

A EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO EXPLICADA PELA PRÓPRIA CRIANÇA

*Maria de La Ó Ramallo Verissimo **

VERISSIMO, M. de La Ó R. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 153-68, ago. 1991.

O presente estudo foi realizado com 20 crianças, em idade escolar, internadas em unidades pediátricas. Teve como objetivos identificar: como as crianças expressam a percepção de sua doença e hospitalização; os recursos de que elas dispõem para obter conhecimento sobre sua experiência de doença e hospitalização; e seus interesses e preocupações.

UNITERMOS: *Criança hospitalizada. Relações mãe-filho. Enfermagem Pediátrica.*

INTRODUÇÃO

Há algum tempo profissionais da área de saúde vêm se interessando pelos efeitos da hospitalização sobre a saúde mental da criança. São clássicos trabalhos como os de BOWBY⁴; PRUGH; HARLOW¹⁶ e ROBERTSON²¹, que se referem à importância da criança manter-se vinculada à mãe, sob pena de sua saúde mental estar em risco se isso não ocorrer.

A criança tem necessidades e características próprias da fase de desenvolvimento em que se encontra. Uma vez no hospital, é preciso que seja dada continuidade ao atendimento dessas necessidades, a fim de que seu desenvolvimento não seja prejudicado.

Com o crescente reconhecimento dos possíveis efeitos traumáticos da hospitalização, tais como medo e insegurança, que causam regressão do desenvolvimento natural, muitos enfermeiros têm-se preocupado em estudar situações específicas da hospitalização da criança.

AMARAL¹, em sua pesquisa sobre o momento da internação, verificou que as mães desejam cuidar de seus filhos, quando internados, e demonstram resistência em aceitar as rotinas e normas hospitalares que provocam separação entre mãe e filho.

* Enfermeira. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disciplina Enfermagem Pediátrica.

De acordo com ANGELO³, na maioria das instituições, a única oportunidade que as mães têm para não interromperem o contato com o filho, durante a internação, é a visita para a qual há com restrições, seja de horário, número de visitantes e até de contato físico.

RIBEIRO¹⁷ confirmou o uso do brinquedo terapêutico como um meio de auxiliar a criança a enfrentar a situação de hospitalização.

Trabalhos dessa natureza têm servido de fonte e estímulo para modificação de procedimentos hospitalares e de normas administrativas, a fim de que os efeitos traumáticos da hospitalização sobre a criança sejam prevenidos ou reduzidos. Como reflexo desses estudos, nota-se, hoje, em alguns hospitais, uma tendência de facilitar a experiência de internação para a criança pela adoção de certas medidas tais como a existência de salas de recreação nas unidades, liberação das visitas, permissão da presença de acompanhante e participação deste no cuidado da criança.

Ainda assim diversos estudos indicam ser a hospitalização uma experiência ameaçadora para a criança devido às suas especificidades.

Para WHALEY; WONG²⁶, as reações da criança à hospitalização variam segundo seu desenvolvimento, experiências prévias com doenças e separação dos familiares, hospitalização anterior, sistema de apoio disponível e a gravidade da doença.

Segundo ANGELO², nós adultos interpretamos a hospitalização em termos racionais, lógicos e práticos, mas a criança vê a experiência em termos de sua realidade psíquica, ou seja, seus medos, ansiedade e fantasias. Por isso, muitos adultos têm grande dificuldade em compreender quão estranha e ameaçadora pode estar sendo a hospitalização para a criança.

DORN¹⁰ afirma que comunicar-se com crianças sobre saúde e doença é parte integral de sua própria experiência de assistência à saúde e a maneira como nos comunicamos com elas pode afetar suas reações aos procedimentos e conhecimentos sobre saúde e doença.

A despeito das recomendações sobre o preparo das crianças quando necessitarem vivenciar situações novas, em nossa prática, notamos que elas chegam ao hospital despreparadas para essa experiência.

Como profissionais de saúde acreditamos que, para ajudar a criança a enfrentar a hospitalização, necessitamos saber mais sobre o que ela sente e pensa. Estudos têm demonstrado os efeitos da estada no hospital sobre a criança, porém, poucos consideram as opiniões da mesma.

No período da idade escolar, a criança já desenvolveu habilidades cognitivas que a capacitam a diferenciar suas próprias idéias das de outras pessoas e a expressar verbalmente essas idéias; esse fato possibilita a investigação, junto a ela, de sua percepção sobre sua experiência.

Acreditamos que, se compreendermos esta experiência do ponto de vista da própria criança, teremos novos dados para subsidiar a assistência de enfermagem centrada na criança. Para tanto, estabelecemos como objetivos do presente trabalho, identificar:

1. como a criança, em idade escolar, expressa a percepção de sua doença e hospitalização;
2. os recursos de que a criança dispõe para obter conhecimentos sobre sua experiência de hospitalização;
3. os interesses e as preocupações da criança hospitalizada.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em unidades de internação pediátrica de três instituições hospitalares, uma geral, uma infantil e outra especializada em ortopedia, todas de hospitais-escola ligadas a uma universidade estadual.

A população compreendeu 20 crianças de 7 a 10 anos, de ambos os sexos, internadas nas unidades pediátricas (6 no hospital geral, 6 no infantil e 8 no de ortopedia).

O método de coleta de dados foi o de entrevista devido a ser esta uma técnica que se adapta à exploração de definições pessoais de experiências.

Elaboramos um formulário (ANEXO 1) composto de três partes: a primeira destinada à identificação da criança, a segunda ao seu conhecimento, percepção e interesses acerca de sua doença e hospitalização e a última, ao registro das observações da entrevistadora sobre o comportamento manifestado pela criança na situação de entrevista.

Na elaboração das questões, tivemos o cuidado de escolher termos concretos e de fácil compreensão pelas crianças, isto é, palavras que elas utilizam em sua conversação.

A entrevistadora, apresentava-se à criança dizendo seu nome, função e que estava ali para conhecer as crianças internadas; perguntava-lhe se gostaria de responder algumas perguntas, esclarecendo que as respostas seriam anotadas numa folha. Além de obter o consentimento da criança, tomava o cuidado de escolher um momento e um local em que houvesse o mínimo possível de interferências.

As questões eram formuladas uma por vez e, confirmando com a criança que ela não tinha mais nada a responder para aquela questão, a entrevistadora passava à seguinte. As respostas não eram corrigidas, nem sofriam intervenção por parte da entrevistadora que as registrava na íntegra.

O tempo médio utilizado para cada entrevista foi de 30 minutos.

Os dados coletados foram classificados em categorias. Tanto para a classificação das categorias quanto para a análise dos resultados, procuramos manter o significado da experiência na perspectiva da criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população foi caracterizada segundo idade, sexo, número de internações anteriores, tempo da internação atual, diagnóstico médico e presença da mãe acompanhante.

O sexo masculino predominou com 12 crianças, contra 8 do sexo feminino. Dentre os meninos, 8 tinham de 9 a 10 anos; entre as meninas 5 tinham 8 anos.

Das 20 crianças 17 freqüentavam escola, estando 10 na primeira série, 5 na terceira, uma na segunda e uma na quarta série. Dentre essas 17, 11 estavam na série escolar esperada para a idade e 6 estavam atrasadas. Dentre as 3 que não freqüentavam escola, duas sabiam ler e escrever e uma não era alfabetizada.

Embora não tenha sido feito um levantamento das condições sócio-econômicas da família das crianças, sabemos que, em geral, a população atendida nas instituições utilizadas é de baixa renda. Assim, podemos dizer que os achados a respeito da escolarização dessas crianças concordam com a afirmação de CUNHA⁷, de que, a grosso modo, os setores de mais baixa renda da população brasileira têm menores chances de freqüentar escola, entram nela mais tarde, são reprovados mais freqüentemente e evadem da escola em maior número.

Quanto a experiência anterior de hospitalização, encontramos 7 crianças sem internações anteriores, 6 com uma e 3 com duas internações. As 4 restantes tinham tido de 3 a 7 internações anteriores.

Havia 14 crianças internadas há menos de 10 dias, duas entre 11 e 20 dias, e as outras 4, há mais de 30 dias.

Entre as crianças que não estavam na série esperada para a idade ou não freqüentavam escola, 7 tinham de uma a 7 internações anteriores e apenas duas nunca haviam estado internadas antes. Assim, a hospitalização também pode ser um fator que contribui para a defasagem escolar.

Internações repetidas ou prolongadas, somadas à espera por vaga hospitalar, atendimento em outros serviços de saúde e convalescença no domicílio, provocam afastamento do meio social, familiar e escolar.

Os prejuízos desse afastamento não se restringem ao atraso escolar, indo influenciar também o processo de socialização. De acordo com RIBEIRO et al¹⁹ a escola é um núcleo muito importante para as crian-

ças em fase escolar, pois é onde ocorrem as relações sociais fora da família.

RIFFEE²⁰ ressalta que a perda de habilidades e a impossibilidade de realizações escolares constituem ameaças para a auto-estima do escolar.

No cuidado dessas crianças é, então, essencial que seja considerado o papel da escola no seu desenvolvimento intelectual e emocional, buscando alternativas especialmente para as que precisam permanecer internadas longos períodos.

Uma alternativa seria a existência de professores no quadro de servidores do hospital, que proporcionassem a continuidade dos estudos, conforme a programação escolar, inclusive mantendo contato com a professora regular.

MARLOW; REDDING¹³ referem que o oferecimento de programas escolares dentro dos hospitais, além de capacitar a criança a acompanhar seu grupo, provê socialização com seus pares e facilita seu ajustamento à hospitalização.

PLANK¹⁵ não só sugere integrar o ensino no hospital com o da escola regular, como também propõe um planejamento próprio do hospital, que considere a situação de saúde e o nível escolar de cada criança.

A partir dessas informações, é recomendável que cada instituição hospitalar considere essa necessidade da criança e as possibilidades da instituição em oferecer alternativas que satisfaçam a ambas.

Quanto aos diagnósticos médicos, 8 crianças apresentavam afecções ortopédicas ou traumatológicas, 4, afecções respiratórias e 8, afecções de diversas naturezas. Dentre as primeiras, 5 apresentavam fraturas devidas a acidentes.

Esses achados concordam com a literatura que aponta as doenças respiratórias e os acidentes como principais causas de morbidade nesse grupo etário. WHALEY; WONG²⁶; MARLOW; REDDING¹³ ressaltam serem os acidentes por veículos motores a principal causa de morte e injúria grave dessas crianças; destacam a importância das medidas preventivas, a educação da criança e da família.

Quanto à presença da mãe, apenas uma criança permanecia acompanhada na unidade de internação. As demais 19 recebiam visitas conforme as possibilidades familiares e as normas da instituição.

De acordo com tais normas, há visitas diárias nas três unidades, em horários estabelecidos; no hospital infantil há permissão para a permanência de um acompanhante durante todo o tempo, no hospital geral, somente durante o dia e, na unidade de ortopedia, apenas para as crianças menores de 5 anos, desde que seja considerada necessária pela enfermeira.

Enfermeiras das três unidades apontaram como fatores da ausência das mães, distância da moradia, dificuldades financeiras, trabalho, existência de outros filhos e falta de um substituto para as atividades domésticas.

Há, porém, outros fatores que podem limitar a presença da mãe, decorrentes do próprio Regulamento do hospital como, por exemplo, rigidez de horário de visita, comunicação inadequada, impedimento de sua participação no cuidado da criança e falta de uma prática de atendimentos às suas necessidades.

ERICKSON¹¹ afirma que, na maioria das vezes, um pai munido de informações e apoiado pelos profissionais de saúde pode prover o suporte necessário à criança em idade escolar em situações difíceis.

RYAN²²; SAVEDRA et al²⁴ concluíram, em seus estudos, que a presença de alguém conhecido é indicada pelos escolares como ajuda efetiva em situações de estresse.

A despeito das recomendações encontradas na literatura foi constatado que a quase totalidade das crianças, 19, não podia contar com o apoio dos pais devido à ausência destes.

É verdade que os profissionais de saúde não podem solucionar dificuldades provocadas pela situação social das famílias; contudo, é essencial ajudá-las a encontrar suas próprias soluções, ressaltando a necessidade da criança. Cabe, também, a esses profissionais, auxiliar a família a entender e a lidar com a hospitalização tornando-se elementos de apoio para a criança.

PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS SOBRE SUA HOSPITALIZAÇÃO

A maioria das crianças, 12, apresentou respostas inespecíficas como "vim me tratar" e "ficar internada"; 4 foram mais específicas respondendo, por exemplo, "vim cuidar do problema de rins", ainda que denotando pouco conhecimento.

Essa limitação de conhecimento pode ser também observada pelas respostas "não sei", "não me lembro", "vim brincar e conhecer colequinhas". Duas dessas crianças estavam no segundo dia de internação e ainda não haviam recebido qualquer tratamento e duas estavam sob tratamento clínico. Uma das que responderam "não sei" acrescentou "prá se tratar". Com isso, vê-se que "se tratar" reproduz uma informação cujo significado é vago para a criança. Brincar e conhecer colequinhas é uma informação da qual o adulto se utiliza para justificar a hospitalização, tentando amenizar o sofrimento da criança e o seu próprio.

É certo que a compreensão da criança é limitada ao seu nível de desenvolvimento, mas isso não justifica que ela receba informações incompletas ou incorretas; ao contrário, implica na necessidade de dar informações de forma tal que ela consiga compreender.

Duas crianças associaram a internação à recuperação da saúde, transparecendo a idéia da necessidade de se verem capazes de realizar atividades comuns à idade, como ir à escola, participar nas tarefas domésticas, brincar e cuidar de si mesma.

Discorrendo sobre esse aspecto, ERICKSON¹² explica que, quando a criança sofre alguma limitação ou deficiência pode sentir-se inferior às outras crianças uma vez que isso reativa os conflitos dependência/independência e atividade/passividade. Essa afirmação confirma que o objetivo de cura vem de encontro à necessidade da criança restabelecer seu ritmo de desenvolvimento.

PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS QUANTO A PRÓPRIA DOENÇA

Quando questionadas a respeito da causa de sua doença, 8 crianças contaram o fato que a provocou (acidente, contaminação), 6 descreveram a evolução dos sintomas (febre, cefaléia, edema, etc.) e 6 disseram não saber.

As crianças que sofreram acidente relacionaram-no à causa de sua doença; outras nomearam corretamente a doença, embora não soubessem explicar sua causa.

Todas as situações concretas, sejam fatos ocorridos, evolução de sintomas ou informações de diagnósticos, foram captadas pelas crianças e associadas à sua doença. Assim elas demonstram ser capazes de explicar o que apreenderam de tais situações.

A causa da doença, contudo, é imperceptível aos sentidos da criança, o que lhe impossibilita conhecê-lo por completo, a não ser nos casos de acidente e em alguns de contaminação.

Nas outras causas apresentadas como "mudança de tempo" e "tomar chuva e gelo", as crianças também não souberam explicar porque esses fatos haviam provocado a doença; parece repetição de um tipo de explicação usada pelos adultos, que pode nem estar relacionada à doença mas é reproduzida pelas crianças em sua tentativa de compreendê-la. CAMPBELL⁶ verificou que os temas utilizados pelas mães para conceituar a doença freqüentemente aparecem na fala de crianças dessa faixa etária.

De acordo com as respostas fornecidas, a percepção da criança quanto à própria doença independe do tempo de sua evolução ou de hospitalização. Esse resultado concorda com os achados de BREWSTER⁵ e de CAMPBELL⁶.

Apesar do nível de desenvolvimento ser um fator limitante à percepção da doença, as poucas informações fornecidas às crianças foram a principal razão de seu restrito conhecimento. Assim sendo, é necessário que as informações sejam completas e corretas tanto quanto possível, e que seja dada às crianças oportunidade de aprenderem realmente com sua experiência e desenvolverem suas capacidades para enfrentar as situações.

FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO

Quanto ao recebimento de informações a respeito da doença e hospitalização, 16 crianças afirmaram ter recebido alguma e 4 não ter recebido nenhuma informação. Dentre as que receberam informação, para 8 foram sobre a doença e a hospitalização, para 6 só sobre a hospitalização e para duas só sobre a doença.

As informações sobre doença não foram dadas no mesmo momento das de hospitalização. Esse fato leva a criança a interpretar, a seu modo; a sua situação; para ela, o mecanismo da doença não é totalmente conhecido; é, pois, inevitável ocorrerem compreensões incorretas.

Do total de 24 informações citadas, 11 foram dadas pela mãe, 5 pelo médico e as 8 restantes tiveram 6 diferentes fontes: outros familiares, enfermeira e o prontuário hospitalar. A mãe foi a principal fonte, tanto para as informações sobre doença, quanto sobre hospitalização.

Durante a hospitalização, a mãe não esteve presente a maior parte do tempo; assim, não era ela a pessoa que tinha mais oportunidade de dar esclarecimentos à criança, embora, de acordo com os dados, foi ela quem mais atuou nesse sentido.

Além desse aspecto, devemos considerar quais condições da mãe para contar à criança algo que ela também pode não conhecer muito bem. Isso foi percebido pela manifestação da única mãe presente durante uma entrevista. No final ela disse à entrevistadora que ninguém realmente havia dado explicações à criança, e justificou-se dizendo que não o fazia por não saber o que dizer e por desconhecer a doença do filho.

E quanto às pessoas que estão atendendo a criança no hospital? Pelos dados obtidos, apenas 6 informações foram oferecidas pela equipe, sendo a maioria pelo médico.

É possível que, dentro da equipe, o médico tenha contribuído com o maior número de informações por ser ele quem decide pela hospitalização e define o diagnóstico.

RIBEIRO¹⁸, investigando sobre os contatos da equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas de 0 a 2 anos, constatou que o maior número desses contactos ocorria quando eram dados cuidados físicos como higiene, alimentação e medidas de conforto e isso num período de tempo menor do que 5 minutos.

Considerando que, na sua maior parte, as crianças deste estudo podiam satisfazer suas necessidades relativas ao cuidado físico, acreditamos que deveriam estar ocorrendo poucos contatos da equipe de enfermagem com elas, o que se verifica por uma única citação de enfermeira como a pessoa que ofereceu informação sobre hospitalização.

Embora não tenha sido perguntado o que foi dito ou como receberam a informação, 3 crianças disseram ter ficado sabendo sobre a inter-

nação ouvindo conversas entre a mãe e o médico ou entre a mãe e a enfermeira; uma referiu o diagnóstico lido no prontuário. Os conteúdos limitaram-se a “você vai ficar internado” ou “vai para o hospital fazer exames”. Deste modo, vemos que, além de nem todas receberem informações, algumas vezes essas vêm de forma indireta e com conteúdos mínimos.

Esses resultados vêm reforçar a discussão das questões anteriores, confirmando que, em geral, as crianças não são informadas sobre por que devem ficar no hospital e o que lhes acontecerá lá.

Elas não são consideradas e permaneceriam alheias às decisões de condutas que irão vivenciar se não buscassem ativamente compreender sua situação, como relatam em suas respostas: “a minha mãe estava conversando com a médica e ela falou sobre a visita, eu perguntei que história era essa e ela disse que eu ia ficar internado”; “minha mãe explica pros médicos e eu presto atenção, pois se alguém me pergunta eu tenho que responder prá sarar”; “os médicos falaram que não era nada, mas eu li no papel que era fratura exposta”; e “a enfermeira contou pra minha mãe e eu estava junto”.

Diante dessas respostas, percebemos que a criança utiliza suas próprias capacidades como recurso para buscar informações, uma vez que a mãe está ausente a maior parte do tempo e as outras pessoas que cuidam dela não estabelecem contatos com este objetivo.

A necessidade de esclarecer a criança sobre a experiência que está vivendo é apontada por diversos autores.

STEELE²⁵ ressalta que quanto mais a criança sabe sobre o que esperar, menos medo ela sente, pois pode lidar melhor com o conhecido do que com o desconhecido. Assim, sua capacidade para lidar com medos associados à hospitalização e aos procedimentos diagnósticos será maior se receber informações e preparo apropriados.

BREWSTER⁵ lembra que as crianças têm limitada habilidade para assimilar informações e freqüentemente distorcem o que ouvem. Assim, deixá-las desinformadas favorece o desenvolvimento de idéias erradas a respeito do que acontece e, por não compreenderem, não são capazes de aceitar e de colaborar com seu tratamento nem de aprender mais vivendo sua experiência de forma realista.

RYAN²² constatou que, para crianças de 8 a 12 anos, a antecipação de eventos estressantes faz com que organizem estratégias para lidar com os mesmos. Algumas estratégias referem-se à busca de apoio de pessoas significativas e a atividades que facilitem a compreensão e o manejo da situação (como pensar sobre o assunto). A autora conclui que o importante para a enfermeira que trabalha com escolares é identificar, junto à criança e sua família, qual a estratégia mais utilizada e efetiva e possibilitar sua aplicação.

Assim, para a pessoa que lida com a criança, ajudá-la a viver sua experiência implica em informá-la adequadamente, de acordo com seu

nível de compreensão, certificar-se de como ela assimilou a informação e possibilitar que disponha de condições favoráveis para a utilização de estratégias efetivas de lidar com o estresse.

Apesar das recomendações da literatura, observa-se pelas respostas obtidas, que as crianças não estavam sendo devidamente informadas pelos seguintes motivos: a) a mãe está ausente a maior parte do tempo; b) a mãe tem dificuldade em conversar sobre o assunto com a criança; c) a capacidade de compreensão da criança é limitada (mesmo que consiga receber informações indiretamente); e d) os profissionais estabelecem contatos muito restritos com a criança, e assim não chegam a oferecer-lhe esclarecimentos.

INTERESSES E PREOCUPAÇÕES MANIFESTADOS PELAS CRIANÇAS NO MOMENTO DA ENTREVISTA

Durante as entrevistas, 14 crianças não solicitaram informações e 6 manifestaram algum interesse. Este dizia respeito a conhecimento sobre a doença e ao desejo de ficar bom, de sair da unidade e de não haver restrição para a visita dos familiares.

Uma dessas crianças, doente há meses e sem diagnóstico confirmado, queria saber sobre a doença, acreditando que tal conhecimento resolveria seu problema. Duas desejavam voltar a andar direito e a estudar. Outras duas referiram necessidades de recreação e da presença dos familiares. Para uma delas, que solicitou informações sobre a doença, não foi possível identificar a razão da pergunta.

Todas as crianças que manifestaram interesse haviam recebido informações e tinham conhecimento sobre sua situação. Por outro lado, as 4 que afirmaram não ter recebido informações não manifestaram interesse algum.

Tais achados, à primeira vista, podem parecer contraditórios, pois o esperado seria que quanto menor o conhecimento, maior seria a necessidade de informações e, conseqüentemente, de mais solicitações.

A habilidade de buscar ajuda fazendo perguntas é um comportamento próprio da criança com ego forte (DENYES⁹) e um comportamento de adaptação da criança à experiência hospitalar (MORAES¹⁴). As autoras ressaltam que a passividade diante de tratamentos ou de situações novas indica inabilidade em lidar com o estresse da hospitalização.

A não manifestação de interesse, pela maioria das crianças, pode significar dificuldade em exteriorizar suas idéias devido a se sentirem confusas e ansiosas por não compreenderem com clareza o que lhes está acontecendo.

Normalmente, os adultos, com a intenção de proteger a criança, ocultam informações desagradáveis. Esse procedimento, contudo, além de não evitar o confronto da criança com a situação difícil, não permite que ela seja preparada para enfrentá-la. Estimular a comunicação, com

a criança, demonstrando disposição de conversar com ela, e principalmente de ouvi-la, é sinal de interesse e lhe proporciona maior segurança para lidar com a realidade. Além disso, essa atitude cria um clima de confiança, que permite à criança expressar dúvidas e sentimentos.

Diversos fatores influenciam a percepção da criança como: faixa etária, características pessoais, apoio para enfrentar a realidade e preparo prévio; todos eles devem ser considerados na comunicação com a mesma.

ELEMENTOS AGRADÁVEIS E DESAGRADÁVEIS NO HOSPITAL SEGUNDO AS MANIFESTAÇÕES DAS CRIANÇAS

A maioria das respostas relativas aquilo de que as crianças gostam no hospital refere-se a “atividades recreativas” (8) e “alimentação” (6). Observa-se, também, a indicação dos “colegas” (3) e de “adultos” (2) como coisas boas do hospital; 3 disseram não haver “nada” no hospital de que gostassem.

Tudo o que as crianças referem gostar diz respeito a atividades próprias da infância, da rotina de vida diária e de saúde como brincadeiras, presença de colegas e alimentação.

O brinquedo é um elemento essencial na vida da criança. Não se restringe apenas à função recreativa de fornecer prazer e divertimento; também oferece oportunidade à criança para desenvolver domínio de si mesma e do ambiente, experimentar a realidade, lidar com medos, usar uma saída para necessidades e desejos que não podem ser expressados de outro modo e transformar passividade em atividade. D'ANTONIO⁸ destaca que brincar é especialmente benéfico para crianças hospitalizadas, pois é o meio através do qual podem descarregar sentimentos desagradáveis e conflitantes e uma das poucas experiências que podem controlar e manipular inteiramente.

As outras crianças, companheiras de quarto, são assim como o brinquedo, fontes de conforto e apoio durante a hospitalização. Alimentos e “hora das refeições” relacionam-se a rotina e hábitos que puderam ser mantidos no hospital.

Quanto àquilo de que elas não gostam no hospital, aparecem as respostas “ficar internado” (3), “tomar soro/injeções” (4) e “alguns alimentos” (3). Com apenas um relato encontra-se “dormir”, “ficar deitado”, “enfermeiras”, “ficar no quarto” e “andar e tomar sol”.

Só o fato de ficar no hospital, já provoca mudança em todos os hábitos da criança. São impostas rotinas pré-estabelecidas quanto a horários e formas de higiene, alimentação e sono. Frequentemente são desconsideradas suas necessidades de atividade física, mesmo que não haja impedimento devido ao seu estado de saúde; ela passa a ter que conviver, nesse novo ambiente, com pessoas estranhas e nem sempre tão atentas às suas necessidades emocionais e físicas quanto seria necessário.

Outras respostas a essa questão como ficar no quarto, ficar deitado e dormir indicam que o mundo real da criança é ativo e em movimento. ERICKSON¹² salienta que, para a criança, estar inativa ou deitada é o oposto de estar ativa e viva, o que dá uma conotação de morte.

A três crianças que responderam “nada” para a questão “de que coisas você gosta aqui no hospital?”, quando foram indagadas “de que coisas você não gosta aqui no hospital?” responderam: “de ficar aqui internado”. Dessa forma, para as crianças deste estudo, não identificar algo de bom levou a não gostar da experiência de hospitalização como um todo. Por outro lado, aquelas que conseguiram identificar coisas de que gostavam no hospital, destacaram somente alguns elementos de sua experiência como coisas de que não gostavam, não considerando toda a experiência como ruim.

Certamente, de acordo com o senso comum, qualquer pessoa diria que estar no hospital ou doente é algo de que ninguém gosta. O importante dos resultados desta questão é concluir que é possível e desejável permitir às crianças que sua experiência não se limite a algo de que elas não gostam. Para isso, é de grande importância tornar presentes situações que proporcionem a manutenção de suas atividades habituais.

Reportando-se à presença dos adultos que lhes prestam cuidados, duas crianças disseram gostar “das tias” e “dos médicos e enfermeiras”. Uma criança relatou não gostar de “umas enfermeiras”.

O número reduzido de referência aos adultos do hospital reforça a conclusão da questão “3”, de que estes estão mantendo poucos contatos com as crianças. Além disso, de acordo com uma delas, alguns contatos são desagradáveis. Esses achados refletem que os profissionais não percebem a importância de si próprios como recurso para ajudar na adaptação e no enfrentamento da situação que a criança vive. Ao contrário, algumas vezes são apontados como mais uma dificuldade encontrada.

Todas essas respostas refletem que o cuidado da criança requer mais do que conhecimentos e habilidades técnicas relativos ao tratamento da parte doente.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados deste estudo, o escolar: — expressa a percepção de sua doença e hospitalização limitando-se às informações recebidas e aos aspectos concretos de sua experiência; — recebe poucas informações e, muitas vezes, obtém informações de forma indireta, ouvindo conversas entre membros da família e pessoal hospitalar; — tem na mãe seu principal recurso como fonte de informações. — usa suas próprias habilidades como recurso para buscar conhecimento sobre sua experiência de doença e hospitalização; — manifesta interesse e preocupações relacionados às necessidades de conhecimento, de voltar à condição de sadio, e de manter atividades e funções habituais; — não conta com o apoio da família na maior parte do tempo devido à ausência desta no hospital; — gosta, no hospital, de tudo que se refere à manutenção

de suas funções e atividades habituais; — não gosta de estar no hospital se não identificar nesse ambiente algo de que goste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Percebe-se que vários pontos acima descritos dizem respeito à questão da informação. Contudo, não basta apenas dizer sobre os fatos à criança. É imprescindível buscar, junto a ela, o que compreende da situação e das informações oferecidas, esclarecer suas dúvidas e identificar os sentimentos que estiver vivenciando.

Conhecer sobre desenvolvimento infantil possibilita a compreensão dos sentimentos da criança e o uso de uma linguagem adequada. O escolar é capaz de compreender explicações dadas com uso de termos concretos e termos médicos podem ser usados, desde que sejam esclarecidos. Ele quer saber no que pode colaborar para os procedimentos e se suas funções corporais sofrerão prejuízo. Material visual como desenhos simples de corpo humano auxiliam na compreensão da criança quando se quer mostrar que parte do corpo será “arrumada”.

A utilização de dramatização, do brinquedo terapêutico e de histórias são meios de buscar junto à criança o que ela compreende da sua experiência e os sentimentos envolvidos, bem como oferecer-lhe uma forma dela própria entender melhor o que acontece e expressar sentimentos como medo e ansiedade.

É importante, também, fornecer informações e apoio aos pais para que compreendam e estejam capacitados a esclarecer a criança, o que virá reforçar seu papel central como fonte de segurança.

Para isso é necessário sua presença frequente junto a criança como verificado neste estudo.

Considerando todas as vantagens relativas à presença da mãe durante a hospitalização infantil, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo dispõe, na Resolução 55-165 de 12/10/88, sobre a adoção do programa da “Mãe Participante”; as normas técnicas para sua implantação e desenvolvimento deste programa baseiam-se no pressuposto de que todas as crianças internadas não sejam privadas da presença de seus genitores e ou familiares (SÃO PAULO²³).

Além dos direitos da criança à informação e ao contato familiar, é importante permitir-lhe que continue a desenvolver suas habilidades, proporcionando-lhe condições de continuidade de estudo, de atividades recreativas e de colaboração em tarefas na unidade em que está internada. É essencial que a enfermeira procure conhecer cada criança e decida, com ela, que atividades são mais adequadas e satisfatórias. Em resumo, deve procurar tornar o ambiente hospitalar o mais próximo possível ao ambiente familiar, o que leva as crianças a se sentirem mais seguras.

Garantir o atendimento de todos esses aspectos certamente facilita à criança ter uma compreensão mais adequada e a viver sua experiência de uma forma satisfatória e construtiva para o seu desenvolvimento.

VERISSIMO, M. de La Ó R. The hospitalization's experience explained to the own child. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 2, p. 153-68, Aug. 1991.

This study, was accomplished with 20 school-age children hospitalized in pediatric units. The goals were: how children expressed their perception of the illness and the hospitalization; what sources were available to obtain knowledge about their experience of illness and hospitalization and what were their interest and concerns.

UNITERMS: *Child hospitalized. Mother-child relations. Pediatric nursing.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, M.L. **Sentimentos e solicitações apresentados pelas mães no momento da internação de seus filhos.** São Paulo, 1981. 91 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
2. ANGELO, M. Hospitalização: uma experiência ameaçadora. In: STEINER, M.H.F. **Quando a criança não tem vez: violência e desamor.** São Paulo, Pioneira, 1988. cap. 11, p. 101-8.
3. ———. **Experiência das mães na visita ao filho hospitalizado.** São Paulo, 1982. 102 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo.
4. BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo, Martins Fontes, 1981.
5. BREWSTER, A.B. Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, v. 69, n. 3, p. 355-62, 1982.
6. CAMPBELL, D. Illness is a point of view: the development of children's concepts of illness. *Child Dev.*, v. 46, p. 92-100, 1975.
7. CUNHA, L.A. **Educação e desenvolvimento social no Brasil.** 4. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.
8. D'ANTONIO, I.J. Therapeutic use of play in hospitals. *Nurs. Clin. North Am.*, v. 19, n. 2, p. 351-9, 1984.
9. DENYES, M.J. A child with Hirschsprung's disease uses a nurse to again ego strength. *ANA Clin Sess*: p. 155-61, 1986.
10. DORN, L.D. Children's concepts of illness: clinical applications. *Pediatr. Nurs.*, v. 10, n. 5, p. 325-7, 1984.
11. ERICKSON, F. Helping the sick child maintain behavioral control. *Nurs Clin North Am.*, v. 2, n. 4, p. 695-703, 1967.
12. ———. When 6-to 12-year olds are ill. *Nurs. Outlook*, v. 13, n. 7, p. 48, 1965.
13. MARLOW, D.R.; REDDING, B.A. **Textbook of pediatric nursing.** 4. ed. Philadelphia, Saunders, 1988. p. 1025-43.
14. MORAES, E. Manifestações de tensão e comportamento de adaptação de crianças hospitalizadas. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 5, n. 1, p. 44-57, 1971.
15. PLANK, E. **Working with children in hospitals.** London, Tavistock, 1964.

16. PRUGH, D.G.; HARLOW, R.G. Masked deprivation in infants and young children. In: AINSWORTH, M.D. et al. *Deprivations of maternal care*. New York, Schoonen, 1968. p. 201-21.
17. RIBEIRO, C.A. *O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas*. São Paulo, 1986. 156 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
18. RIBEIRO, M.N.F. *Contatos da criança hospitalizada com a equipe de enfermagem em um hospital de ensino governamental*. São Paulo, 1981. 77 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
19. RIBEIRO, M.O. et al. Representações resultantes da análise do discurso de crianças hospitalizadas. Trabalho apresentado ao Jubileu de Ouro do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1989.
20. RIFEE, D.M. Self-esteem changes in hospitalized school-age children. *Nurs. Res.*, v. 30, n. 2, p. 94-7, 1981.
21. ROBERTSON, J. *Hospitals and children*. New York, International Universities Press, 1962. p. 13-9.
22. RYAN, N.M. Stress-coping strategies identified from school-age children's perspective. *Res. Nurs. Health*, v. 12, n. 2, p. 11-22, 1989.
23. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Resolução 55-165, de 12 de outubro de 1988. Dispõe sobre a adoção do Programa da «Mãe Participante» nos estabelecimentos que especifica e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 14 mar. 1989. Seção 1, p. 11.
24. SAVEDRA, M. et al. Description of the pan experience: a study of school-age children. *Issues Compr. Pediatr. Nurs.*, v. 5, n. 5/6, p. 373-80, 1981.
25. STEELE, S. *Child health and the family: nursing concepts and management*. New York, Masson, 1981. p. 625-9.
26. WHALEY, L.F.; WONG, D.L. *Nursing care of infants and children*. 2. ed. Saint Louis, Mosby, 1983. cap. 17, p. 595-626: The school — age years.

ANEXO 1

(A) FORMULÁRIO

Nº: Hospital:

Data: Duração:

I — Identificação da criança:

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Data de admissão:

Diagnóstico:

Nº de internações anteriores:

Acompanhante:

II — Perguntas:

1. O que você veio fazer no hospital?
2. O que aconteceu que fez você ficar doente?
3. Quem lhe contou sobre o hospital? e sobre a doença?
4. Você gostaria de saber mais alguma coisa?
5. De que coisas você gosta e de que coisas você não gosta aqui no hospital?

III — Registro do comportamento da criança:

Recebido em 13-6-90

Aprovado em 1-4-91