciplina possibilitou a junção da ordem médica à hospitalar, o que levou a um novo esquadramento do poder no espaço do hospital militar, onde o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar, relegando à comunidade religiosa um papel subordinado em proveito de um espaço que deveria ser organizado medicamente. A figura do médico adquiriu a competência exclusiva de examinar, internar, prescrever e dar alta. Nesta época, a visita médica, antes rara, tornou-se cada vez mais necessária e constante na instituição (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 2014; RIBEIRO, 1993).

Antunes (1991) e Foucault (2014) destacaram, neste período, a viagem do médico Tenon que, a pedido da Academia Real de Ciências de Paris, realizou estudos empíricos para investigar a situação dos hospitais da Europa com o intuito de elaborar um programa de reforma hospitalar. O pesquisador propôs uma série de medidas para impedir a transmissão de doenças no ambiente hospitalar, entre elas, eliminação de camas de uso coletivo, redução do número de trabalhadores hospitalares ao estritamente necessário e divisão do setor destinado à internação de acordo com os tipos de doença e sexo do paciente. Sugeriu também, que cada

unidade tivesse seus próprios registros, mediante os quais seriam calculados, periodicamente, os coeficientes de mortalidade, com a finalidade de avaliar a necessidade de isolamento para evitar a proliferação de doenças (ANTUNES, 1991).

O sistema de registro implantado era contínuo e nele eram anotadas todas as informações referentes aos indivíduos, por exemplo: registro geral das entradas e saídas, registro da farmácia, evolução clínica do paciente, diagnóstico e tratamento prescrito. Esses registros, por sua vez, possibilitavam que os médicos não só passassem a estudar os casos clínicos com o propósito de avaliar quais tratamentos possibilitariam melhor êxito, mas, também, que adquirissem maior conhecimento sobre noções de infecção hospitalar, evidenciando, por exemplo, quais patologias tinham sido transmitidas de um quarto para outro (FOUCAULT, 2014).

Tais registros viabilizaram também que o ensino médico deixasse de ser centrado nos grandes tratados clássicos da medicina e em receitas mais ou menos secretas ou públicas, passando a valorizar a experiência clínica. Organizou-se um campo documental no interior do hospital, o qual, além de um ambiente de cura, passou a constituir também um espaço de formação do saber médico (FOUCAULT, 2014).

No que diz respeito à hospitalização de crianças, até meados do século XVIII a medicina não se interessava por elas, pois eram responsabilidade das cuidadoras das comunidades (DONZELOT, 1986). À época, a taxa de mortalidade infantil era altíssima e, conseqüentemente, países europeus como Inglaterra, França e Áustria perdiam a força de seus exércitos e seu poder de colonização, em decorrência da redução do número de habitantes. Diante disto, foi necessário combater a mortalidade infantil para que, futuramente, essas crianças fossem úteis ao Estado (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 2014).

Neste mesmo período, surgiram os hospícios de menores abandonados na Europa, locais de abrigo para crianças antigamente abandonadas nas entradas de igrejas e conventos, sob risco de morrerem antes de serem encontradas. Assim, como os hospitais tinham intenções de preservar suas vidas para que futuramente servissem ao Estado, algumas estratégias foram adotadas (DONZELOT, 1980). No ano de 1758, por exemplo, foram criadas as chamadas rodas de expostos em Rouen, cidade da França, com o propósito de preservar as vidas de crianças abandonadas. Essas rodas eram uma espécie de cilindro, que girava na horizontal em torno de seu eixo, e este continha um aparador para que as mães que não

pudessem cuidar de seus bebês ali os deixassem. Havia uma campainha exterior para avisar à pessoa de plantão que ela deveria girar a porta e recolher o bebê ao interior do hospício. Dessa forma, o doador não era visto por nenhum servente da casa. Porém, esta iniciativa, que se mostrou inicialmente como instrumento para proteger crianças desamparadas, estimulou ainda mais o abandono, por esse motivo, até 1860 todas as rodas foram desativadas (DONZELOT, 1980).

O primeiro hospital pediátrico foi inaugurado em Paris em 1802, o segundo em Londres, e o terceiro nos Estados Unidos da América, na segunda metade do século XIX (WAECHTER; BLAKE, 1979).

No Brasil, neste período, a realidade não era distinta daquela registrada no restante do mundo. Segundo Nogueira (2008), até o ano de 1700 não havia atenção especial à criança e, em nosso país, data de 1738 a criação da primeira roda dos expostos, semelhante às da Europa. Entretanto, o sistema de rodas não teve sucesso e estimulou o abandono, assim como ocorreu no continente europeu. Além disso, geralmente esses ambientes não eram higienizados regularmente, o que favorecia a incidência de patologias e, conseqüentemente, a mortalidade infantil. Por esses motivos, as rodas foram abandonadas (FREIRE; LEONY, 2011).

No que se refere à assistência hospitalar do século XIX, vale lembrar que, nessa época, ocorreram no Brasil diversas mudanças no cenário político, econômico e social, tais como a Proclamação da República, a abolição da escravatura e a crescente imigração, favorecendo o crescimento das cidades, o desemprego e o aparecimento de doenças infectocontagiosas (SANT'ANA; SILVA JUNIOR; GARCIA, 2010). Tais fatores influenciaram diretamente o sistema de saúde brasileiro, que inevitavelmente teve que se preparar para o combate das doenças que assolavam o país. No ano de 1889, por exemplo, houve um surto da peste bubônica na cidade de Santos, o que levou o governo a adotar as primeiras medidas sanitárias, criando o Instituto Manguinhos, destinado à produção de soro antipestoso (ARAGÃO, 1950). Em 1904, por meio do decreto Legislativo nº 1151, de 5 de janeiro de 1904, foram instalados no Rio de Janeiro o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, que combatia a malária (BRASIL, 1904).

Neste cenário, no ano de 1899 foi fundado o primeiro Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro, pelo médico Arthur Moncorvo Filho, com o objetivo de preservar a saúde da criança. O instituto tinha a função de inspecionar e regulamentar a lactação; conferir as condições de vida de crianças pobres

(alimentação, roupas, habitação, educação, instrução); dispensar proteção a crianças abandonadas; auxiliar na inspeção médica nas escolas e indústrias; zelar pela vacinação; difundir meios de combate à tuberculose e outras doenças comuns a crianças; criar jardins de infância e creches; manter o dispensário Moncorvo para tratamento de crianças pobres; criar um hospital para crianças; auxiliar os poderes públicos na proteção às crianças necessitadas e propagar a necessidade de leis protetoras da infância (KUHLMAN JUNIOR, 1991). Diferentemente das rodas, o Instituto prezava pela higiene local, sendo que Moncorvo filho foi um dos principais representantes do movimento higienista do país (SANT'ANA; SILVA JUNIOR; GARCIA, 2010).

Anos depois, em 1914, também na cidade do Rio de Janeiro, foi construído o Hospital Pediátrico São Zaccharias e, em 1924, o Hospital Artur Bernardes, hoje denominado Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, desta forma a pediatria foi dando os primeiros passos no território brasileiro (SILVA, B., 2015).

No final do século XIX e início do século XX, o desenvolvimento científico proveniente da revolução industrial levou para o hospital o conhecimento técnico e científico em áreas como a farmacêutica e de controle de infecção, além do uso de aparelhos para diagnósticos, o que potencializou o instrumental médico e conferiu maior credibilidade às instituições hospitalares como espaços destinados à cura de doenças (BELLATO; CARVALHO, 1998).

Em consequência dessas mudanças, o hospital, na década de 1950, assumiu posição central na prestação de serviços de saúde, além de se caracterizar como local de convergência das diversas especialidades médicas, pois detinha a infraestrutura e os equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (BERTOLLI FILHO, 2008; VIANA, 2011). Nesse contexto, o modelo de saúde sanitaria campanhista, centrado nas campanhas sanitárias de limpeza urbana e vacinação e voltado para o controle das doenças endêmicas e das epidemias distribuídas no território brasileiro, sofreu transformação para o modelo médico assistencial privatista, com a supervalorização da instituição hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e práticas de saúde (MARTINS, 2009).

Em outubro de 1988, a Reforma Sanitária estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com propostas de transformações no sistema de saúde brasileiro, modelo este embasado nos princípios da descentralização político-

administrativa, da promoção da saúde, da equidade, da universalidade e da integralidade do cuidado. Nesse sentido, propunha a mudança no paradigma médico-assistencial privatista, curativo e hospitalocêntrico (PAIVA, 2014). Décadas após a criação do SUS, o hospital ainda permanece na posição central do modelo de atenção à saúde (FREIRE NETO, 2016).

1.2 Hospitalização de crianças e adolescentes, políticas e projetos de humanização

A hospitalização é uma realidade na vida de uma parcela significativa da população, inclusive de crianças e adolescentes. Todos os anos, cerca de dois milhões de crianças e adolescentes são hospitalizados no Brasil por diferentes motivos. Em 2016, foram internados 526.477 na faixa etária de 1 a 4 anos e 1.462.205, dos 5 aos 19 anos (BRASIL, 2017).

Em 1920, pesquisadores como Winnicott e Bowlby iniciaram discussões sobre os efeitos da hospitalização e se estes poderiam acarretar distúrbios emocionais nas crianças (LINDSAY, 2009). Estes primeiros estudos podem ter possivelmente influenciado uma organização não governamental, a *International Union for Children Welfare* a lançar, em 1923, o primeiro documento internacional em defesa da criança, o qual estabeleceu que, independentemente da cor, do credo e da idade, fossem garantidas condições adequadas para o seu desenvolvimento biopsicossocial. Esse documento foi incorporado à primeira Declaração dos Direitos da Criança de 1924 pela Liga das Nações Unidas (BARROSO, 2000; SOUSA; ARAUJO, 2011).

Nas décadas de 1930 e 1940, vários estudos (BENDER; YARNELL, 1941; BENDER, 1947; BOWLBY, 1944; GOLDFARB, 1943A, 1943B, 1943C; LEVY, 1937; SPITZ, 1945) discutiram os efeitos da separação da criança de seus pais, em particular os efeitos patológicos no desenvolvimento da personalidade das primeiras. Vale ressaltar que, nesse período, ocorreu a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a qual provocou, por si só, a separação de inúmeras crianças de seus pais por motivo de mortes. Guedeney e Guedeney (2006) acrescentam que na Inglaterra, por exemplo, retiravam-se bruscamente as crianças de suas casas, afastando-as de seus pais com a intenção de mantê-las distantes dos bombardeios.

No ano de 1944, Bowlby, um médico psiquiatra, desenvolveu uma pesquisa na Inglaterra com 44 crianças e adolescentes entre 5 e 16 anos com histórico de furtos e agressividade institucionalizados em uma clínica de Acompanhamento Infantil. No estudo, o autor pressupôs que a criminalidade poderia estar relacionada com a separação da criança de seus pais durante a infância (BOWLBY, 1944).

Em 1949, Bowlby foi convidado por Ronald Hargreaves, também psiquiatra, para desenvolver um estudo a pedido da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as necessidades de crianças sem lar, ou seja, que se encontravam institucionalizadas, muitas vezes em consequência da guerra que acabara de ocorrer. Nesta ocasião, Bowlby escolheu James Robertson, um assistente social que já havia desenvolvido pesquisas semelhantes, para ser seu assistente. O autor finalizou o relatório proveniente da pesquisa em 1951 e o intitulou “Cuidados Maternos e Saúde Mental”, pesquisa em que Bowlby também constatou que a separação dos pais poderia ocasionar efeitos patológicos nas crianças (BOWLBY, 1989).

Em 1952, Robertson ampliou as informações da pesquisa realizada com Bowlby e produziu o documentário “*Two-year-old goes to hospital*”, a fim de atestar que a separação entre os pais e crianças durante o período de hospitalização também poderia acarretar efeitos adversos (ROBERTSON, 1953).

Vale ressaltar que, até meados do século XX, os pais eram impedidos de permanecer nas enfermarias junto de seus filhos, sendo permitidas apenas breves visitas semanais, uma vez que se acreditava que os visitantes eram responsáveis pela transmissão de infecções fatais (DAVIES, 2010; JOLLEY, SHIELDS, 2009). Este pensamento pode ter se originado da teoria da transmissão dos micro-organismos apresentada por Pasteur (FOCAULT, 2014). Segundo Darbyshire (1993), em 1928, a introdução do antibiótico proporcionou declínio das doenças infecciosas, o que contribuiu para que a conduta de manter pais e familiares afastados de seus filhos durante o processo de hospitalização fosse revista. No entanto, a permanência dos pais ao lado dos filhos apenas foi garantida por políticas públicas anos depois, o que será melhor discutido posteriormente.

Corroborando as pesquisas e o argumento contido no documentário de Robertson, Bowlby (1982), nos anos de 1960, formulou a teoria do apego. Ele descreveu três fases vivenciadas por crianças institucionalizadas, ou seja, separadas de seus pais: fase de protesto, de desespero e de desligamento.

Na primeira fase, as crianças se mostram intensamente angustiadas por estarem distantes de seus pais, muitas vezes choram em voz alta, gritam, sacodem o berço, reagem de maneira agressiva na esperança de que este clamor traga seus familiares de volta; também ficam ansiosamente atentas a qualquer sinal ou som que possa ser de seu acompanhante desaparecido e recusam a atenção de outras pessoas. Essas reações podem durar algumas horas, dias ou semanas. Já na segunda fase, de desespero, a criança continua tão preocupada com a ausência dos pais quanto antes, porém, agora sem esperança de que regressem e, portanto, não os procura mais ativamente. Apresenta-se muito menos ativa, chora de forma monótona ou intermitente, e não mais se interessa por brincar ou comer, aparentando luto profundo. Por fim, na fase de desapego, também denominada de negação, parece, sob um primeiro olhar, que ela finalmente se ajustou à separação, torna-se mais interessada nas visitas, brinca e até estabelece novos relacionamentos, porém, este comportamento é resultado de resignação e não um sinal de contentamento, ou seja, a criança se desliga dos pais como forma de lidar com a intensa dor emocional causada pela separação. Ainda nesta última etapa, ela se esforça para construir relações superficiais com terceiros e se mostra cada vez mais autocêntrica, com apego, sobretudo, a objetos materiais (BOWLBY, 1982).

Diante de crescentes preocupações com a exposição da criança aos efeitos da hospitalização, o Ministério da Saúde da Inglaterra, em 12 de junho de 1956, instituiu uma comissão, sob a presidência de Sir Harry Platt, para avaliar os efeitos adversos deste processo. Este comitê incluía como membros dois cirurgiões, dois médicos, uma parteira e uma enfermeira pediátrica. O Bem-estar da criança hospitalizada (*The welfare of children in hospital: report of the committee*) foi o título formal do relatório publicado na Grã-Bretanha em 1959, conhecido também como Relatório Platt (DAVIES, 2010; GREAT BRITAN, 1959).

Para a elaboração deste Relatório foram realizadas 20 reuniões, entre os anos de 1956 e 1958, com o propósito de analisar as evidências escritas e orais de quatro destacados especialistas e de 29 organizações, dentre elas: *the Royal Colleges*, *The Tavistock Institute for Human Relations* e *The National Association for Maternal and Child Welfare*. À época, foram ainda examinadas as estatísticas procedentes de censos hospitalares (DAVIES, 2010; GREAT BRITAN, 1959).

Em suas 143 recomendações, o Relatório alertava, sobretudo, para as condições de privação e isolamento físico e social, tão nocivas ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Recomendava que os pais tivessem direito à visita e de participar dos cuidados prestados às crianças, que estas fossem atendidas em enfermarias infantis e as visitas pudessem ocorrer em horários flexíveis. O documento também preconizava que o brinquedo fosse inserido de forma sistemática nas enfermarias e no cuidado e que o acompanhamento das atividades escolares fizesse parte da dinâmica hospitalar (GREAT BRITAN, 1959). Este Relatório foi entregue ao Conselho Central de Saúde, em 28 de outubro de 1958, acompanhado de uma carta dirigida ao seu então presidente, na qual se argumentava que as recomendações do documento contribuiriam para o bem-estar da criança hospitalizada (GREAT BRITAN, 1959).

Este documento teve grande importância para suscitar discussões sobre a assistência humanizada e, na década de 1960, foi utilizado de forma eficaz por organizações como a *National Association for the Welfare of Children in Hospital* (NAWCH), a qual se apoiou em suas recomendações para defender a instituição de visitas em horários flexíveis e a participação dos pais nos cuidados dos filhos hospitalizados (DAVIES, 2010).

Vários autores (CIGALA et al., 2015; COSTA; MORAIS, 2017; GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016; HONICKY; SILVA, 2009; MITRE, 2006; OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA, 2014; SALMELA; ARONEN; SALANTERA, 2011; WILSON et al., 2010), de distintas áreas do conhecimento e diversas nacionalidades, têm discutido os efeitos dos processos de hospitalização sobre o desenvolvimento infantil, conforme já mencionado. Segundo Mitre (2006), a hospitalização quase sempre é acompanhada de insegurança, por ser uma experiência marcada pela ruptura do cotidiano da escola, dos amigos, da família e das brincadeiras. Nesse sentido, é potencialmente traumática, por possibilitar o emergir de sentimentos diversos como medo, angústia e ansiedade, os quais podem tornar a criança mais chorosa e dependente dos pais, pois essa situação lhe é desconhecida e ameaçadora. Além do afastamento da vida cotidiana e do ambiente familiar, a criança vivencia, muitas vezes, um mundo novo e até então desconhecido, com rotinas diferentes, equipamentos estranhos, pessoas desconhecidas, limitações de movimento, odores específicos, procedimentos invasivos, sensação de dor e sofrimento (COSTA; MORAIS, 2017; GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

Corroborando com Faquinello, Higarashi, Marcon (2007) e Mitre (2006) argumentam que o hospital é um ambiente que pode despertar tensão e incertezas, principalmente porque a vinculação a ele se dá por meio de uma situação crítica e delicada: o adoecimento. Esses fatores podem influenciar negativamente tanto o desenvolvimento quanto o processo de interação com as pessoas e o meio (WILSON; HOCKENBERRY, 2011).

Assim, a fim de amenizar o estresse decorrente da hospitalização, inúmeros esforços têm sido empreendidos na perspectiva da humanização do cuidado em saúde, o que inclui a observância de aspectos técnicos, científicos e afetivos que envolvem desde investigações acerca da participação da família no cuidado à criança hospitalizada até a implantação de políticas de saúde direcionadas ao bem-estar da criança e do adolescente.

Ao se discutir a humanização do atendimento em saúde, é necessário conhecer o sentido deste termo. Humanista é aquele que atribui grande valor aos seres humanos; humanitário é definido como uma pessoa bondosa, benfeitora e filantrópica; e humanização deriva de humanizar que, no dicionário, significa tornar humano, tornar tratável e civilizar, vem de humanismo do latim *humanus* (BUENO, 2000; MINAYO, 2006).

Segundo Mezzomo (2010), a marcha pela assistência humanizada teve início no Brasil em 1968, em um congresso organizado pela Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, realizado na Pontifícia Universidade Católica, quando o padre Lídio Milani fez uma conferência sobre humanização hospitalar. Em 1970, o padre João Mezzomo publicou o primeiro livro no Brasil sobre a temática, intitulado “Hospital humanizado”, e, em 1980, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde, em âmbito nacional (MEZZOMO, 2010). Este Congresso passou a ocorrer anualmente no mês de setembro, na cidade de São Paulo, promovido pela Universidade São Camilo, sendo que, no ano de 2016, houve o XXXV Congresso de Humanização e Pastoral da Saúde.

A proposta da humanização hospitalar ganhou força após um sistema desenvolvido no Japão chamado *Total Quality Control*, ou seja, gestão de qualidade, por volta de 1987, cujo objetivo era atender e satisfazer o usuário em suas expectativas, necessidades e desejos, tornando, assim, menos pesados a dor física e o sofrimento psicológico (MEZZOMO, 2010). Tal abordagem propõe a ampliação dos direitos de cidadania, em um movimento mundial, tanto dos trabalhadores

quanto dos usuários, na era do neoliberalismo, da interdependência e da globalização, isto porque aumentaram as exigências de melhoria das instituições em geral, o que demandou melhores produtos e o estabelecimento de novas relações de clientela e do trabalho. Diante disto, as instituições de saúde, mais especificamente os hospitais, foram expostas a uma série de exigências advindas do cenário social, econômico, político e tecnológico (BACKES et al., 2007).

Indo ao encontro da assistência humanizada, no que se refere a saúde da criança e do adolescente, criou-se, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), com objetivo de organizar a assistência à criança de 0 a 5 anos, envolvendo ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na rede básica; incentivo ao aleitamento materno; promoção da saúde e prevenção de doenças; participação da família nas atividades de assistência à criança, além da propositura de estratégias no espaço hospitalar para humanizar o pré-natal e o parto (BRASIL, 1984).

No ano de 1988, a Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas (EACH) que, publicou a Carta dos Direitos das Crianças Hospitalizadas, na qual estabelecia o direito da criança e do adolescente, quando hospitalizados, terem ao seu lado os pais ou substitutos, dia e noite, quaisquer que fossem as suas idades ou estados de saúde. De acordo com o documento, as crianças, os adolescentes e seus pais têm o direito de receber informações sobre a doença e os tratamentos de forma compreensível e adequada às respectivas idades, para que possam efetivamente participar das decisões que lhes dizem respeito. Devem também, ser admitidas em serviços de adultos, ou seja, devem ficar separadas por grupos etários, a fim de que se beneficiem da prática de jogos e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. Este documento prevê ainda que o hospital ofereça um ambiente condizente com as suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no aspecto pessoal, de segurança e de intimidade (PORTUGAL, 1998). A Carta foi elaborada, em síntese, com o objetivo de resumir e reunir os direitos das crianças hospitalizadas, com ênfase no direito à informação e à participação.

No Brasil, foi publicada, em 1990, a Lei nº 8.069, que regulamentou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a qual define criança como a pessoa com 12 anos de idade incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1991). Ambos os termos se referem a períodos do ciclo da vida que

têm dimensões biológicas, culturais e sociais específicas, de acordo com cada sociedade.

Em seu artigo 12, o ECA determina que os estabelecimentos de saúde proporcionem condições para a permanência de um dos pais ou responsável, em tempo integral, nos casos de internação da criança ou do adolescente (BRASIL, 1991). Tal direito tem por base estudos que demonstraram que a permanência dos pais junto aos filhos minimiza angústias; reforça ou estimula a construção de vínculos afetivos; reduz o tempo de hospitalização, a incidência de infecção cruzada e as complicações pós-operatórias; aumenta o senso de segurança por não haver mais a ansiedade da separação; facilita a coleta de material para exames; melhora o comportamento após a alta e minimiza o sentimento de solidão (RIBEIRO; ANGELO, 2005).

Em 1995, a Resolução 41, de 13 de outubro de 1995, aprovou o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, garantindo o direito à proteção à vida e à saúde; ser hospitalizado somente quando necessário ao seu tratamento; confidência dos seus dados clínicos; ter conhecimento de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos, diagnósticos e prognóstico e, ainda, ter acesso aos dados arquivados na instituição, pelo prazo estipulado em lei, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário; receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família; ter seus direitos constitucionais e os previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados integralmente pelos hospitais; receber os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária; desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar e não sentir dor, quando houver meios para evitá-la (BRASIL, 1995).

Este documento também garante a preservação da imagem da criança e/ou do adolescente, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; o respeito à sua integridade física, psíquica e moral; proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos. Ainda: resguarda o direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer outra razão e o melhor tratamento de sua enfermidade; assegura o direito de ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis; de

não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal, e proíbe que tenham sua imagem veiculada em meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria, resguardando-se a ética (BRASIL, 1995).

Além disto, a Resolução define que a criança ou o adolescente tem o direito de estar acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante o período de hospitalização, bem como receber visitas; não ser separado de sua mãe ao nascer; receber aleitamento materno sem restrições e que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações prévias sobre os procedimentos a que será submetido (BRASIL, 1995).

Com o objetivo de sistematizar o atendimento na rede hospitalar em nosso país em prol da humanização do cuidado em saúde, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com a proposta de buscar estratégias que possibilitassem a melhoria do contato humano entre o profissional de saúde e o usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, com vistas ao bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001).

O PNHAH previa a organização do serviço de saúde sob duas perspectivas interdependentes: humanização do atendimento ao público, ou seja, cuidar do usuário e humanização das condições de trabalho do profissional de saúde, ou seja, cuidar do cuidador. O objetivo fundamental era possibilitar, difundir e consolidar uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Defendia, também, a implantação de novas iniciativas de humanização, as quais beneficiariam os administradores, os profissionais, dentre outros; sensibilização dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de um modelo de atendimento e capacitação do profissional de saúde condizente com este novo paradigma de atenção à saúde, que valorizava não só a integralidade do processo de atendimento do usuário como também as crenças e o estilo de vida, a subjetividade e a cidadania daqueles assistidos (BRASIL, 2001).

Dessa forma, conforme Deslandes (2004), o PNHAH constituiu-se numa política ministerial singular se comparada a outras do setor, pois se destinava a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. O Programa concedia o título de Hospital Humanizado, pelo prazo de um ano, a hospitais cuja assistência

e funcionamento estivessem em conformidade com os princípios por meio dele estabelecidos (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde revisou o PNHAH, tornando-o uma política não mais para o âmbito do hospital, mas sim transversal, a todos os componentes do sistema de saúde. Surgia, então, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) (RIOS, 2009), com o objetivo de garantir a humanização da assistência e a avaliação periódica da satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010a).

A PNH vem a colaborar com reformulação do modelo de saúde, com a assunção do caráter voltado para as enfermidades crônicas, cuja incidência tem superando as enfermidades agudas, uma vez que nos últimos anos tem ocorrido a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira em decorrência do avanço das tecnologias empregadas na área da saúde e das vacinas que constituíram uma grande descoberta para a erradicação e controle de doenças agudas imunopreveníveis, bem como das medidas de saneamento básico (GOLDANI et al., 2012).

Nesse sentido, a PNH, denominada HumanizaSUS, busca a integralidade, a universalidade, a equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, tendo como princípio norteador a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social, em todas as práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma proposta que visa ao estabelecimento de uma nova relação entre usuários, redes sociais, trabalhadores da saúde e gestores, a qual aposta no trabalho coletivo em direção a um modelo de SUS acolhedor e resolutivo. Esta política prevê para os profissionais de saúde a capacitação permanente e a criação de estratégias para identificação das melhorias necessárias às suas condições de trabalho. Já para os usuários, prevê a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários, sua participação ativa na avaliação da qualidade dos serviços e o envolvimento da comunidade organizada como parceira dos agentes públicos em ações de apoio e acompanhamento dos serviços em geral (BRASIL, 2010a).

Um dos conceitos que qualifica a política é o de ambiência, pois pressupõe a valorização das tecnologias que compõem os serviços de saúde, o espaço físico, além da interação entre usuários, trabalhadores e gestores, no sentido de contribuir para o cuidado integral da criança e do adolescente (BRASIL, 2010b).

A concepção de ambiência implica a construção de espaços que visem à confortabilidade, à produção de subjetividades e que possam ser utilizados como ferramentas facilitadoras do processo de trabalho. O primeiro eixo, confortabilidade, abrange elementos como cor, cheiro, som e iluminação, os quais podem atuar como modificadores e qualificadores dos espaços, sendo que a combinação e o equilíbrio entre eles podem criar ambiências acolhedoras aos usuários e trabalhadores, aspecto que contribui sobremaneira com o processo de produção de saúde. O segundo eixo, produção de subjetividades, compreende o encontro de sujeitos e usuários, trabalhadores e gestores, os quais se utilizam do espaço para agir e refletir sobre o processo de trabalho e estabelecer ações apoiadas na integralidade; o terceiro eixo, espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, transcende a arquitetura e busca promover um ambiente ideal a usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, a ambiência hospitalar envolve o tratamento conferido ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, aspecto que se encontra diretamente relacionado com a assistência à saúde, devendo, portanto, proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010b).

Indo ao encontro da concepção de ambiência, Morsch e Aragão (2006) ampliaram o conceito de espaço físico hospitalar para o de ecologia hospitalar, por terem a ele acrescentado outras dimensões, que não apenas a estrutura física, mas especialmente o modo como as crianças e os adolescentes se relacionam com as atividades ali desenvolvidas. Ainda, para as autoras, as referências subjetivas de cada um, trazidas por eles mesmos ou por seus representantes, constituem fatores fundamentais que devem ser considerados no ambiente hospitalar, pois qualquer espaço, numa primeira visão, apresenta-se como algo físico, mas, gradativamente, percebe-se que nele se constrói um diálogo com os aspectos afetivos, sociais e cognitivos de quem o habita.

Esta dimensão do ambiente, também, esteve presente nas formulações de Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, no século XVIII, não com o nome de ecologia hospitalar. Tal abordagem originou-se da percepção de Nightingale do ambiente hospitalar, o qual poderia impactar negativamente na saúde do indivíduo pelo excesso de ruídos, ausência de luz, de higiene e de ventilação, as quais eram prejudiciais, assim como a temperatura do ambiente, os odores e os lençóis úmidos de suor ou com dobras poderiam provocar pontos de pressão na

pele dos hospitalizados e causar desconforto durante o processo de hospitalização. Diante disso, ela apresenta, já naquela época, medidas condizentes com a humanização da saúde. Em seus escritos, articulava os cuidados de enfermagem com elementos do ambiente físico, enfatizando que fossem implementadas mudanças nos ambientes hospitalares europeus, tais como: variações de cor, ventilação e iluminação adequadas e controle de ruído. Além disso, defendia a comunicação dos membros da equipe de saúde com os hospitalizados, demonstrando preocupações com o estado emocional e espiritual dos pacientes (NIGHTINGALE, 1989).

A ecologia hospitalar, condizente com a assistência humanizada, preconiza o envolvimento das famílias, das crianças e dos adolescentes no processo hospitalização, a promoção de atividades de recreação sistematicamente, que unidade seja colorida com motivos infantis e disponibilize ambientes ao ar livre com vegetações e espaços de lazer. Defende, também, a comunicação efetiva entre os envolvidos neste processo.

Neste sentido, Benevides e Passos (2005) mencionaram que, a partir de 2004, ocorreu um aumento significativo da influência da PNH, mediante a inserção de grupos de trabalho de humanização, oficinas, atividades de apoio institucional e um intenso movimento de discussões e pactuações envolvendo serviços, estados e municípios. Desde sua promulgação, vários hospitais começaram a desenvolver ações “humanizadoras”: atividades lúdicas, artes, entretenimento, lazer, melhorias na estrutura física, dentre outras (RIOS, 2009).

No Brasil, diferentes programas e projetos vêm sendo desenvolvidos, cada qual com suas especificidades, seus valores e possibilidades, mas com o objetivo comum de reduzir as morbidades emocionais e sociais decorrentes da hospitalização (MORSCH; ARAGÃO, 2006). Para exemplificar, é possível destacar o Programa Mãe Participante, o Alojamento Conjunto, os Doutores da Alegria, que antecederam a PNH e a Brinquedoteca, esta última regulamentada em 2005.

O Programa Mãe Participante passou a vigorar no estado de São Paulo por meio da Resolução 165, de 12 de agosto de 1988, fruto da luta do pediatra Júlio Toporovski, da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, inspirado em modelos norte-americanos e europeus. Esta Resolução propunha que os hospitais estaduais e conveniados do antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) adotassem o programa com vistas à humanização da assistência à

criança hospitalizada, além do fato de se constituir em uma ferramenta para promover a educação em saúde. Com sua promulgação, abriram-se as portas das unidades hospitalares para que os familiares de crianças internadas pudessem permanecer na instituição em tempo integral, participando dos cuidados diários. Este Programa foi considerado um forte aliado na redução do tempo de hospitalização e da mortalidade infantil e representou um avanço na atenção pediátrica (BRASIL, 1988; COREN, 2008).

O Programa Mãe Participante abriu caminhos para a elaboração de outras legislações, a exemplo da Portaria 1016, de 26 de agosto de 1993, que instituiu a obrigatoriedade de Alojamento Conjunto (AC), com o intuito de aproximar a mãe do bebê, estimular o contato pele a pele no momento do nascimento e incentivar a amamentação exclusiva e sob livre demanda. Esta Portaria prevê que o recém-nascido saudável permaneça, logo após o nascimento, ao lado da mãe em tempo integral, até a alta hospitalar (BRASIL, 1993). No ano de 2016, foi revisada e, então, originou a Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, que reiterou as diretrizes para organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto (BRASIL, 2016).

Já o projeto das Brinquedotecas hospitalares objetiva estimular crianças, adolescentes e seus acompanhantes a brincarem. Foi regulamentado pela Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que estabeleceu a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades hospitalares. Segundo Melo (2010), o registro da primeira brinquedoteca data da década de 30 do século passado, em Los Angeles – Estados Unidos da América –, a princípio com o intuito de emprestar brinquedos para as crianças de famílias carentes. Em 1981, surgiu no Brasil, na cidade de São Paulo, com o objetivo de estimular as crianças deficientes por meio de brinquedos (MORAES; LIMA, 2016). Segundo Cunha (2004), a brinquedoteca hospitalar, por proporcionar alegria e distração por meio de brincadeiras e jogos, contribui para que a criança doente preserve sua saúde emocional, além de possibilitar a manutenção e progressão do seu desenvolvimento.

Outro projeto a ser assinalado é *Os Doutores da Alegria*, organizado pela sociedade civil, sem fins lucrativos, que utiliza a arte do palhaço para intervir com crianças, adolescentes e outros públicos em situação de vulnerabilidade e risco social em hospitais públicos e ambientes adversos. O projeto conta com a colaboração de pessoas que se vestem como palhaços e simulam serem médicos e

realizam “exames” e “consultas”. Nesta ação, o artista passa a fazer parte do cotidiano das enfermarias, visitando unidades onde estão hospitalizados crianças e adolescentes, interagindo também com seus acompanhantes e profissionais de saúde. Fundado por Wellington Nogueira em 1991, a associação já realizou mais de um milhão de visitas a crianças hospitalizadas, seus acompanhantes e profissionais de saúde (DOUTORES DA ALEGRIA, 2017). Este projeto tem sido considerado um dos precursores das iniciativas de humanização no Brasil, referência para outras iniciativas, tais como Unidades Palhaçada (CRUZ, 2016), Amigos do sorriso (AMIGOS DO SORRISO, 2017), Companhia do Riso (LIMA, 2009), dentre outras que utilizam a figura do palhaço para humanização do espaço hospitalar.

1.3 Crianças e adolescentes e os processos de humanização hospitalar: revisão da literatura

A revisão de literatura apresentada neste tópico objetivou identificar e analisar tanto as experiências de crianças e adolescentes sobre o processo de hospitalização quanto as contribuições para humanizar a assistência pediátrica. Para isto realizou-se, em fevereiro de 2017, busca nas bases de dados PubMed (*US National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). Inicialmente, obteve-se, com as palavras-chave *child* or adolescent* or teenager* and hospital**, um total de 11.870 títulos no período de 2010 a 2016, com base nos quais se fez o cruzamento com demais descritores, *humanization, interview, perception*, a fim de refinar a busca e aproximar os resultados do objeto de estudo.

Dessa forma, foram identificados e analisados os títulos e resumos de 248 artigos, dos quais 54 foram lidos na íntegra, pois tinham a criança ou o adolescente como participante. Os demais foram excluídos por serem realizados com estudantes de medicina, gestantes, puérperas, profissionais de saúde e acompanhantes, sem qualquer participação de crianças e/ou adolescentes.

O fato de 194 (78%) dos 248 artigos terem olhar adultocêntrico vai ao encontro do significado da palavra infante, infância, que, em sua origem latina e nas línguas derivadas, recobre um campo semântico estreitamente ligado à ideia de

ausência de fala, qualidade ou estado daquele que não fala (LAJOLO, 1997), o que remete a lembranças seculares, quando a criança não tinha liberdade de expressão (CRUZ, 2008).

Após leitura dos 54 artigos, foram selecionados 35 estudos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra no período de 2010 a 2016, cujos participantes fossem crianças e/ou adolescentes hospitalizados e produtores do material empírico, ou seja, a eles era dada voz, mesmo que houvesse participação de seus pais e profissionais de saúde. Excluíram-se estudos que elegeram crianças e adolescentes como participantes, porém que tratassem especificamente de patologias, experiência de adolescente em enfermaria de adulto, cuidado centrado na família e dor, ou seja, que não discorressem sobre o processo de hospitalização em enfermarias pediátricas.

A sistematização das informações ocorreu com auxílio de um instrumento elaborado para tal finalidade, contendo título do artigo e identificação dos autores, título do periódico, ano de publicação, objetivo do estudo, metodologia utilizada, resultados e conclusão.

Dos 35 artigos analisados, 16 foram publicados em periódicos nacionais e 19 em internacionais. Com relação ao ano de publicação, oito foram publicados em 2010; sete em 2016; cinco em 2011, 2012 e 2015; três em 2014 e dois em 2013. Em relação à faixa etária dos participantes, 20 estudos foram conduzidos com escolares e adolescentes; seis com escolares; quatro com pré-escolares e escolares; dois com adolescentes; dois com pré-escolares, escolares e adolescentes e um com pré-escolares.

Observamos que a maioria dos estudos tratou de temas relacionados a projetos e programas de humanização do cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados, no entanto, mesmo assim, os **efeitos adversos da hospitalização** permanecem alarmantes e preocupantes em vários países, a exemplo do revelado nas pesquisas de Gomes et al. (2012), Lapa e Souza (2011), Salmela, Aronen, Salanterä (2011) e Wilson et al. (2010).

Wilson et al. (2010) realizaram estudo com o objetivo de conhecer e explorar a visão de crianças sobre o significado de estar hospitalizada. Para tanto, propuseram uma pesquisa de abordagem qualitativa, na qual foram analisadas 93 narrativas de crianças entre 5 e 9 anos, selecionadas em um hospital infantil (n=48) e um Centro Universitário de Ciências da Saúde (n=45), na cidade de Omaha, nos

Estados Unidos da América. As narrativas centravam-se em sentimentos como medo, tristeza e solidão. Os autores concluíram que as crianças, inclusive aquelas que, no momento da coleta de dados, não estavam hospitalizadas, traduziram a hospitalização como sendo uma experiência negativa.

Resultados semelhantes foram apresentados por Gomes et al. (2012) em estudo exploratório, qualitativo, com oito participantes de 7 a 15 anos de idade, hospitalizados na unidade pediátrica de um hospital geral, na cidade de Fortaleza - Ceará. A pesquisa teve como objetivo compreender a hospitalização sob o olhar da criança e do adolescente. A coleta de dados foi dividida em três partes: a princípio, o entrevistador narrava uma história sobre um macaquinho que brincava na floresta com seus amigos até que um dia ficou doente e foi levado ao hospital pelos pais. Após, o participante era convidado a fazer dois desenhos: o primeiro sobre o que o macaquinho achava do hospital e o segundo como ele se sentia no hospital. Ao final, explicavam o significado de cada desenho. Dos resultados, emergiram duas categorias: hospital representado na estrutura física e significados da hospitalização para crianças e adolescentes. Para os participantes, a hospitalização caracterizou-se como uma experiência estressante; sentimentos como tristeza, medo, prisão, solidão e insegurança estiveram frequentemente presentes no cotidiano, contudo, também entenderam que o hospital era local de cura e cuidados.

Achados semelhantes foram observados na pesquisa de Lapa e Souza (2011), realizada na unidade de internação pediátrica de um hospital geral no Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, objetivando descrever os sentimentos de escolares sobre a hospitalização. Para este estudo, os autores optaram pela metodologia qualitativa, sendo a coleta de dados realizada por meio de entrevista contendo aspectos de identificação (nome, idade e diagnóstico) e com base na seguinte questão norteadora: fale-me sobre a sua hospitalização e de como se sente. Os resultados apontaram para a dualidade, pois, ao mesmo tempo em que o hospital gerava sofrimento, restrição, medo, dor, preocupação, saudade e ansiedade, representava, também, um espaço que proporcionava o carinho exclusivo da mãe, assim como acesso a produtos alimentares anteriormente não disponíveis em suas residências, compensações recebidas por estar doente e um espaço de cura.

Salmela, Aronen, Salanterä (2011) realizaram um estudo com objetivo de identificar fatores que tornavam a hospitalização uma experiência negativa, embasado na metodologia de investigação fenomenológica, com 90 crianças, entre

4 e 6 anos, sendo que 27 foram entrevistadas em enfermarias pediátricas de um hospital universitário e 63 em uma escola infantil na Finlândia; porém, aquelas que não se encontravam mais internadas, tinham experiências prévias em serviços de saúde. Para coleta de dados, os autores recorreram à entrevista semiestruturada, cujas questões abordavam os possíveis medos das crianças durante a hospitalização. Alguns participantes apresentaram dificuldades em verbalizar suas emoções e, portanto, responderam às perguntas sussurrando ou apenas se mantendo calados. Durante a coleta de dados, expressaram sentimentos de tristeza, nervosismo, fúria, raiva, além de choros e gritos, ao se referirem ao processo de hospitalização. Os autores concluíram que os efeitos adversos da hospitalização poderiam estar relacionados a intervenções dolorosas, condutas inadequadas dos profissionais de saúde, abandono, separação dos pais e, também, à falta de informação sobre os procedimentos e equipamentos.

Ford (2011) também associou os efeitos adversos da hospitalização à separação dos pais e à ausência de informações quando analisou as experiências de dez crianças, entre 6 e 12 anos, internadas para cirurgias em um hospital na Austrália. No estudo, de abordagem qualitativa e coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada, desenho e história, os participantes relataram suas experiências, seus medos e ansiedades diante da internação e cirurgia. Referiram, também, medo, pois, para eles, ir para o hospital significava ficar longe de seus pais, o que fazia com que se sentissem desamparados e vulneráveis por estarem com pessoas estranhas em um ambiente assustador. Além disso, não compreendiam a necessidade de passarem por cirurgia, o que lhes causava maior apreensão. Os autores concluíram que as crianças necessitavam de informação e apoio para que pudessem aliviar seus medos neste processo.

A relação entre **ausência de informação** e efeitos adversos também foi evidenciada por Coyne e Kirwan (2012) em estudo realizado com 55 crianças e adolescentes, entre 7 e 18 anos, 28 deles hospitalizados por doenças crônicas e 27 por agudas, em três hospitais na Irlanda. O estudo teve o objetivo de conhecer a opinião dos participantes sobre informações compartilhadas e tomada de decisão. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abordando questões relacionadas com o ambiente hospitalar, a comunicação com profissionais de saúde, participação na tomada de decisão e cuidado. Além disso, os participantes foram convidados a completar três frases, a fim de ajudá-los a expressar suas opiniões sobre a vida no

hospital: os hospitais são [...], os médicos são [...], os enfermeiros são [...]. Foram também solicitados a revelar três desejos com base na sua estadia no hospital.

Emergiram da análise cinco categorias: ambiente hospitalar, percepção das crianças e dos adolescentes sobre médicos e enfermeiras, visão sobre a tomada de decisão, comunicação com médicos e enfermeiras e outros desejos das crianças e dos adolescentes. Os resultados indicaram que o fato de os entrevistados não disporem de esclarecimentos suficientes para compreensão do processo de hospitalização favoreceu que rotulassem o hospital como assustador, feio, não agradável, lugar deprimente e que provocava medo. Os participantes referiram o desejo de poderem melhor expressar suas opiniões, fazerem perguntas e receberem informações sobre os cuidados e procedimentos; sugeriram que os profissionais de saúde se esforçassem para ouvi-los e compreender suas perspectivas. Os autores concluíram que, quando as informações eram compartilhadas e compreendidas por crianças e adolescentes, os efeitos adversos eram reduzidos, o que contribuía para uma experiência de hospitalização mais positiva (COYNE; KIRWAN, 2012).

Pelander e Leino-Kilpi (2010) concordam com a conclusão acima, pois, em estudo, observaram que quando os direitos das crianças são respeitados, ou seja, suas opiniões são ouvidas e consideradas, o estresse proveniente do processo de hospitalização é amenizado. Nessa perspectiva, as crianças e os adolescentes, de 6 a 18 anos, entrevistados por Schalkers, Dedding e Bunders (2014) em um hospital holandês, enfatizaram que os médicos, as enfermeiras e demais profissionais do hospital deveriam dedicar atenção suficiente ao paciente, bem como estarem dispostos a responder aos seus questionamentos de forma pormenorizada, mediante linguagem de fácil compreensão. Neste estudo, as crianças e os adolescentes descreveram situações nas quais suas dúvidas foram esclarecidas, o que resultou em maior adesão ao tratamento.

Indo ao encontro das referências já citadas, as quais valorizaram a comunicação efetiva, Peña e Juan (2011), com o objetivo de descrever a interação de crianças e adolescentes com os profissionais de enfermagem, realizaram um estudo qualitativo com 30 crianças e adolescentes hospitalizados, entre 8 e 14 anos. Esta investigação foi desenvolvida no serviço de pediatria de um Hospital Universitário de Alicante, na Espanha, durante 22 meses. As técnicas de coleta de dados foram observação participante e entrevista semiestruturada, com análise norteada pelo Interacionismo Simbólico e o construtivismo. Dos resultados,

emergiriam as seguintes categorias: comportamento da criança na dimensão relacional, comportamento da enfermeira na dimensão relacional e experiência da criança no encontro com a enfermagem. Concluiu-se que a comunicação efetiva com as crianças e os adolescentes exerceu papel fundamental na mediação de suas experiências e nas ideias que elaboravam sobre o processo saúde/doença e que, quando a equipe de enfermagem explicava sobre seus diagnósticos, havia redução de suas ansiedades. Diante destes resultados, os autores pontuaram ser premente refletir sobre estratégias que potencializassem o encontro de subjetividades entre os participantes do estudo e a equipe de saúde, de modo a melhor conhecer e compreender suas necessidades.

Resultados similares foram constatados por Fletcher et al. (2011) em estudo qualitativo com 61 crianças internadas em dois hospitais infantis da Inglaterra e com oito membros de um parlamento de jovens. A pesquisa objetivou evidenciar, sob a ótica de crianças e adolescentes, habilidades, conhecimentos e atitudes que os enfermeiros pediátricos do futuro deveriam apresentar. Para coleta de dados, adotou-se a técnica de desenhar, escrever e contar o que escreveu. Este estudo, como outros já apresentados, identificou que a hospitalização pode se traduzir em uma experiência traumática para as crianças e suas famílias, pois as separa de seu ambiente doméstico, de seus amigos e de suas atividades diárias, além de ficarem expostas a um ambiente desconhecido e a procedimentos dolorosos. Assim, com o intuito de amenizar os efeitos negativos da hospitalização, os participantes apontaram que os enfermeiros do futuro poderiam utilizar jogos ou brincadeiras que possibilitassem a distração durante a realização de procedimentos dolorosos. Além disso, revelaram que a principal característica que estes profissionais deveriam apresentar é um belo sorriso, acompanhado de simpatia, bondade, gentileza e carinho, o que facilitaria a comunicação efetiva e favoreceria que, além das necessidades físicas, as demandas emocionais e intelectuais das crianças hospitalizadas fossem atendidas. Os autores concluíram que tais enfermeiros deverão possuir habilidades na comunicação verbal e não verbal, bem como competências da prática clínica.

Tendo em vista que a comunicação efetiva pode amenizar traumas provenientes da hospitalização, Livesley e Long (2013) e Santos et al. (2016) argumentaram ser necessário que o enfermeiro mergulhe no universo infantil, de modo a permitir que os pacientes expressem situações vivenciadas e pensamentos

de forma verbal e não verbal, implantando um modelo no qual crianças sejam mais inclusas e participativas. Santos et al. (2016) reafirmam ainda que os profissionais de enfermagem precisam levar em consideração as formas pelas quais as crianças gostariam de receber os cuidados, para que suas singularidades sejam respeitadas.

Considerando que pesquisas anteriores indicaram a comunicação efetiva como essencial instrumento para estabelecer um cuidado atraumático, Jansen, Santos e Favero (2010), Pladino, Carvalho e Almeida (2014) e Rocha et al. (2016) realizaram estudos e encontraram que o brincar pode facilitar o diálogo entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada.

A pesquisa de Jansen, Santos e Favero (2010), realizada na unidade de cirurgia pediátrica de um hospital de grande porte do Paraná, teve como objetivo verificar os benefícios da **utilização de brinquedos** durante o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Para tanto, utilizaram a abordagem qualitativa, em estudo com três crianças de 10 anos de idade e sete mães acompanhantes. Inicialmente, os pesquisadores demonstravam os cuidados hospitalares em um boneco e, posteriormente, os realizavam na criança, sendo que esta tinha a oportunidade de manusear os brinquedos e se familiarizar com os instrumentos.

Após esse momento, as crianças e seus acompanhantes responderam questões relativas ao processo de cuidar. Os dados originaram três categorias: a utilização do brinquedo minimiza o estresse da hospitalização; o brinquedo facilita a compreensão e aceitação dos procedimentos de enfermagem e a experiência do uso do brinquedo e do processo de hospitalização. Para os autores, o brinquedo facilitou a comunicação, participação, aceitação de procedimentos e motivou a criança, fatores que, por sua vez, contribuíram para redução do estresse e possibilitaram a implementação de um cuidado atraumático à criança e sua família. Revelou-se, portanto, um excelente recurso para a enfermagem no atendimento a crianças hospitalizadas (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010).

Em consonância com o estudo anterior, Fontes et al. (2010) assinalaram que o brincar facilita a interação da criança com o ambiente hospitalar, pois favorece a expressão de seus sentimentos e de suas emoções, além de prover recursos para a assistência humanizada.

Paladino, Carvalho e Almeida (2014), em estudo quantitativo, exploratório e descritivo, intencionaram investigar os comportamentos de 30 crianças, entre 3 e 5 anos, durante uma sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) em dois

momentos: o primeiro, realizado na unidade de internação, antecedeu a cirurgia, e os pesquisadores contavam uma história, dramatizavam os procedimentos com os brinquedos terapêuticos e, ao final, solicitavam à criança que repetisse a brincadeira. O segundo momento ocorreu no período perioperatório, quando as crianças foram observadas desde sua admissão no Centro Cirúrgico (CC) até o despertar da anestesia. Utilizaram, para a coleta de dados, um instrumento abordando a história pregressa da criança, evolução clínica, tipo de cirurgia e anestesia, comportamento e reações por ela apresentados na admissão no CC, durante a indução anestésica e na unidade de recuperação pós-anestésica. Utilizou-se também o instrumento proposto por Almeida (2003) para registro dos comportamentos da criança na sessão de BTI. Os resultados evidenciaram que a maioria participou efetivamente da referida sessão (21; 70%); entrou espontaneamente na sala operatória (22; 73,3%), sem resistir à separação da mãe (24; 80%); colaborou com o procedimento anestésico (16; 53,3%) e despertou tranquilamente da anestesia (26; 87%). Concluíram que o uso do BTI propiciou à criança compreender o procedimento cirúrgico, tornando-o menos traumático (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

Dantas et al. (2016) realizaram estudo exploratório de abordagem qualitativa com nove crianças de 4 a 8 anos de idade e seus respectivos acompanhantes, no estado da Paraíba, com o objetivo de identificar as reações por elas apresentadas durante a administração de drogas intravenosas, antes e após a utilização do brinquedo terapêutico. Para tanto, utilizaram a observação e a entrevista semiestruturada como instrumentos de coleta de dados. Os resultados evidenciaram que as crianças tiveram melhor aceitação da medicação intravenosa após a sessão do brinquedo terapêutico. Os acompanhantes, participantes desse estudo, recomendaram o uso do brinquedo terapêutico para melhorar os cuidados e reduzir o estresse durante a hospitalização. Por fim, os autores argumentaram que os profissionais de saúde deveriam utilizar o brinquedo terapêutico com maior frequência em suas intervenções, com vistas a um cuidado humanizado.

Resultados semelhantes também foram identificados por Rocha et al. (2016) em pesquisa convergente-assistencial, realizada com sete crianças de 4 a 12 anos, em um hospital de Florianópolis - Santa Catarina. Observaram que, quando brincavam de realizar procedimentos hospitalares vivenciados diariamente, as crianças e os adolescentes tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e curiosidades, o que facilitou que compreendessem a necessidade de realizá-los.

Concluíram que o brinquedo terapêutico é um instrumento eficaz para amenizar medos durante a hospitalização, além de favorecer a compreensão da necessidade da internação, aspecto que permite vivenciar este momento de forma mais tranquila.

Além do brinquedo, a interação lúdica com palhaços, a leitura de histórias e a presença de brinquedoteca também foram destacadas por crianças e adolescentes que participaram das pesquisas de Alcântara et al. (2016), Albano e Correa (2011) e Lima e Santos (2015), respectivamente, como recursos terapêuticos capazes de minimizar os efeitos estressores da hospitalização e, assim, obter benefícios no processo de cuidar.

Os participantes dos estudos selecionados nesta revisão de literatura revelaram que, além desses recursos oferecidos pelos hospitais, as crianças e os adolescentes também planejam suas próprias estratégias, na tentativa de se esquivarem dos efeitos adversos da hospitalização. Li et al. (2010) realizaram um estudo transversal com a finalidade de verificar os mecanismos de **enfrentamento** utilizados por crianças chinesas hospitalizadas, com idade entre 9 e 16 anos. Participaram 88 crianças e adolescentes admitidos para o tratamento de câncer em dois hospitais públicos e, como instrumento de coleta de dados, realizou-se entrevista abordando o motivo da hospitalização, seguida da pergunta norteadora: "Você poderia me dizer como você está lidando com câncer?" Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo, tendo como referencial teórico o enfrentamento.

Nos resultados, emergiram as seguintes estratégias de enfrentamento: buscar apoio social; falar com alguém sobre seus sentimentos; buscar informação; pensar positivo; evitar situações estressantes; ocupar-se com atividades para se esquecer de situações negativas; concentrar-se em aspectos positivos; manter-se calmo; assistir filmes; ler livros; ouvir músicas e jogar jogos eletrônicos no computador. Constataram que as estratégias não diferiram em relação ao sexo e tipo de cancer. De acordo com a idade, as crianças menores focaram suas estratégias de enfrentamento nas emoções, enquanto as mais velhas no problema (LI et al., 2010).

Sposito et al. (2015) e Salmela, Salanterä e Aronen (2010) argumentam que as crianças devem ser apoiadas e orientadas a usarem estratégias de enfrentamento, para que o tratamento possa ser menos traumático.

Como observado no decorrer deste item, praticamente todos os estudos, nacionais e internacionais analisados, descreveram o processo de hospitalização como traumático para a criança e o adolescente. Diante deste fato, conclui-se serem necessárias outras investigações que considerem a criança como interlocutora de sua cultura, uma vez que é capaz de descrever e interpretar o que vivencia, inclusive crianças pré-escolares, que demonstraram capacidade de interagir por meio da verbalização de suas ideias, crenças e valores, atribuindo significado às experiências vivenciadas durante a hospitalização e descrevendo aspectos que poderão contribuir para reflexões acerca do cuidado atraumático. Trata-se de um cuidado condizente com as políticas de humanização e mais próximo da promoção de uma assistência integral à criança e ao adolescente.

2. Justificativa e objetivo

A hospitalização afasta a criança e o adolescente da vida cotidiana, do ambiente familiar, dos amigos e das brincadeiras. A partir de então, vivenciam um ambiente muitas vezes de incertezas, habitado por novas rotinas, odores específicos, procedimentos dolorosos, equipamentos estranhos e pessoas desconhecidas. Além disto, muitas vezes não compreendem o motivo da sua internação e, conseqüentemente, a hospitalização, como já discutido, pode ser traduzida como uma experiência negativa, ameaçadora e traumática, inclusive mais intensa para aqueles internados em virtude de patologias crônicas, pois vivenciam múltiplas internações, causando sentimentos diversos como medo, angústia, tristeza e ansiedade.

Nesse sentido, projetos e programas de humanização têm sido desenvolvidos com o propósito de amenizar os efeitos adversos, porém a literatura tem apontado que a hospitalização, mesmo assim, ainda, é fortemente caracterizada como traumática. Buscar compreender este processo sob a perspectiva de crianças e adolescentes pode contribuir para iluminar aspectos da hospitalização. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar as necessidades de crianças e adolescentes diante do processo de hospitalização, a fim de contribuir para uma assistência integral e humanizada.

3. Abordagem metodológica

3.1. Caracterização do estudo

Estudo de natureza descritiva, pois tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema do estudo (GIL, 2008), e exploratória, uma vez que busca descrever os fatos e fenômenos (TRIVIÑOS, 1987), ou seja, as necessidades de crianças e adolescentes hospitalizados, com análise qualitativa dos dados, apoiada no quadro teórico da humanização do cuidado em saúde e hospitalização de crianças e adolescentes.

Propôs-se tal abordagem considerando o objeto e objetivo do estudo, uma vez que se buscou compreendê-los no contexto onde se inserem (COLLIS; HUSSEY, 2005), com base na singularidade dos participantes do estudo e não em números que se proponham a representá-los (MOREIRA; CALEFFE, 2006). Este tipo de abordagem preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser simplesmente quantificado, pois trabalha, sobretudo, com a revelação de significações, emoções, crenças, valores e atitudes, ou seja, com o espaço mais denso das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO et al., 2012), o que possibilita o conhecimento aprofundado de um evento, inclusive a explicação de comportamentos (VICTORA; KANAUTH; HASSEN, 2000). Visa, sobretudo, à compreensão da lógica interna de um determinado fenômeno levando em consideração os valores culturais e a representação histórica (POLIT, BECK, 2011).

3.2. Local do estudo

O cenário de estudo foi a Unidade de Pediatria, localizada no 7º andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-USP), situado no interior do estado de São Paulo. Hospital-escola público, de nível terciário de atenção à saúde e, no caso de crianças e adolescentes, referência para as doenças crônicas (HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2017). Na atualidade, a Unidade de Pediatria foi transferida para um novo prédio, o do HC Criança.

O local de estudo, no que se refere a seu espaço físico e infraestrutura, encontrava-se organizado em duas alas, A e B; uma unidade de terapia renal infantil (UTRI); um refeitório; um posto de serviço de enfermagem; uma sala de espera, bem como salas de apoio clínico (nutricionista, assistente social, psicóloga), almoxarifado, copa, banheiro dos acompanhantes e sala de recreação, também

utilizada como espaço da classe hospitalar. No corredor de circulação, havia mesas com computadores para uso da equipe de saúde; pias; bebedouros de água e uma balança; as paredes eram pintadas com temáticas infantis (já necessitando de retoques) e, no alto, havia duas pequenas estantes em dois pontos estratégicos para guarda de prontuários.

A ala A era composta por uma enfermaria com sete leitos, geralmente destinados ao tratamento de crianças a partir de 7 anos, incluindo adolescentes, e de uma enfermaria para casos que necessitavam de isolamento por doenças infecciosas. Também compunha esta ala o setor de onco-hematologia, com seus oito leitos distribuídos em cinco enfermarias. Já a Unidade de Terapia Renal Infantil apresentava três leitos distribuídos em duas enfermarias. A ala B era composta por três enfermarias, cada uma com sete berços, nos quais, em geral, eram internadas crianças menores de 7 anos.

No total, a unidade possuía 40 leitos, organizados em enfermarias semelhantes medindo, aquelas com sete leitos, aproximadamente 35m² e as outras, com capacidade para dois leitos, 16 m². Com exceção da UTRI, a qual atendia unicamente pacientes da Nefrologia (três leitos) e da Onco-hematologia, conhecida como isolamento protetor (oito leitos), todos os demais leitos da unidade eram divididos por clínicas distribuídos nas alas A e B (quatro leitos da Cardiologia, três da Endocrinologia, quatro da Pneumologia, 12 da Gastroenterologia, um da Reumatologia, um da Imunologia e outros quatro da Nefrologia).

Os quartos possuíam leitos do tipo cama, com dimensões de aproximadamente 1,88m de comprimento por 84cm de largura ou berços, com cerca de 1,42m de comprimento por 73cm de largura; uma televisão; um armário pequeno para cada leito com dimensões de 50cm de altura por 40cm de comprimento, com uma gaveta; um armário de 120cm de altura por 65cm de comprimento, para guarda de material de uso diário; uma mesa; uma poltrona reclinável para acomodação do acompanhante para cada leito; suportes de soro; suporte de álcool em gel e um ventilador, com exceção das enfermarias da onco-hematologia que tinham aparelho de ar condicionado. Os quartos da onco-hematologia possuíam, também, uma mesa pequena em formato retangular destinada às refeições, já que as crianças e os adolescentes desta clínica não faziam suas refeições no refeitório. Em todas as enfermarias, havia, para cada dois leitos, uma régua de O₂ e ar comprimido; as

janelas eram basculantes, com abertura limitada em 25cm. Todas as enfermarias abrigavam meninas e meninos.

Nas enfermarias de sete leitos, a distância entre os mesmos era de aproximadamente 80cm, o que limitava a circulação de pessoas. Dividiam diariamente este espaço no mínimo 15 pessoas, sendo sete crianças, sete acompanhantes e ao menos uma funcionária da equipe de enfermagem; porém, também havia circulação de enfermeiros, médicos, psicólogos e alunos de medicina e de enfermagem.

Vale destacar que, em relação ao acabamento, as paredes eram pintadas com cores claras e motivos infantis, já com desgastes, exceto as paredes da onco-hematologia, em cores claras, sem desenhos.

Cada enfermaria tinha um banheiro anexo destinado a pacientes de ambos os sexos, com um lavatório; um vaso sanitário; um chuveiro, sendo que, em algumas enfermarias, este era substituído por uma mangueira de silicone ligada a uma torneira; um hamper; um cesto de lixo e, às vezes, biombos, cadeiras de rodas ou suportes de soro. No banheiro dos quartos destinados aos menores de 7 anos, havia uma banheira de inox. Na enfermaria destinada as crianças maiores, existia fixada na porta do banheiro uma placa com os dizeres “livre” de um lado e, do outro, “ocupado”.

A área de recreação (aproximadamente 39m²) possuía um conjunto de mobília constituído por seis mesas com quatro cadeiras, tamanho infantil e adulto; cinco armários para guarda de materiais para recreação e atividades da classe hospitalar, sendo que estes estavam encostados nas paredes, ao redor da sala, encobrindo até mesmos algumas janelas; dois computadores de mesa; uma impressora; uma televisão; um ventilador; um aparelho de DVD; um rádio; uma régua de O₂ e ar comprimido. Também havia no local uma estante com jogos e brinquedos, tintas, lápis de cor, pincéis, canetinhas, entre outros, para uso durante atividades tanto de recreação quanto da classe hospitalar. No período da manhã, esta sala era ocupada com a classe hospitalar e, à tarde, com a recreação, funcionando de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 7h30 às 11h30 e das 14h às 17h.

O refeitório dispunha de sete mesas redondas com raio de um metro, para crianças, adolescentes e acompanhantes, e uma outra mesa retangular para acomodar as bandejas de refeições. Na parede estavam estampados desenhos de

crianças, bem como de mãos de crianças e de adolescentes, com seus nomes e datas. Este ambiente não possuía janelas, porém tinha quatro vitrões localizados na parte superior da parede e duas portas, uma delas permitia o acesso de crianças, adolescentes e acompanhantes e, pela outra, eram trazidos os alimentos pela equipe de nutrição. Na clínica eram servidas cinco refeições: o café da manhã, das 8h às 9h; o almoço, das 11h às 12h30; o lanche da tarde, das 15h às 15h30; o jantar, das 17h15 às 18h30; e o lanche da noite, como denominado pelas crianças, das 19h30 às 20h.

O serviço contava com uma equipe multiprofissional de médicos, equipe de enfermagem, terapeuta ocupacional, fisioterapia, psicólogos, assistente social e nutricionista.

Na unidade eram desenvolvidos os seguintes projetos de humanização: (e-mail)¹

- Projeto Classe Hospitalar: implantado em 1994, resultado de uma parceria entre a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo e o Serviço Social do HCFMRP- USP, com o propósito de assegurar a continuidade do atendimento pedagógico e educacional das crianças e dos adolescentes hospitalizados, preparando-os para o retorno à escola, sem prejuízo ao ano letivo. Esta classe hospitalar tinha o reconhecimento da Secretaria da Educação e, portanto, estava formalmente ligada ao sistema oficial de ensino.

- Companhia do Riso-Cia do Riso: criada em 1995, composta por graduandos, inicialmente de cursos da área da saúde, sendo esta composição posteriormente extensiva aos demais cursos do *campi* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Para a realização do projeto, os alunos, duas vezes por semana, transformavam-se em personagens *clowns*, com identidade e estilos próprios, mesclando pinturas faciais, instrumental característico do ambiente hospitalar (estetoscópios, maleta, etc.) e instrumentos musicais e, assim, realizavam visitas às enfermarias infantojuvenis do HCFMRP- USP. O objetivo residia em resgatar o riso da criança e do adolescente hospitalizados, dos seus familiares e da equipe de saúde, mediante atividades como cantigas de roda, mágicas, improvisos,

¹ Informação fornecida pela Diretoria de Enfermagem da Unidade de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

danças, dramatizações, jogos infantis e músicas, com base em técnicas do teatro *clown* (LIMA, 2009).

- Visita aberta: implantada com o intuito de favorecer a permanência da criança, do adolescente e dos pais com sua família, de modo a proporcionar mais segurança e bem-estar. O horário estipulado para esta atividade era das 14h às 20h.

- Visitas religiosas: facultadas a todos os pacientes e seus familiares, desde que acordadas previamente com o serviço de enfermagem da unidade.

- Datas comemorativas: atividades sistematicamente realizadas pela equipe multiprofissional da unidade, com apoio de parceiros externos, com vistas à realização de eventos para integrar a comunidade ao contexto hospitalar (ex: atividades circenses, música, dentre outras).

- Grupo de pais: atividade realizada semanalmente com a participação de pais e acompanhantes dos pacientes hospitalizados, geralmente conduzida pela enfermeira. O objetivo era estabelecer um canal de comunicação direto com as famílias para esclarecimento de dúvidas, oferta de apoio para demandas emocionais, orientações acerca da rotina da unidade e de procedimentos básicos e cuidados com o paciente, incluindo a família como centro do cuidado.

3.3. Procedimentos éticos

O projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob parecer 1402357, de 05 de fevereiro de 2016.

De acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foram observados os princípios éticos referentes à autonomia, beneficência e não maleficência.

Para viabilizar a coleta de dados, inicialmente os acompanhantes foram informados a respeito das características da pesquisa e solicitados a autorizar a participação da criança ou do adolescente, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), elaborado em linguagem clara e objetiva, com vistas a informar os objetivos do estudo, procedimentos utilizados para a coleta de dados, benefícios e risco, garantir esclarecimentos antes e durante a participação na pesquisa, bem como assegurar tanto a possibilidade de recusa ou desistência em qualquer fase do estudo, sem prejuízo para os envolvidos quanto ao sigilo e à preservação da privacidade dos participantes.

Em continuidade, a pesquisa foi explicada para a criança ou adolescente e, após, estes foram convidados a participar; aqueles que concordaram, assinaram o termo de assentimento (Apêndice B). Caso as crianças ou os adolescentes não soubessem assinar seus nomes, foram solicitados a colocar suas digitais no termo. Para preservar os respectivos anonimatos, eles escolheram os nomes com os quais foram identificados. Os nomes escolhidos geralmente eram de pessoas da família ou de personagens de desenhos animados, por ser livre a escolha, tivemos identificações repetidas, em tais casos, os participantes foram diferenciados acrescentando-se a letra A, B ou C após seu nome fictício.

3.4. Participantes do estudo

Participaram do estudo 30 crianças e adolescentes hospitalizados, com idades entre 7 e 17 anos. Adotou-se esta faixa etária, por ser a fase do desenvolvimento humano na qual apresentam pensamento lógico e coerente, possibilitando discorrerem sobre suas necessidades no contexto hospitalar (SALMELA; SALANTERA; ARONEN, 2010; WILSON; HOCKENBERRY, 2011).

Como critério de seleção dos participantes, considerou-se, além da idade, o tempo de internação na unidade de pediatria superior a cinco dias, o qual é considerado suficiente para que conheçam o hospital e identifiquem suas necessidades neste contexto, à semelhança do proposto por Gomes (2012) em estudo com crianças hospitalizadas. Excluíram-se apenas crianças e adolescentes sem condições físicas e/ou cognitivas de estabelecer comunicação para responder as questões da entrevista.

3.5. Procedimentos de coleta dos dados

Com a colaboração da equipe de saúde e por meio da observação do registro dos pacientes internados, foram identificados potenciais participantes do estudo e, em seguida, fez-se contato primeiramente com o responsável e, posteriormente, com a criança ou o adolescente, como já mencionado. Neste momento, eram apresentados o objetivo do estudo e os procedimentos para coleta de dados, em linguagem simples e compreensível, deixando claro que a adesão era voluntária, estando, o possível participante, livre para recusa, sem qualquer prejuízo de seu tratamento, primando pela preservação de sua integridade. Após a

assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável e de assentimento, pela criança ou adolescente, realizou-se uma cuidadosa revisão dos prontuários de cada participante, com o objetivo de caracterizá-los com base nas informações neles disponíveis. Para tanto, elaborou-se um instrumento no qual constavam informações demográficas e clínicas. As informações não encontradas no prontuário foram solicitadas diretamente à criança e ao adolescente.

Outra estratégia de coleta de dados além da fonte secundária, os prontuários, foi a entrevista, realizada entre março e dezembro de 2016, em horário determinado tanto pela equipe de saúde quanto pela criança ou adolescente, de modo a não interferir nas suas atividades e no seu tratamento. Assim, as entrevistas ocorreram em diversos períodos: manhã, tarde e noite.

A coleta de dados foi realizada no setor de pediatria do HCFMRP- USP, sendo que 17 delas ocorreram no refeitório da unidade, três na sala de espera ou no quarto (dez entrevistas) quando estavam sozinhos, a fim de manter o sigilo e liberdade de respostas. A mãe ou o acompanhante, quando desejavam, permaneciam com a criança ou o adolescente durante as entrevistas, embora não pudessem ajudá-los nas repostas, pois o objetivo era identificar necessidades com base na visão dos próprios participantes. Em parte das entrevistas houve interrupções breves para alguns procedimentos, as quais, no entanto, não comprometeram a continuidade deste processo.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, por facilitar a compreensão do fenômeno estudado, uma vez que permite ao entrevistado dialogar sobre as experiências vivenciadas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). No início da entrevista, utilizou-se o desenho, pois, segundo Driessnack (2006), o ato de desenhar desloca o foco do pesquisador, um adulto, de fazer perguntas diretas, aproximando-o do entrevistado, neste caso crianças e adolescentes. Para o autor, recursos como o uso de desenho podem atuar como facilitadores da coleta de dados por meio de entrevistas, por potencializarem a inter-relação com crianças e adolescentes e, conseqüentemente, favorecerem que melhor expressem seus sentimentos. Tal estratégia facilita a comunicação e a interação entre participante e entrevistador, bem como aumenta a confiança e motivação dos participantes.

Para a realização dos desenhos, foram oferecidos lápis de cor, canetinhas, giz de cera e folha sulfite. A coleta de dados iniciava-se com a seguinte abordagem (Apêndice C): **Gostaria que você fizesse um ou vários desenhos mostrando o**

que você gostaria de ter aqui no hospital. Em seguida, solicitou-se que criança ou adolescente descrevesse o seu desenho e, após, foram introduzidas as seguintes questões norteadoras: **Do que você está sentindo falta neste momento? Como é ficar internado aqui no hospital? Quais seus sentimentos? Se aparecesse aqui o gênio da lâmpada mágica e você pudesse fazer um pedido, o que pediria?** As respostas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos, porém, este tempo foi determinado pelos próprios participantes, de acordo com suas necessidades.

Após cada entrevista, foram registradas anotações no diário de campo, como forma de explicitar a linguagem não verbal (postura dos entrevistados, interações sociais, lágrimas, sorrisos, facilidades e dificuldades durante cada encontro), para fins de complementar os dados coletados de forma verbal (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Segundo Minayo (2012), devem ser registradas no diário de campo as impressões pessoais que resultam das conversas informais e dos comportamentos observados.

Logo no primeiro mês de coleta de dados, algumas situações suscitaram reflexões. Apesar dos entrevistados aceitarem participar do estudo, mostraram-se tímidos, respondiam às questões com respostas breves, em geral do tipo sim ou não, o que dificultava a real compreensão de suas necessidades. Percebemos que o vínculo entre o pesquisador e o participante poderia não estar sendo eficaz, pois as crianças e os adolescentes não se sentiam confiantes para falar sobre o processo de hospitalização. Segundo Wayhs e Souza (2002), a ausência de vínculo pode inibi-los e Paula et al. (2016) argumentam que, diante do estabelecimento de vínculos efetivos, crianças e adolescentes podem se mostrar mais falantes e ativos.

Assim, já no segundo mês, ou seja, na sexta entrevista, mudou-se a estratégia, a fim de favorecer a aproximação mais gradual do pesquisador com a criança ou o adolescente, desde os primeiros dias de internação até a data da coleta de dados (após o quinto dia). Desse modo, mediante aceite dos pais e da própria criança ou adolescente, o pesquisador participava dos momentos de recreação, por exemplo, jogos e demais atividades conduzidas pela psicopedagoga da instituição, a fim de se aproximar gradativamente dos potenciais participantes do estudo.

Válido mencionar que o celular do pesquisador foi uma ferramenta importante para a construção de vínculo, pois, por meio dele, crianças e adolescentes pesquisavam na internet desenhos que seriam reproduzidos pela

psicopedagoga no isopor para posterior pintura. Nesse momento, na maioria das vezes, solicitavam a opinião do pesquisador e/ou de seu acompanhante, quando próximo, sobre a figura a ser reproduzida e assim faziam suas escolhas. Os adolescentes escolhiam preferencialmente desenhos do pintor Romero Britto e as crianças, em geral, optavam por personagens infantis, como super-heróis.

Ao longo da atividade de pintura, eram frequentes também as conversas sobre as cores que deveriam utilizar. Esta aproximação facilitou sobremaneira a coleta de dados, pois, além de favorecer a construção de vínculo, permitiu apreender aspectos sobre a hospitalização. Às vezes, enquanto pintavam, embora não diretamente questionados, comentavam sobre seu processo de hospitalização e suas necessidades durante a estadia no hospital.

Apesar dos participantes se interessarem pela pintura, foi possível observar que o fato de desenharem como estratégia de aproximação não foi tão eficaz quanto a interação realizada durante as atividades de recreação. As crianças e, sobretudo os adolescentes, referiram que não sabiam e não gostavam de desenhar e, portanto, poucos se interessavam por esta atividade. Dois participantes, inclusive, preferiram escrever sobre o hospital em vez de desenhar, e outros dois apenas aceitaram conversar.

Durante a entrevista, alguns adolescentes fizeram perguntas que gostariam de dirigir aos profissionais, a respeito, por exemplo, de sua doença e tratamento. Nesse sentido, a escuta atenta destes questionamentos contribuiu para o estabelecimento de vínculos.

Observou-se que, para a construção de vínculos com a criança ou o adolescente, foi necessário primeiramente identificar temas sobre os quais gostariam de conversar e, em seguida, introduzir gradativamente as questões norteadoras do estudo. Uma das participantes comentou o seu sonho de ser bailarina, outro conversou sobre o jogo de futebol; à pesquisadora, questionaram também sobre o mestrado, o que era e para que servia. Segundo Rodrigues et al. (2013), o diálogo é a ferramenta que permite a criação de vínculos.

Às vezes, mesmo diante de perguntas breves, as crianças ou os adolescentes dispersavam-se, ou mesmo não as compreendiam; então, as questões eram reformuladas de modo a facilitar sua compreensão.

Dois adolescentes mostraram-se receosos com a gravação das entrevistas, porém concordaram, após esclarecidos novamente da finalidade única de

transcrição das falas e cientes de que seus anonimatos seriam preservados, sendo a gravação ouvida apenas pelo pesquisador. Foram também informados da possibilidade de lerem as transcrições, se assim o desejassem. Ao final da entrevista, a maioria deles se interessou em ouvir as respectivas gravações.

Em todas as entrevistas os acompanhantes foram convidados a estarem presentes, como mencionado anteriormente, sendo que alguns demonstraram este interesse. Neste caso, diante de dúvidas dos participantes, eram orientados a não interferir na entrevista, pois isto poderia influenciar os resultados do estudo.

A fase de coleta de dados foi encerrada após a saturação dos dados empíricos. Segundo Minayo (2017), a saturação não se traduz simplesmente na repetição de palavras, sem a devida valorização da qualidade do conteúdo, reportando poucos significados. De acordo com a autora, o número de entrevistas não pode ser o principal critério na decisão de finalizar a coleta, pois o pesquisador deve se preocupar menos com a generalização e as generalidades e conferir maior importância ao aprofundamento, à abrangência e à diversidade no processo de compreensão do objeto de estudo. Dessa forma, a coleta de dados encerrou-se quando dos dados emergiu a lógica interna do objeto de estudo em todas as suas conexões e interconexões, o que se refletiu na totalidade, nas múltiplas dimensões do fenômeno investigado. Foram realizados cerca de 100 encontros com os participantes, que aconteceram desde os primeiros dias de internação até a data da coleta de dados (após o quinto dia).

Destaca-se que, no processo de transcrição, foram realizadas as correções gramaticais para tornar o texto mais compreensível e de fácil leitura, embora sem prejuízo das especificidades dos relatos dos participantes.

3.6. Análise dos dados

A análise do material empírico proveniente das entrevistas intermediadas pelas percepções dos participantes sobre seus próprios desenhos, das notas de campo e dos dados do prontuário foi realizada de forma minuciosa, pelo processo de análise de conteúdo do tipo temática indutiva, seguindo-se as instruções de Braun e Clark (2006). Ressalta-se que as análises dos desenhos foram elaboradas somente com base nas descrições realizadas pelos entrevistados.

No modelo descrito por Braun e Clark (2006), o processo de codificação dos dados não é embasado em qualquer teoria preexistente ou em preconcepções do

pesquisador, ou seja, é direcionado e fundamentado nos próprios dados. Assim, a análise indutiva busca, com base nos dados empíricos, identificar, analisar e relatar padrões, denominados de temas, os quais representam partes significativas do conjunto de dados, relacionando-se intimamente com o objetivo e a questão de pesquisa. Os autores dividiram esta proposta em seis fases, tal como realizado neste estudo.

1: Familiarização com os dados: o pesquisador realiza a imersão nos dados empíricos para apreender a amplitude e profundidade do conteúdo. Para tanto, as entrevistas foram transcritas na íntegra, com respeito à norma culta da língua portuguesa, de modo a evitar que algumas expressões coloquiais pudessem confundir os leitores ou causar constrangimentos aos entrevistados, porém sempre com a preocupação de manter a fidedignidade dos dados, atentando-se, inclusive, para pontuações adequadas, a fim de não alterar o significado dos relatos. Nesta etapa, adotou-se a seguinte padronização: os colchetes com reticência [...] indicam a repetição de um relato; as informações entre colchetes [] referem-se a observações importantes, contextualizações e expressões não verbais dos participantes, as quais podem auxiliar na compreensão do leitor acerca dos fatos relatados, e os parênteses () foram utilizados para identificação do participante. Após as transcrições, o material empírico (entrevista, notas de campos e dados do prontuário) foi lido e relido exaustivamente, com o propósito de identificar ideias iniciais importantes.

2: Geração de códigos iniciais: realizada de forma manual, ou seja, sem auxílio de software, com vistas à identificação e criação sistemática de códigos, reportando os primeiros significados extraídos dos dados empíricos. Para tanto, a leitura exaustiva das entrevistas foi fundamental, no sentido de identificar palavras, trechos e semelhanças semânticas repetidas no material empírico. Após este processo, emergiram 16 códigos iniciais (Lugar que não tem privacidade; Saudade da família durante a hospitalização; Lugar que serve comida ruim; Estado emocional da criança hospitalizada; Desejo de cura; A parte boa do hospital; As crianças e os adolescentes sabiam o motivo de sua hospitalização ou, ao menos, o nome de sua enfermidade; Desejo de compreender o seu estado de saúde; A equipe não conversa sobre o processo de hospitalização; Recorrem aos acompanhantes e à internet para sanar dúvidas; A compreensão do seu estado de saúde facilita a adesão ao plano terapêutico; Modificações na estrutura física, infraestrutura e nos

mobiliários; Animais de estimação no hospital; Limpeza hospitalar; Alimentação mais saborosa; Como se distrair em um hospital).

3: Busca por temas: realizou-se a revisão dos códigos iniciais com semelhantes semânticas, o que permitiu a construção de cinco temas (O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado; Conhecimento sobre a hospitalização; Desejo de compreender o seu estado de saúde; Hospital projetado pelas crianças e adolescentes; Como se distrair em um hospital).

4: Revisão dos temas: realizada a releitura dos relatos selecionados para cada tema, a fim de identificar eventual coerência entre os significados extraídos dos dados empíricos e os temas e, ainda, se o agrupamento dos relatos apresentava semelhanças semânticas. Caso necessário, tanto a organização dos dados quanto dos temas era revisada, em busca de um padrão coerente.

5: Definição e nomeação dos temas: após definidos claramente, os temas foram nomeados com títulos. Segundo Braun e Clarke (2006), os títulos devem ser concisos e dar imediatamente ao leitor a noção do que abordam. Assim, buscou-se extrair de cada tema significados dos próprios dados empíricos, reportando aspectos importantes dos relatos, a fim de estabelecer coerência com objetivo do estudo. Dessa forma, ao final, destacaram-se três temas (O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado; O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização; Hospital projetado).

6: Elaboração do relatório final: para finalizar, elaborou-se o relatório final com análise e interpretação dos temas à luz do quadro teórico constituído pela humanização em saúde e o processo de hospitalização de crianças e adolescentes, considerando-se o contexto dos participantes e a interpretação do pesquisador.

Para melhor compreensão deste processo, foi elaborado o quadro a seguir:

Quadro 1. Estrutura da organização dos dados resultantes das entrevistas. Ribeirão Preto, 2017

Trechos dos relatos	Categorias temáticas
<p>É ruim ficar aqui, você fica tomando injeção (Luan, 10 anos, E.4).</p> <p>É triste o hospital, eu acho um lugar bem triste, você vê criança muito doente [...] ver criança doente entristece (Flor de Luz, 15 anos, E.9).</p> <p>É meio chato porque não tem nada para fazer [...] só fico no celular da minha mãe ou só fico assistindo televisão (Sofia T., 8 anos, E.27).</p> <p>Não é raiva, é que tenho tristeza em pensar que eu vou ter que ficar aqui [...] que eu vou ter que ficar longe da minha irmãzinha, dos meus gatos, do meu cachorro (Giovana, 12 anos, E.13).</p> <p>Olha, eu não sei como, mas todas as carnes vêm com o mesmo gosto [...] é tudo igual [...]. Não sei, eu acho que é o tempero. Só que vem tudo igual [...] é muito ruim [...] eu não gosto nem do cheiro, nem do gosto, nem de nada [...] eu gosto só do suquinho [...] tem de uva, maracujá, laranja, abacaxi, morango (Giovana, 12 anos, E.13).</p>	<p>O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado</p>
<p>Porque eu tenho lúpus e suspeita de Zica [...] Lúpus é uma doença que mexe com todo sistema imunológico e também com os órgãos, o sangue e a pele [...] O Zika é um vírus (Jennifer, 13 anos, E.8).</p> <p>Eu tomo Puran [...] é para os hormônios da tireoide, minha mãe me explicou [...]. Eu perguntei para os médicos para que era o Puran, mas eles só me falaram que era para os hormônios [...] outro é a Nistatina, este eu uso porque a quimioterapia dá umas feridinhas na boca e é bom que sara [...] (Laura Júlia, 12 anos, E.29).</p> <p>Estou aqui por causa da fibrose cística [...] Eu sei que é no pulmão, mas não sei o que é [...] Eu sei que, quando eu fico internado, tenho que tomar um antibiótico na veia por 21 dias, mas não sei o que é a fibrose cística (Bruno P., 14 anos, E.10).</p> <p>Eu queria saber sobre os resultados dos exames [...] eu queria saber mais mesmo a verdade, às vezes eles me deixam na dúvida. Eles não falam muito (Flor de Luz, 15 anos, E.9).</p> <p>Não, não conversam comigo [os médicos] [...] mas, mesmo que seja uma notícia ruim, acho que deveria falar (Sofia S., 11 anos, E.16).</p> <p>[...] Os médicos explicam de forma complicada [...] Seria bom falar mais fácil [...] porque eu entenderia mais, não ficaria na dúvida [...] quando eu descobri o tumor, minha mãe e alguns médicos falavam que era tumor (...) só que chegavam outros médicos e falavam que era câncer, aí eu ficava na dúvida [...] mas não sei porque não tive coragem de perguntar, eu fiquei bastante tempo nesta dúvida [...] porém, chegou uma hora que eu perguntei para a minha mãe (Laura Júlia, 12 anos, E.29).</p>	<p>O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização</p>

Continua

Trechos dos relatos	Categorias temáticas
<p>Eu acho que poderia mudar o quarto, ser um pouquinho maior de largura, para poder caber as coisas (Sofia S, 11anos, E. 16).</p> <p>[...] eu iria colocar uma internet para as crianças se distraírem porque tem crianças que não podem ficar saindo do quarto por conta da bomba [bomba de infusão de medicação] [...] assim, as crianças que não pudessem se levantar ficariam na cama mexendo na internet (Sofia S, 11anos, E. 16).</p> <p>[...] mudar a escolinha também, aumentar, deixar maior. É porque a tia [psicoterapeuta] da tarde só tem um armário. Eu acho que poderia separar igualmente os armários para a tia da manhã e para a tia da tarde. A tia da tarde só tem um armário, não cabe quase nada. O armário está muito cheio, poderia ter mais armários para ela guardar as coisas [...] Lá na escolinha poderia ter também mais oxigênio [régua de gases] e bomba, porque tem meninos que não podem sair [do quarto] do oxigênio. O oxigênio só tem um e está vazando, teria que arrumar e colocar mais (...) e também que tivesse mais material escolar, mais material para estudar à tarde, mais tinta, mais pincéis, pincéis novos, faltam as tintas mais escuras como verde água, azul-marinho, quando eu vou pintar meus desenhos, não tem a cor ideal, tem que ficar misturando [...] Eu gostaria que a escolinha tivesse toda hora, na hora do almoço, sábado, domingo, poderia começar de manhã, às sete, e ficar até as 11 da noite [...] (João Galinha, 10 anos, E.28).</p> <p>Se tivesse como fazer um espaço para minha família ficar aqui (João Galinha, 10 anos, E.28).</p> <p>[...] mais atenção aos horários da medicação [...] eles atrasam um pouco, às vezes. Por que se quem é diabético, se não tomar os remédios na hora certa, passa mal, sente tremor, vontade de vomitar, vontade de desmaiar (Kauan, 16 anos, E.6).</p> <p>No meu hospital poderia trazer um animal também [...] um gato, um cachorro (Girlande, 13 anos, E.1).</p> <p>[...] mais higienização em todos os banheiros [...] umas três ou quatro vezes por dia [...] o banheiro aqui é muito sujo (Kauan, 16 anos, E.6).</p> <p>Eu gosto de alface, tomate, pepino, cebola roxa [...] Eu queria que eles esterilisassem as saladas para eu poder comer [...] o feijão mais mole, mais gostoso, com mais sabor [...] uma comida mais gostosa para eu não querer ir embora logo (Laura Julia, 12 anos, E. 30).]</p>	<p>Hospital projetado</p>

4. Resultados e Discussão

4.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo oito crianças e 22 adolescentes, dos quais 11 estavam na primeira internação; dois na segunda, na terceira ou na sétima; três na quinta; um na oitava e nove já tinham vivenciado mais de dez internações. Foram estipulados os seguintes critérios de inclusão: idade entre 7 e 18 anos, pelo fato de ser a fase de desenvolvimento em que essa clientela se encontra, com pensamento lógico e coerente, o que facilita a obtenção de dados (WILSON; HOCKENBERRY, 2011), e tempo de internação na unidade de pediatria igual ou superior a cinco dias, ou seja, período mínimo para que possam tomar ciência do que é o hospital e apreender suas necessidades (GOMES et al., 2012). Excluíram-se apenas crianças e adolescentes sem condições físicas e/ou cognitivas de estabelecer comunicação para responder as questões da entrevista.

Com relação aos diagnósticos, foram os mais diversos, sendo os mais frequentes Diabetes Mellitus tipo 1(5), Fibrose Cística (6), Neoplasias (7) e Lúpus Eritematoso (3). No que se refere à procedência, 11 eram de Ribeirão Preto e os demais de cidades da região ou mesmo de outros estados.

Os participantes do estudo estavam acompanhados, em sua maioria, de suas mães (25), seguidas de irmãs (2), avó (1), avô (1) e pai (1). A faixa etária dos acompanhantes variou entre 21 e 86 anos; três tinham o ensino superior completo, nove o ensino médio e 15 o ensino fundamental.

A fim de sintetizar os dados relativos à caracterização das crianças e dos adolescentes participantes do estudo, bem como de seus acompanhantes, foram elaborados os quadros a seguir (Quadros 2 e 3):

Quadro 2. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Ribeirão Preto, 2017.

Entrevista	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Número de internação	Tempo de internação (dias)	Diagnóstico
E1 Girlande	13	F	7º do ensino fundamental	1	8	Diabetes Mellitus tipo 2
E2 Sofia A.	14	F	2º do ensino médio	14	13	Fibrose Cística
E3 Diego	15	M	2º do ensino médio	1	7	Neoplasia de comportamento inserto do conduto craniofacial
E4 Luan	11	M	4º do ensino fundamental	1	5	Aplasia de medula óssea Anemia aplástica idiopática
E5 Aline	13	F	8º do ensino fundamental	5	15	Síndrome de Turner Fístula de estômago e duodeno
E6 Kauan	16	M	8º ano do ensino fundamental	3	8	Diabetes Mellitus tipo 1
E7 Mariana	7	F	2º do ensino fundamental	1	5	Lúpus Eritematoso
E8 Jennifer	13	F	8º do ensino fundamental	5	5	Lúpus Eritematoso Colelitíase
E9 Flor de Luz	15	F	2º do ensino médio	3	6	Disgerminoma Bilateral de ovário Agranulocitose
E10 Bruno A.	14	M	9º do ensino fundamental	5	20	Fibrose Cística
E11 Bruno B.	17	F	7º do ensino fundamental	7	23	Leucemia Mieloide Aguda Agranulocitose
E12 Artur A.	13	F	8º do ensino fundamental	2	10	Lúpus Eritematoso Neoplasia de encéfalo
E13 Giovana	12	F	8º do ensino fundamental	7	5	Meduloblastoma clássico grau IV de fossa posterior
E14 Manu	15	F	5º do ensino fundamental	10	6	Diabetes Mellitus tipo 1
E15 Artur B.	11	M.	5º do ensino fundamental	1	8	Linfoma não Hodgkin de tipo não específico
E16 Sofia B.	11	M.	5º do ensino fundamental	1	10	Síndrome de Cimitarra Bronquiolite Obliterante

Continua

Entrevista	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Número de internação	Tempo de internação (dias)	Diagnóstico
E17 Dante	13	M.	8º do ensino fundamental	2	17	Neoplasia Linfoproliferativa das células T e NK
E18 Gabriel	9	M.	3º do ensino fundamental	1	5	Hipotireoidismo Primário Síndrome Plurimetabólica
E19 Raissa	13	F.	6º do ensino fundamental	10	6	Sequela de Meningocele Insuficiência Renal Crônica Episódio depressivo moderado
E20 Marcelo	14	M	2º do ensino fundamental	8	5	Síndrome de Bardet-Biedl
E21 Leonardo	16	M	2º do ensino médio	13	5	Fibrose Cística
E22 Andressa	12	F	7º do ensino fundamental	1	13	Fibrose Cística
E23 Raquel	16	F	9º do ensino fundamental	10	5	Dermatomiosite juvenil Esclerose Sistêmica Esclerodermia
E24 João	15	M	1º do ensino médio	15	8	Fibrose Cística
E25 Tom	8	M.	2º do ensino fundamental	15	14	Fibrose Cística
E26 Jennifer	12	F.	6º do ensino fundamental	1	5	Diabetes Mellitus tipo 1
E27 Sofia C.	8	F.	3º do ensino fundamental	1	7	Síndrome de Horner Síndrome Nefrótica Schwannoma de órbita
E28 João Galinha	10	M.	4º do ensino fundamental	10	9	Dermatite atópica grave exacerbada
E29 Helena	16	F.	4º do ensino fundamental	1	5	Diabetes Mellitus tipo 1
E30 Laura Julia	12	F.	6º do ensino fundamental	10	5	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da glândula hipófise (pituitária)

Quadro 3. Características sociodemográficas dos acompanhantes das crianças e dos adolescentes hospitalizados. Ribeirão Preto, 2017.

Entrevista	Acompanhante	Idade	Escolaridade	Ocupação
E1	Irmã	28	2º do ensino médio	Do lar
E2	Mãe	40	3º do ensino médio	Técnica de Enfermagem
E3	Mãe	42	8º do ensino fundamental	Do lar
E4	Mãe	35	8º do ensino fundamental	Do lar
E5	Mãe	34	8º do ensino fundamental	Repositor de medicamentos
E6	Irmã	21	3º do ensino médio	Atendente de loja
E7	Avó	54	2º do ensino fundamental	Do lar
E8	Mãe	39	5º do ensino fundamental	Do lar
E9	Mãe	40	3º do ensino médio	Técnico de Enfermagem
E10	Avô	86	4º do ensino fundamental	Aposentado
E11	Pai	61	1º do ensino fundamental	Pedreiro
E12	Mãe	42	1º do ensino fundamental	Faxineira
E13	Mãe	43	Superior completo	Farmacêutica
E14	Mãe	46	3º do ensino médio	Auxiliar de sala da educação infantil
E15	Mãe	36	5º do ensino fundamental	Empregada Doméstica
E16	Mãe	28	3º do ensino médio	Do lar
E17	Mãe	41	4º do ensino fundamental	Copeira
E18	Mãe	49	1º do ensino médio	Técnico de Enfermagem
E19	Mãe	30	8º do ensino fundamental	Do lar
E20	Mãe	35	4º do ensino fundamental	Do lar
E21	Mãe	56	3º do ensino médio	Do lar
E22	Mãe	34	3º do ensino médio	Cozinheira
E23	Mãe	35	8º do ensino fundamental	Atendente de loja
E24	Mãe	53	5º do ensino fundamental	Empregada Doméstica
E25	Mãe	36	8º do ensino fundamental	Atendente de loja
E26	Mãe	31	3º do ensino médio	Atendente de loja
E27	Mãe	35	3º do ensino médio	Segurança
E28	Mãe	32	3º do ensino médio	Do lar
E29	Mãe	37	4º do ensino fundamental	Do lar
E30	Mãe	33	6º do ensino fundamental	Do lar

4.2 As categorias temáticas

Como descrito anteriormente, dos resultados emergiram três categorias temáticas (**O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado; O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização; O hospital projetado**), permeadas pelo contexto da humanização do cuidado em saúde e da ambiência hospitalar, como apresentado a seguir.

4.2.1 O hospital sob a ótica da criança e do adolescente hospitalizado

Para os participantes do presente estudo, falar a respeito do processo de hospitalização não foi fácil. Um dos motivos para tanto pode estar relacionado ao fato de que a maioria apresentou sentimentos negativos durante este processo, o que os levou a classificar o hospital como um lugar “ruim”.

1) Lugar que toma injeção

É ruim ficar aqui, você fica **tomando injeção**, dá medo (Luan, 10 anos, E.4).

Tenho medo de fazer cirurgia, de tirar mais sangue, de me aplicar uma **injeção** (Andressa, 12 anos, E.22).

Eu tenho vontade de sumir por causa das **agulhas**, ainda mais quando vai tirar sangue, pegar minha veia. O enfermeiro da noite não está de dia, aí complicou tudo [...]. Eu gosto de pegar veia só com este enfermeiro, ele pega que eu nem sinto (João Galinha, 10 anos, E.28).

Como observado nos relatos, as crianças e os adolescentes atribuíram ao hospital sentimentos negativos, relacionando-o a realização de procedimentos dolorosos, como punções venosas e administração de injetáveis (LUZ; MARTINI, 2012; PASSEGGI; ROCHA; CONTI, 2016; SALMELA; ARONEN; SALANTERA, 2011).

Nesse sentido, Costa e Moraes (2017) realizaram uma pesquisa qualitativa em um hospital de Salvador- BA, com seis crianças entre 7 e 12 anos, com objetivo de analisar suas vivências sobre o processo de hospitalização e as alterações no comportamento do ser infantil diante da hospitalização. Os resultados revelaram

que, para os participantes do estudo, os cuidados hospitalares se restringiram à realização de procedimentos dolorosos. O autor concluiu que os procedimentos invasivos tornavam a hospitalização uma experiência estressante para a criança e sua família. Neste sentido, Cibreiros (2007) argumentou que muitas vezes a criança e o adolescente tem medo de agulha, pois, recorda lembranças de dor e sofrimento já vivenciadas anteriormente, o que torna este procedimento temido, como relatado pelos participantes da presente pesquisa.

Corroborando, a pesquisa de Lapa e Souza (2011), já destacada na revisão de literatura, também evidenciou que os procedimentos invasivos causavam medos nas crianças e nos adolescentes hospitalizados.

2) Lugar de pessoas doentes

É triste o hospital, eu acho um lugar bem triste, você vê criança muito doente [...], ver **criança doente** entristece (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

Muita tristeza, muito dó [...], por exemplo, agora minha amiguinha **nenezinha está internada**, porque os nenéns têm que passar por tudo isto? Eles não fizeram nada [...], por mim eu não fico muito triste, não, é mais pelos meus amiguinhos [...], ver que tem bebê, criancinhas, idoso, adulto, adolescente, passando por coisas que não deveriam [...]. As pessoas que estão piores poderiam ficar em algum lugar, que não pudesse ver (Giovana, 12 anos, E.13).

Medo de passar tudo que eu já passei [...], eu cheguei a ficar praticamente morta na cama, **respirando através de aparelho**, não comia, não fazia nada, eu tive que passar por uma reabilitação da vida, praticamente aprender a falar, comer, andar, tudo de novo [...]. Eu acho que o medo é disto, porque eu tenho **ferida também aberta**, tenho cicatriz, eu acho que medo disto voltar [...]. Às vezes, a psicóloga conversa sobre meu medo, ela pergunta o que eu estou sentindo e tal, mas é uma coisa que eu tenho em mim, isto não vai dar para tirar, eu já tentei tudo, mas acho que isto não vai dar para tirar, é um medo inconsciente (Raquel, 16 anos, E.23).

Como apresentado nos relatos, o hospital remete também ao conceito de lugar de **pessoas doentes**, que ocasiona tristeza e medo. Achado semelhante foi verificado em pesquisa de abordagem qualitativa realizada por Luz e Martini (2012) com crianças e adolescentes em um hospital na cidade de Florianópolis –SC. Os autores observaram que, para a criança e o adolescente, estar hospitalizado significava estar doente.

Honicky e Silva (2009) também assinalaram que, após vivenciarem a hospitalização, as crianças se sentem receosas, com medo de enfrentarem

novamente os sintomas indesejáveis do início da doença, como mencionado no fragmento acima por Raquel, de 16 anos.

3) Lugar que afasta da família, dos amigos e das atividades diárias

Não é raiva, é que tenho tristeza em pensar que eu vou ter que ficar aqui [...], que eu vou ter que ficar **longe da minha irmãzinha, dos meus gatos, do meu cachorro** (Giovana, 12 anos, E.13).

Sinto **falta da minha casa, do meu padrasto, do meu avô, da minha mãe, do meu tio, do meu cachorro, da minha irmã** (João Galina, 10 anos, E. 28).

Eu sinto **falta da minha família e de todo mundo**. É porque aqui é muito ruim [...], o fato de não poderem ficar dois acompanhantes é muito ruim, deveriam deixar minha família toda entrar aqui [choro]. Estou sentindo falta de tudo, pois ninguém gosta de ficar no hospital. Até das coisas chatas você sente falta [...], **varrer a casa, cuidar do meu irmãozinho, arrumar o quarto, que deve estar uma bagunça**, pois eu arrumei quando eu vim [...]. Eu queria estar em casa jogando bola [...]. Você imaginando tudo lá fora assim, seus **amigos**, suas coisas, sua **família** lá e você aqui. Praticamente é preso assim, porque não pode sair, não pode fazer nada. Nem lá embaixo pode [...]. Eu **queria que meu pai tivesse** aqui, mas ele trabalha muito (Bruno A, 14 anos, E.10).

Estou sentindo **saudade de ver minhas amigas, nós íamos na sorveteria, ficávamos conversando na frente da minha casa**, já faz tempo que eu não vejo elas. Eu gostaria que elas viessem me ver, conversar distrai muito e o tempo passa bem rápido [...], mas não deixam ela entrar aqui (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

Eu tomo Sertralina para não ficar ansioso [...]. Tudo me deixa ansioso aqui, a diabetes, **a saudade da minha família, a saudade da minha mãe** (Kauan, 16 anos, E.6).

Ao serem hospitalizadas, crianças e adolescentes perdem parte de sua referência, são afastados da **família, dos amigos, dos animais de estimação**, além de sentirem falta de realizar atividades cotidianas, como varrer a casa, brincar com o irmão, arrumar o quarto, ir a sorveterias, conversar com familiares e amigos e, conseqüentemente, apresentam sentimentos de tristeza e ansiedade.

Nesse sentido, muitas vezes a criança encara a hospitalização como “um mal”, pois a compreende pelo sentido negativo, uma vez que se percebe impedida de realizar atividades rotineiras, é afastada de seus familiares e amigos e ainda é obrigada a seguir as normas hospitalares como horários de medicação, alimentação e visita, entre outras, perdendo assim parte de sua autonomia (HONICKY; SILVA, 2009) e liberdade de escolha. Essa situação transforma a criança em um corpo

doente e passivo, onde o ser criança não consegue se manifestar ou mesmo descobrir, compreender e transformar o ambiente em que está inserido, o que pode interromper o seu desenvolvimento (MARTINS; RISERIO, 2008).

Corroborando, Rojas e Machuca (2009) realizaram uma pesquisa quantitativa com crianças entre 5 e 12 anos de idade, em uma unidade de pediatria de um hospital no Chile, com o objetivo de investigar quais fatores poderiam influenciar o estado emocional da criança hospitalizada. Os resultados evidenciaram que a separação dos pais e de amigos, é um dos fatores que pode levar a criança a apresentar sentimentos negativos durante o processo de hospitalização.

Como visto na revisão da literatura, desde a década de 1950, o Relatório Platt (GREAT BRITAN, 1959) já indicava que a ausência dos pais durante a hospitalização poderia ocasionar diversos efeitos adversos à criança e ao adolescente hospitalizado. Este Relatório abriu possibilidades para a realização de outras pesquisas e para o sancionamento de leis e políticas públicas (BRASIL, 1991; BRASIL, 1995; BRASIL, 2001, BRASIL, 2010a; PORTUGAL, 1998) capazes de amenizar os estressores deste processo. Em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), foi determinado que os estabelecimentos de saúde proporcionassem condições para a permanência de um dos pais ou responsável, em tempo integral. No entanto, a família ampliada e os amigos ainda estão, muitas vezes, ausentes, como visto nos relatos, tanto por incompatibilidade de horários quanto em virtude das rígidas normas hospitalares.

4) Lugar que não tem privacidade

Eu tomo banho rápido para não ter perigo de alguém abrir [a porta], porque, às vezes, as pessoas estão apertadas e querem entrar [...], porque eu não gosto de estar tomando banho e alguém chegar lá de repente [...] a enfermeira já entrou uma vez (Bruno A, 14 anos, E.10).

Dormir à noite aqui é horrível. As crianças ficam com dor e ficam gritando [...] e as **pessoas entram toda hora** e acendem a luz [...], fico estressada (Giovana, 12 anos, E.13).

Os relatos acima vão ao encontro dos achados de Ribeiro e Pinto (2009), ao referirem que a privacidade da criança hospitalizada é, muitas vezes, negligenciada por profissionais de saúde.

Xavier, Gomes e Salvador (2014) também constataram, em pesquisa qualitativa realizada com 18 cuidadores em um hospital no Sul do Brasil, que a unidade de pediatria não prezava pela privacidade dos pacientes internados. Segundo os autores, a falta de privacidade pode gerar a despersonalização da criança e do adolescente, ou seja, eles têm que se adaptar a dormir em quartos coletivos, usar banheiros compartilhados, viver em um ambiente com rotinas diferentes das quais estavam acostumados, deixando do lado de fora do hospital tudo o que fazia parte do seu cotidiano, sua cultura e seus desejos, perdendo parte de suas referências. Nesse sentido, Santos e Sebastiani (2001) argumentaram que a despersonalização implica a perda de particularidades e singularidades do sujeito quando o mesmo incorpora regras e costumes do âmbito hospitalar.

Os achados tanto do nosso estudo quanto da pesquisa destacada vão em direção contrária ao Estatuto da Criança e do Adolescente, quando este determina que a promoção dos direitos e proteção da criança e do adolescente deve ser pautada no respeito pela intimidade e privacidade (BRASIL, 1991). Nesse sentido, os profissionais de saúde, ou qualquer outra pessoa, são convocados a prestar cuidados sem violar a privacidade de crianças e adolescentes, até mesmo por que, além de ser uma necessidade humana básica a qualquer ser humano, independentemente da idade (TINY, 2010), sua ausência pode gerar sentimentos negativos em relação à hospitalização, como destacado nos relatos.

5) Lugar que serve comida ruim

O hospital é **horrível por causa da comida** (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

Olha, eu não sei como, mas **todas as carnes vêm com o mesmo gosto**, é tudo igual. Não sei, eu acho que é o tempero. Só que vem tudo igual [...], é muito ruim [...], eu não gosto nem do cheiro, nem do gosto, nem de nada [...] eu gosto só do suquinho [...], tem de uva, maracujá, laranja, abacaxi, morango (Giovana, 12 anos, E.13).

A **comida mesmo que, para mim, não desce**, o feijão, não tem gosto, o arroz é ruim [...] (Bruno B, 17 anos, E.11).

Eu queria uma sobremesa melhor porque **a gelatina** que vem, **vem mole**, tem que beber (Andressa, 12 anos, E.26).

A maioria das crianças classificou a alimentação oferecida no hospital como **ruim**, principalmente aquelas com neoplasias, em tratamento quimioterápico.

Entre os fatores que podem ter levado a classificarem a alimentação como **ruim**, destaca-se a utilização de diferentes temperos, de cheiros ou de tipos de alimentos oferecidos no hospital e não consumidos em suas residências, aspecto capaz de dificultar a aceitação quando o paciente se encontra neste ambiente. Esta recusa pode ser, também, decorrente de alterações fisiológicas provocadas pela doença ou pelo tratamento. Nesse sentido, Cicogna, Nascimento e Lima (2010) mencionaram que a recusa de alimentos pelas crianças em tratamento quimioterápico foi frequente em decorrência de vômitos e alterações de paladar. Alves et al. (2008) justificaram que, com a quimioterapia, podem ocorrer ainda diminuição da secreção salivar, inflamação da mucosa oral, dor ao engolir e incapacidade para mastigar, o que pode dificultar esta aceitação.

Apenas quatro participantes do estudo atribuíram aspectos positivos à alimentação no hospital:

Aqui tem melancia, arroz, feijão, carne, banana e salada [...], **é boa**. (Mariana, 7 anos, E.7).

A **comida é boa** [...], não vem coisa ruim, vem coisa boa [...], peito de peru [...]; é boa a vitamina, qualquer uma que eles fazem, de abacate, de mamão (Manu, 15 anos, E.14).

A **comida é boa**, almôndega, salsicha, arroz, feijão (Artur, 11 anos, E.15).

A **comida é boa**, não tem o que reclamar da comida não. A comida é boa, os enfermeiros são bons, tudo é bom (Bruno A, 14 anos, E. 10)

6) Lugar pouco atrativo

[...] eu **fico muito na cama**, é ruim. Lá em casa eu fico andando para lá e para cá, eu entro e saio, é bem melhor [...], na minha casa eu fico mais livre e solta (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

É ruim, **não tem muito o que fazer**, basicamente você dorme, acorda, brinca, come, dorme, acorda, brinca (Giovana, 12 anos, E.13).

Horível, porque eu gosto de fazer as coisas e agora só **fico aqui deitada** e tem hora que a televisão não funciona (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

É meio chato porque **não tem nada para fazer** [...], só fico no celular da minha mãe ou assistindo televisão (Sofia C., 8 anos, E.27).

[...] **não tem nada para fazer aqui** [...], eu queria sair para fora do hospital, eu queria passear, andar (Leonardo, 16 anos, E.21).

As crianças e os adolescentes relataram que o hospital é um local **ruim, pouco atrativo, onde não há nada para fazer**. Tais características podem ter sido atribuídas pelo fato de, neste período, terem que lidar com a doença afastados de suas rotinas diárias, das famílias e dos amigos. Neste contexto, perdem as referências sobre seus cotidianos, suas culturas e seus desejos, o que contribui para que a experiência de hospitalização seja traumatizante.

Segundo Ribeiro, Gomes e Thofehrn (2014), para que este ambiente não seja visto como um lugar frio e hostil é necessário implantar uma ambiência acolhedora, de modo a valorizar a singularidade e a subjetividade da criança, do adolescente, do familiar e da equipe. Nesse sentido, a ambiência refere-se não apenas ao tratamento conferido ao espaço físico, deixando-o “bonito”, mas, preconiza, sobretudo, que este espaço seja utilizado com finalidade de produzir confortabilidade, subjetividade e facilitar o processo de trabalho da equipe de saúde, por meio de elementos que atuem como modificadores e qualificadores da inter-relação pessoa e espaço (BRASIL, 2010b). Nessa perspectiva, a ambiência não deve estar isolada e desarticulada da PHN, com avaliação desde sua implantação até os resultados e impactos, de maneira que a equipe a modele de acordo com as novas necessidades que vão surgindo no ambiente hospitalar, a fim de construir novos espaços, novas posturas, formas de atuação, ou seja, novos modos de cuidar. Dessa forma, quando se trabalha com a ambiência emergem possibilidades de tornar o ambiente de pediatria e hebiatria menos traumático (RIBEIRO, 2015).

Birch, Curtis e James (2017), ressaltaram que o cuidado em pediatria suscita a promoção de um ambiente que supra as necessidades da criança e do adolescente hospitalizado, considere suas particularidades, singularidades e subjetividades, por meio de um olhar diferenciado. Faz-se necessário, portanto, construir um ambiente onde o usuário reconheça seu mundo e suas referências (BRASIL, 2010b), a fim de tornar este ambiente menos traumático.

No presente estudo, observou-se que a hospitalização, na concepção da criança e do adolescente, significa **estar doente, estar longe de casa, ficar exposto a procedimentos dolorosos em um lugar pouco atrativo, afastado de seus familiares, amigos e das atividades diárias e ainda não ter privacidade**. Assim, esta atmosfera se configura

como uma experiência potencialmente traumática expressa por sentimentos como ansiedade, tristeza, raiva e medo, corroborando os estudos de Honicky e Silva (2009), Luz e Martini (2012) e Silva, T. et al. (2015).

Devido ao fato da hospitalização se configurar como estressante, os participantes também expressaram o desejo de alta e de cura:

Eu diria para ele [o gênio] **me curar** [...], para eu não tirar sangue todo dia [...]. Quando fala que vai embora, nossa, eu fico tão ansiosa para chegar logo, **sair do portão do hospital, ali daquela porta** já muda muito, sabendo que você **não vai ficar mais internada** (Lara Júlia, 12 anos, E. 29).

Pediria para o gênio **para ir embora** [...] para ver meus irmãos (Mariana, 7 anos, E.7).

Desejo que **todo mundo se curasse** (Artur B, 11 anos, E.15).

Que **eu ficasse bem**, que curasse todo mundo para levar para casa (Dante, 15 anos, E.17).

Eu fico **triste** porque eu **não vou embora** (Marcelo, 10 anos, E. 20).

Acho que estou mais nervosa [...], eu estou muito sem paciência aqui [...]. Eu não tenho mais paciência para ficar aqui, porque eu estou internando de seis em seis meses e **este lugar não me traz lembranças boas** (Sofia A, 14 anos, E.2).

Entretanto, os entrevistados não veem apenas o lado negativo do hospital e atribuíram também características positivas a este espaço, classificando-o como **lugar de fazer amizades, que tem atividades lúdicas**, além de ser um instrumento de **apoio para a cura** tão desejada:

É ruim, porque você está doente e se sentindo mal [...], o bom é você estar sendo recebido muito bem pelas pessoas [...] é; ruim sentir mal, ter febre, dor, mas é bom porque aqui somos recebidos muito bem, somos bem tratados, **eles fazem tudo para ficarmos bem** [...]. Eu sinto alegria de estar conseguindo passar esta fase [...], agora eu fiz o quarto ciclo de quimioterapia e já está acabando tudo. Eu tenho que dar graças a Deus [...], Estou me sentindo bem alegre estes dias, super alegre (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

Legal e não legal. **Legal são os jogos** e não legal é ficar aqui, sem a família (Artur B, 11 anos, E.15).

Às vezes é chato, às vezes é legal [...]; chato porque os enfermeiros pegam muito no meu pé, vem tomar remédio, vem fazer isto, vem fazer aquilo [...]; **legal é pintar desenhos na escolinha** (Raissa, 13 anos, E.19).

[...]. O lado bem do hospital é **conversar e fazer amizades** [...] **conversar** distrai agente (Gabriel, 15 anos, E.18).

Legal [...] porque lá na frente tem **a escolinha** [recreação] (Mariana, 7 anos, E.7).

Nesta fase eu já estou tranquilo, no começo eu ficava meio com receio, agora não, agora eu já estou acostumado [...]; receio de tudo, medo de acontecer alguma coisa comigo, não entendia o tratamento, não aceitava, agora eu já aceito, entendo tudo [...]. Eu ficava angustiado, até um tempinho atrás eu tentei fugir porque eu queria ir para casa, eu não estava querendo ficar aqui, mas agora eu sei, depois disto, eu coloquei na minha cabeça que eu tenho que ficar aqui porque foi aqui que me levantou de volta, eu estava bem caído, estava magro, então aqui que me levantou de volta graças a Deus [...]. Eu queria ir para casa, mas agora eu vi que eu prefiro ficar aqui do que em casa, eu prefiro fazer o tratamento certinho aqui e depois ir para casa, [...] porque me levantou, eu estava com 40Kg, agora eu já estou engordando, já **estou voltando andar, não estava conseguindo nem andar**, eu vi que aqui é **o lugar certo para fazer o tratamento** (Bruno B, 17 anos, E.11).

Indo ao encontro dos resultados do presente estudo, pesquisa qualitativa realizada por Costa e Santos (2016) em um hospital na cidade de Niterói-RJ revelou que as expectativas positivas dos adolescentes favoreceram uma hospitalização agradável, o que ficou destacado neste estudo nos relatos de Flor de Luz e Bruno B., que enxergaram na hospitalização a esperança de cura. Corroborando, Pagung et al. (2017), também, argumentam que expectativas otimistas podem atribuir características positivas ao processo de hospitalização.

Nos relatos, também, foi possível identificar o lúdico como ferramenta capaz de transformar a hospitalização em uma experiência saudável, não traumática. Nessa perspectiva, as brincadeiras possibilitam a distração e o relaxamento, na medida em que proporcionam vivências similares à vida fora do hospital e contribuem para que a criança se sinta mais segura no ambiente hospitalar (PINO; PEREIRA, 2017).

Como observado nos relatos, o estabelecimento de vínculos, a amizade e a comunicação com aqueles que os cercam também pode contribuir para o bem-estar das crianças e dos adolescentes, por promoverem momentos de descontração e auxiliarem no enfrentamento da doença.

Achados semelhantes foram encontrados por Luz e Martini (2012) em pesquisa de abordagem qualitativa com uma criança e três adolescentes internados em um hospital em Santa Catarina – SC. O estudo teve como objetivo compreender o significado da hospitalização para a criança e para os adolescentes hospitalizados por doenças crônicas. Os dados foram coletados por meio da observação

participante, escuta sensível e desenho infantil. Constatou-se que o hospital significava para os participantes do estudo local de doença, afastamento da família, que provocava dor, tristeza, sofrimento, choro, nervosismo, perda da liberdade, bem como, lugar que tinha brincadeiras, lugar de fazer amizades, além de ser um instrumento de apoio para a cura, semelhante ao presente estudo.

Embora identificadas algumas características positivas durante o processo de hospitalização, as crianças e os adolescentes, em sua maioria, classificaram-no como estressante, doloroso e desagradável, além de manifestarem uma série de sentimentos negativos dele decorrentes. Diante disto, faz-se necessário rever a prática em saúde, a fim de potencializar as características positivas do hospital e amenizar as negativas, de modo a promover a saúde de crianças e adolescentes hospitalizados.

4.2.2 O que sei e o que não sei a respeito do processo de hospitalização

Na presente pesquisa, observou-se que a maioria das crianças e dos adolescentes hospitalizada sabia informar o **nome de sua doença, das medicações em uso e dos exames** realizados:

Eu internei porque tenho **Síndrome da Cimitarra** [...]. É uma doença que tem vários vasinhos no pulmão, que não deixa o sangue passar, tem vez que eu tenho crise [...]. Meu coração, em vez de ser do lado esquerdo, como é o de todo mundo, ele é mais para o lado direito e ontem fiquei sabendo que ele é de cabeça para baixo [...]; às vezes, eu tenho crise de asma, então, quando eu tenho muita crise, é necessário me internar, para tomar antibiótico (Sofia B, 11anos, E.16).

Eu tomo **Puran**, é para os **hormônios da tireoide**, minha mãe me explicou [...]. Eu perguntei para os médicos para que era o Puran, mas eles só me falaram que era para os hormônios [...]; outro é a **Nistatina**, este eu uso porque a quimioterapia dá umas **feridinhas na boca** e é bom que sara [...]. Tem também a **Desmopressina e o Bactrim** [...]. Eu tiro sangue para ver o sódio; quando faço quimio [quimioterapia], às vezes eu tomo **Filgrastima**, dói muito esta injeção (Laura Júlia, 12 anos, E.29).

Corroborando os resultados deste estudo, Lopes (2016) e Pacciulio (2012), ao entrevistarem crianças e adolescentes em hospitais de referência para o tratamento do câncer no interior do estado de São Paulo, observaram que a maioria mencionou o nome de sua doença e o tratamento realizado. Wayhs e Souza (2002), em pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, realizada com

cinco crianças com diagnóstico de câncer em um hospital na Região Sul do Brasil e Cicogna (2009), em estudo realizado com dez crianças e adolescentes, em Ribeirão Preto-SP, também constataram que as mesmas, após a experiência com a doença e hospitalização, conseguiam reproduzir as denominações técnicas de sua patologia, das medicações e dos procedimentos.

No presente estudo, entretanto, foi verificado que a maioria dos participantes não compreendia o real significado de sua enfermidade, já que, segundo eles, o motivo de estarem doentes não era explicado em linguagem fácil e compreensível; apenas sabiam o nome, pois ouviam os adultos conversarem sobre o assunto:

Explicaram para a minha mãe e eu ouvi [...]. Porque eu estou com uma doença que **não é tão grave**, mas tem que fazer algum coisa, senão fica grave [...], **eu acho que é câncer** (Dante, 15 anos, E.17).

[...] não falam para mim sobre **minha alergia**, falam só com os outros médicos, eu fico **ouvindo o que eles falam** [...] (João Galinha, 10 anos, E. 28).

Jensen et al. (2012), em estudo qualitativo realizado com oito crianças com idade entre 8 e 10 anos, em uma unidade de emergência pediátrica na Dinamarca, também constataram que elas, às vezes, pronunciavam termos referentes ao seu processo de hospitalização sem compreendê-los. Resultados semelhantes foram apresentados por Cagnin, Liston e Dupas (2004), em estudo qualitativo realizado em uma cidade do interior de São Paulo com 10 crianças e adolescentes com câncer, ao argumentarem que, apesar dos mesmos conviverem com o câncer, não compreendiam suas enfermidades.

No presente estudo, os entrevistados, na maioria das vezes, não compreendiam o processo de hospitalização e mencionavam **interesse por obter maior conhecimento** sobre seu estado de saúde e tratamento:

Estou aqui por causa da Fibrose Cística [...]. Eu sei que é no pulmão, mas **não sei o que é** [...]. Eu sei que quando eu fico internado tenho que tomar um antibiótico na veia por 21 dias, mas **não sei o que é** a Fibrose Cística. **Eu queria saber porque eu tenho Fibrose**, se nem meu pai, nem minha mãe tem [...]. Será que nem o pai nem a mãe se cuidaram na gravidez? [...]. Quando eu sudo muito e o suor seca, eu fico com um pouco de sal na pele, não sei o porquê. Muitas pessoas me perguntam isto, mas não sei responder [...]. Olha na minha mão, dá para ver o sal, aqui, está vendo? [...], até dá para lamber os dedos com excesso de sal. Por que eu tenho sal na pele? (Bruno A, 14 anos, E.10).

Eu queria saber sobre os resultados dos exames, eu queria saber mais mesmo a verdade, às vezes eles me deixam na dúvida. Eles não falam muito [...]. Eu estou aqui, só que, para mim, eu já estou bem, então eu estava com a esperança de receber alta, mas eles [os médicos] falaram que eu não vou receber, eles não vêm falar o porquê você não vai embora ainda neste dia, eles não vêm te explicar. Eles falaram: talvez você vai amanhã, só que este amanhã chega e não vai e eles não vêm te explicar o porquê você não foi. **Eu queria que eles viessem me explicar** toda vez que acontecesse isto (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

[...] mas, mesmo que seja uma notícia ruim, **acho que deveria falar** (Sofia B, 11 anos, E.16).

Duas crianças, no entanto, referiram **não saber quais eram as suas doenças** ou os motivos de suas internações:

Não sei porque estou internada, a minha mãe que sabe (Mariana, 7 anos, E.7).

Não sei [a doença] [...]. Tenho vergonha e **medo** de perguntar (Artur B, 11 anos, E.15).

Uma justificativa para desconhecerem o diagnóstico é o fato de preferirem se proteger de algo que possa gerar sofrimento (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004) ou, também, pela **não compreensão de suas doenças**.

Com relação à comunicação com os profissionais de saúde, não houve, na maioria das vezes, encontro de subjetividades, mas apenas um **diálogo rápido, de difícil compreensão**:

Eles [os médicos e as enfermeiras] chegam assim e **não falam nem o nome** [...]; eu que tenho que perguntar [...]. Vamos supor que você é a enfermeira e chama Larissa, você tem que chegar e falar assim: eu sou a enfermeira Larissa e vou ficar neste quarto das 20h da noite às 2h da manhã e vou ficar aqui por perto, se precisar me chama [...]. Seria mais fácil, você saberia o nome dela sem precisar perguntar, iria saber o horário que fica [...] porque, se chegar e perguntar para mim: quem ficou de manhã com você, até que horas? Qual é o nome dela? Eu vou falar o que para ele assim: eu não sei [...]. Eu acho que deve se apresentar não porque é obrigação, mas por educação (Bruno A, 14 anos, E.10).

[...] eles [os médicos] **falam muito direto**, até porque esta é a profissão deles e a função [...]. Eles **falam direto e pronto**, você tem câncer. Seu câncer é assim, assim, assado [...]. Poderia ser diferente, mas é que médico geralmente fala diretinho e pronto [...]. Uma vez a doutora falou que eu iria ter que transfundir, eu perguntei **o que era transfundir**. Eu achava que era um bicho de noventa mil cabeças [...], minha mãe me explicou de forma que eu entendi (Giovana, 12 anos, E.13).

Eles explicam **muito rápido e não entendo** (Raissa, 13 anos, E.19).

Os médicos devem atender bem os pacientes [...]. Explicar sobre os problemas de saúde [...]. Eles chegam e pegam a veia, **não explicam nada** (Jennifer B, 12 anos, E.8).

Estou internada por causa das plaquetas e do sódio [...]. Eu entendi assim, que quando faz quimioterapia, as plaquetas abaixam muito e é perigoso passar mal [...]. Os médicos que falaram, mas tem hora que eles **falam complicado**, seria bom falar mais fácil [...] porque eu entenderia mais e não ficaria na dúvida [...], quando eu descobri o tumor, minha mãe e alguns médicos falavam que era tumor [...], só que chegavam outros médicos e falavam que era câncer, aí eu ficava na dúvida [...], mas não sei porque não tive coragem de perguntar, eu fiquei bastante tempo nesta dúvida [...], porém chegou uma hora que eu perguntei para a minha mãe (Laura Júlia, 12 anos, E.29).

Segundo Bessa (1998), as palavras desconhecidas e as dúvidas referentes ao processo de hospitalização podem induzir a construção de fantasias ameaçadoras e, assim, aumentar o sofrimento da criança hospitalizada.

Pesquisa qualitativa realizada por Leite, Vergilio e Silva (2017) analisou o processo de trabalho de 17 enfermeiros pediatras de um hospital público universitário e constatou que os mesmos apenas atendiam às necessidades relacionadas à rotina de internação e à doença, sendo que aquelas relacionadas ao desenvolvimento humano não foram sequer citadas ou observadas pelos participantes. Assim como na presente pesquisa, no estudo em questão ficou implícito que os enfermeiros apresentavam dificuldades para se comunicar com as crianças e os adolescentes hospitalizados.

Esta dificuldade de comunicação dos profissionais de saúde pode estar relacionada ao fato de não possuírem habilidades para abordar a criança verbalmente (HART; CHESSON, 1998) ou mesmo como um fator de proteção para evitar maior sofrimento (GABARRA; CREPALDI, 2011). Assim como na presente pesquisa, na literatura foram identificadas barreiras na comunicação entre membros da equipe de saúde e a criança (GABARRA; CREPALDI, 2011; LAMBERT; GLACKEN; CARRON, 2012; LIVESLEY; LONG, 2013; MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Estudo descritivo, observacional e de abordagem quantitativa foi realizado em um hospital localizado na Paraíba com 13 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem e todas as crianças atendidas na clínica pediátrica durante o período de coleta de dados. Teve o objetivo de identificar a estratégia de comunicação terapêutica mais utilizada na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Os resultados evidenciaram que a equipe de enfermagem quase não utilizava técnicas

de comunicação terapêutica, porém adotava algumas técnicas, embora com pouca frequência: de escuta, de verbalização do interesse durante as interações, de completar frases, de repetição de comentários feitos pelas crianças, de repetir a última palavra dita pelo paciente, de deixar a criança escolher o assunto. Segundo os autores, esta dificuldade de comunicação pode estar relacionada com a jornada de trabalho exaustiva, pouca disponibilidade de tempo e falta de disposição para utilizar novas técnicas de comunicação (ANDRADE et al., 2015).

Neste contexto, observa-se frequentemente na prática clínica que a explicação sobre o processo de hospitalização é dirigida aos acompanhantes e, portanto, utiliza-se uma linguagem apropriada a adultos, o que acaba por afastar a criança ou o adolescente do processo de comunicação.

A comunicação, assim como as tecnologias de relações, de produção, de acolhimento, de vínculos e de autonomização, são tecnologias classificadas como leve (MERHY, 2005). Ayres (2009) assinalou que as tecnologias leves permeiam os desafios encontrados na prática do cuidar, indo ao encontro dos resultados do presente estudo que identificou dificuldades na comunicação médico - criança e adolescente.

Observa-se que os entrevistados apoiaram-se em seus pais para mediar e traduzir as informações fornecidas pelos profissionais de saúde:

Algumas coisas que eles falam **eu não entendo nada**, então não pergunto mais para eles, pergunto para **minha mãe**, ela explica e eu entendo (Dante, 15 anos, E.17).

Só **minha mãe** que **conversou** com os médicos [...]. A minha **mãe explica** o que eu tenho para mim, é mais fácil, ela fala e eu entendo [...] (Giovana, 12 anos, E.13).

Os médicos só me perguntam se eu estou bem, se eu não estou sentindo dor, se eu fui no banheiro, se eu bebi água. Gostaria que eles me explicassem mais sobre minha doença, eles conversam com minha mãe, eles **não me explicam nada** [...]. Depois só minha **mãe que me explica** (Sofia C, 8 anos E.27).

Se eu ainda não entendo, **minha mãe** tenta explicar de outro jeito, até eu entender. Os **médicos falam muito rápido** (Laura Júlia, 12 anos, E.28).

Corroborando, Borges e Dupas (2016) realizaram um estudo qualitativo com sete famílias de crianças com câncer de uma instituição oncológica do interior do estado de Minas Gerais, com objetivo de conhecer como estabeleciam a

comunicação com a criança sobre sua doença, à luz do Interacionismo Simbólico. Os dados revelaram que a família estabelecia uma relação de apoio e de encorajamento para a criança superar o momento difícil, se mobilizando e criando estratégias para amenizar os efeitos adversos da hospitalização. Para isto, utilizava-se de um diálogo mais fácil e compreensível, com palavras do cotidiano da criança.

Nesse sentido, em estudo etnográfico realizado com 49 crianças hospitalizadas em um hospital na Irlanda, Lambert, Glacken e Carron (2012), também constataram que as crianças recorriam aos pais para esclarecimento de dúvidas.

Quando as dúvidas não foram esclarecidas pelos pais ou pelos profissionais da saúde, os entrevistados utilizaram também a **internet** para saná-las. Entretanto, vale ressaltar que este meio de comunicação, com frequência, transmite informações generalizadas, sem critério científico, por vezes não condizentes com a realidade:

Quando eu vou na **internet** eu **descubro muitas coisas**, que **chá- mate não pode**, eu acho que eles [os médicos] não descobriram isto. Eu vou na internet e procuro tudo com minha mãe, meu padrasto e meu avó (João Galina, 10 anos, E.28).

[...] eu já pesquisei bastante na internet sobre o que eu tive, até sobre os remédios que eu tomo, eu **já pesquisei bastante** e acho que não tenho dúvida não, quando eu tive dúvida **eu mesmo pesquisei**, eu perguntei para o médico sobre o que era e tudo, mas eu fui mais atrás, eu corri atrás, eu li bula e tudo, então eu não tenho tantas dúvidas (Raquel, 16 anos, E.23).

A **internet** também foi um recurso muito utilizado pelos participantes da pesquisa qualitativa realizada por Cicogna (2009) com dez crianças e adolescentes em um hospital no interior do estado de São Paulo-SP.

Como sugerem os relatos a seguir, o fato de crianças e adolescentes adquirirem informações e, mais do que isso, compreensão acerca de sua doença e de seu tratamento, pode facilitar a **adesão ao plano terapêutico**:

Minha mãe fala assim, que eu não ajudo ela a fazer as coisas se eu não tomar remédio. Se ela não estiver em casa, eu não tomo remédio, eu não faço nada. Claro, eu não sei para que é o remédio [grita]. Se **eu soubesse, eu tomaria** [...]. Eu já sou ruim para tomar remédio, se eu embaçar, eu não tomo se eu não souber para que é [...]. Eu sei que tomo bicarbonato de cálcio, eu sei a cor deles. Eu vejo assim, eu conheço eles pelas cores (Raissa, 13 anos, E.19).

(...) estou aqui por causa desta dermatite atópica, mas não sei explicar direito, porque ninguém me explicou, eu só ouvi falar, **se eu soubesse ajudaria muito** para saber os remédios certos, para eu saber como me tratar (João Galinha, 10 anos, E.28).

Nessa perspectiva, Barros, Queiroz, Melo (2010) destacaram que a abertura de canais de comunicação entre crianças e adolescentes hospitalizados com a equipe de saúde pode facilitar o estabelecimento de vínculos e a coparticipação desses na promoção da saúde.

Corroborando, Andressa, 12 anos, classificou como fundamental o diálogo para a realização de sua sondagem nasogástrica, pois este **facilitou o processo**, deixando-a calma durante o procedimento:

[...] quando eu **coloquei a sonda** muitas pessoas conversaram comigo, os enfermeiros [...]. Quando eu coloquei a sonda, **eu nem percebi** porque eles ficaram conversando e me deram água, aí, eu nem vi que estavam colocando sonda, aí eu bebi água e engoli a sonda [...]. Foi melhor, senão eu nem ia conseguir engolir (Andressa, 12 anos, E.22).

O fato da criança ou do adolescente compreender o seu diagnóstico favorece a aceitação do tratamento e das intervenções (CICOGNA, 2009; KOHLSDORF; COSTA-JUNIOR, 2013), além de reduzir o medo e a ansiedade decorrentes dos efeitos adversos desse processo (FORD, 2011; COYNE; KIRWAN, 2012), de maneira a tornar o ambiente hospitalar mais seguro e facilitar o enfrentamento das situações (DIAS et al., 2013; DIAS et al., 2014; GOMES, 2011).

Nesse sentido, a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, surgiu para garantir à criança hospitalizada o direito a ter conhecimento de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando a sua fase cognitiva de desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Dessa forma, o diálogo, além de ser uma ferramenta indispensável na adesão ao tratamento (CICOGNA, 2009; KOHLSDORF; COSTA, 2013), constitui-se direito da criança de acompanhar o que se passa com ela (BRASIL, 1995). Gibson (2010) e Masera et al. (2009) ressaltaram que esta comunicação deve ser adequada à fase de desenvolvimento na qual a criança ou adolescente se encontram, considerando suas peculiaridades e singularidades.

De acordo com Gabarra e Crepaldi (2011), a comunicação em pediatria possui características peculiares quando comparadas aos pacientes adultos, visto que a criança está em processo de desenvolvimento cognitivo, psicológico e social.

No presente estudo, os participantes relataram o desejo de que os médicos falassem sobre assuntos subjetivos, por exemplo, que dialogassem sobre **os sentimentos** por eles vivenciados:

Eu gostaria de falar para ser mais carinhoso [equipe de saúde], **poderiam perguntar mais sobre nós**, não só o que eu comi ou deixei de comer ou se estamos com febre ou não, poderiam **perguntar sobre o que estou sentindo** [...]; deveriam perguntar se eu quero internar, eu sei que não é sempre que dá para escutar, mas deveriam perguntar se queremos fazer as coisas [...]. Eles falam: você vai fazer isto e pronto [...]. Gostaria que eles conversassem não só sobre o hospital, mas outras coisas também, **uma conversa que você faz com um amigo**, com um familiar (Giovana, 12 anos, E.13).

Eu acho assim, que eles deveriam **perguntar por que você está triste** [...] (Sofia B, 11 anos, E.16).

[Eu falaria para a equipe hospitalar] para **dar mais carinho** para os pacientes, para pegar uma veia e não ficar com a cara dura [emburrada]. Eu diria para ter mais cuidado, mais carinho, **falar mais com eles** [...] para eles se sentirem mais em casa (Andressa, 12 anos, E.22).

Estudos identificaram aspectos que as crianças gostariam de melhor entender sobre sua doença, entre eles, conhecimentos sobre o cuidado físico e emocional, a fisiopatologia da doença, as consequências em curto e longo prazo e a possibilidade de cura (COYNE; KIRWAN, 2012; LAMBERT; GLACKEN; CARRON, 2012; ROPER et al., 2009). Além disso, é preciso que as crianças, os adolescentes e os familiares sejam esclarecidos sobre a realização dos procedimentos e preparados para conviver com o processo de adoecimento, pois assim podem minimizar as causas negativas deste processo (COSTA; MORAIS, 2017).

Os participantes destacaram que a equipe de saúde deveria **esclarecer** as dúvidas sobre a patologia, **falar de modo claro e atencioso**, explicar melhor os procedimentos e a evolução clínica, a fim de aliviar a **ansiedade, o medo e o nervosismo**:

Eles [os médicos] deveriam vir [à enfermaria] mais, todos os dias vir no quarto, falar, **conversar mais**; eles aparecem raramente, o médico, o médico mesmo, vem mais para examinar [residente da pediatria], eles examinam, mas o médico não vem todo dia [...]. Gostaria de pedir para eles virem **conversar mais com as crianças** [...] em relação ao tratamento, sobre o que eu estou passando [...], **explicar certinho**, explicar porque eu não fui embora (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

[...] para eles serem **mais atenciosos**, pois criança não é tão fácil igual adulto, ela é mais chorona, é para **ser mais carinhoso**, sabe (Giovana, 12 anos, E.13).

Eu pediria para os médicos me **esclarecerem as coisas**, porque, às vezes, eu não sei o que está acontecendo, às vezes eu **fico nervosa** e não é nada (Sofia C, 8 anos, E.27).

[...] tem coisa que eles falam que não é muito bom, que te deixa triste, o jeito de dar a notícia, poderia falar **com mais calma, mais jeito**, tem jeito melhor para falar [...]. Saber conversar mais com os pacientes e acompanhantes, porque eles passam muito medo, às vezes eles falam grosso, falam algumas coisas que não são bem o que está acontecendo. Eu acho que poderiam falar com **mais calma** comigo, me explicar sobre o que acontece comigo e não mentir (João, 15 anos, E.24).

Com base nos relatos apresentados apreende-se o quanto as crianças e os adolescentes almejam a humanização do cuidado em saúde, por exemplo, por meio de uma comunicação adequada para que possam compreender as diferentes fases do processo saúde-doença e cuidado.

Segundo Alves, Deslandes e Mitre (2009), um cuidado efetivo, genuíno, se inicia a partir do encontro de subjetividades entre o profissional de saúde e o paciente, indo muito além do simples jogo de perguntas e respostas, pois, dessa forma, se constrói um efetivo campo de trocas, o qual produz novas subjetividades, em prol da elaboração de um plano terapêutico conjunto.

Embora a maioria dos entrevistados tenha relatado tais dificuldades na comunicação, dois adolescentes mencionaram que **dialogam com a equipe**, talvez por terem o hábito de questionar até o total esclarecimento das dúvidas:

Os **médicos explicaram** sobre a minha diabetes, conversaram do jeito que entendi [...]. Eu pergunto tudo e tudo que eu perguntei **o médico respondeu** (Helena, 16 anos, E.29).

[...] **eles respondem tudo**, porque aqui tudo é aberto, eles chegam e já falam [...]; tudo que eu tenho vontade de perguntar eu pergunto [...]. Eles conversam comigo também, porque **meu pai liberou para falar tudo** também para mim, não é para esconder nada de mim. No dia que eu internei, meu pai já falou que não era para esconder nada de mim, era para chegar e já falar, eu quero saber tudo que acontece, se acontecer um negócio em mim eu quero saber (Bruno B, 17 anos, E.11).

Diante do exposto, é necessário incorporar estratégias que promovam a comunicação e o encontro de subjetividades, por meio de leituras, brincadeiras, demonstrações e explicações a respeito dos procedimentos executados (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008). Dessa forma, perguntando e efetivamente participando do processo de hospitalização, crianças e adolescentes poderão manifestar suas individualidades, singularidades e subjetividades, o que

contribuirá para que a internação não se caracterize como uma experiência tão traumática.

Na perspectiva de valorizar a individualidade, singularidade e subjetividade, os participantes deste estudo foram convidados a desenhar o hospital que gostariam de ter.

4.2.3 Hospital projetado

Para modificar o cenário apresentado, as crianças e os adolescentes, na condição de “chefes do hospital”, sugeriram modificações na estrutura física, infraestrutura e nos mobiliários, indo ao encontro da ambiência hospitalar e da humanização do cuidado em saúde, buscando promover um espaço de fato mais condizente com esses princípios.

1) Planejamento das enfermarias no hospital idealizado

Na visão dos participantes, os **quartos da unidade da pediatria eram apertados**, o que dificultava a acomodação dos objetos pessoais. Assim, no hospital por eles projetado, as enfermarias **seriam ampliadas** e o **número de leitos reduzidos**, de tal forma que a distância entre as camas fosse aumentada para permitir a circulação de pessoas:

Os quartos **são apertados**, tinha que ser um pouco **mais aberto, mais largo** [...]. Um quarto tem geralmente sete leitos e aqui eu iria colocar **um leito só para sobrar espaço** (Kauan, 16 anos, E.6).

O quarto é **muito apertado**, de um lado tem três camas, tem até mais espaço do que no outro lado do quarto, que tem quatro camas. Do outro lado, o espaço fica menor, pois tem quatro camas. Seria bom **tirar uma cama**, ficariam três de um lado e três do outro (Bruno A, 14 anos, E.10).

Eu acho que poderia mudar o quarto, ser um **pouquinho maior de largura** para caber as coisas [objetos pessoais] (Sofia B, 11anos, E.16).

Quarto com **menos** crianças, menos pacientes, **um no máximo**, porque tem muitos pacientes no quarto, às vezes, algum tem algum problema e acaba passando para você, acho que isto não é bom (João, 15 anos, E.24).

Eu queria **aumentar o quarto**, porque tem hora que ele fica apertado [...] teria **mais espaço para andar** (Júlia, 12 anos, E.30).

Eu gosto mais do quarto da nefro [Unidade de Terapia Renal] [...]. Tem muitas coisas legais. Você tem **uma cama só** para você, você tem **um**

quarto só para você, você tem um banheiro só para você [...] lá **posso colocar no canal [televisão] que eu quero**. Posso fazer aquilo que eu quero. Posso tomar banho **a hora que eu quero** (Raissa, 13 anos, E.14).

As considerações das crianças e dos adolescentes foram ao encontro da Resolução da Diretoria Colegiada 50 (RDC 50) (BRASIL, 2002), que preconiza, no máximo, seis leitos por quartos, em enfermarias para crianças maiores de dois anos; a distância mínima entre leitos paralelos deve ser de 1m; a distância entre a cabeceira ou parte inferior da cama e paredes deve ser de 1,2m e da lateral e a parede, de 0,5m.

Os dados revelaram também que, apesar de algumas crianças preferirem quartos privativos, outras verbalizaram preferência por **quartos coletivos**, em virtude da facilidade de **conversas** entre os pares e de **novas amizades**, fato que promove a distração e contribui para uma experiência mais positiva da hospitalização:

[...] **é bom o paciente do lado, conversar** é bom para distrair a cabeça. Talvez sozinho ficaria mais tenso e eu gosto **de fazer novas amizades** (Bruno S, 17anos, E.11).

Rollins (2009) explorou as diferenças entre o design de dois hospitais, um no Reino Unido e outro nos Estados Unidos da América (EUA). No primeiro, a unidade de pediatria era composta por enfermarias coletivas, enquanto no segundo os quartos eram individuais. Os resultados desta pesquisa vão ao encontro do depoimento de Bruno, 17 anos, pois apontaram que as enfermarias coletivas promoviam a interação social. O autor ressaltou que o contato com os pares resultou em benefícios significativos durante a hospitalização, por proporcionar maior autoconfiança e independência aos hospitalizados. Por outro lado, os quartos individuais proporcionavam maior privacidade e, talvez, este seja o motivo da preferência de alguns dos participantes deste estudo por este tipo de acomodação. O estudo ainda assinalou o fato de os quartos individuais terem facilitado a interação entre a criança e a família, o que contribuiu para que lidassem melhor com os estressores do processo de hospitalização. Além disso, nessas enfermarias, a taxa de infecção hospitalar era reduzida.

Como já discutido, a privacidade, além de garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991), é uma necessidade básica inerente a todo ser

humano (TINY, 2010). A partir do momento em que a pessoa tem sua privacidade garantida, ela tem sua intimidade protegida.

Isto posto, é fundamental refletir sobre a importância de enfermarias que permitam a interação entre crianças, adolescentes, familiares, médicos e enfermeiros e, ao mesmo tempo, preservem a privacidade, contribuindo para o bem-estar dos pacientes. Nesta reflexão, também é necessário considerar que, apesar da legislação ir ao encontro dos anseios das crianças por menor número de leitos por enfermaria, com o passar dos anos, o número de hospitalizações por doenças crônicas só tem aumentado, como já discutido anteriormente, situação que demanda maior quantitativo de leitos hospitalares e, portanto, dificulta o cumprimento da legislação.

Assim, com o intuito de oferecer uma assistência humanizada, questiona-se: o que a equipe de saúde poderia fazer para proteger a privacidade das crianças e dos adolescentes hospitalizados? O acesso e resolutividade a atenção primária a saúde, com a finalidade do não agravamento das patologias e da promoção da saúde seria uma estratégia para se investir, porém demandaria tempo, investimento e trabalho. Diante do exposto, é necessário refletir sobre soluções, a curto prazo, que valorizassem a privacidade dos hospitalizados, evitando malefícios, por exemplo, a despersonalização.

Na enfermaria projetada, os participantes também colocariam uma **cama maior, com colchão mais confortável, mais denso e macio**:

Eu colocaria **um colchão mais confortável**, um pouco mais grosso, este não é muito fino, mas é duro, então é difícil dormir (Kauan, 16 anos, E.6).

Um colchão bom, o daqui não é tão confortável para dormir; um colchão bem macio com mola, uma **cama maior, que os meus pés não fiquem para fora** (Giovana, 12 anos, E.13).

[...] o colchão é ruim para dormir, é muito duro e minhas costas doem. Gostaria que tivesse um **colchão mais mole**, que eu **conseguisse dormir melhor** [...] (Bruno B, 17 anos, E.11)

Como visto nos relatos apresentados, os colchões disponibilizados pela unidade de pediatria eram **duros**, o que causava insônia. Segundo Bardini et al. (2017) é durante o sono que se restabelece o desgaste físico natural das horas acordadas, sendo esta uma necessidade física essencial para uma vida saudável. Trata-se, portanto, de algo indispensável para a recuperação de crianças e

adolescentes hospitalizados, os quais são frequentemente submetidos a exames, procedimentos e estresse emocional, como já exposto neste estudo.

Além do que já foi apresentado, colocariam também **armários maiores** nos quartos para guardar os pertences pessoais, pois depositavam suas malas em cima do leito, no chão ou sob a cama, uma vez que os armários disponíveis não continham espaços suficientes:

[...] acho que **dois armários** e uma mesinha para colocar as coisas [...] (Aline, 13 anos, E.5).

[...] e ainda ter um **armário** um pouquinho maior porque tem crianças que ficam aqui por mais dias [...]; colocam seus pertences em cima da cama, embaixo da cama (Sofia B, 11anos, E.16).

Dessa forma, os entrevistados projetaram uma enfermaria confortável, com **armários de tamanhos suficientes para organização de seus pertences**. Também sugeriram reorganizar as mobílias, a fim de permitir a **circulação** e interação entre usuários, médicos e acompanhantes, em consonância com as recomendações sobre ambiência hospitalar (BRASIL, 2010b) e humanização em saúde (BRASIL, 2010a).

Nesta enfermaria, instalariam também **ventiladores** ou **ar-condicionado**, já que o ambiente foi descrito como **muito quente**, pois as **janelas tinham abertura restrita**:

Eu desenhei para colocar **um ar-condicionado**, porque às vezes está **muito calor** [...]. Não tem muita ventilação no quarto, porque algumas crianças podem pular da janela, então **a janela abre só um pouquinho** [...]. Então, eu acho que o ar-condicionado seria uma boa (Sofia B, 11anos, E. 16).

No desenho, Sofia B, 11 anos, retratou que a enfermaria do seu hospital seria **individual** e teria **ar-condicionado**:

(Sofia B., 11 anos, E.16)

Como pode ser visto no relato, os entrevistados novamente foram em busca da ambiência hospitalar; em especial, prezaram pela confortabilidade, destacando os benefícios de uma enfermaria ventilada, onde o clima fosse agradável.

Nesse sentido, também mencionaram a necessidade de uma geladeira para manutenção dos alimentos frescos e gelados:

Uma **geladeira** do lado da cama para por água, suco, guaraná, danone, refrigerante e comida (Tom, 8 anos, E.25).

A inclusão de uma **geladeira** na enfermaria, tendo em vista que o ambiente hospitalar se mostra muito quente, como já mencionado, deve-se também ao fato da maioria dos participantes não apreciar as refeições servidas no hospital e, portanto, desejar **trazer alimentos de suas residências** ou até mesmo de **restaurantes**:

Eu gosto de comer hambúrguer, **pizza, pera, maçã, suco** de melancia, suco de uva, **salgadinho e bolacha**. Eu iria falar também [se eu fosse o chefe do hospital] para deixar a família trazer algumas coisas para as crianças comerem [...] salgadinho, bolacha [...] (Dante, 15 anos, E.17).

Também foi pontuada a necessidade de **um bebedouro** no interior das enfermarias, para facilitar a hidratação dos pacientes:

Eu gostaria que tivesse um bebedouro de água aqui no quarto, pois eu fico no soro e não consigo ir lá fora beber, tenho que ficar pedindo para outras pessoas e eu não gosto de ficar no soro pedindo ajuda. As pessoas ajudam, mas com aquela cara de dó, sabe? Eu fico com raiva. Elas pensam que você é dependente, olham com a cara de dó e isto que eu não gosto (Bruno A, 14 anos, E.10).

Observa-se, mais uma vez, que o hospital projetado pelas crianças e pelos adolescentes prima pela confortabilidade, que também implica possibilitar acesso a bebedouros de água (BRASIL, 2010b) e, assim, promover a saúde por meio da hidratação.

Os participantes, enquanto “chefes da unidade”, também disponibilizariam **computadores** a crianças e adolescentes hospitalizados, com **acesso ilimitado à internet**, e uma impressora:

Um computador, internet e wi-fi [internet sem fio], para eu poder me distrair (Artur A, 13 anos, E.12).

Como eu estou com uma idade que mexe muito com celular, eu acho que **wi-fi** [internet sem fio] liberado era necessário. Como eu sou de longe, eu converso com minha família pela **internet**, então sempre tem que ter crédito no celular, então fica muito caro, por isso eu acho que wi-fi seria bom (Raquel, 16 anos, E.23).

Eu também gostaria que tivesse **impressora** nos quartos, para imprimir desenhos para pintar (João Galinha, 10 anos, E.28).

No desenho, Raquel, 16 anos, retratou, entre outros aspectos, **a internet [wi-fi liberado]** que disponibilizaria no seu hospital, como apresentado abaixo:

(Raquel, 16, anos, E. 23)

A necessidade de acesso à internet foi destacada em praticamente todos os relatos, pelo fato dos pesquisados estarem afastados da vida social e acreditarem que esta seria uma forma de se comunicarem com seus amigos e familiares, além de facilitar o enfrentamento da situação, por distraí-los. Para Nardi (2014), a internet possibilita acesso a redes sociais e, portanto, amplia as relações entre as pessoas. Segundo Rosa (2010), muitos jovens utilizam este meio de comunicação para localização de grupos afins, pesquisas rápidas de notícias sobre diversos assuntos, inclusive **diagnósticos e medicações**, o que também foi observado no presente estudo.

Os participantes também mencionaram que disponibilizariam impressoras, pois, como observado durante a coleta de dados e afirmado no relato de João Galinha, 10 anos, gostavam de pintar. Assim, uma impressora facilitaria a impressão de desenhos.

Os entrevistados também verbalizaram que ampliariam **os banheiros** das enfermarias e neles instalariam um bom chuveiro. Alguns, inclusive, instalariam uma tomada para uso de aparelhos como chapinha [prancha de modelar cabelo]:

[...] aumentar o **banheiro** porque é muito pequeno (Leonardo, 16 anos, E. 21).

Colocaria no banheiro **um chuveiro bom** e uma **tomada para fazer chapinha** [...]. Quando eu chegar em casa a primeira coisa que vou fazer é lavar meu cabelo, porque eu lavo e faço chapinha e, aqui no hospital, não tem como fazer [...]. Eu **aumentaria o banheiro, trocaria o chuveiro**, colocaria chuveiro igual ao de casa, porque este daí é bem complicado, tem uma parte quente e uma parte fria. A quente, se deixar muito quente, esfolia o corpo [a pele], o gelado você passa frio, é bem difícil acertar a temperatura para ficar boa. Fora que ficam duas cadeiras lá dentro, aquele negócio de colocar os panos sujos [hamper], o biombo e uma cadeira de rodas. O banheiro já é muito apertadinho, aí fica mais apertado ainda (Helena, 16 anos, E.29).

[...] e **chuveiro** também, porque só tem uma borracha que não é chuveiro de verdade, então fica ruim para tomar banho, tem que erguer a borracha e jogar água (Bruno B, 17 anos, E.11).

Como observado nos relatos, os entrevistados gostariam de um ambiente que, além de confortável, disponibilizasse alguns aparelhos, por exemplo, chapinha para alisamento dos cabelos, o que pode elevar a autoestima das adolescentes. Trata-se de um recurso válido, pois, como já evidenciado nos relatos, as crianças e os adolescentes hospitalizados se encontram afastados de seus amigos, da escola e da família e, nesse contexto, suas subjetividades e especificidades são pouco valorizadas, o que compromete a autonomia (HONICKY; SILVA, 2009) e pode prejudicar a autoestima (VIEIRA; LIMA, 2002).

Também foram sugeridas modificações na estrutura e nas mobílias da enfermaria em prol dos próprios pacientes e de seus familiares. Ressaltaram a necessidade de um ambiente de **conforto para os acompanhantes**, uma vez que, segundo eles, as poltronas eram desconfortáveis e ruins. Alguns entrevistados sugeriram que as **poltronas fossem trocadas por camas** e posicionadas **próximas aos leitos** das crianças e dos adolescentes:

Eu acho aquela cadeira muito desconfortável [poltrona de descanso dos acompanhantes] [...]. Eu acho que poderia ser **um pouco mais fofa** [...]; uma cama também, mas não iria dar porque uma cama para a mãe e **uma cama** para a criança iriam ocupar muito espaço [...]. Eu acho que deveria ter um **espaço para a mãe dormir do lado da criança** e um espaço para a enfermeira passar [...]. Aqui a mãe tem que dormir na frente, no pé da cama (Sofia B, 11anos, E.16).

Eu gostaria que melhorasse o **conforto para os acompanhantes** dos pacientes, porque as mães dormem na cadeira e é muito ruim, já basta ficar no hospital, ainda dormindo na cadeira, poderia colocar uma cama sei lá, uma coisa melhor (João, 15 anos, E.24).

É assim, aqui é a minha mãe no beliche de cima e eu no beliche de baixo. Isto não parece, mas é um beliche [...], porque o fio da bomba não iria

chegar em cima [...]; é porque eu quero que minha mãe fique mais do meu lado possível (Giovana, 12 anos, E.13).

No desenho a seguir Giovana, 12 anos, retratou um quarto, onde colocou beliche para que ela e a mãe dormissem embaixo e em cima, respectivamente:

(Giovana, 12 anos, E.13)

Corroborando, a RDC 50 preconiza espaço para cadeiras de acompanhante ao lado dos leitos em enfermarias pediátricas.

Na enfermaria projetada, a visita seria livre, com **entrada de um maior número de visitantes** e, portanto, seriam **necessárias mais cadeiras nos quartos**, como observado nos relatos abaixo:

Gostaria que pudessem **ficar o pai e a mãe juntos** [...], é que, para mim, **poderiam ficar os dois juntos**. É que tem uma cadeira só e só pode ficar um acompanhante, para mim deveriam ser **duas cadeiras para ficarem dois acompanhantes** [...]. Por exemplo, minha irmã e meu pai, minha irmã e minha mãe, os dois juntos (Girlande, 13 anos, E.1).

Cadeiras para **mais pessoas entrarem** [...]. Se pudesse deixar todo mundo entrar, aliviaria a tristeza (Artur B, 11 anos, E.15).

Que **pudessem entrar mais duas pessoas** em um quarto só, meu pai e minha mãe [...] (Gabriel, 15 anos, E.18).

[...] pelo menos **deixar cinco visitas** entrarem aqui, só pode uma [visita] e os outros ficam lá embaixo esperando (Dante, 13 anos, E.17).

Gabriel, 15 anos, escreveu seu desejo de que os visitantes tivessem acesso livre à unidade de pediatria:

(Gabriel, 15 anos, E. 18)

Além de cadeiras e um lugar para dormir, no hospital idealizado pelos participantes, haveria um banheiro destinado aos acompanhantes no interior da enfermaria, de forma que estes sempre se mantivessem próximos:

Eu pensei em uma coisa que eu acho que deveria ter aqui [...] **banheiro para as mães**. Tem banheiro, mas é bem longe, queria um banheiro no

mesmo quarto dos pacientes, para que quando eu precisasse da minha mãe, ela já estaria perto (Andressa, 12 anos, E.22).

Eu colocaria mais banheiro nos quartos [...] dois banheiros, um para paciente e outro para acompanhante (Helena, 16 anos, E.29).

No desenho abaixo, Helena, 16 anos, destacou que no seu hospital também haveria um banheiro próximo para acompanhantes:

(Helena, 16 anos, E.29)

Quando hospitalizados, as crianças e os adolescentes são privados de suas rotinas, não frequentam mais a escola, afastam-se de amigos, têm suas rotinas

alteradas e, assim, perdem grande parte de suas referências (DECKER, 2007; HONICKY; SILVA, 2009).

Segundo Decker (2007) e Farias et al. (2017), as crianças concebem o familiar presente durante o processo de hospitalização como fonte de apoio para esclarecimento de dúvidas e suporte emocional. Schalkers, Dedding e Bunders (2014) acrescentam que elas se sentem mais felizes na presença dos pais, amigos ou familiares.

Na enfermaria projetada, os participantes mencionaram a necessidade de revitalização das paredes com **desenhos de temáticas infantis**, envolvendo **animais, natureza e estrelas**, de forma a colorir o ambiente, tendo em vista que a pintura das paredes da unidade já se encontrava desgastada:

[...] pintar o quarto porque os **desenhos** estão **desbotados** [...], desenhar crianças na parede do quarto, mas não crianças doentes e sim crianças felizes, brincando. Assim, as crianças vão ver e ficarão mais animadas (Sofia B, 11 anos, E.16).

[...] como eu acho muito **sem cor o quarto**, eu faria alguns **desenhos** bem **coloridos**, alguns **balões, um arco-íris** nesta parede do quarto [...], é que eu acho que deveria dar um tcham [um destaque]. Eu faria [o piso] assim, **bem colorido, branco com umas pintas de azul, laranja, verde, vermelho**. Não teria divisão. Seria um piso bem grandinho, quadrado [...]. Mudaria este teto, acho que um teto com pintas igual ao chão, porque este me dá tristeza [...], um quarto **não branco**, porque **branco me dá azia** (Giovana, 12 anos, E.13).

O quarto seria um lugar mais alegre, **mais colorido** [...]; **pessoas, desenhos pintados nas paredes, desenhos de flor, de borboleta, de estrela, de coração, de árvore, de maçãzinha, tudo colorido**; bem, bem chamativo, com brilho, para ficar bem colorido para as pessoas, para as crianças (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

No desenho a seguir, Flor de Luz, 15 anos, retratou um quarto, sendo que, os móveis e as paredes teriam desenhos típicos do universo infantil:

(Flor de Luz, 15 anos, E. 9)

Achados semelhantes foram constatados na pesquisa de Coad e Coad (2008), realizada com 12 crianças e adolescentes internados em um hospital no Reino Unido, cujo objetivo foi conhecer suas preferências em relação a temáticas e cores que deveriam estar presentes na unidade da pediatria. Para a enfermaria, os participantes escolheram temáticas sobre mar, natureza, animais e formas, tais como ondas e estrelas; já as cores centraram-se em tons de azul, laranja, rosa e amarelo. Para os autores, é necessária a constante observação para implantar elementos que atuem como modificadores e qualificadores do espaço, de modo a potencializar a construção de ambiências acolhedoras, que contribuam significativamente para produção de saúde.

Segundo Farina, Perez e Bastos (2011), a escolha da cor do ambiente não pode ser motivada apenas por um critério estético, mas deve considerar o impacto por ela causado, ainda que implicitamente. Segundo os autores, a cor tem o poder de influenciar o ser humano tanto na dimensão psicológica como na fisiológica, suscitando alegria ou tristeza, exaltação ou depressão, atividade ou passividade, calor ou frio, equilíbrio ou desequilíbrio, ordem ou desordem. Ainda, pode atuar como elemento estimulante ou perturbador na emoção, consciência e nos impulsos e desejos, por produzir impressões, sensações e reflexões sensoriais de grande importância. Argumentam que as cores, cada uma delas, tem uma vibração determinada em nossos sentidos, sendo que, através dos nossos olhos e do cérebro, adentram no organismo em uma variedade de ondas, com diferentes

potências, as quais, por sua vez, atuam sobre os centros nervosos e suas ramificações. Dessa forma, as cores modificam não somente o curso das funções orgânicas, mas também as atividades sensoriais, emocionais e afetivas que podem se manifestar diferentemente nas pessoas a depender de suas singularidades, podendo, inclusive, favorecer a cura do indivíduo (COST; COST, 2002; INSTITUTO DESIDERATA, 2015; GUZOWSKI, 1999). Assim, podem e devem ser utilizadas como instrumento terapêutico.

Nesse sentido, além de almejavam colorir a enfermaria, as crianças e os adolescentes também revelaram o desejo de que **o jaleco não fosse branco**:

[...]. A roupa [o jaleco da equipe de saúde] poderia ser um **azul, um laranja, uma cor alegre assim, não branco, branco** me dá azia (Giovana, 12 anos, E.13).

Você vê pessoas **toda hora, de branco, branco, branco** [jaleco] [...] poderia mudar para um **azul, um rosa, um amarelo** [...]; já chega o corredor que é tudo branco, seria melhor colorido (Bruno B, 17 anos, E.11).

A princípio, a cor **branca** foi utilizada nos hospitais por representar limpeza e assepsia (MATARAZZO, 2010), porém, por se apresentar como uma adição de todos os comprimentos de onda, é uma das cores mais intensas e irritantes do espectro, o que pode gerar uma sensação de vazio interior, de carência afetiva e solidão (FARINA; PEREZ; BASTOS, 2011). Também remete a lembranças de dor e sofrimento (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008), o que pode explicar a preferência dos participantes por outras cores.

Como pode ser visto nos relatos, eles projetaram uma enfermaria mais atrativa, condizente com uma ambiência acolhedora e resolutiva, no sentido de construir um local que pudesse favorecer o conforto e expressar suas subjetividades, em prol de maior bem-estar e saúde.

Corroborando, Ribeiro (2015) realizou uma pesquisa qualitativa nas unidades de pediatria de dois hospitais do Rio Grande do Sul, com 20 usuários, 20 trabalhadores e quatro gestores de enfermagem, tendo como objetivo analisar a ambiência das unidades pediátricas como ferramenta para a humanização da assistência. Os resultados apontaram que, em relação às enfermarias, os armários necessitavam ser trocados por outros maiores, a fim de acomodar todas as malas das crianças e de seus acompanhantes; as cadeiras de acompanhante deveriam

estar próximas ao leito da criança; os banheiros deveriam ser reformados, pois não possuíam qualquer adaptação para atender seu público. Foi sugerida, também, a pintura das paredes para representar o universo infantil. Como pode ser visto, os participantes da referida pesquisa planejaram uma enfermaria que foi ao encontro da ambiência hospitalar e da humanização em saúde, fato semelhante ao do presente estudo.

2) Planejamento das atividades de recreação

Com relação ao espaço de recreação, também denominado “escolinha”, os participantes modificariam sua **estrutura física, mobiliário e seu horário de funcionamento**, ampliando aos fins de semana, bem como incorporariam novas brincadeiras:

Eu gostaria que tivesse **escolinha todo dia**, no **sábado** e no **domingo** também. No sábado e domingo eu fico só desenhando, pois não tem escolinha. Gostaria que tivesse **mais brinquedo** para me divertir (Tom, 8 anos, E.25).

[...] **mudar a escolinha também, aumentar, deixar maior**. É porque a tia [psicoterapeuta] da tarde só tem um armário. Eu acho que poderia separar igualmente **os armários** para a tia da manhã e para a tia da tarde. A tia da tarde só tem um armário, não cabe quase nada, o armário está muito cheio, poderiam ter mais armários para ela guardar as coisas [...]. Lá na escolinha poderiam ter também **mais oxigênio** [régua de gases] e **bomba** [bomba de infusão], porque tem meninos que não podem sair [do quarto] [por causa] do oxigênio. O **oxigênio** só tem um e está vazando, teria que arrumar e **colocar mais** [...] e também que tivesse **mais material escolar**, mais material **para estudar à tarde, mais tinta, mais pincéis, pincéis novos**, faltam **as tintas mais escuras como verde-água, azul-marinho**, quando eu vou pintar meus desenhos, não tem a cor ideal [...]. Eu gostaria que a **escolinha tivesse toda hora**, na hora do almoço, **sábado, domingo**, poderia começar de manhã, às 7h, e ficar até 11h da noite [...] (João Galinha, 10 anos, E.28).

Eu gostaria que nos finais de semana a sala de recreação **ficasse aberta para os pacientes**, porque é muito ruim ficar aqui sem fazer nada. Lá eu gosto das **brincadeiras**, das **atividades** e dos **jogos** [...]. Se tivesse, eu **ficaria mais feliz**, porque no final de semana não tem nada para fazer, é muito ruim (João, 15 anos, E.24).

Como observado nos relatos, o espaço de recreação seria ampliado para comportar armários suficientes para as demandas tanto da classe hospitalar quanto da recreação. Além disso, régua de O₂ e bomba de infusão também deveriam ser em número suficiente para atender às necessidades das crianças e dos adolescentes frequentadores do espaço e ainda seriam disponibilizados jogos e brinquedos, além de tintas e pincéis para as atividades. Os participantes também

verbalizaram o desejo de ampliar o horário de funcionamento para o período noturno e aos fins de semana. Nesse sentido, cabe lembrar que a RDC 50 preconiza que um hospital disponha de espaço apropriado para atividades de recreação e lazer na unidade de pediatria, sendo este de 1,2m² por paciente. A ANVISA (BRASIL, 2005) complementa que este local deve ser limpo e arejado, sendo necessário procedimento de limpeza e desinfecção em qualquer brinquedo ou outro objeto após o uso.

Dessa forma, os depoimentos revelaram que, na hipótese de construírem um novo espaço de recreação, buscariam a ambiência hospitalar, de forma a valorizar a confortabilidade tanto para profissionais de saúde, com armários suficientes para acomodação do material de trabalho, quanto para crianças e adolescentes, que poderiam usufruir de um ambiente com jogos, brinquedos e materiais para atividades recreativas.

Os participantes justificaram que ampliariam o horário de funcionamento da unidade, pois tais atividades e brincadeiras promoviam bem-estar entre aqueles que frequentavam o espaço de recreação. Nele, conseguiam esquecer, ainda que por breves momentos, que estavam hospitalizados:

Eu gosto da recreação da tarde porque eu acho que você **se distrai**, você pinta, você pensa, **recorta, cola**, você faz uma atividade nova todo dia [...], eu fiz um sapinho **[atividade com sucata]** (Sofia B, 11anos, E.16).

Eu gosto de ir na recreação, **jogamos jogos, pintamos e assim distraímos** (João, 15 anos, E.24).

[...] a escolinha também é bem legal, porque você fica o tempo todo sem fazer nada, quando chega na escola você até estranha um pouco, acho bem legal, porque eles estão tentando fazer **você se sentir não no hospital**, mas em casa, estão tentando fazer você levar a rotina que você tinha, isto é bem legal (Helena, 16 anos, E.29).

Quando eu estou **pintando é um momento de paz**, parece que eu nem estou aqui (João Galina, 10 anos, E.28).

Como observado nos relatos, as atividades de recreação, tais como pintura, recorte, cola, aproveitamento de sucata, além dos jogos recreativos, constituíam a maneira encontrada por crianças e adolescentes para lidar com o processo de hospitalização.

Segundo Valladares (2003), essas atividades possibilitam que exteriorizem e manifestem seus sentimentos, deixando fluir a imaginação na perspectiva artística.

Contribuem também para que a criança alcance um melhor equilíbrio emocional, no sentido de aceitar situações indesejáveis decorrentes do processo de hospitalização.

De acordo com Ferreira et al. (2014), o brincar é essencial para o desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo da criança. Mesmo quando hospitalizadas, as brincadeiras oportunizam que vivenciem situações envolvendo brinquedos e pessoas, que possibilitam modificar seu espaço e resgatar a realidade social, familiar e lúdica (LIMA; MAIA; MITRE, 2015). Para Aldiss et al. (2008), o brincar pode promover distração, fuga da realidade, alívio do ócio e do tédio. Magnabosco, Tonelli e Souza (2008) e Sabino (2015) assinalaram que o brinquedo pode ser uma estratégia que auxilie a equipe de saúde na realização de procedimentos invasivos e dolorosos na criança, pois, promove a interações entre crianças e adolescentes e profissionais de saúde.

Diante do exposto, o brinquedo pode ser considerado também uma ferramenta da ambiência hospitalar, pois favorece o emergir de subjetividades, uma vez que facilita a compreensão da criança e do adolescente sobre seu estado de saúde, necessidade de realização de procedimentos e o próprio processo de hospitalização.

Além dessas atividades desenvolvidas no ambiente de recreação, os participantes relataram também que gostavam dos **palhaços** [Cia do Riso] que visitavam a enfermaria:

[...] que venham mais pessoas fazer atividades com as crianças. Tem palhaços aqui, **que venham sempre**, é muito bom, **para alegrar** (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

[...] eu gosto quando **os palhaços** vêm, **eu me divirto** (Andressa, 10 anos, E.22).

Eu gosto das atividades que têm terça e quinta, que são **os palhaços**, eu acho legal. Deveria **ter mais alguma coisa parecida** com isto (Raquel, 16 a. E.23).

Gostaria que **o palhaço** do riso viesse mais vezes, todos os dias, para fazer as **pessoas rirem**, porque, às vezes, elas [as crianças] **ficam tristes** porque estão aqui (Sofia C., 8 anos, E.27).

Nos relatos, verbalizaram que **os palhaços fazem as pessoas rirem, alegram, divertem, aliviam a tristeza** e, por isto, gostariam que frequentassem mais vezes o hospital.

Em pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, Martins et al. (2016) analisaram as repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. Para tanto, entrevistaram dez enfermeiras e 21 técnicos de enfermagem em um hospital localizado em Cajazeiras- PB. Os resultados revelaram que a atividade possibilitava o estabelecimento de vínculo entre a equipe de enfermagem, as crianças e seus acompanhantes.

Esteves, Antunes e Caires (2014) acrescentaram que os palhaços, por meio da brincadeira e do humor, quebram o “gelo”, promovem o riso e a alegria. Desta forma, podem amenizar a ansiedade, a tristeza, ou seja, o impacto emocional da hospitalização e assim promover uma imagem mais positiva do hospital, do tratamento e dos cuidados hospitalares, proporcionando bem-estar, além disso, facilitam a livre expressão, criatividade, exploração e conhecimento do mundo e o consequente desenvolvimento psicossocial.

Apesar dos adolescentes participarem e concordarem que tais atividades são essenciais para promoção de bem-estar, alguns classificaram-nas como tipicamente **infantis**, ou seja, voltadas para crianças e não a eles. Assim, sugeriram refletir sobre novas opções:

Eu acho que as atividades aqui são **muito infantis** para a idade que temos [...] eu acho que às vezes fica muito infantil, pintar um quadrinho, acho que deveria ter alguma coisa mais para a nossa idade, mas não consigo pensar em nada agora (Raquel, 16 anos, E.23).

Segundo Barros et al. (2016), as crianças e os adolescentes se interessam por uma ou outra brincadeira, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontram. Os autores realizaram uma pesquisa de abordagem qualitativa com 56 crianças e adolescentes, entre 0 e 17 anos, internados em um hospital no interior do estado de São Paulo, com objetivo de construir um protocolo de atendimento à criança que necessitava permanecer em repouso no leito durante a hospitalização. Observaram que aquelas entre 6 e 10 anos preferiram atividades grupais como jogos estruturados que demandam parceiros para sua execução. Já as crianças e os adolescentes com idades entre 11 e 14 anos preferiram jogos como **Uno, jogo da memória e banco imobiliário**. Os adolescentes entre 15 e 17 anos optaram por atividades nas quais o brincar fosse apenas mediador para que pudessem conversar com os brinquedistas. Em contrapartida, Marques et al. (2016) realizaram uma

pesquisa de abordagem qualitativa com 29 profissionais de saúde de um hospital no Sul do Brasil, com o objetivo de descrever a perspectiva da equipe de enfermagem sobre a utilização do lúdico no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados. Assinalaram que os adolescentes preferiam atividades tecnológicas e individualistas.

Na presente pesquisa, observou-se que, apesar de sugerirem reflexão sobre novas atividades, eles frequentavam a recreação e brincavam com jogos tipo uno e banco imobiliário, porém preferiam a pintura, apesar de não gostarem de desenhar, como verificado durante a coleta de dados, que se iniciou com um desenho.

Nessa perspectiva, não só os adolescentes, mas também as crianças, sugeriram a inclusão de **outras atividades e brincadeiras** no espaço no hospital:

Poderia ser colocado um **videogame**. Eu gosto de **jogar videogame** para passar o tempo e me divertir, tem também on-line, que dá jogar com meus primos [...] futebol, de carro, GTA [nome do jogo] [...]. Teve um dia que joguei GTA com um cara lá da Argentina, da Colômbia também já joguei (Bruno A, 14 anos, E.10).

Videogame [...] tem de corrida, tipo fórmula 1 [...] futebol [...] (Kauan, 16 anos, E.6).

Os jogos eletrônicos permitem que as crianças, inclusive aquelas restritas ao leito, fantasiem e participem virtualmente de atividades não permitidas para o momento, tais como jogar futebol (GOMES, 2011). Segundo Neves, Alves e Gonzales (2015), essas experiências proporcionam sensações boas e de prazer, além de amenizarem angústias, ansiedades, tristezas e o isolamento causado durante o período de internação.

Além de jogos eletrônicos, os participantes também incluíam outras brincadeiras:

Eu gostaria que tivesse brincadeiras, **brincadeiras antigas**, tipo pega-pega, esconde-esconde, cobra-cega. Isto me ajudaria passar o tempo aqui (Sofia C, 8 anos, E.27).

[...] e também poderia fazer um esporte [...] aqui dentro não tem como, mas lá embaixo poderia [...]; um **pingue-pongue ou uma sinuca, jogar bola** [...], é jogar bola não tem como, até tem, mas vai ser ruim [...] é porque aqui fica 21 dias sem fazer nada e depois, até acostumar, quando eu saio daqui eu demoro dois dias para me acostumar, **jogar bola de novo, correr, andar. Uma sala de jogos deveria ter uma esteira para andar** [...]. **Os jogos que tem aqui são de ficar parado**, é tudo tipo, dama, banco, se for assim, não vai adiantar muito, vai ficar parado do mesmo jeito (Bruno A, 14 anos, E.10).

Foram sugeridas atividades e brincadeiras que faziam parte das antigas rotinas dos participantes, o que, segundo eles, permitiria que se lembrassem do passado e, assim, poderiam esquecer que estavam em um ambiente hospitalar. Vale destacar que optaram também por atividades de maior impacto físico, as quais, a depender da enfermidade, não poderiam ser por eles praticadas. Este aspecto também foi verificado por CICOGNA (2009), em estudo qualitativo realizado com dez crianças e adolescentes internados em um hospital no interior do estado de São Paulo.

Como já mencionado, além do espaço de recreação já existente na unidade, as crianças e os adolescentes também implantariam uma **sala de música**, pois, segundo eles, ouvir música distrai:

Bom, eu desenhei uma **sala de música** [...], que ensine não só como tocar instrumento, mas a cantar também algumas músicas. Gostaria que tivesse um professor que tocasse e ensinasse. É que lá em casa, eu tenho meu violão e minha viola [...] (Diego, 15 anos, E.3).

Quando fico triste gosto **de ouvir música** para me distrair (Helena, 16 anos, E.29).

Diego, 15 anos, desenhou como seria a sala de música do seu hospital, com violão, viola e teclado, conforme ilustrado no desenho:

(Diego 15 anos, E.3)

Segundo Corrêa e Guedelha (2009), a utilização da música na unidade de pediatria pode proporcionar efeitos benéficos de relaxamento, tranquilidade e facilitar a interação entre criança e equipe, gerando um ambiente alegre, calmo e sereno para todos.

Corroborando, Ortiz et al. (2017) realizaram um estudo qualitativo com 41 pais de crianças entre 4 e 11 anos internadas em uma emergência pediátrica na cidade de Nova York, nos Estados Unidos, com o objetivo de investigar a percepção dos mesmos sobre a terapia com música enquanto se realizava uma punção venosa. As crianças tiveram liberdade de escolher a música que gostariam de ouvir. Os resultados revelaram que a música minimizou os efeitos adversos desse processo, amenizando angustias, ansiedade e medos, favorecendo um enfrentamento saudável e adaptativo do procedimento.

Nesse sentido, Ugly et al. (2016) desenvolveram um estudo clínico randomizado para avaliar o efeito da música sobre 24 adolescentes submetidos a transplante de célula-tronco hospitalizados em um hospital na Suécia. A terapia com música foi realizada duas vezes por semana no grupo de tratamento e comparada com um grupo controle. Os resultados indicaram que esta prática, contribui para que a criança ou o adolescente vivencie um processo de hospitalização menos traumático.

Em síntese, tais espaços podem transformar o tempo de permanência no hospital em uma experiência menos traumática, pois possibilitam romper com a rotina e focar nas brincadeiras e na diversão, o que impacta positivamente na saúde de crianças.

3) Planejamento do refeitório e da alimentação servida

Com relação ao refeitório, modificariam a estrutura física, de modo a comportar mesas e cadeiras suficientes para acomodar todos os pacientes em um mesmo horário:

Poderiam **ter mais mesas** no refeitório porque não tem lugar **suficiente para todos sentarem** (Jennifer B, 12 anos, E.26).

[...] aumentaria o refeitório para o dobro do tamanho, **é muito apertado**, assim, **todos poderiam ficar juntos** (Helena, 16 anos, E.29).

Como pode ser visto nos relatos, o refeitório não seria apenas um espaço de alimentação, mas também **de encontro e conversas**, o que é positivo, pois, como já pontuado, o diálogo entre pares promove a distração e contribui para uma experiência mais positiva da hospitalização (ROLLINS, 2009).

Flor de Luz, 15 anos, acrescentou que a **alimentação seria servida em recipientes coloridos**, a fim de proporcionar bem-estar a crianças e adolescentes hospitalizados, como descrito abaixo:

[...] na refeição, as bandejas poderia ser **mais bonitinhas, coloridas**. Eu queria muito que eles **mudassem aquela bandeja fechada**, que eles sumissem com aquela bandeja (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

Eu mudaria muita coisa na comida [se eu fosse o chefe], **o tempero, não deixaria tampada** a comida do jeito que é tampada porque dá um cheiro ruim [...]; a comida fica tampada, na hora que abre dá um enjoo, que, pelo amor de Deus [...], poderiam **mudar o recipiente de servir** (Bruno B, 17 anos, E.11).

O depoimento de Flor de Luz, 15 anos, vai ao encontro dos resultados da pesquisa de Silva e Mauricio (2013), realizada com 26 pacientes hospitalizados em um hospital na cidade de Maringá-PR. Nela, os autores relataram o desejo dos participantes de que a alimentação fosse servida um refratário mais atraente e colorido.

Nessa perspectiva, Ginani e Araujo (2001) assinalaram que é pela visão, primeiramente, que as pessoas avaliam se irão ou não gostar de um alimento. Para Araujo (2001), os alimentos, por si só, não são suficientes para produzir nos seres humanos o desejo de comer, sendo necessário torná-los atraentes, com cores variadas, diferentes tamanhos e formatos, principalmente nos hospitais onde as pessoas geralmente necessitam de uma alimentação que favoreça o restabelecimento de sua saúde. Entretanto, justamente nestes ambientes são usadas cores semelhantes em todos os pratos, pelo fato das refeições serem produzidas em escala, mediante prescrição médica.

Assim, em busca de uma **alimentação mais atrativa**, os entrevistados descreveram quais alimentos preferiam:

Sinto mais falta da comida da minha mãe, o arroz dela eu acho bem gostoso. Ela coloca um tempero lá do Piauí que minha vó trouxe, que fica bem gostoso, acho que é azeite de coco, não sei explicar direito, acho que é uma gordurinha que ela coloca no arroz, aí ela mexe, fica soltinho, fica gostoso, **aqui no hospital poderia ser assim** (Andressa, 12 anos, E.22).

Se eu fosse o chefe eu iria mudar para **não fazer a comida muito seca** (Dante, 15 anos, E.17).

[...] **o feijão mais mole, mais gostoso, com mais sabor, uma comida mais gostosa** para eu **não querer ir embora logo** [...]. Eu mudaria a comida para melhor, e gostaria que tivesse arroz, salada, feijão, carne sem gordura [...]. Tem arroz, mas o arroz e o feijão são duros, a carne é mais ou menos, de vez em quando é boa (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

Emergiu, dos relatos, o desejo da criança estabelecer uma comunicação efetiva com o nutricionista, a fim de informar suas preferências alimentares:

Eles [nutricionista] poderiam entrar no quarto e perguntar: **hoje você quer pão com manteiga ou pão com presunto e muçarela?** Ou só presunto ou só muçarela? (...). Dar uma coisa diferente para comer, porque, às vezes, você enjoa da comida daqui, aí você não quer comer, aí eles [nutricionista] reclamam (Sofia B, 14 anos, E.16).

Segundo ALVES et al. (2008), ao preparar uma dieta para a criança hospitalizada, deve-se considerar suas particularidades e individualidades, sendo que, na medida do possível, deve-se oferecer opções de alimentos que atendem a suas preferências, com a intenção de favorecer a aceitação.

No relato abaixo, Laura Júlia, 12 anos, descreveu o que gostaria de ter em suas refeições:

Eu gosto de **alface, tomate, pepino, cebola-roxa** [...]. Eu queria que eles fizessem a desinfecção das saladas para eu poder comer, estou com muita vontade de comer salada e eu não posso comer salada porque agora que eu fiz quimio [quimioterapia] estou com a resistência baixa e tem que ser tudo esterilizado. A nutricionista falou que aqui eles só lavam e não esterilizam, então é mais fácil de pegar qualquer bactéria, por isto que eu não posso comer salada (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

Pacientes oncológicos pediátricos, em geral em quimioterapia, assim como Laura Júlia, não devem ingerir verduras e outros alimentos crus, exceto se preparados conforme orientações médicas ou de nutricionistas (VALLE; RAMALHO, 2008). Deve-se ter um cuidado especial com a higienização dos alimentos, os locais

onde ficam armazenados e são preparados. Neste estudo, um participante referiu conhecimentos acerca da necessidade de higienização adequada dos alimentos.

As crianças e os adolescentes relataram ainda que mudariam o horário das refeições, pois, segundo eles, a **janta** e o **café da noite**, como denominam, **são servidos muitos próximos**:

[...] também tem **a janta, que é muito cedo**, e à noite tem o café da noite, que é às 19h horas, é muito ruim, pois é muito cedo e depois comemos de novo só às 8h da manhã do outro dia [...], poderíamos jantar às 19h/20h30 e o café da noite ser às 10 horas (Bruno A, 14 anos, E.10).

A janta daqui é **muito cedo**, é 17h30, depois vem **o café da noite** [19h30] e depois só o café da manhã. Eu fico com fome porque aqui é tudo cedo [...]; de tarde e de noite dá mais fome; em casa eu não sinto esta fome porque é mais tarde, o jantar poderia ser 19h e o café da noite às 10 h (Andressa, 12 anos, E.26).

Essas observações dos participantes são válidas, pois, segundo Kudo e Barros (2009), o horário das refeições, a quantidade e os diferentes modos de preparos são elementos que podem comprometer a adesão ao plano terapêutico e, conseqüentemente, dificultar o restabelecimento da saúde.

4) Animais de estimação seriam permitidos

As crianças e os adolescentes expressaram saudades dos seus **animais de estimação**, alguns, inclusive, sugeriram que eles pudessem ser trazidos ao hospital:

Trazer **um animal também**, um gato, um cachorro (Girlande, 13 anos, E.1).

Mas **meu gatinho** poderia vir (Giovana, 12 anos, E.13).

[...] eu gostaria de trazer **minhas calopicitas**, eu iria ficar feliz, eu adoro brincar com elas, comiam no meu prato, mas agora não pode mais. O nome dela é Júlia e a do meu irmão é o Jack (Laura Júlia, 12 anos, E.30).

Girlande, 13 anos, desenhou seu cachorro passeando no hospital:

(Girlande, 13 anos, E1)

A visita de animais no hospital promove um clima de descontração entre crianças, familiares e profissionais, proporciona atividade de lazer, relaxamento, diversão e interação lúdica. Segundo Reed, Ferrer e Villegas (2012), esta prática pode facilitar a inserção da criança na sociedade, reduzir os níveis de dor e ser utilizada como ferramenta educacional para ensinar sobre a importância do autocuidado, principalmente aquelas com patologias crônicas que demandam adesão rigorosa ao tratamento. Almeida, Nascimento e Duarte (2016) acrescentam que a interação com animais pode favorecer o encontro de subjetividades entre crianças, adolescentes e profissionais de saúde. Tal iniciativa é reconhecida como uma estratégia efetiva de humanização da assistência, em conformidade com as diretrizes do Programa HumanizaSUS (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, estudo exploratório descritivo transversal, realizado com 14 crianças e adolescentes internados na pediatria de um hospital no Rio Grande do

Sul, teve como objetivo verificar a interação lúdica entre crianças e cães na atividade assistida por animais. Tal estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e pelo Comitê de Ética em Experimentação de Animal. O estudo foi constituído por três fases. Na primeira, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde para explicar o objetivo do estudo. Na segunda, construiu-se um protocolo em conjunto com a comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), que continha cuidados e preocupações relacionados com a segurança das crianças e dos adolescentes, bem como recomendações de higiene para evitar efeitos adversos. Na terceira, foram selecionados cinco cães coterapeutas do projeto Pet Terapia, os quais foram previamente adestrados e capacitados para a terapia assistida por animais, tinham a vacina atualizada e também passaram por um controle de endoparasitas e ectoparasitas, higienização com shampoo neutro e sem perfume. Na pesquisa, foram realizados quatro encontros semanais entre as crianças e os animais por cerca de 60 minutos. Os resultados revelaram que a terapia assistida por animais proporcionou aos entrevistados descontração, alegria, desvio da atenção do ambiente hospitalar, assim como amenizou medos, ansiedade e o estresse provenientes da hospitalização, além de proporcionar uma ambiência acolhedora, de modo que os participantes se tornaram mais comunicativos (PEREIRA et al., 2017).

Estudo qualitativo desenvolvido em uma instituição de oncologia pediátrica no estado de São Paulo, cujo objetivo foi compreender a experiência vivenciada por 11 enfermeiros em relação ao uso da terapia assistida por animais com crianças e adolescentes. Foi explicado aos pais que, embora as crianças estivessem imunocomprometidas em virtude da quimioterapia, os animais tinham sido vacinados e avaliados previamente, a fim de assegurar que não trariam riscos à saúde de seus filhos. Os resultados revelaram que a terapia assistida por animais pode amenizar o estresse proveniente da quimioterapia, proporcionando à criança felicidade e alegria ao permanecer ao lado do cão terapeuta durante o procedimento. Além disso, ela se tornou mais tranquila e colaborativa e contribuiu também para uma comunicação mais efetiva com a família e os profissionais de saúde. O ambiente, por sua vez, também se tornou mais divertido e descontraído. Concluiu-se que a terapia com animais ainda apresenta vantagens para o enfermeiro, por proporcionar bem-estar

ao aliviar a tensão e o estresse gerados pelas difíceis situações do cotidiano (ALMEIDA; NASCIMENTO; DUARTE, 2016).

Ichitani e Cunha (2016) realizaram uma pesquisa de intervenção de abordagem quantitativa em um hospital na cidade de São Paulo, com objetivo de avaliar os efeitos da atividade assistida por animais na sensação de dor de 17 crianças e adolescentes hospitalizados. Os animais utilizados foram dois cachorros de grande porte, que passaram por avaliação de comportamento, tais como: reações frente desconhecidos, voz alta, ambientes lotados, forte abraço e, ainda, foi verificado se obedecia ao condutor. Foi também atualizado o calendário vacinal, realizado banho, controle de endoparasitas e ectoparasitas, a fim de garantir a segurança dos participantes. Na coleta de dados, foi utilizado uma escala para saber o nível de dor apresentada pelos participantes. Desta forma, perguntava-se ao participante da pesquisa qual era o nível de dor apresentado, antes da sessão com os animais e após a sessão, que durou 5 minutos. Os resultados indicaram que a interação com os animais pode amenizar significativamente a sensação de dor em crianças e adolescentes hospitalizados.

Como visto, a literatura aponta que os animais podem proporcionar benefícios aos diversos atores que participam do processo de hospitalização, porém sabe-se, que estes podem ser um transmissor de microrganismo, causador de doenças. Desta forma, segundo Silveira, Santos e Linhares (2011), caso o hospital adote esta terapia, é necessário que se implementem e se monitorem medidas e critérios de segurança para todos os envolvidos, a fim de evitar que estes animais sejam veículos de transmissão de doenças no ambiente hospitalar, principalmente entre as crianças com câncer, devido ao estado de imunossupressão em que se encontram, o qual favorece o aparecimento de infecções oportunistas.

5) Realizar previsão e provisão de materiais

As crianças e os adolescentes, **na condição de chefes da unidade**, ao projetarem seus próprios hospitais, **mostraram-se bons gestores**, pois destacaram a necessidade de previsão e provisão de materiais, assim como de supervisão na administração de medicação e limpeza da unidade:

Alguns equipamentos **estão em falta** [...]; quando alguma enfermeira está usando, a outra chega para pedir emprestado [...]; os suportes de colocar soro, elas procuram bastante, e o esfigmo [esfigmomanômetro], deveriam comprar mais (Helena, 16 anos, E.29).

Porque é melhor **ter mais cadeiras de rodas**, às vezes eu quero e não tem (Marcelo, 10 anos, E.20).

Teria que tivessem **algumas fitas para prender** [...], **esparadrapo**, porque, às vezes, quando está suando o corpo e vai colocar [micropore] solta, tem que ter fita (João Galinha, 10 anos, E.28).

Os participantes revelaram-se também bons observadores, pois pontuaram a necessidade de adquirir materiais de uso diário, bem como equipamentos essenciais à unidade.

Segundo Greco (2004), a gerência da unidade hospitalar deve estar atenta aos aspectos que envolvem previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para um bom funcionamento do serviço, tal como destacado pelos participantes deste estudo, os quais relataram que, nos seus próprios hospitais, os profissionais de saúde atentariam para os **horários das medicações** e ao bom **funcionamento das bombas de infusão**:

[...] **mais atenção nos horários da medicação**, eles atrasam um pouco às vezes. Por que se quem é diabético não tomar os remédios na hora certa, passa mal, sente tremor, vontade de vomitar, vontade de desmaiar (Kauan, 16 anos, E.6).

Mais atenção, às vezes eles **esquecem do horário** e você tem que avisar [...]. Tenho que tomar remédio, tem que ver a glicemia. Às vezes, eu até entendo pelo fato de ter bastante paciente, mas eles tinham que ser mais rápidos, mais ágeis, mais atenciosos (Manu, 15 anos, E.14).

O que também eu acho ruim, é que muitas vezes acontece isto, quando a bomba apita e o enfermeiro não está aqui, demora muito para o enfermeiro vir. Isto acontece mais à noite, sempre por volta da meia-noite. O enfermeiro teria que ficar mais aqui perto para poder ouvir [...]; eu não faço nada, o que eu posso fazer? Não posso sair daqui, quando estou tomando soro, quando a bomba apita avisando que acabou o soro, a médica ou não escuta ou não vem, aí fica ruim (Bruno A, 14 anos, E.10).

Corroborando, o decreto 94.406 de 8 de julho de 1987 determina que o enfermeiro é responsável pelo aprazamento das medicações prescritas e os técnicos e auxiliares de enfermagem, por administrá-las.

Os entrevistados também relataram que, na condição de chefes da unidade, iriam atentar para a **limpeza hospitalar**, de modo que o hospital permanecesse limpo:

Eu e minha amiga viemos aqui no lanchinho da noite para comer bolacha de maisena, quando olhamos para as cadeiras, **todas sujas, cheias de comidas** [...] No almoço ontem veio um frango e o frango caiu, do jeito que caiu ele ficou ali, mais de horas, aí a mãe de um amigo que está no quarto começou a limpar aqui, colocar as cadeiras ali, ajeitar, estava tudo sujo, comida no chão [...] Ficou um cheiro não muito agradável [...] o frango ficou aqui até de manhã, na hora que eu vim tomar café da manhã ainda estava [...] No almoço, deram **uma limpada**, mas não foi grande coisa não [...], precisava ter uma higiene melhor (Sofia B, 11 anos, E.16).

[...] **mais higienização** em todos os banheiros, umas três ou quatro vezes por dia; o banheiro aqui é muito sujo (Kauan, 16 anos, E.6).

[...] **a limpeza** do banheiro dos pacientes, a limpeza do banheiro das mães e dos acompanhantes, melhor limpeza do hospital [...]; **até limpam**, mas é meio ruim, poderiam limpar só um vez por dia, mas tinham que limpar de acordo (João, 15 anos, E.24).

Na figura abaixo João, 15 anos, descreveu como seria o seu hospital:

(João, 15 anos, E.24)

A confortabilidade, prevista na ambiência hospitalar (BRASIL, 2010b), também pressupõe acesso a instalações hospitalares devidamente higienizadas. A limpeza e desinfecção de superfícies são elementos que trazem sensação de

conforto e bem-estar para pacientes, profissionais e familiares que utilizam os serviços, sendo imprescindíveis no controle das infecções, por reduzirem a presença de micro-organismos nas superfícies e no ambiente hospitalar com um todo (BRASIL, 2012).

6) Espaço ao ar livre

Como observado nos relatos, o ambiente da pediatria se mostrava estressante, quente, pouco atrativo, sem cor, sem privacidade, com predomínio da cor branca. Por este motivo, os entrevistados preferiam ficar na **pracinha do hospital**, pois era **fresco, havia ar puro, flores e rosas e nele circulavam pessoas diferentes, o que lhes proporcionava bem-estar, acalmava e amenizava a ansiedade**:

Gosto de descer na pracinha, dar uma passeada com minha mãe, **conversar com ela** [...]; eu desço lá embaixo, mais **para conversar** com minha mãe, **para ter um tempo só para nós dois**, porque aqui em cima nem isto temos, aqui tem muitas pessoas (João 15 anos, E.24).

Eu gosto de ficar lá fora, andar lá embaixo, ficar fora do quarto é melhor, **fico mais tranquila, acalma, me sinto melhor**. Lá embaixo é melhor do que aqui, porque lá embaixo **tem mais liberdade**, eu acho. Lá eu passeio, vejo **as árvores** (Raquel, 16 anos, E.23).

Deveria **ter um parquinho** lá na pracinha, pois ficam muitas crianças aqui, ficam várias crianças, ficam um ano, nove meses, um mês. Assim, para mim, deveria ter um parque, com **balanço, escorregador** (Girlande, 13 anos, E.1).

Eu gosto de ficar lá embaixo, porque é mais **fresco o ar e me sinto melhor**. Lá tem muitas **árvores**, é bom ficar lá sentado e também bate sol, não um sol forte, porque eu também não posso ficar tomando um sol forte, mas tomar um sol. Eu acho um pouco errado eles não deixarem descermos [sem acompanhantes]. Eu acho que os adolescentes poderiam descer, não somos mais crianças, somos adolescentes, não somos mais criancinhas, deveriam [a equipe] deixar nós descermos sozinho. Os adolescentes acima de 14 anos já têm responsabilidade, poderiam descer sozinhos. Criancinha não pode, porque criancinha não sabe, às vezes tenta fugir, às vezes sai, às vezes se perde, mas adolescente poderia sair, eu acho (Bruno A, 14 anos, E.10).

Eu acho que seria bom ter um lugar para ficar **ao ar livre**, sair um pouco do quarto, uma área de lazer. No meu hospital este espaço teria **brinquedos para as crianças, balanço, escorregador** [...]; se tivesse calor, nem todos podem, mas para quem pode, se tivesse uma piscina também, ou algum lugar assim que pudesse brincar, para descontrair um pouco, igual nas pracinhas que tem aqueles aparelhos de ginástica, poderia ter neste lugar também [...] seria bem legal também, porque seria uma forma de praticar algum exercício e **ainda respirar um ar puro, ver árvores** (Helena, 16 anos, E.29).

[...] eu fico **meio ansiosa, eu fico agitada**, dá **uma agonia ficar aqui**, eu não consigo ficar parada por muito tempo, poderia ter um lugar que tivessem sabe aqueles **brinquedos de parquinho para brincar**, para não ficar tão parada [...] na praça, você **vê mais pessoas diferentes**, aqui você vê só pessoas de branco, só médico (Jennifer B, 12 anos, E. 26).

Lá embaixo tem **flor, rosa** para ficar vendo e **ar puro** (João Galinha, 10 anos, E.28).

Como pode ser visto nos relatos, as crianças e os adolescentes acrescentariam ao hospital um parquinho infantil, além de aparelhos de ginástica, corroborando o encontrado por Dobbert (2010), pois, segundo esse autor, as áreas verdes contribuem com a terapêutica realizada na medida em que reduzem os efeitos negativos da hospitalização, proporcionando bem-estar.

Nesse sentido, pesquisa qualitativa e quantitativa realizada por Said, Siti, e Mohd (2005) teve o objetivo de investigar os benefícios de um ambiente natural para a criança hospitalizada. Participaram da investigação 31 crianças entre 6 e 12 anos, internadas em um hospital na Malásia. Tal ambiente tinha uma área de 878,8m², localizada ao lado da enfermaria, de modo que os pacientes poderiam vê-la de suas camas através de janelas de vidro. O espaço era composto por pistas de caminhada, campos de gramas e de areia para jogos, campo de boliche, parquinho infantil, além de árvores e flores, e sete bancos em áreas de sombra para descanso. Uma parede da ala era pintada com desenhos de animais, brinquedos e árvores, inspirados em 22 livros infantis. Os resultados evidenciaram que 81% dos pacientes preferiram estar no jardim do que na ala, pelo fato ser um espaço ao ar livre, alegre, leve, com odor refrescante, ar fresco, som agradável, vista panorâmica, lugar para várias atividades, além de nele não se sentirem confinados e terem a sensação de estarem em casa. Os autores concluíram que os espaços naturais promovem o restabelecimento da saúde no paciente, pois favorecem o funcionamento cognitivo, físico e social.

Corroborando, Khan et al. (2016) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto terapêutico de plantas, folhagem e arranjos florais em 270 pacientes cirúrgicos, distribuídos aleatoriamente em duas enfermarias hospitalares, A e B. Na primeira, havia plantas e flores e, na segunda, elas não estavam presentes. Os resultados evidenciaram que, na enfermaria A, o consumo de analgésico, a ansiedade e a fadiga foram reduzidos significativamente em relação à

B. Além disso, na primeira, os pacientes apresentaram um humor mais positivo, eram mais sociáveis, ativos e amigáveis com seus pares e membros da equipe de enfermagem.

Tais estudos, bem como os achados da presente investigação, advogam sobre a importância de inserir áreas verdes nos hospitais, a fim de melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes hospitalizados.

Estudo qualitativo realizado por Bergan (2009) com crianças internadas em um hospital público do Rio de Janeiro teve o objetivo de identificar as necessidades e os **critérios para adequação do espaço**. Os resultados revelaram que, na hipótese de construir um novo hospital, atentariam para a ambiência, de forma a valorizar a confortabilidade, principalmente em relação aos seguintes aspectos: ventilação, iluminação, cores, privacidade e qualidade do atendimento. Assim como revelaram os resultados do presente estudo, também implantariam um espaço de lazer e de interação para as crianças, como parquinho e sala de brinquedos.

Em síntese, observa-se que os participantes do presente estudo, ao projetarem seus próprios hospitais, preconizaram que o modelo de atenção de saúde da instituição projetada fosse centrado na criança, semelhante ao estudo desenvolvido por Brito et al. (2009), com valorização da política de humanização e da ambiência hospitalar, dos aspectos de individualidade, conforto e, sobretudo, bem-estar para os envolvidos, considerando as diferentes necessidades dos indivíduos, suas singularidades e subjetividades.

Dessa forma, o hospital seria um lugar que teria privacidade; lugar que serviria comida agradável; lugar que permitiria a aproximação da família e por fim um lugar atrativo, além de um ambiente de fazer amigos, que tem atividades lúdicas e ainda um instrumento para cura.

Destaca-se que, ao final deste estudo, foi solicitado que os entrevistados opinassem sobre suas participações na pesquisa, sendo obtidas as seguintes opiniões:

Gostei de participar, eu falei o que está na minha cabeça (Flor de Luz, 15 anos, E.9).

Estou gostando (Giovana, 12 anos, E.13).

Legal, é bom falar o que pode ser melhorado, para a gente ficar melhor (Sofia B, 11 anos, E.16).

Boa [a entrevista] porque é o que poderia ter no hospital e o que não poderia [...], isto pode deixar o hospital melhor (Gabriel, 15 anos, E.18).

Está legal. Eu gostei (Raissa, 13 anos, E.19).

Muito legal, falei tudo o que precisa aqui (Andressa, 12 anos, E.22).

Gostei, pode ajudar a mudar muitas coisas (João, 15 anos, E.24).

As crianças falam o que elas sentem, o que elas queriam aqui, elas gostam de falar sobre estes assuntos (Jennifer B, 12 anos, E.26).

Deveria continuar [o estudo] porque é bem legal. Eu gostei de participar e falar minha opinião sobre o hospital (Helena, 16 anos, E.29).

Eu achei boa porque eu falei de mim, o que poderia mudar aqui no hospital. Você deveria continuar fazendo isto [...] pode ajudar a melhorar algumas coisas (Laura Júlia, 13 anos, E.30).

Observamos que os participantes buscaram um hospital voltado para a humanização do cuidado à saúde e para a ambiência hospitalar com a intenção de promover um ambiente que favorecesse o seu bem-estar.

Ambiente que vai ao encontro ao hospital projetado foi implementado em um hospital no Rio de Janeiro- RJ, onde o setor de quimioterapia foi planejado com características do fundo do mar, por isto, foi denominado de “Aquário Carioca”, tanto o espaço, como as mobílias e os equipamentos foram estilizados com formatos e cores que lembram o fundo do mar. O tomógrafo, por exemplo, foi projetado como se fosse um submarino. O espaço contava ainda com DVDs educativos e videogames, equipamentos de áudio e vídeo, internet, impressora, o que além de promover a empatia entre a criança e o espaço, contribuiu para que o tempo na instituição fosse menos traumatizante (INSTITUTO DESIDERATA, 2013).

Apesar deste ambiente não se caracterizar como uma enfermaria pediátrica, é um espaço de convivência destinado a crianças e adolescentes e, portanto, tal experiência pode ser considerada durante o planejamento de enfermarias pediátricas. Em uma pesquisa de opinião realizada pela instituição, constou-se que após a reforma do setor transformando-o em Aquário Carioca, os usuários se sentiam mais felizes, apresentavam menos tristeza, raiva e vontade de chorar, além disso, o ambiente favorecia o encontro de subjetividades entre as crianças os adolescentes e os profissionais de saúde. Foi verificado também que este ambiente,

facilitou a adesão ao tratamento, promoveu o bem-estar e assim, produziu saúde naqueles que o habitavam (INSTITUTO DESIDERATA, 2013).

Nesse sentido, Bergan et al. (2009) enfatizam que quando o hospital é projetado para crianças e adolescentes, a hospitalização se torna mais efetiva, no sentido que favorece a produção de saúde.

Por fim, refletimos sobre a necessidade de pesquisas que valorizem a ótica da criança e do adolescente, o que também fortalecerá as políticas públicas de saúde, contribuindo para um cuidado integral, favorecendo o modelo de atenção centrado na criança e no adolescente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho emergiu de uma motivação pessoal para identificar quais são as necessidades de crianças e adolescentes hospitalizados com doenças crônicas, visto que a hospitalização pode ser potencialmente traumática para esses pacientes.

A princípio, a produção do material empírico foi complexa, pela dificuldade de aproximação e estabelecimento de vínculo entre a pesquisadora e a criança ou o adolescente hospitalizado. Fez-se necessária uma aproximação gradual, desde o primeiro dia de hospitalização até o momento de coleta de dados, com a pesquisadora frequentando a sala de recreação e participando das atividades desenvolvidas pelos potenciais participantes do estudo. Ainda assim, observou-se que apresentavam dificuldades de expressar os sentimentos decorrentes deste processo, não revelando o real sofrimento que a hospitalização poderia estar causando.

Nessa lógica, as crianças e os adolescentes, em sua maioria, classificaram o hospital como um ambiente ruim: lugar que toma injeção; lugar que tem pessoas doentes; lugar que afasta da família; lugar que não tem privacidade; lugar que serve comida ruim; lugar pouco atrativo. Entretanto, os entrevistados não identificaram apenas o lado negativo da instituição, mas apontaram também aspectos positivos, como um local onde constroem amizades e participam de atividades lúdicas, além de ser um instrumento de apoio para a cura.

Observou-se que as crianças e os adolescentes participantes do estudo, na maioria das vezes, se mostravam interessados e atentos ao processo de hospitalização, sabiam informar o nome de sua doença, das medicações em uso e dos exames realizados, embora nem sempre compreendessem os reais significados de sua internação. A explicação sobre o processo de hospitalização era, na maior parte das vezes, direcionada aos acompanhantes, em uma linguagem apropriada para adultos, de difícil compreensão para eles. Este fato motivou que se apoiassem na internet ou em seus acompanhantes para traduzir a linguagem utilizada. Apenas dois adolescentes afirmaram questionar a equipe de saúde sobre suas dúvidas, sendo atendidos e, portanto, sugerindo uma comunicação efetiva.

Nesse sentido, os participantes assinalaram que os profissionais de saúde deveriam esclarecer, com mais calma e mais atenção, as dúvidas sobre sua enfermidade, explicar os procedimentos e a evolução clínica, ou seja, revelaram o quanto almejam uma comunicação eficiente como elemento da humanização do

cuidado em saúde. Dessa forma, foi expresso que o fato de conhecer o diagnóstico favorecia a adesão ao plano terapêutico, além de reduzir o medo e a ansiedade provenientes deste processo.

Os princípios da humanização em saúde, assim como os da ambiência hospitalar, também ficaram evidentes quando as crianças e os adolescentes planejaram seus próprios hospitais, pois idealizaram um ambiente aconchegante, confortável, acolhedor, alegre, colorido, ou seja, uma unidade que fosse ao encontro da confortabilidade.

Assim, a enfermaria por eles projetada teria um espaço amplo, de forma a acomodar equipamentos como geladeiras, computadores com internet, para que se comunicassem com seus amigos e familiares, uma impressora, para impressão de desenhos, bebedouros de água, leitos com colchões confortáveis, para um sono agradável e tranquilo, além de um espaço aconchegante aos seus acompanhantes. Os móveis e equipamentos deste ambiente seriam organizados de modo a permitir a circulação de pessoas e favorecer o aflorar de suas subjetividades. Parte dos entrevistados preferiu quartos individuais, a fim de obter maior privacidade, e outros relataram preferência por enfermarias coletivas, por facilitarem a comunicação com os pares e contribuírem para maior bem-estar, mas, ainda assim, sugeriram maior valorização da privacidade.

Acresce-se que o espaço de recreação seria ampliado, a fim de acomodar um número de armários que suprisse a necessidade tanto da classe hospitalar quanto do setor de recreação; também seriam disponibilizadas réguas de O₂ e bombas de infusão suficientes para a demanda das crianças e dos adolescentes frequentadores do espaço. Neste ambiente, também seriam disponibilizados jogos e brinquedos, além de tintas e pincéis para as atividades. Foi também relatado que incluiriam atividades e brincadeiras que faziam parte de sua rotina, justificando que, ao se lembrarem de suas vidas diárias, poderiam esquecer que estavam em um ambiente hospitalar. Além disso, o horário de funcionamento do setor de recreação seria estendido ao período noturno e aos finais de semana. Também acrescentaram que construiriam uma sala de música, pois, segundo eles, a música distrai e ameniza os efeitos adversos da hospitalização.

Para o refeitório, projetaram sua ampliação e as refeições seriam servidas em recipientes coloridos, bem como mais saborosas e atraentes. Para tanto, a

nutricionista deste hospital deveria conhecer as preferências alimentares daqueles que ali estivessem, considerando suas particularidades, individualidades e especificidades e, na medida do possível, atendê-las. Também foi proposta a alteração dos horários das refeições, para que não ficassem tão próximas umas das outras, o que facilitaria a aceitação alimentar e reduziria o tempo entre a última refeição de um dia e a subsequente. Além disso, neste hospital seriam permitidas visitas de animais de estimação e haveria uma área ao ar livre, pois ambos são promotores do bem-estar.

Como pode ser observado, o hospital projetado incorporou os princípios da humanização e da ambiência hospitalar, preservando a confortabilidade e a expressão das subjetividades. Os participantes projetaram um hospital que contempla não só requisitos arquitetônicos, no sentido de torná-lo bonito, mas que promove mudanças no ambiente pautadas nos benefícios que trariam, tais como facilidades de comunicação com a equipe de saúde, melhor sabor dos alimentos e mais privacidade, além de proporcionarem tranquilidade, conforto, felicidade e alegria, aspectos condizentes com uma efetiva humanização do cuidado em saúde.

Ao dar voz à criança revelamos que os entrevistados desejam mudança do modelo de saúde, ainda centrado na doença, para outro que disponibilize espaço para o ser criança manifestar-se, o que poderia contribuir para um processo de hospitalização menos traumático e promotor do bem-estar, como já discutido.

Classificamos a comunicação como o ponto-chave para promoção do bem-estar, pois, além de ser uma ferramenta essencial para identificar as necessidades de saúde, pode diminuir a ansiedade e estresse do desconhecido.

Uma das estratégias usadas para estabelecer a interação na presente pesquisa foi iniciar o diálogo falando sobre temas de interesses dos participantes. Todavia, outros estudos poderiam ser realizados, a fim de verificar quais métodos favoreceriam o processo de comunicação com este público.

É notória a urgência que se tem de transformar o processo de hospitalização em uma experiência com menos efeitos adversos, pois o seu objetivo, a princípio, é restabelecer a saúde. No entanto, contraditoriamente ao observado tanto nesta pesquisa como na revisão de literatura, o processo de hospitalização, na maioria das vezes, foca na doença e se esquece da pessoa que está enferma, podendo causar, outras “doenças”.

Pode-se considerar, como limitação do estudo, o fato dos dados terem sido coletados em apenas um local, embora a revisão da literatura ofereça subsídios para afirmar que os resultados encontrados são semelhantes ao de outras pesquisas, tanto nacionais quanto internacionais.

Os resultados deste estudo podem motivar reflexões acerca de um cuidado em saúde centrado na humanização e na ambiência, capaz, portanto, de amenizar os possíveis traumas decorrentes da hospitalização de crianças e adolescentes.

Referências

- ALBANO, M. A. S.; CORREA, I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalário. **Investigación y Educación en Enfermeira**, Medellín, v. 29, n. 3, p. 370-380, 2011.
- ALCÂNTARA, P. L. et al. Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 432-438, 2016.
- ALDISS, S. et al. What is important young children who have cancer while in hospital. **Children & Society**, Chichester, v. 23, n. 2, p. 85-98, mar. 2008.
- ALMEIDA F. A. **Em busca da confiança necessária para viver criativamente pelo brincar: a criança diante da cirurgia cardíaca**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ALMEIDA, F. A.; NASCIMENTO, A. A.; DUARTE, A. M. Terapia assistida por animais: a experiência dos enfermeiros com o uso desta prática em um hospital oncológico. **Atas... Investigação Qualitativa na Saúde**, v. 2, p. 738-747, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/issue/view/13>>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Challenges of humanization in the context of pediatric nursing care of medium and high complexity. **Interface**, Botucatu, v.13, p.581-594, 2009.
- ALVES, C. C. et al. Abordagem nutricional no tratamento do paciente oncológico. In: CARVALHO, V. et al. (Orgs). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, p. 443-455; 2008.
- AMIGOS DO SORISSO. Disponível em <<http://amigosdosorriso.weebly.com/>>. Acesso 10 set. 2017.
- AMTHAUER, C.; SOUZA, P. S. Brinquedoteca hospitalar: a vivência de acadêmicos de enfermagem na prática assistencial da criança hospitalizada. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 572-578, jun./jul., 2014.
- ANDRADE, K. C. S. et al. Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 11, p. 9784-9792, 2015.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras; 1991.
- ARAGÃO, H. B. Notícia histórica sobre a fundação do Instituto Oswaldo Cruz (Instituto de Manguinhos). **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 48, p. 1-50, 1950.

- ARAUJO, E. F. M. A. L. **Separação familiar e desenvolvimento psíquico em crianças institucionalizadas**: um estudo qualitativo a partir de Contos infantis e da prova projectiva Pata Negra (L. Corman). 2016. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Faculdade de Ciência Sociais e Humanas, Universidade do Porto, Porto, 2016.
- ARAÚJO, W. M. C. **Alimentos, nutrição, gastronomia & qualidade de vida. Higiene alimentar**. São Paulo, v. 15, n. 80/81, p. 49-56; 2001.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1º ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2009. 282p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).
- AZEVEDO, D. M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 335-341, jul./set., 2007.
- BACKES, D. S. et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 163-170, 2007.
- BARDINI, R. et al. Prevalência de sonolência excessiva diurna e fatores associados em adolescentes universitários do sul catarinense. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 1, p. 107-124, 2017.
- BARROS, L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2010.
- BARROS, I. O. et al. Brincando no leito: criando métodos e perspectivas, **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 13, n. 2, p. 30-41 abr./jun., 2016.
- BARROS, S. D. O. L.; QUEIROZ, J. C.; MELO, R. M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam essa prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 598-603, out./dez., 2010.
- BARROSO, L. M. S. **As idéias das crianças e adolescentes sobre seus direitos**: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- BENDER, L. Psychopathic behaviour disorders in children. In: LINDNER, R. M.; SELIGER, R. V. **Handbook of correctional psychology**, New York: Philosophical Library; 1947.
- BENDER, L.; YARNELL, H. An observation nursery. **American Journal of Psychiatry**, v. 97, p. 1158-174, 1941.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O cotidiano do hospital ou "para uma ordem confusional". **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 7-18, jan./mar., 1998.

- BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BERGAN, C. et al. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 656-61, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v30n4/a11v30n4.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11º ed. São Paulo: Ática; 2008.
- BESSA, L. C. L. Câncer infantil: um diagnóstico difícil de ser informado. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 258-263, 1998.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014.
- BIRCH, J; CURTIS, P.; JAMES, A. Sense and sensibilities: In search of the child-friendly hospital. **Built Environment**, v. 33, n. 4, p. 405-416, 2007
- BORGES, A., A.; DUPAS, G. Communication between family and child: the meanings of interaction in the setting of childhood cancer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 731-737, 2016.
- BOWLBY, J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 25, p. 19-52 e 107-127, 1944.
- BOWLBY, J. **Attachment and loss (v.1), Attachment**. 2nd. New York: Basic Books, 1982.
- BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
- BRASIL. **Decreto nº 1151, de 5 de Janeiro de 1904**. Reorganiza os serviços de higiene administrativa da união. Rio de Janeiro, RJ, 1904.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 24 mai. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/** Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas.** Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais.** 1965. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em 15 de set. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1016, de 26 de agosto de 1993. Normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Brasília: Ministério da Saúde, 1993, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 7p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Comitê Técnico de Humanização. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, DF, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2º ed. Brasília, DF, 2010b. (Série B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/ambiencia.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4º ed. Brasília, DF, 2010a. (Série B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições de saúde**. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1, p. 163.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2002.

BRASIL. **Resolução SS- 165 de 12 outubro de 1988**. Dispõe sobre a adoção do programa Mãe participante nos estabelecimentos de saúde. Brasília, DF, 1988

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, p.77-101, 2006. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.191/1478088706qp063oa#.VBDeZsstBdg>>. Acesso em: 9 set. 2014.

BRITO, T. R. P. et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 802-08, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 51–60, 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/93.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

CAIRES, S.; ESTEVES, C. H.; ALMEIDA, I. Palhaços de hospital como estratégia de amenização da experiência de hospitalização infantil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 377-386, set. /dez. 2014.

CALVETT, P. U.; SILVA, L. M.; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Psic**, v. 9, n. 2, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167673142008000200011&script=sci_arttxt>. Acesso em: 24 ago. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU; 1995.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.

CIACO, R. J. A. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. 2010. 197 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2010.

CIBREIROS, S. A. **O cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado: subsídios para a enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, s.n; dez. 2007. 193p.

CICOGNA, E. C. **Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia**. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

CICOGNA, E. C.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G., Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 869-872, out. 2010.

CIGALA, A et al. Speaking about emotional events in hospital: the role of health-care professionals in children emotional experiences. **Journal of Child Health Care**, London, v. 19, n. 1, p. 84-92, 2015.

COA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.4, p.433-438, 2006.

COAD, J.; COAD, N. Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. **Acta Paulista de Enfermagem** [Internet], v.12, n.1, p. 33-48, 2008. Disponível em: <<https://curve.coventry.ac.uk/open/file/5d0bd357-9818-3075-eda33d39d7985e76/1/children%20and%20young%20people.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2017.

COHEN, J.; EMANUEL, J. **Positive participation: consulting and involving young people in health-related work: a planning and training resource**. London: Health Education Authority; 1998.

COLLIS, J.; HUSSEY, J. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Programa Mãe Participante completa 20 anos de implantação, 30 de janeiro de 2008**. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/node/32303>>. Acesso em: 12 de mai. 2017

COSTA, J. S.; SANTOS, M. L. S. C. Grupo de adolescentes hospitalizados com doença crônica não transmissível como tecnologia de cuidado em enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 508-514, 2016.

- CORRÊA I, GUEDELHA D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. **Investigación y Educación en Enfermería**. v. 27, n. 1, p. 46-53. 2009. Disponível em: <<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2840/2313>>. Acesso 01 set. de 2017.
- CORREIA, I. S. **Espaço lúdico**: a música como forma de intervenção na hospitalização infantil. 2014. 34 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- COST, M. **A influência da luz e da cor em corredores e salas de espera hospitalares**. Porto Alegre: Ed. PUCRS; 2002.
- COSTA, T. S.; MORAIS, A. C. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, p. 358-367, jan. 2017.
- COYNE, I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 61-71, 2006.
- COYNE, I. T. Researching children: some methodological and ethical considerations. **Journal of Clinical Nursing**, v. 7, p. 409–416, 1998.
- COYNE, I.; KIRWAN, L. Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. **Journal of Child Health Care**, London, v. 16, n. 3, p. 293-304, 2012.
- CRUZ, D. D. A inserção do palhaço no ambiente hospitalar: experiências de um projeto de extensão. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 15, n. 1, p. 133-140, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/31110/pdf_1>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- CRUZ, S. V. (Org.). **A criança fala**: a escuta de crianças em pesquisas. São Paulo: Cortez; 2008.
- CUNHA N. H. S., VIEGAS D. **Brinquedoteca hospitalar**: guia de orientação. Guarulhos: ABBri; 2004.
- CUNHA, N. H. S. **Brinquedoteca**: um mergulho no brincar. 4. ed. São Paulo: Aquariana; 2007.
- DALLARMI, G. J.; P. T.; ERCÍLIA, M. A. A; MARCON, A. O significado da prática pedagógica no contexto hospitalar. **Olhar de Professor**, v. 4, n. 1, p. 103-114, 2001.
- DANTAS, F. A. et al. Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 454-465, 2016.

- DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 18, n. 11, p. 1670-680, 1993. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8288812>>. Acesso em: 15 nov. 2016
- DAVIES, R. Marking the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. **Journal of Child Health Care**, London, v. 14, n. 1, p. 6-23, 2010.
- DECKER, C. L. Social support and adolescent cancer survivors: a review of the literature. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2007.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004.
- DIAS, A. et al. Pais com filhos internados em unidade pediátrica: contribuições da equipe do pet-saúde para o cuidado. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 215-224, 2014.
- DIAS, J. J. et al. A Experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 08-613, 2013.
- DIXON-WOODS, M.; YOUNG, B.; HENEY, D. Partnerships with children. **British Medical Journal**, London, v. 319, n. 7212, p. 778-780, Sep. 1999.
- DOBBERT, L. Y. **Áreas verdes hospitalares: percepção e conforto**. 2010. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2010.
- DONZELOT, J. **As polícias das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
- DOUTORES DA ALEGRIA. Disponível em <<https://www.doutoresdaalegria.org.br/>>. Acesso 10 set. 2017.
- DRIESSNACK, M. Draw-and-tell conversations with children about fear. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 16, n. 10, p. 1414-1435, dez. 2006.
- EDELSTON, H. Separation anxiety in young children: study of hospital cases. Provincetown: The Journal Press (Genetic psychology monographs), v. 28, n. 1, 1943.
- EKRA, E. M. R.; GJENGEDAL, E. Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing**, v.7, 2012. Disponível em: <<http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/18694/23823>> Acesso em: 10 jul. 2013.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem; 2002.

- ERIKSON, E. **Childhood and society**. New York: WW Norton & Company; 1963.
- ESTEVES C. H., ANTUNES, C.; CAIRES, S. Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 697-708, 2014.
- FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p.609-616, out./dez., 2007.
- FARIAS, D. et al. Hospitalization in the child's perspective: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017.
- FARINA, M.; PEREZ, C.; BASTOS, D. **Psicodinâmica das cores**. 6º ed. São Paulo: Edgard Blucher; 2011.
- FERREIRA, N. A. S. et al. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 188-194, 2014.
- FERREIRA, M. M. S. R. S. **O internamento na adolescência**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 1996.
- FIER, José. **Para ler e pensar**: a palavra adolescer vem do latim e significa crescer. [S.l.], 2007.
- FLETCHER, T. et al. Building the future: children's views on nurses and hospital care. **British Journal of Nursing**, London, v. 20, n. 1, p. 39-45, jan., 2011.
- FLEURY, S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV, p. 49-87; 2008.
- FONTES, C. M. B. et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 16, n. 1, p. 95-106, jan./abr., 2010.
- FORD, K. 'I didn't really like it, but it sounded exciting': admission to hospital for surgery from the perspectives of children. **Journal of Child Health Care**, London, v. 15, n. 4, p. 250-260, 2011.
- FORSNER, M.; JANSSON, L.; SORLIE, V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. **Journal of Child Health Care**, v. 9, n. 2, p. 153-165, 2005.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28º ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014.

- FRANCISCHINELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F.A.; FERNANDES, D. M. S. O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012.
- FREIRE, M. M. L.; LEONY, V. S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, dez. 2011.
- FREIRE NETO, J. B. A Transição do Modelo Assistencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 565-566, 2016.
- FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 144-157, 2007.
- GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-18, abr./jun., 2011.
- GABATZ, R.; I. B. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017.
- GARCIA, A. O emprego de animais na terapia infantil. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 1/2, p. 75-79, 2000.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
- GHAZALI, R.; ABBAS, M. Y. Paediatric wards: healing environment assessment. **Asian Journal of Environment-Behaviour Studies**, v. 2, n. 3, p. 83-93, 2017.
- GIBSON, F. et al. Children and people's experiences of cancer care: a qualitative research using participatory methods. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 1397-1407, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- GINANI, V.; ARAÚJO, W. Gastronomia e dietas hospitalares. **Revista Nutrição em Pauta**, v. 10, n. 56, p. 49-52, 2002.
- GOMES G. L. L.; FERNANDES M. G. M.; NÓBREGA M. M. L. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 940-45, set./out., 2016.
- GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE M. S. B. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010.

- GOMES, I. P. **Influência do ambiente na percepção de crianças em quimioterapia ambulatorial**. 2011. 166f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5093/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 703-709, out./dez., 2012.
- GOLDANI, M. Z. et al. O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 49-57, jan./mar., 2012.
- Goldfarb, W. Infant rearing and problem behavior. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 13, p. 249-265, 1943a.
- Goldfarb, W. The effect of early institutional care on adolescent personality. **Child Development**, v. 14, p. 213-223, 1943b.
- Goldfarb, W. The effects of early institutional care on adolescent personality. **Journal of Experimental Education**, v. 12, p. 106-129. 1943c.
- GREAT BRITAIN. Department of Health and Social Security. **The welfare of children in hospital**: report of the committee. London: Central Health Services Council/Her Majesty's Stationery Office, 1959.
- GRECO, R. M. Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, 2004.
- GUARESCHI, L. L. et al. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 360-368, 2016.
- GUEDENEY, A.; GUEDENEY, N. **L'attachement: concepts et applications**. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2006.
- GUZOWSKI, M. Daylighting for sustainable design. New York: McGraw-Hill; 1999.
- HART, C.; CHESSON, R. Children as consumers. **British Medical Journal**, London, v. 316, p. 1600-1603, may., 1998.
- HEMA, D. A. et al. Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes. **Child: Care Health and Development**, v. 35, n.3, p. 330-339, 2009.
- HONICKY, M.; SILVA, R. R. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-67, 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100004>. Acesso em: 17 abr. 2017.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. Disponível em: <<http://www.hcrp.usp.br/sitehc/>>. Acesso em 10 set. 2017.

ICHITANI, T.; CUNHA, M. C. Animal-assisted activity and pain sensation in hospitalized children and adolescents. **Revista Dor**, v. 17, n. 4, p. 270-273, 2016.

INSTITUTO DESIDERATA. **Humanização em oncologia pediátrica uma experiência de ambientação de hospitais públicos no Rio de Janeiro**. Instituto Desiderata, 2015.

JANSEN, M. F.; SANTOS R. M.; FAVERO L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2 p. 247-253, jun., 2010.

JENSEN, C. S. et al. Children's experiences of acute hospitalisation to a paediatric emergency and assessment unit – A qualitative study. **Journal of child health care**, London, v. 16, n. 3, p.263-273, set., 2012.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of Family- Centered Care. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 164-170, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268238>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

KELLMAN, M. History of healthcare environments. In: MARBERRY, S. O. (Org.). **Innovations in healthcare design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1995.

KHAN, M. A. et al. Therapeutic horticulture: influencing psychological responses of surgical patients and their environmental assessment scale. **Pakistan Journal of Agricultural Sciences**, v. 53, n. 2, p. 355-363, 2016.

KOHLSDORF, M.; COSTA-JUNIOR, Á. L. Pediatric communication: A systematic literature review. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, n. 4, p. 539-552, 2013

KOLLER, D. Child life services committee on hospital care and child life council. **Pediatrics**, v. 130, n. 1, p. 172-79, jul., 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/1/172.full.pdf+html>>. Acesso em: 8 set. 2014.

KUDO, A. M.; BARROS, P. B. M. **O hospital pelo olhar da criança**. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2009.

KUHLMANN JUNIOR, M. Instituições pré-escolares assistencialistas no Brasil (1899-1922). **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 78, p. 17-26, 1991. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1027/1035>>. Acesso em: 17 out. 2016.

LAJOLO, M. Infância de papel e tinta. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, p. 225-245; 1997.

- LAMBERT, V. et al. Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. **Journal of Child Health Care**, v. 18, n. 1, p. 57-71, 2014.
- LAMBERT, V.; GLACKEN, M.; CARRON, M. Meeting the information needs of children in hospital. **Journal of Child Health Care**, London, v. 17, n. 4, p. 338-353, 2012.
- LAPA, D. F.; SOUZA, T. V. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 811-817, 2011.
- LECUSSÁN, P. A criança e o diagnóstico: o pediatra deve contar à criança doente seu diagnóstico? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.4, p. 282-283, 2001.
- LEITE, T. M. C.; VERGÍLIO, M. S. T. G.; SILVA, E. M. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 18, n. 1, p. 26-34, 2017.
- LEVY, D. Primary affect hunger. **American Journal of Psychiatry**, v. 94, p. 643-652, 1937.
- LI, H. C. W. et al. Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 20 n. 9, p. 969-976, set., 2010.
- LIMA, G. Q.; PARANHOS, M. E.; FERREIRA, V. R. T. **A psicologia no cenário hospitalar**: encontros possíveis. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2012.
- LIMA, K. Y. N. L.; SANTOS, V. E. P. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 76-78, jun., 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51514>>. Acesso em: 16 fev. 2017.
- LIMA, R. A. G. et al. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 186-193, 2009.
- LIMA, V. B. R.; MAIA, F. N.; MITRE, R. M. A. A percepção dos profissionais sobre o brinquedo em uma unidade intermediária de um hospital de média e alta complexidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 701-709, 2015.
- LINDSAY, M. Comments on the article "Changing attitudes towards the care of children in hospital: a new assessment of the influence of the work of Bowlby and Robertson in the UK, 1940–1970" by Frank C.P. van der Horst and Rene van der Veer. **Attachment & Human Development**, London, v. 11, n. 6, p. 563-567, nov., 2009.

- LISBOA T. C. **Breve história dos hospitais:** da antiguidade à idade contemporânea. Encarte da revista notícias hospitalares junho/julho de 2002.
- LIVESLEY, J.; LONG, T. Children's experiences as hospital in-patients: voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 50, n.10, p. 1292-1303, out., 2013.
- LOPES, G. C. A. **Compreensão da doença, do tratamento quimioterápico e as formas de enfrentamento de crianças com câncer**, 2016. 103f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2016.
- LÓPEZ, M. A.; REDONDO DE LA CRUZ, M. J. **Hospitalização**. Tradução de Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: McGraw-Hill; 1998.
- LOWDEN, J. Children's rights: a decade of dispute. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 100-107, 2002.
- LUZ, J. H. Do horror ao amor: **Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas**. 2009. 117f. Dissertação em Ciências) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.
- LUZ, J.; MARTINI, J. Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 915- 920, 2012.
- MAGALHÃES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Criação e manutenção de brinquedotecas: reflexões acerca do desenvolvimento de parcerias. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 235-242, 2002.
- MAGNABOSCO, G.; TONELLI, A. L. N. F.; SOUZA, S. N. D. H. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 103-08, jan./mar., 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11969>>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- MALTA J. D. S. et al. Quando falar é difícil: a narrativa de crianças com câncer. **Revista Pediatria Moderna**, v. 45, n. 5, p. 194-198, set./out., 2009.
- MARIN, J. R. **Psicología social de la salud**. Madrid: Síntesis; 1995.
- MARTINEZ, D. et al. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília. v. 34, n. 3, p. 173-180, mar., 2008.

- MARTINEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R.; SOUZA, S. R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar., 2013.
- MARTINS, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde: contingências e metacontingências nas leis orgânicas da saúde**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- MARTINS, A. K. L. et al. Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 3968-3978, 2016.
- MARTINS, M. R.; RISERIO, R. As representações gráficas no brincar da criança hospitalizada. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, v. 2, n. 1, 2008.
- MASERA, G. et al. Orientações para comunicação do diagnóstico. In: EPELMAN, C.; PEDROSA, A. (Orgs.). **Orientações sobre aspectos psicossociais em oncologia pediátrica**. São Paulo: SIOP. p. 35-41; 2009.
- MATARAZZO, A. K. Z. **Composições cromáticas no ambiente hospitalar: estudo de novas abordagens**. 215 f. 2010. Dissertação (Mestrado em Tecnologia da Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MEDEIROS, L. D. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas**. 102 f, 2004. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.
- MELRO FILHA, S. A. A. A criança e o brincar: a construção do fantoche como instrumento terapêutico aplicado a criança hospitalizada. **Revista Científica de Psicologia**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 1-14, 2008.
- MENDES, L. R.; BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. A literatura medida como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 530-536, 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- MERHY E. E.; CECÍLIO L. C. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde Debate**. v. 22, n. 64, p.110-112, 2003.
- MEZZOMO, A. A. **Humanização hospitalar**. São Paulo: Loyola; 2010.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr., 2017.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12º ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
- MINAYO, M. C. S. Sobre o Humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-30; 2006.
- MITCHELL. The social and emotional of chemotherapy-patients perspectives. **European Journal of Cancer Care**, v.16, p. 39-47, 2007.
- MITRE, R. M. A. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 11, p. 235-260. 2006,
- MOODY, K. et al. Exploring concerns os children with cancer. **Support Care Cancer**, v. 14, p. 960- 966, 2006.
- MORAES, A. C. C; LIMA, C. A. Brinquedoteca: a importância do brincar para a criança hospitalizada. **Revista GeoPantanal**, v. 11, p. 131-146, 2016
- MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP & A; 2006.
- MOREIRA, P. L.; DUPAS G. Vivendo com o diabetes; experiência contada pela criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 25-32, jan/fev., 2006.
- MORSCH, D. S.; ARAGÃO, P. M. A criança sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 283-300; 2006.
- MUSSA, C.; MALERBI, F. E. K. O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 2, p. 83-93, dez., 2008. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/471/284>>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- NARDI, A.; V. A influência do entretenimento no comportamento dos jovens. **Revista Mãe de Deus**. v. 5, set., 2014.
- NASCIMENTO, L. C. **Crianças com câncer: a vida das famílias em constante reconstrução**. 2003. 246 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- NEVES, I.; ALVES, L.; GONZALES, C. Jogos digitais nas classes hospitalares: desbravando novas interfaces. **Obra digital**, v. 1, n. 10, 2016.

NICOLA, G. D. O. et al. Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 703-15, abr./jun., 2014.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

NOGUEIRA, C. M. **A história da deficiência**: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil. 2008. Dissertação (Mestrado em Políticas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades e Centro de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NOYES, J. Enabling young 'ventilator-dependent' people to express their views and experiences of their care in hospital. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 31, n. 5, p. 1206-1215, 2000.

OLDFIELD, C.; FOWLER, C. **Mapping Children and Young People's Participation in England**. Nottingham: Department for Education and Skills. 2004.

OLIVEIRA, B. G. et al. Superando o medo na infância do ambiente hospitalar: a experiência do projeto hospital do ursinho. **Revista Intercâmbio**, Montes Claros, v.8, p. 480, 2016. Disponível em: <<http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/119/107>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

OLIVEIRA, G. F.; DANTAS, F. D. C.; FONSECA, P. N. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 37-54, dez., 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005>. Acesso em: 9 de ago. 2014.

OLIVEIRA, I. C. S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra**: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999.

ORTIZ, G. S. et al. Impact of a child life and music therapy procedural support intervention on parental perception of their child's distress during intravenous placement. **Pediatric Emergency Care**, 2017.

PACCIULIO, A. M. **Estratégia de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas**. 2012. 119f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PAIVA, C. H. A. TEIXEIRA, L. **A Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PAGUNG, L. B. et al. Estratégias de enfrentamento e otimismo de crianças com câncer e crianças sem câncer. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 33-46, 2017.

- PALADINO, C. M.; CARVALHO, R.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 423-429, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-423.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- PALM, R. C. M. Oncologia. In: ALBUQUERQUE, C. A. GALVÃO, C. R. C. (Orgs.). **Terapia ocupacional – fundamentos e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 487-492; 2007.
- PASSEGGI, M. C.; ROCHA, S. M.; CONTI, L. (Con)viver com o adoecimento: narrativas de crianças com doenças crônicas. **Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 25, n. 46, p. 45-57, maio/ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/2700>>. Acesso em: 2 abr. 2017.
- PAULA M. E. et al. Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, jul./set., 2016.
- PAULA, E. M. A. T. et al. **Brincadeiras com crianças hemofílicas: ações de cidadania em espaço urbano**. Criança, cidade, cidadania- Atas do Colóquio Internacional, p. 42-49, 2016.
- PELANDER, T.; LEINO-KILPI, H. Children's best and worst experiences during hospitalization. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Turku, v. 24, p. 726–733, 2010.
- PELANDER, T.; LEINO-KILPI, H.; KATAJISTO, J. The quality of pediatric nursing care: developing the child care quality at hospital instrument for children. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, n. 2, p. 443-453, 2008.
- PEÑA, A. L. N.; JUAN, L. C. A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, nov./dez., 2011.
- PEREIRA A.; PITA, J. R. Da descoberta da penicilina (1928) ao Prêmio Nobel (1945). **Revista da Faculdade de Letras: História** Porto, Porto, v.6, p. 129-151, 2005. (III Série). Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3379.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- PEREIRA, V. R. et al. Interação lúdica na atividade assistida por cães em pediatria. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 07-11, 2017.
- PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. Rio de Janeiro: Zahar, 3ª edição, tradução: Álvaro Cabral e Christiano Monteiro; 1978.

- PICADO, S. B. R.; EL-KHOURI, R. N.; STREAPCO, P. T. Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no centro Clínico Electra Bonini. **Revista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 99-108, 2007.
- PINO, C. D.; PEREIRA, V. T. Ludoterapia durante o tratamento contra o câncer infantil: revisão integrativa de literatura. **Revista Psicologia em Foco**, v. 9, n. 14, p. 26-44, 2017.
- PITTA, A. M. F. **Hospital dor e morte como ofício**. 7º ed. São Paulo: Hucitec; 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Estruturas teóricas e conceituais. In: _____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7º ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- PORTUGAL. Humanização dos serviços de atendimento à criança. **Carta da criança hospitalizada**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança; 1998.
- PRIMIO, A. O. et al. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19., n. 2 p. 334-342, 2010.
- QUIRINO, D. D. **Cotidiano da família no enfrentamento do câncer infantil**. 2011 123f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- RANZANI, P. M. **O processo de comunicação médico/família/criança: a percepção de mães de crianças portadoras de doenças crônicas graves**. 2009. 112f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu, Botucatu, 2009.
- REED, R.; FERRER, L.; VILLEGAS, N. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, maio/jun., 2012.
- RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 391-400, dez., 2005.
- RIBEIRO, C. R.; PINTO, J. A. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 1, p. 31-56, 2009.
- RIBEIRO, G. C. GOMES, M. B. T.; THOFERN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 530-539, 2014.
- RIBEIRO, J. P. **A ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria: contribuições da enfermagem**. 2015. 178f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.
- RIBEIRO, P. H. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez; 1993.

- RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009. Disponível em: <http://www.centroruibianchi.sp.gov.br/usr/share/documents/humaniza_saude.pdf>. Acesso em: 1 set. 2014.
- RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização e humanidades em medicina**. São Paulo: Afiliada; 2012.
- ROBERTSON, J. **A 2-year-old goes to hospital**. Filme, Concord Video and Film Council. 1953.
- ROCHA, P. K. et al. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1-8, 2016.
- RODRIGUES, P. F. et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, p. 781 – 787, set./dez., 2013.
- ROJAS, A. K. A.; MACHUCA. R. P. A.; Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. **Revista Pediatría Electrónica**, v. 6, n. 1, p. 36-54, 2009.
- ROLLINS J. A. The influence of two hospitals' designs and policies on social interaction and privacy as coping factors for children with cancer and their families. **Journal of Oncology Nursing**, v. 26 n. 6, p. 340-53, 2009.
- ROPER, S. O. et al. Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1705–1714, ago., 2009.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Grall; 1979.
- RUNESON, I. et al. Children's needs during hospitalization: an observational study of hospitalized boys. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 8, n. 3, p. 158-166, jun., 2002.
- SABINO, A. S. **Benefícios da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas**. 2015, 129f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.
- SAID, I.; SITI Z. S.; MOHD S. A. B. Garden as environmental intervention in restoration process of hospitalized children. **Conference on Sustainable Building South East Asia**, Malásia, abr., 2005.
- SALMELA, M.; ARONEN, E. T.; SALANTERÄ, S. The experience of hospital-related fears of 4-to 6-year-old children. **Child: care, health and development**, v. 37, n. 5, p. 719-726, 2011.

- SALMELA, M.; SALANTERA, S.; ARONEN, E. T. Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 6, p. 1222-1231, 2010.
- SANT' ANA, N. G.; SILVA JUNIOR; GARCIA, R. M. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 613-632, 2010.
- SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In V. A. Angerami-Camon (Org.). **E a psicologia entrou no hospital** (p. 147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
- SANTOS, P. M. et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646-653, jul./ago., 2016.
- SCLIAR, M. **A paixão transformadora**: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- SCHALKERS, I.; DEDDING, C. W.M.; BUNDERS, J. F.G. '[I would like] a place to be alone, other than the toilet'—Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 2066-2078, 2014.
- SEVALHO, G. A Historical approach to social representations of health and disease. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.349-363, jul/sep., 1993.
- SHAW, S. R.; MCCABE, P. C. hospital-to-school transition for children with chronic illness: meeting the new challenges of evolving health care system. **Psychology in the Schools**, v. 45, n. 1 p. 74-87, 2008.
- SILVA, B. D. **A policlínica das crianças da santa casa da misericórdia do rio de janeiro**: filantropia e saúde (1909-1929). 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado)- Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 241-257; 2004.
- SILVA, L. A. G. P.; BARAN, F. D. P.; MERCÊS, N. N. A. A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1720015.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2017. REPETIDO
- SILVA, L. K. D. S. **Assistência de enfermagem a criança em terapia nutricional enteral**: relação teórico prática (Monografia) – Hospital de Anomalias Craniofaciais- Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

- SILVA, L. K. D. S. **O cuidado humanizado em uma unidade de pediatria de um hospital escola: ótica dos acompanhantes das crianças internadas** (Monografia) – Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2010.
- SILVA, R. C. C. et al. A leitura como método de cuidado humanizado na clínica neurológica pediátrica: um estudo qualitativo. **Brazilian Jornal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2010.3002/677>>. Acesso em: 13 jul. 2013.
- SILVA, S. M.; MAURÍCIO, A. A. Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 1, p. 17-27, 2013.
- SILVA, T. P. et al. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1082-1090, abr./jun., 2015.
- SILVEIRA, I. R.; SANTOS, N. C.; LINHARES, D. R. Protocolo do Programa de Assistência Auxiliada por Animais no Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 283-288, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/40.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.
- SOANES, L. et al. What are the experiences of the child with a brain tumor and their parents? **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 13, n.4, p. 255-261, sep., 2009.
- SOUSA, C.; ARAUJO, C. The ethical rights of children: yesterday and today. **Pediatric Nursing**, Pitman, v. 37, n. 3, p. 141-143, mai-jun., 2011.
- SPARAPANI, V. C. et al. A criança com diabetes mellitus tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 117-125, jan./fev., 2012.
- SPITZ, R. A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. **Psychoanalytic Study of the Child**, New Haven, v. 1, p. 53-74, 1945.
- SPOSITO, A. M. P. et al. Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 47, n. 2, p. 143-151, mar., 2015.
- STEFANE, J. M. J. Sono na infância. In: SCHMITZ, E. M. **A enfermagem em Pediatra e Puericultura**. São Paulo: Atheneu; 1989.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- TINY, H. **Privacidade no internamento em pediatria: ética e humanização**. 21 f. 2010. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

TREVIZAN, M. A. **A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada**. 1986. 200 f. Dissertação (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1986.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.

UGGLA, L., et al. Music therapy can lower the heart rates of severely sick children. **Acta Paediatrica**, v. 105, n. 10, p. 1225-1230, 2016.

VALLADARES A. C. A. **Arteterapia com crianças hospitalizadas**. 253 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

VALLE, E. R. M.; RAMALHO, M. A. N. O câncer infantil: a difícil trajetória. In CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, p. 505-516; 2008.

VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M.N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto alegre: Tomo Editorial; 2000.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-560, jul./ago., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

WAECHTER, E.H., BLAKE, B. **Enfermagem pediátrica**. 9º ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.

WAYHS, R. I.; SOUZA, A. I. J. Estar no hospital: a expressão de crianças com diagnóstico de câncer. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 35-43, dez., 2002.

WEBER, F.S. A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o período pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. **Journal of Pediatrics**, v. 86, n. 3, p. 209-214, 2004.

WILSON, M. E. et al. The voices of children: stories about hospitalization. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 24, n. 2, p. 95-102, 2010.

WILSON, M. J.; HOCKENBERRY, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

XAVIER, D. M., GOMES, G. C., SALVADOR, M. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotina. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem

Pesquisadores responsáveis: Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde-Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP. COREN: 279.511 e Profª Regina Aparecida Garcia de Lima, Professor Titular da EERP-USP. Orientadora. COREN-SP: 13.469

Meu nome é Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro, sou enfermeira e aluna do Curso de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde-Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de pedir sua autorização para convidar (nome da criança ou o adolescente), sob sua responsabilidade legal, para participar de uma pesquisa que será realizada com crianças e adolescentes hospitalizados na Unidade de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este trabalho será desenvolvido por mim, sob a orientação da Profa. Regina Aparecida Garcia de Lima, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo desta pesquisa é saber quais são as necessidades das crianças e dos adolescentes durante o processo de hospitalização. Caso concorde, (nome da criança ou o adolescente) sob sua responsabilidade participará de uma conversa (entrevista) que começará com um desenho retratando o que gostaria de ter aqui dentro do hospital. Em seguida pedirei para ele ou ela explicar o que desenhou e após conversaremos sobre as seguintes questões: do que esta sentido falta neste momento? como é ficar internado aqui no hospital? o que você sente? se aparecesse aqui na sua frente o gênio da lâmpada mágica e pudesse fazer um pedido, o que pediria? Sentimentos de tristeza poderão surgir durante nossa conversa, bem como manifestações de emoção traduzida pelo choro, portanto, não é possível assegurar a inexistência de riscos, porém caso tais sentimentos se manifestem, será sugerida a interrupção da conversa, oferecido apoio mediante a escuta e realizado encaminhamento para os profissionais da unidade, caso tenham interesse. O tempo estimado será de aproximadamente trinta minutos, porém quem determinará exatamente a duração da conversa será (nome da criança ou o adolescente), podendo interromper a qualquer minuto, sem prejuízo algum. A participação na pesquisa será feita apenas neste momento. Para não me esquecer do que conversamos peço sua autorização para gravar nossa conversa, caso não aceite que ela seja gravada farei anotações sobre ela que depois será lida por nós. Se você concordar, as conversas e atividades propostas serão gravadas e passadas para o papel, sendo que, poderá pedir para ler o material. Os resultados obtidos serão divulgados, podendo ser publicado em revistas e apresentados em congressos, no entanto, garantimos que o nome da criança ou do adolescente. Não será divulgado (garantia do anonimato). Convidarei (nome da criança ou o adolescente) a escolher um nome fictício, para garantir o segredo (sigilo) das informações coletadas. É importante lembrar que este é apenas um convite e se o Sr.(a) e (nome da criança ou adolescente) não aceitarem participar do nosso estudo não haverá prejuízo para vocês ou qualquer diferença no atendimento ou tratamento do hospital. Caso aceite a participação, informamos que vocês poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Solicito autorização também para buscar no prontuário algumas informações sobre o diagnóstico, data de nascimento, tempo de hospitalização, número de internações, registro hospitalar, religião e cidade de origem. Vocês também poderão escolher o dia e o horário da conversa que ocorrerá em uma sala (garantia de privacidade) aqui na unidade de pediatria. Caso concorde que (nome da criança ou o adolescente) participe, mas ele não aceite, será respeitado o desejo dele. As informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa e serão guardados em local seguro, pela pesquisadora responsável. O Sr(a) receberá uma via assinada deste termo de consentimento, onde estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e o endereço do comitê de ética, podendo tirar dúvidas a respeito dessa pesquisa e de sua participação na mesma, sempre que necessário. Vocês não terão nenhum benefício direto ao participar deste estudo, assim a participação de vocês é totalmente voluntária, não haverá pagamento por ela. Também não haverá qualquer custo para que participem deste trabalho. Vocês terão direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das Instituições envolvidas nas suas diferentes fases. Ao participar desta pesquisa, vocês contribuirão para melhorar o cuidado em saúde, particularmente o cuidado de enfermagem, com a finalidade de atender as necessidades da criança e do adolescente

durante a hospitalização. Qualquer dúvida que tenha, estarei sempre disponível para esclarecer. Esta pesquisa foi enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pois respeita as questões éticas necessárias para sua realização. O Comitê de Ética tem a finalidade de proteger as pessoas que participarem de pesquisas acompanhando o que elas desejam ou não. Caso seja necessário entrar em contato com o Comitê de Ética, o telefone (16) 360286, das 08:00 às 17:00 horas e caso queira falar conosco, poderá nos encontrar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na Avenida Bandeirantes nº 3900, Campos Universitário, Ribeirão Preto ou pelo telefone (16) 36020542 ou 999614274 (Regina Lima) ou (18) 991174702 (Larissa K. D. da Silva Cassemiro). Agradecemos por sua colaboração!

Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro
Aluna do programa de Pós Graduação da EERP

Profª. Regina Aparecida Garcia de Lima
Orientadora, Profª da EERP

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, nº 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Tel: (18) 991174702. E-mail: laryssakaroline@hotmail.com

Eu, _____ autorizo que o menor _____ sob minha guarda legal participe da pesquisa **“Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem”**. Tendo recebido os esclarecimentos acima declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) de que será realizada uma conversa (entrevista) acompanhada de desenho c) que será gravada, caso concorde ou no caso de não concordar será feito registro em papel; d) da segurança de que as informações obtidas serão divulgadas, porém não seremos identificados; e) de que teremos a liberdade de manifestar recusa em participar deste estudo em qualquer etapa do processo, sem qualquer prejuízo com relação ao atendimento ou tratamento no hospital; f) de que poderemos contar com orientações que se fizerem necessárias antes e durante a pesquisa; g) de que tenho direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de participação na pesquisa. Recebemos uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de discuti-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura da Mãe ou Pai e/ou Responsável

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da Pesquisa: Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem

Pesquisadores responsáveis: Larissa Karoline Dias da Silva Casseiro, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP/USP. COREN: 279.511 e Profª Regina Aparecida Garcia de Lima, Professor Titular da EERP/USP. Orientadora. COREN-SP: 13.469

Meu nome é Larissa Karoline Dias da Silva Casseiro, sou enfermeira e aluna de mestrado da USP. Estou fazendo esta pesquisa e a professora Regina Aparecida Garcia de Lima esta me ajudando. Este trabalho tem o objetivo de saber o que as crianças e os adolescentes precisam durante a internação. Pode haver neste texto algumas palavras que não entenda ou que você queira que eu explique melhor. Esta pesquisa foi discutida com sua mãe ou responsável e eles concordaram que você participasse, agora estou perguntando para você se aceita (assentimento) ou não participar, pois só posso fazer a pesquisa se você e se seu responsável aceitarem. Mesmo que seu responsável já tenha aceitado você pode recusar, sem que tenha nenhum prejuízo ou qualquer diferença em seu tratamento. Caso aceite, primeiramente vou pedir para fazer um ou mais desenhos sobre o que gostaria de ter aqui dentro do hospital, depois eu vou fazer algumas perguntas: Do que esta sentindo falta neste momento? Como é ficar internado aqui? O que você sente? e por último eu vou te perguntar se aparecesse aqui na sua frente o gênio da lâmpada mágica e pudesse fazer um pedido, o que pediria? Caso você sentir tristeza durante a nossa conversa, a gente pode interromper, sem nenhum problema. A conversa será em uma sala separada (garantia de privacidade) e vai demorar mais ou menos meia hora para terminar, mas se quiser parar antes, ou não quiser responder alguma pergunta, você me avisa, não faz mal, o seu tratamento aqui no hospital não irá mudar por isto, não se preocupe. É você quem decidi a hora de começar e a hora de terminar. Para não me esquecer do que conversamos peço sua autorização para gravar nossa conversa e depois escrever em um papel tudo que você me falar, você poderá ler. Caso não aceite que ela seja gravada poderei fazer anotações também sobre ela, que depois será lida por nós. Vou também olhar no prontuário o dia que você nasceu, o seu diagnóstico, o número e tempo de internações, a cidade onde mora e a sua religião. As respostas destas perguntas serão apresentados em aulas (eventos científicos) e escritos em revistas, no entanto, ninguém irá saber quem conversou comigo, pois o seu nome não aparecerá na conversa. Vou pedir para você escolher um outro nome, para usar como se fosse o seu de verdade. Eu resolvi fazer esta pesquisa para ajudar as crianças e os adolescentes que estão internados, descobrindo o que vocês precisam para ter uma internação melhor. Você não ganhará nada para participar desta pesquisa e não terá que pagar nada também. Se desejar poderá conversar sobre este trabalho com seus pais, amigos ou qualquer um com quem se sentir a vontade para tirar suas dúvidas. Você terá direito à indenização conforme as leis do Brasil, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas, se a sua participação na pesquisa causar algum prejuízo a você. Esta pesquisa foi enviada para um grupo de pessoas, chamado comitê de ética, para garantir sua segurança. Este grupo protege as pessoas que participam de pesquisas acompanhando o que elas desejam ou não fazer. Será entregue a você uma cópia deste documento (termo de assentimento), onde estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e do comitê de ética, podendo tirar dúvidas sobre sua participação, sempre que quiser. Se tiver dúvidas pode ligar para o comitê de ética pelo numero (16) 360286, das 08: às 17:00 horas ou se caso queira falar conosco, poderá nos encontrar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na Avenida Bandeirantes nº 3900, Campos Universitário, Ribeirão Preto ou pelo telefone (16) 36020542 ou 999614274 (Regina Aparecida Garcia de Lima) ou (18) 991174702 (Larissa K. D. da Silva Casseiro).

Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro
Aluna do programa de Pós Graduação da EERP

Prof^a. Regina Aparecida Garcia de Lima
Orientadora, Prof^a da EERP

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, nº 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Tel: (18) 991174702. E-mail: laryssakaroline@hotmail.com

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Contribuições de crianças e adolescentes ao processo de hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem”**. Aceito que o pesquisador procure por informações no meu prontuário. Aceito conversar sobre o que preciso durante a minha hospitalização e sei que nossa conversa ficará em segredo e que posso parar de participar em qualquer momento e isto não vai atrapalhar o meu tratamento. Eu e meu acompanhante recebemos uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de conversar sobre minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____.

Nome e assinatura da criança/adolescente

Digital

Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE C**Instrumento de Coleta de Dados****A) Dados demográficos****A₁) Criança**

Nome: _____ data de nascimento: ____/____/____

Idade (anos e meses): _____ leito: _____

Sexo: () M () F Escolaridade: _____

Registro Hospitalar: _____ Dias de internação: _____

Número de internações _____

Diagnostico médico: _____

Procedência (cidade): _____

A₂) Acompanhante

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F Escolaridade: _____

Grau de parentesco: _____

Ocupação: _____

B) Entrevista intermediada por desenho**B₁) 1ª Parte**

- 1) Gostaria que você fizesse um ou vários desenhos mostrando o que você gostaria de ter aqui no hospital.
- 2) Me conte o que você desenhou

B₂) 2ª Parte

- 1) Do que você está sentindo falta neste momento?
- 2) Como é ficar internado aqui no hospital? O que você sente?
- 3) Se aparecesse aqui na sua frente o gênio da lâmpada mágica e pudesse fazer um pedido, o que pediria?

ANEXOS

ANEXO A**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo** **Ofício CEP-EERP/USP nº 013/2016, de 05.02.2016**

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 205ª Reunião Ordinária, realizada em 03 de fevereiro de 2016.

Protocolo CAAE: 51271415.8.0000.5393**Projeto:** Contribuições de crianças e adolescentes sobre a hospitalização: subsídios para o cuidado de enfermagem**Pesquisadores:** Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro
Regina Aparecida Garcia de Lima (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 18 de Fevereiro de 2016

Projeto de pesquisa: "CONTRIBUIÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM"

Pesquisador responsável: Larissa Karoline Dias da Silva Cassemiro e Profª Drª Regina Aparecida Garcia de Lima

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Ciente e de acordo:

Drª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa - HCFMRP-
USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador Técnico Científico da
Unidade de Pesquisa Clínica -
HCFMRP-USP