

**Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança
Instituto de Ciências Sociais**



O Quotidiano Hospitalar da Criança

Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento

**Dissertação de Mestrado em Sociologia da
Infância, apresentada por:
Maria Emília Firmino Ramos Redondeiro**

**Sob a Orientação de: Professora Doutora Engrácia Leandro
E Co-Orientação de: Professora Doutora Ana Tomás de Almeida**

BRAGA 2003

Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança
Instituto de Ciências Sociais

O Quotidiano Hospitalar da Criança
Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento

Maria Emília Firmino Ramos Redondeiro

Dissertação final elaborada sob a Orientação da Professora Doutora Engrácia Leandro e Co-Orientação da pela Professora Doutora Ana Tomás de Almeida, apresentada ao Instituto de Estudos da Criança e ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Sociologia da Infância

BRAGA 2003

AGRADECIMENTOS

Um projecto desta natureza não seria possível de concretizar sem o apoio e envolvimento de todas as pessoas que me rodeiam, é pois, com sinceridade que lhes expresso o meu sentimento de gratidão.

À Professora Doutora Engrácia Leandro e à Professora Doutora Ana Tomás, Orientadora e Co-orientadora, respectivamente, que incentivaram a prossecução deste estudo, agradeço a forma amiga, o entusiasmo e a dedicação, aliados à disponibilidade e rigor científico, proporcionando desta maneira uma reflexão constante e um enriquecimento global.

Aos Hospitais:

- Aos Conselhos de Administração do Hospital Maria Pia, Porto e, do Hospital S. Marcos, Braga, pela abertura dispensada proporcionando as condições necessárias para a elaboração desta investigação.

- A todos os profissionais de saúde de ambos os hospitais, com especial gratidão à Sra. Enfermeira Amélia José, Directora de Enfermagem e à Sra. Enfermeira Maria do Céu, chefe do serviço de pediatria médica do Hospital Maria Pia, às Sras. Enfermeiras chefes da unidade de pediatria do Hospital de S. Marcos, a todos os colegas e médicos dos referidos serviços, pela colaboração e empenho indispensáveis a este estudo.

- Às crianças e seus acompanhantes, pela sua participação e motivação, contribuindo, desta forma, para o seu enriquecimento.

Finalmente de um modo muito especial, à memória dos meus pais e à minha família. Ao Francisco companheiro de todos os momentos e aos meus filhos, Ana Isabel e Rui Miguel, agradeço terem acompanhado e compreendido a necessidade de partilhar comigo esta longa caminhada. É a eles que dedico e presenteio este trabalho.

ÍNDICES

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	1
ÍNDICES	2
ÍNDICE GERAL.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE ANEXOS	10
RESUMOS.....	11
RESUMO.....	13
RÉSUMÉ	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I	
A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1. PROBLEMÁTICA E OBJECTO DE ESTUDO	20
2. HOSPITAL	30
3. A CRIANÇA, A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO.....	36
3.1. A criança e a doença	36
3.2. A criança hospitalizada	42
3.2.1. A perspectiva histórica.....	43
CAPÍTULO II	
A CRIANÇA - VIVÊNCIA HOSPITALAR.....	48
1. A DOENÇA	48
1.1. Os direitos da criança hospitalizada.....	48
1.2. Necessidades da criança hospitalizada.....	56
2. NECESSIDADES DA FAMÍLIA COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA	60
2.1. Impacto psicossocial da doença na família.....	64
3. QUOTIDIANO HOSPITALAR.....	67
3.1. Tempo livre em contexto hospitalar	69
3.2. Actividade lúdica no hospital.....	72
3.3. Actividades educativas no meio hospitalar.....	80

CAPÍTULO III

ANÁLISE SOCIAL DO “ESPAÇO”	83
1. ESPAÇO PEDIÁTRICO – UMA ANÁLISE SOCIAL	83
2. O CONTEXTO EM OBSERVAÇÃO	90
2.1. O hospital Maria Pia	90
2.2. O hospital de S. Marcos	96
3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DOS SERVIÇOS	105
3.1. O serviço de pediatria médica no Hospital Maria Pia.....	106
3.1.1. O modelo de produção de cuidados	113
3.2. A Unidade de Pediatria no Hospital de S. Marcos.....	115
3.2.1. Unidade Pediatria Adolescente - (Piso 1)	115
3.2.1.1. O modelo de produção de cuidados	120
3.2.2. A unidade de pediatria - (Piso 3)	121
3.2.2.1. O modelo de produção de cuidados	126

CAPÍTULO IV

A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA	128
1. CAMPO DE ANÁLISE.....	128
2. O ESTUDO DE CASO.....	129
3. OBJECTIVOS E HIPÓTESE DE ESTUDO	131
3.1. Variáveis	133
3.2. As técnicas de recolha de informação.....	134
3.3. População/Amostra	138
3.4. Procedimentos éticos e deontológicos	148

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DOS INQUÉRITOS	152
1. QUALIDADE E BEM-ESTAR NO INTERNAMENTO DA CRIANÇA	152
1.1. Importância atribuída à qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: a imagem dos profissionais.....	155
1.2. Percrutando a imagem dos profissionais: singularidades na qualidade e bem-estar da criança hospitalizada	157
1.3. Condições das instituições para a qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: as opiniões dos profissionais	165
1.4. Singularidades das condições hospitalares existentes: a imagem dos profissionais	168
1.5. Imagem da qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: uma perspectiva dos acompanhantes	175
1.6. Percrutando a imagem dos acompanhantes: singularidades na qualidade e bem-estar da criança hospitalizada	177
1.7. Condições que existem nas instituições, para a qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: uma perspectiva dos acompanhantes	186
1.8. Singularidades sobre as condições hospitalares existentes: as opiniões dos acompanhantes	188

2. A CRIANÇA E AS ACTIVIDADES LÚDICAS EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	195
2.1. Ocupação do tempo livre da criança hospitalizada.....	200
3. CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
BIBLIOGRAFIA	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	213
SITES NA INTERNET	228
ANEXOS	230

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - INFLUÊNCIA GEOGRÁFICA	98
---	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO (PROFISSIONAIS)	140
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE (PROFISSIONAIS).....	141
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR GRAU ACADÉMICO (PROFISSIONAIS)	142
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO POR ACTIVIDADE PROFISSIONAL (PROFISSIONAIS)	143
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE ACTIVIDADE (PROFISSIONAIS).....	144
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO POR ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NA EQUIPA (PROFISSIONAIS)	145
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO (ACOMPANHANTES)	146
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE (ACOMPANHANTES).....	146
GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO POR GRAU ACADÉMICO (ACOMPANHANTES).....	147
GRÁFICO 10 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO CONFORTO NA ENFERMARIA (PROFISSIONAIS).....	157
GRÁFICO 11 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE HIGIENE INDIVIDUALIZADOS (PROFISSIONAIS)	158
GRÁFICO 12 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO QUE PROPORCIONA ALGUMA PRIVACIDADE À CRIANÇA INTERNADA (PROFISSIONAIS).....	159
GRÁFICO 13 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS CONDIÇÕES QUE FACILITEM A PERMANÊNCIA DOS PAIS (PERÍODO DIURNO) (PROFISSIONAIS).....	160
GRÁFICO 14 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À ASSISTÊNCIA POR PARTE DE EDUCADORAS/PROFESSORAS (PROFISSIONAIS).....	161
GRÁFICO 15 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FLEXIBILIZAÇÃO OU ALARGAMENTO DAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS/LÚDICAS (PROFISSIONAIS).....	162
GRÁFICO 16 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À SALA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DIFERENCIADAS POR GRUPO ETÁRIO (PROFISSIONAIS).....	163
GRÁFICO 17 – A PERCEÇÃO DO CONFORTO NA ENFERMARIA (PROFISSIONAIS)	168
GRÁFICO 18 – A EXISTÊNCIA DE MATERIAIS E EQUIPAMENTO DE HIGIENE INDIVIDUALIZADOS (PROFISSIONAIS).....	169
GRÁFICO 19 – A PERCEÇÃO RELATIVA À ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO QUE PROPORCIONA ALGUMA PRIVACIDADE À CRIANÇA INTERNADA (PROFISSIONAIS).....	170
GRÁFICO 20 – A EXISTÊNCIA DE CONDIÇÕES QUE FACILITEM A PERMANÊNCIA DOS PAIS (PERÍODO DIURNO) (PROFISSIONAIS)	171
GRÁFICO 21 – A PERCEÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA DAS EDUCADORAS/PROFESSORAS DO QUADRO (PROFISSIONAIS).....	172
GRÁFICO 22 – A EXISTÊNCIA DE FLEXIBILIZAÇÃO OU ALARGAMENTO DOS HORÁRIOS PARA ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS OU LÚDICAS (PROFISSIONAIS)	173
GRÁFICO 23 – A EXISTÊNCIA DE SALAS DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DIFERENCIADAS POR GRUPO ETÁRIO (PROFISSIONAIS).....	174
GRÁFICO 24 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO CONFORTO NA ENFERMARIA (ACOMPANHANTES)	177
GRÁFICO 25 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE HIGIENE INDIVIDUALIZADOS (ACOMPANHANTES)	178
GRÁFICO 26 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO QUE PROPORCIONA ALGUMA PRIVACIDADE À CRIANÇA INTERNADA (ACOMPANHANTES).....	179
GRÁFICO 27 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS CONDIÇÕES QUE FACILITEM A PERMANÊNCIA DOS PAIS (PERÍODO DIURNO) (ACOMPANHANTES)	180
GRÁFICO 28 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À ASSISTÊNCIA POR PARTE DE EDUCADORAS/PROFESSORAS (ACOMPANHANTES).....	181
GRÁFICO 29 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FLEXIBILIZAÇÃO OU ALARGAMENTO DAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS/LÚDICAS (ACOMPANHANTES).....	182
GRÁFICO 30 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À SALA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DIFERENCIADAS POR GRUPO ETÁRIO (ACOMPANHANTES).....	183
GRÁFICO 31 – A PERCEÇÃO DO CONFORTO NA ENFERMARIA (ACOMPANHANTES).....	188
GRÁFICO 32 – EXISTÊNCIA DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE HIGIENE INDIVIDUALIZADOS (ACOMPANHANTES).....	189
GRÁFICO 33 – PERCEÇÃO RELATIVA À ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO QUE PROPORCIONA ALGUMA PRIVACIDADE À CRIANÇA INTERNADA (ACOMPANHANTES).....	190
GRÁFICO 34 – A EXISTÊNCIA DE CONDIÇÕES QUE FACILITEM A PERMANÊNCIA DOS PAIS (PERÍODO DIURNO) (ACOMPANHANTES)	191
GRÁFICO 35 – A PERCEÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA DAS EDUCADORAS/PROFESSORAS DO QUADRO (ACOMPANHANTES).....	192

GRÁFICO 36 – A EXISTÊNCIA DE FLEXIBILIZAÇÃO DOS HORÁRIOS PARA ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS OU LÚDICAS (ACOMPANHANTES).....	193
GRÁFICO 37 – A PERCEPÇÃO DE SALAS DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DIFERENCIADAS POR GRUPOS ETÁRIOS (ACOMPANHANTES).....	194
GRÁFICO 38 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO (CRIANÇAS)	196
GRÁFICO 39 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADES	197
GRÁFICO 40 – CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (CRIANÇAS).....	198

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - VALÊNCIAS EXISTENTES(HOSPITAL MARIA PIA).....	93
QUADRO 2 - VALÊNCIAS EXISTENTES (HOSPITAL DE S. MARCOS)	99
QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL (ACOMPANHANTES).....	147
QUADRO 4 – FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A PARTICIPAÇÃO ACTIVA NA RELAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE/FAMÍLIA (PROFISSIONAIS).....	164
QUADRO 5 - FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A PARTICIPAÇÃO ACTIVA NA RELAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE/FAMÍLIA (ACOMPANHANTES).....	184
QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE ESCOLARIDADE (CRIANÇAS).....	197
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE INTERNAMENTO (CRIANÇAS).....	199
QUADRO 8 - LOCAL DA BRINCADEIRA (CRIANÇAS)	199
QUADRO 9 - ACTIVIDADES DESEJADAS NO INTERNAMENTO (CRIANÇAS)	200
QUADRO 10 - ACTIVIDADES PREFERIDAS NO INTERNAMENTO (CRIANÇAS).....	201
QUADRO 11 - ACTIVIDADES PRETERIDAS NO INTERNAMENTO (CRIANÇAS).....	203

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - MAPA DA LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL MARIA PIA (PORTO).....	231
ANEXO II - GUIA DE ACOLHIMENTO DO HOSPITAL MARIA PIA (PORTO).....	232
ANEXO III - MAPA DA LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL S. MARCOS (BRAGA)	233
ANEXO IV - REGULAMENTO DAS VISITAS DO HOSPITAL S. MARCOS (BRAGA) ...	234
ANEXO V - ESQUEMA DO SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA DO HOSPITAL MARIA PIA (PORTO)	235
ANEXO VI - ESQUEMA DA UNIDADE DE PEDIATRIA ADOLESCENTES, PISO 1, DO HOSPITAL S. MARCOS (BRAGA)	236
ANEXO VII - ESQUEMA DA UNIDADE DE PEDIATRIA, PISO 3, DO HOSPITAL S. MARCOS (BRAGA)	237
ANEXO VIII - INQUÉRITO SOBRE A QUALIDADE DO INTERNAMENTO E BEM-ESTAR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA DIRIGIDA AOS PROFISSIONAIS.....	238
ANEXO IX - INQUÉRITO SOBRE A QUALIDADE DO INTERNAMENTO E BEM-ESTAR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA DIRIGIDA AOS ACOMPANHANTES.....	239
ANEXO X – INQUÉRITO ÀS CRIANÇAS INTERNADAS	240
ANEXO XI - ORIENTAÇÕES AOS ENTREVISTADORES SOBRE O PREENCHIMENTO DO INQUÉRITO DIRIGIDO ÀS CRIANÇAS	241
ANEXO XII - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HOSPITAL MARIA PIA (PORTO).....	242
ANEXO XIII - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HOSPITAL S. MARCOS (BRAGA)	243
ANEXO XIV - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DAS CRIANÇAS NO ESTUDO	244

RESUMOS

RESUMO

A doença, percurso incerto e inoportuno na vida do ser humano, requer por vezes meios e técnicas sofisticadas para a sua debelação, o que pode implicar períodos variáveis de hospitalização, quebrando o ritmo normal do quotidiano.

A criança, ser humano *sui generis*, confronta-se com problemáticas idênticas às do adulto, mas, devido à sua imaturidade emocional, requer dos profissionais e das instituições onde está internada, respostas específicas de forma a contemplar uma diversidade de necessidades e direitos.

A hospitalização a que a criança fica por vezes submetida, conduz a uma quebra nas actividades diárias, como sejam, o estar com a família, a escola e o brincar com os amigos, impossibilitando-a de viver a vida como qualquer criança. Daqui decorrem consequências para a recuperação da sua saúde que podem ser debeladas se se der voz a novos contextos de ocupação e de sociabilização da criança no hospital.

O tempo livre no internamento é por excelência o espaço onde é possível intervir de forma intencional ao nível do desenvolvimento global da criança, reconhecendo-o enquanto tempo social, necessário ao processo de socialização, onde cabe inserir actividades lúdicas e pedagógicas fundamentais para o seu processo de desenvolvimento e contribuindo para que a hospitalização se converta numa experiência positiva e passível de fruir em verdadeiros momentos de crescimento pessoal.

A investigação que decorreu em torno desta problemática e que desenvolvemos no Hospital Central Especializado em Crianças, na valência de pediatria médica (Porto) e Hospital Central com unidade de Pediatria (Braga), disse-nos, de uma forma reconhecida e assumida, que subsiste uma imagem autêntica dos profissionais e acompanhantes quanto à qualidade e bem-estar da criança.

O hospital, enquanto detentor do saber técnico e científico determinante para a reabilitação da saúde, pode reorganizar-se e constituir um ponto fulcral na dinamização de programas diversificados que estabeleçam um marco referencial e transformem o espaço pediátrico num verdadeiro mundo infantil, envolvendo profissionais, crianças e acompanhantes.

Desta forma, todos podem contribuir para que o internamento da criança constitua uma peculiaridade, como muitas outras, inerentes ao próprio percurso da vida.

RÉSUMÉ

La maladie, parcours incertain et inopportun dans la vie de l' être humain, requiert parfois des moyens et des techniques sophistiquées pour sa subjugation, ce qui peut impliquer des périodes variables d' hospitalisation, fracassant le rythme normal du quotidien.

L' enfant, être humain *sui generis*, se confronte avec des problématiques identiques à celles de l'adulte, mais, dû à son immaturité émotionnelle, requiert des professionnels et des institutions ou il est interné, des réponses spécifiques de façon à contempler une diversité de nécessités et de droits.

L' hospitalisation à laquelle l' enfant est souvent soumis, mène à une interruption dans les activités quotidiennes, telles que se trouver avec la famille, l' école et jouer avec les amis, l' empêchant de vivre la vie comme n' importe quel autre enfant. D' ici débouchent des conséquences pour la récupération de sa santé qui peuvent être dominées, si on fait appel à de nouveaux contextes d' occupation et de socialité de l' enfant à l' hôpital.

Le temps libre à l' internement est par excellence l' espace où il est possible d' intervenir intentionnellement au niveau du développement global de l' enfant, tout en le reconnaissant en tant que temps social, nécessaire au processus de socialisation, ou il convient d' introduire des activités ludiques et pédagogiques fondamentales pour son processus de développement, tout en contribuant à ce que l' hospitalisation se transforme en une expérience positive et passible de bénéficier de vrais moments de croissance personnelle.

La recherche qui advient autour de cette problématique et que nous développons à l' hôpital Central Spécialisé en Enfants, dans le secteur de pédiatrie médicale (Porto) et l' Hôpital Central avec l' unité de Pédiatrie (Braga) nous a dit d' une façon reconnaissante et assumée que l' image authentique des professionnels et des accompagnateurs subsiste quant à la qualité et au bien-être de l' enfant.

L' hôpital, en tant que détenteur du savoir technique et scientifique déterminant pour la réhabilitation de la santé, peut s' organiser à nouveau et constituer un point d' appui très important dans la dynamique de programmes diversifiés qui établissent une borne référentielle et transforment l' espace pédiatrique en un vrai monde infantile, en mêlant des professionnels, des enfants et des accompagnateurs.

Ainsi, ils peuvent tous contribuer pour que l' internement de l' enfant constitue une particularité comme beaucoup d' autres, inhérentes au parcours - même de la vie.

ABSTRACT

The disease, an uncertain and undesirable path in human's life, needs sometimes sophisticated means and procedures as well, for being overcome, and, as one knows, it may require variable periods of hospitalization that disturb the daily path of people.

The child, a *sui generis* human being, is faced with the same difficult situations as adults, however, due to his emotional immaturity, both the skilled professionals and institutions where the kid is placed, must be aware and careful in order to answer and contemplate promptly and specifically the huge diversity of his/her needs and rights.

As a matter of fact, being hospitalized means that the child undergoes through a rupture in terms of daily routine, familiar ties, school, entertainment, etc. what makes him/her feel uncomfortable and different from his/her partners. Although all these problems may possibly interfere with his/her cure, this can also be minimized if the new contexts of child 'hospital occupation and socialization are taken into account.

The free time during children's staying, is particularly the optimal period which allows paediatric professionals and others to intervene and interact intentionally in and with the child's global development, recognizing it as the social time, necessary to their socialization process. Therefore fundamental entertaining and pedagogical activities for children's development should occur and, actually, their staying would result into a positive and enjoyable experience which could still have contributed to the little boy or girl's personal growth.

The research carried out into this problem and performed in Hospital Central specialized in children, in the medical paediatric area, in Porto and Hospital Central, in the paediatric unity of Braga, taught us, in a recognized and widely accepted way that a real image of skilled professionals and attendants subsists when related to child's well being and quality of life.

The hospital, as the owner of scientific and technical knowledge, responsible for health rehabilitation, can reorganize itself and become the central point of different programs dynamic which are responsible for transforming the paediatric space into a real children world; it goes without highlighting firstly that the relationship between the hospital staff — nurses, attendants, etc.— and children is undoubtedly focused in social interaction.

Furthermore, everyone can contribute to the urgent changing of procedures and attitudes in order to make the child's hospitalization into something less peculiar, helping them to face it as nothing more than an almost ordinary period of their lifetime, a 'painless accident' if possible.

INTRODUÇÃO

É consensual que o percurso dos profissionais de saúde tem sido atravessado por uma constante reflexão em torno de uma problemática que se apresenta central: a prática dos cuidados de saúde deve firmar-se numa base antropológica, psicológica e sociológica, tomando como unidade de acção o indivíduo no seu contexto familiar.

Na história da vida do indivíduo, em especial da criança, quando o estar doente exige uma hospitalização, esta implica, sem dúvida, a separação da família e a quebra da sua rotina de vida.

Pensar na hospitalização da criança implica reflectir nas consequências que podem advir da descontinuidade que o internamento interpõe no quotidiano e nos constrangimentos para a sua saúde somática e psíquica que precipitam qualquer separação, independentemente das suas circunstâncias, tanto mais quando se trata da criança doente. Neste sentido, toda e qualquer condição que possa atenuar os efeitos da hospitalização e melhorar a qualidade do internamento hospitalar pode ter efeitos benéficos para o desenvolvimento saudável. A evidência empírica demonstrou, a este respeito, que a simples presença da mãe junto da criança no internamento, para além da prevenção dos efeitos do *Hospitalismo* em que uma das componentes etiológicas é o afastamento da criança do seu ambiente familiar e a carência afectiva materna, apresenta inúmeras vantagens junto das crianças. Estas medidas diminuem, sem dúvida, a tensão emergente face ao internamento e à ansiedade da mãe e, a permanência da mãe junto da criança deve ser entendida, como um agente eficiente e um membro precioso da equipa na manutenção do equilíbrio psíquico e social na díade criança /família.

Mormente, o reconhecimento do desenvolvimento psicológico, social e emocional da criança rompeu com a concepção anacrónica do seu internamento e, forneceu enormes contributos para a mudança da forma de tratar e cuidar a criança doente.

Os problemas ligados à hospitalização trazem efeitos traumáticos, daí que se venha insistindo no desenvolvimento de trabalhos científicos nesta matéria, com o intuito de ultrapassar as dificuldades psicológicas da criança, nomeadamente em relação ao controle dos medos, dor e bem-estar físico e emocional, reconhecida que é a potencial importância de satisfazer as necessidades psicológicas, afectivas, sociais, e culturais, durante a hospitalização. Assim, foram-se introduzindo e contemplando

condições mais apropriadas e específicas a cada criança, tendo sempre presente que esta é um ser único e que está inserida numa família: “*a sua*”.

É certo, porém, que o hospital existe para dar resposta às necessidades e direitos dos doentes, como instituição social, na óptica de que as boas relações humanas garantem a eficácia dos mecanismos institucionais.

A ideia de um projecto de investigação sobre o quotidiano hospitalar da criança trouxe-nos, a necessidade indispensável de efectuar uma travessia reflexiva sobre a qualidade e bem-estar da criança enquanto internada.

Esta reflexão teve origem há alguns anos atrás e gradualmente foi tomando corpo como decorrência da actividade profissional de enfermeira em pediatria e continuou a persistir no momento em que nos encontrávamos a efectuar o estágio em pediatria no âmbito do “Curso de Estudos Superiores Especializados” (CESE) em Enfermagem e Saúde Infantil e Pediátrica.

A influência da realidade hospitalar reforçou “o querer” há muito latente e, pouco a pouco, deu lugar à acção de compreender e analisar a vida da criança na instituição hospitalar, onde o mandato social de curar legitima todas as acções e procedimentos.

O reconhecimento da instrumentalidade organizativa ao nível da produção de cuidados de saúde e o conhecimento de natureza sociológica conduziu-nos a outras leituras e grelhas de análise susceptíveis de levar à interrogação sobre os fundamentos da lógica social no hospital. Assim, questionar os actores sociais, profissionais e acompanhantes das crianças internadas, sobre a imagem que possuem da qualidade e bem-estar da criança internada, incorporando em simultâneo a análise dos mesmos, perante as condições que as instituições oferecem como estrutura de cuidados, constituíu o fundamento deste estudo.

Pretendemos igualmente “*dar voz*” à opinião das crianças através da aplicação de um questionário, possibilitando averiguar como esta constrói a ocupação do seu tempo livre no dia a dia do hospital e, finalmente, analisar quão importante é a actividade lúdica neste contexto, reflectindo conseqüentemente sobre aquilo que ainda é necessário desenvolver neste campo...

Neste percurso, obter um conhecimento sobre o internamento da criança, dando particular relevo à forma como o espaço hospitalar se encontra organizado para receber as crianças e suas famílias, foi também nosso propósito.

No sentido de se alcançarem respostas para a interrogação da matriz, constituiu-se como campo empírico de análise o contexto hospitalar, tendo-se seleccionado como unidades sociais de análise um serviço de Pediatria Médica de um Hospital Especializado em Crianças (Porto) e de uma Unidade de Pediatria de um Hospital Geral (Braga).

É necessário frisar que estes procedimentos não equivalem, de modo algum, a uma crítica à organização do espaço pediátrico nos referidos hospitais, nem tão pouco responsabilizar os actores sociais por isso.

No plano de construção teórica e, tendo em conta a diversidade de domínios que se aplicaram na especificidade dos objectivos da investigação, foi necessário recorrer a diferentes contributos da sociologia, da psicologia, da medicina e da enfermagem. Cada uma destas perspectivas participou com alcances diferenciados, na construção do quadro teórico global, constituindo-se em teorias centrais e auxiliares, de acordo com o carácter amplo e/ou restrito das potencialidades analíticas e operativas que constituíram os objectivos de pesquisa.

Para responder ao nosso interesse, que decorre de um olhar e reflexão sobre a criança hospitalizada, projectámos o presente estudo, distribuindo-o por cinco capítulos. Num primeiro momento, (capítulos I, II, III) o objecto de pesquisa encontra-se delimitado pela gradual construção teórico-metodológica; num segundo momento, sucedem-se os capítulos (IV, V) que tratam da informação empírica e é desenvolvida a sua interpretação, a partir dos instrumentos teóricos analíticos adoptados, sistematizando-se o conjunto de conclusões e considerações finais e salientando-se os principais resultados do trabalho, conduzindo à hipótese teórica que esteve na base.

No capítulo I, dá-se relevo à construção do objecto, salientando-se a sua organização em torno das perspectivas teóricas gerais sobre o hospital, as quais assentam a sua evolução em conformidade com as políticas de saúde. É ainda feita uma alusão à condução da evolução da hospitalização da criança ao longo dos tempos. No capítulo II, apresentam-se as teorias sobre as necessidades e direitos da criança hospitalizada e família, nomeadamente faz-se a incursão pelo domínio do tempo livre durante a hospitalização. No capítulo III, faz-se a caracterização sociológica de ambos os serviços estudados. É dada especial atenção à organização do espaço físico e sua simbologia, pela diferente forma como são separados os lugares.

Os restantes capítulos (IV, V) referem-se ao estudo empírico, onde concentrámos a nossa atenção sobre a descrição metodológica que adoptámos na investigação, na definição da amostra, nos instrumentos de recolha e análise dos dados utilizados, na pertinência da sua selecção, na descrição do investigado e na exposição e interpretação dos resultados emergentes.

Sendo o nosso campo de trabalho circunscrito a um estudo de caso de perspectiva comparativa, focalizado no Serviço de Pediatria Médica do Hospital Especializado, e na Unidade de Pediatria Médica do Hospital Central, formulámos uma caracterização sócio-cultural dos actores sociais, à qual juntámos outra direccionada para a qualidade do bem-estar da criança hospitalizada, objecto do nosso estudo, com particular ênfase no domínio institucional, de maneira que pudéssemos sustentar posições que não deixaremos de enunciar.

Concentrámo-nos na ideia de que a criança hospitalizada necessita que os seus direitos e necessidades sejam satisfeitos, para converter este momento numa experiência positiva, uma vez que ela consegue explorar e interagir com o seu meio de forma contínua e recíproca. E concluímos que, na medida em que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhes sejam oferecidas, surgirão modificações no seu repertório comportamental e na sua natureza funcional com o meio.

Este trabalho de investigação incorpora no seu título uma síntese daquilo que pretende ser.

CAPÍTULO I

A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROBLEMÁTICA E OBJECTO DE ESTUDO

O conceito de “Hospital” como ordem negociada é introduzido por Strauss em 1963, “*com base no estudo de dois Hospitais Psiquiátricos*” (Fernandes, 2000, p. 48).

O seu modelo analítico é aplicado em outros Hospitais e pode ser considerado útil até em outras organizações (Morgan e colaboradores, 1993). Esta ideia assenta no princípio de que as “*sociedades estão em permanente processo de organização e reorganização produzido pelos indivíduos. Os arranjos sociais resultantes dos processos de interacção são constantemente organizados, modificados, reorganizados, sustentados, definidos e desfeitos, pois os membros da sociedade estão sempre envolvidos em processos de negociação, através de acordos sobre os comportamentos mútuos, reafirmando-os, revendo-os e substituindo-os, ao longo do tempo*” (Carapinheiro, 1998, p. 61).

Numa organização, a ordem social é uma ordem negociada, em virtude das regras formais poucas vezes serem suficientemente claras para guiarem as interacções entre as pessoas. Estas viabilizam a sua “*acção quotidiana, dentro da organização, através de múltiplos processos de negociação*” (Fernandes, 2000, p. 49).

O Hospital encontra-se no cruzamento de múltiplas relações entre indivíduos e instituições. É um lugar de constantes negociações entre doentes, médicos, administradores e pessoal subalterno (Peneff, 2002).

Na mesma perspectiva Foucault e Turner, (1998, citado por Carapinheiro), não deixa de enfatizar que o Hospital é um dos elementos de um aparelho de controlo que impõe a ordem, não pela vigilância, mas por uma micro política de disciplina, onde as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade.

Com o objectivo de compreender a actividade hospitalar pode utilizar-se o conceito de “sistema”, uma vez que este possui um conjunto de partes interligadas (componentes em inter-relação dinâmica) que recebem estímulos do exterior (objectivos que a sociedade lhe atribuiu) e que repercute efeitos benéficos, isto é, cuidados que presta à sociedade (Rodrigues, 1999).

O conceito de “saúde” e “doença” situa-se na estrutura de papéis e contrato social. Assim, a “doença” surge como uma ameaça ao normal quotidiano dos indivíduos, rompendo com o efectivo desempenho dos papéis e tarefas para as quais foram socializados (Parson, 1951).

A hospitalização infantil constitui assim um marco na problemática psicológica e social da criança hospitalizada, a par dos problemas assistenciais, interferindo na sua qualidade de vida¹.

O hospital é um micro sistema que inibe, aos seus utentes internados, a ligação ao exterior, relegando para segundo plano os aspectos da vida quotidiana e dando primazia aos objectivos da Instituição (Carapinheiro, 1998). Confrontado com o êxito da saúde, com a doença e com a morte, que sublinham o percurso de cada indivíduo, o hospital é marcado por uma particular ordenação de espaços físicos, pela normatização dos tempos quotidianos dos utentes, onde cabe inserir, de modo abrupto, toda a produção rítmica de processos terapêuticos, centrada na estrutura técnica e social do próprio hospital.

Nisto estão comprometidos os profissionais de saúde. Porém, devido à lógica institucional e à mecanização da orientação das suas intervenções, pretendem dar satisfação às necessidades da Instituição em detrimento das necessidades da criança e família.

A assistência à criança doente é uma preocupação recente. O conhecimento sobre o desenvolvimento psicológico, social e emocional da criança forneceu enormes contributos para a mudança na forma de se tratarem e de se cuidarem crianças doentes.

Os efeitos da hospitalização na criança têm vindo a ser reconhecidos numa perspectiva potencialmente frustrante e, por conseguinte, causador de “stress”, ansiedade, medo e dor, assim como das suas características individuais, das experiências anteriores e fantasias referentes, não só ao hospital, mas também à equipa multidisciplinar. A hospitalização tem uma conotação estigmatizante, conduzindo, por vezes, a criança a momentos de revolta, isolamento, falta de cooperação com os técnicos e, simultaneamente, a um mutismo, ao medo e à tristeza.

¹ Refere que a “qualidade de vida” segundo a OMS “trata-se da percepção, por parte dos indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (Couvreur, C., 1999, p. 42).

No sentido de minimizar as repercussões da hospitalização, Bowlby (1984) enfatizou a importância da continuidade de cuidados maternos durante a hospitalização, dado que a sua carência se repercute no desenvolvimento infantil.

O mesmo autor destacou, ainda, a necessidade que a criança possui em manter a relação profunda com a mãe — vinculação —, não devendo, por isso, ser separada dela².

Os problemas ligados à hospitalização e à doença das crianças, vão sendo gradual e progressivamente encarados de outra forma, introduzindo e contemplando condições mais apropriadas às necessidades específicas das crianças.

A este propósito Gomes (1999), refere que a criança doente tem menos oportunidades de participar num sistema aberto de socialização, principalmente, quando a mãe não pode estar com ela, quer por imposição dos técnicos, quer pelos condicionalismos hospitalares.

A doença é acompanhada de alterações físicas e psíquicas que alteram a existência do indivíduo e seu ambiente a curto, médio ou a longo prazo (Quiles et Carrillo, 2000). Quando surge inevitavelmente o internamento/hospitalização, emerge, sem dúvida, uma ruptura do bem-estar físico, repercutindo-se no psíquico, pelo que é necessário entender a criança na sua dimensão bio-psico-socio-cultural³.

Parry (2000, citado por Quiles et Carrillo) opina que é mais relevante entender o doente como um todo, do que o tipo de doença que o mesmo tem. A necessidade de compreender profundamente a criança na sua totalidade, pressupõe contribuir para o seu completo bem-estar, pautando o cuidado tecnológico necessário sem esquecer a assistência humanizada (Diaz, 2000, citado por Quiles et Carrillo).

“A saúde e a doença não são elementos estáticos nem interdependentes” (Couvreur, 1999, p. 56). A doença não é um fenómeno que ocorre acidentalmente, mas sim um desequilíbrio, que se repercute na qualidade de vida, quer por motivos psicológicos, quer por motivos sociais, porque o fio do desequilíbrio emocional culmina no enfraquecimento do sistema imunitário. A qualidade de vida pode ser

² “Mãe e criança representam, de facto, uma modalidade paradigmática do desenvolvimento humano, mas terão de ser enquadradas na sua circunstância para que a nova pediatria represente a globalidade de vida infantil enquadrada na sua comunidade, com os seus múltiplos temas envolventes” (Gomes, P., 1999, p. 42).

³ Numa perspectiva sociológica, afirma que podemos considerar a doença como um comportamento desviante, porque o doente não poder dar resposta às suas obrigações sociais e profissionais, ela cria uma situação nova que já não lhe permite viver como antes (Cardoso *et al*, 1998, p. 81).

enriquecida, até mesmo melhorada, através de estratégias de “coping”, nomeadamente a utilização dos nossos sentidos e pensamento positivo (Couvreur, 1999).

As repercussões negativas da hospitalização da criança, constituem uma preocupação central, visto se converterem numa experiência potencial, perante a incapacidade de resposta a situações novas, a dependência de terceiros, a falta de referência a situações novas, podendo perspectivar situações erróneas, contribuindo, assim, para um estagnar do desenvolvimento da criança.

A criança tem uma representação do hospital como “*um país estrangeiro, a cujos costumes, linguagem e horários deve habituar-se*”(Geller, 2000, *in* Quiles et Carrillo, p. 20). Esta depara-se, em primeiro lugar, com um ambiente diferente, com materiais que nunca viu, com profissionais que deambulam pelas enfermarias e que não possuem para ela qualquer referência ou ligação e, em segundo lugar, com um momento de inibição do contacto com a família, com os pares e até de interrupção das actividades escolares e lúdicas.

A criança tem subjacente um período de crescimento, marco importante do seu desenvolvimento contínuo muito vital e pode ser alterado o seu correcto desenvolvimento (Quiles et Carrillo, 2000) em caso de hospitalização. Esta situação é um acontecimento potencialmente “stressante” para a criança e sua família. Cumpre aqui inserir o importante papel que os profissionais de saúde podem ter, tentando atenuar o drama de toda a situação, de modo a que o binómio criança/família tente compreender a sua situação clínica, incentivando estratégias positivas na sua recuperação.

A família “*surge como um elemento chave no processo de reabilitação da criança, nomeadamente valorizando o seu comportamento, o que influencia notavelmente o ajuste psicológico e social do paciente pediátrico*” (Sebastian et Plácio, 2000, *in* Quiles et Carrillo, p. 55). Os pais são o suporte dos filhos, dado que estes os imitam, daí a relevância de um comportamento assertivo e equilibrado dos progenitores, constituindo o marco de bem-estar dos filhos⁴.

O contributo dos pais é essencial na recolha de informação dos aspectos psicossociais da criança, isto é, as rotinas diárias; hábitos de higiene; hábitos

⁴ A família surge como a primeira fonte importante de aprendizagem social e de comparações sociais. Os valores e as atitudes aprendidos influenciam a atenção prestada ao estímulo doloroso e à memória das experiências dolorosas prévias (Fernandes, A. 2000, p. 24).

As crianças cujas famílias estabelecem e perpetuam uma comunicação aberta no decurso da doença, apresentam um nível de auto-estima mais elevado, sentindo-se em simultâneo mais próximo dos familiares, sendo o fio condutor para uma recuperação mais eficaz (Cardoso *et al*, 1998).

alimentares; actividades lúdicas; hábitos de estudo; relações familiares e com seus pares (Palomo, 2000, citado por Quiles et Carrillo) o que são aspectos vitais que devem ser integrados na recuperação e restabelecimento da criança.

É certo que os pais são quem melhor tem um conhecimento de seus filhos, quem consegue compreendê-los e responder de uma forma global a todas as suas necessidades.

A comunicação inter-pares durante a hospitalização tem inerente uma comunicação efectiva entre profissionais/crianças, profissionais/pais. Constitui, assim, um factor determinante de vivência emocional durante a hospitalização, visto que *“qualquer pessoa que se relacione com o paciente, de forma mais ou menos estreita, pode interferir sobre o seu nível de ansiedade”* (Kuik, 2000, in Quiles et Carrillo, p. 184). Os factores mediadores do estado emocional dos pais passam pelo apoio sentido, pelas experiências vivenciadas anteriormente, por acontecimentos semelhantes e pela gravidade da doença (Teung, 2000, citado por Quiles et Carrillo).

Existem também outros factores que se mantêm neste processo, nomeadamente, a perda do papel parental, a falta de informação, o nível cultural, a impossibilidade de permanecerem durante todo o dia e noite, o número de irmãos que ficam em casa e os problemas sócio-económicos da família, perante esta problemática (Alexander e colaboradores, 2000, citado por Quiles et Carrillo).

As necessidades sentidas pelos membros da família transpõem os seus membros individualmente, daí que tenham impacto nela toda enquanto unidade sistémica.

Apesar de nos momentos actuais a família se deparar com múltiplas exigências e mudanças, aparecendo cada vez mais famílias nucleares e monoparentais, esta continua a ser um sistema relevante na construção de afectos e no desenvolvimento harmonioso da criança.

As investigações sobre as necessidades da criança hospitalizada, apontam para a permanência dos pais 24 horas junto das crianças, participar nos cuidados à criança (higiene, temperatura, etc.), participar em actividades lúdicas e poder ainda participar nas tomadas de decisão relativamente à doença e hospitalização (Quiles e colaboradores, 2000). Diversos estudos, tais como os de (Maslow, 1981, citado por Chiavenato), realçam o valor que as necessidades fisiológicas têm. No entanto, estas constituem o nível mais baixo de todas as necessidades humanas, e são de fundamental importância. Cabe aqui inserir as necessidades de sono, alimentação

repouso, abrigo, eliminação, desejo sexual, estão assim concomitantemente relacionadas com o perpetuar da espécie e o poder de sobrevivência. São necessidades que nascem com o indivíduo e acompanham durante a sua vida (Rodrigues, 1999). Ainda na perspectiva deste mesmo autor, as necessidades de segurança têm subjacente a protecção contra a ameaça e o perigo. Neste contexto, as necessidades sociais emergem após a satisfação das necessidades primárias e contemplam a socialização, a amizade, o afecto, amor, etc..

A estima é outra necessidade em que é contemplada a capacidade do indivíduo se perspectivar e auto avaliar. As necessidades de auto realização versam as necessidades individuais para conceber o seu próprio potencial e continuar a desenvolver-se⁵.

Na hospitalização, devido às repercussões negativas na infância, sentiu-se necessidade de centralizar a atenção neste fenómeno, com o objectivo de melhorar a assistência à criança doente. Decorrente deste contexto, emerge a “Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada”, contribuindo para a preocupação do direito da criança em receber atenção quer física, quer psíquica.

As preocupações com a explicação e a necessidade de sistematizar os direitos da criança partem da consciencialização de que esta é um ser humano essencial. Resulta daí a necessidade de reconhecer a sua cidadania, o seu estatuto de actor social de direito, constituindo “*um perfeito desafio à mudança de estruturas políticas e sociais, à transformação das instituições e à renovação cultural...*” (Sarmiento, 1999, p. 19). A “*Constituição*” dos direitos da criança hospitalizada, representa “*apenas uma pequena parte dos direitos que, ao longo dos anos, têm sido concedidos à criança*” (Levy, 1996, p. 655).

No ano de 1946, é criada a UNICEF, marco fundamental na história dos Direitos da Criança, tendo vindo a ser conhecida como um dos organismos mais importantes para que, sempre que possível, as crianças que estão em situação de risco sejam minimamente salvaguardadas.

Posteriormente, com a “5ª Assembleia das Nações Unidas” (1952) são enunciados pela primeira vez os direitos da criança, reconhecidos na “*Declaração de Genebra*” que declara cinco direitos fundamentais, tendo implícito que a humanidade

⁵ Autores como Henderson e Demeester (1999) dizem que “uma necessidade é algo de que se precisa e não a falta de qualquer coisa”. As necessidades estão estreitamente relacionadas com o grau de satisfação/insatisfação de outras necessidades. A sua repercussão sobre o organismo é sempre na totalidade e nunca isoladamente (Henderson e Demeester in, 1999, Rodrigues, V., p. 25).

deve dar o melhor à criança “independentemente de qualquer consideração de raça, nacionalidade ou fé” (Levy, 1996, p. 655).

“No decurso da 841ª sessão plenária da Assembleia-Geral das Nações Unidas, foi proclamada a declaração dos direitos da criança em 1959”, (Levy, 1996, p. 655). Este documento contém dez princípios, é mais alargado e mais específico que a “Declaração dos Direitos do Homem” (1948), fazendo referência a uma infância feliz, protegida e, consagrando direitos relacionados com a identidade, direito à família, direito a brincar, entre outros. Em 1979, após a comemoração do “Dia Internacional da Criança”, sentiu-se a necessidade de criar um documento mais completo, mais alargado e mais responsabilizante.

É assim que, em 1989, trinta anos depois da “Declaração dos Direitos da Criança”, é finalmente aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, a “Convenção dos Direitos da Criança”⁶, ratificada em Portugal pela Assembleia da República em 1990 e publicada em Setembro do mesmo ano (Levy, 1996).

Este documento é, juridicamente, distinto dos dois anteriores (que eram declarações), impondo-se assim a convenção em todos os países que a ratificaram, no sentido de a tornar realidade. O comité dos direitos da criança exige que cada Estado que a ratifique, apresente um relatório relacionado com as medidas que tenham sido tomadas em face das necessidades sentidas pelo país nesse domínio.

Em virtude dos cuidados de atendimento a nível hospitalar, serem efectuados em serviços de Pediatria integrados em Hospitais Centrais e, ainda pelo facto de continuar a persistir o internamento de crianças em serviços de adultos, foi aprovado em 1986 pelo Parlamento Europeu a “Carta Europeia da Criança Hospitalizada”, sendo criada a “Associação Europeia para a Defesa da Criança Hospitalizada” (EACH), que aprovou, na reunião de Leyden em 1988, “*uma carta (idêntica à proposta pelo CESP) denominada a «Carta de Leyden» e que deveria ser aceite e respeitada pelos países que aderissem à associação*” (Levy, 1996, p. 656).

Portugal esteve presente em 1993, pela primeira vez, na IV Conferência da EACH, associação esta, que é representada entre nós pelo “Instituto de Apoio à Criança”. No âmbito da sociedade portuguesa de Pediatria, segundo Levy, foram efectuadas reuniões com o objectivo de sensibilizar e alertar os profissionais de saúde e a comunidade, para o problema da criança hospitalizada.

⁶ A propósito, segundo a “Convenção dos Direitos da Criança”, “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhes for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”.

A carta da criança hospitalizada enfatiza que *“o direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças”* (Levy, 1996, p. 656).

É necessário compreender que a criança, para além das necessidades de saúde *“apresenta outras para as quais requeiram respostas especiais e acções interdisciplinares: a carência afectiva devida à separação do meio familiar; adaptação à instituição; à preparação para se integrar na família, na escola e no meio social, quando sair do hospital”* (Gonzalez, 2000, p. 58).

A humanização da criança hospitalizada é um dos objectivos subjacentes aos Hospitais. A preocupação dos modelos bio-psico-sociais e culturais e a implementação de estratégias e mudanças, por parte da equipa de saúde, visam não só ultrapassar os problemas de organização da instituição, inerentes ao mundo da saúde, como preconizam uma perspectiva holística da criança/família. O espaço pediátrico deve proporcionar um bom acolhimento social à criança e deve ser enfatizado o importante papel dos actores circundantes à criança (Fischer, 1989). A pediatria apresenta uma estrutura física e social peculiar com predisposição para o surgimento e cruzamento de múltiplos fenómenos sociais, cujo fundamento parece depender do modo como o “espaço” se organiza⁷.

Os espaços não são apenas para a deslocação das pessoas e dos objectos, mas asseguram a circulação interna ao serviço e às vias de acesso, constituem a trajectória de entradas e saídas das enfermarias, das salas de acção médica dos espaços destinados às actividades das crianças internadas⁸.

Segundo (Goffman, 1974), a interacção social *“entrelaça estreitamente nas propriedades rituais das pessoas e nas formas egocêntricas de territorialidade”* e por isso dar atenção ao espaço enquanto forma de territorialidade.

O corpo e o espaço obrigam ao encontro de interacções sucessivas criando uma organização sistémica de atitudes e comportamentos humanos, a *“nossa corporalidade não é mais que o resultado de um conjunto de referências espaço /temporais vividas de ordem biológica, motora e sócio-afectiva”* (Neto, 1997, p. 99).

Fischer (1989, p. 37), coloca a relação no espaço centralizada na abordagem psicossocial, realçando que *“... são os usos de um lugar que importam, dado que*

⁷ “O espaço não é uma identidade independente, fechado, mas sim um campo dinâmico e só existe através das relações que estabelecemos com ele”, Fischer (1989, p. 37).

⁸ O espaço pediátrico deve proporcionar um bom acolhimento social à criança e deve ser enfatizado o papel importante dos actores circundantes à criança, Fischer (1989).

exprimem, no seu conjunto, as posições ocupadas e os movimentos do nosso corpo no ambiente e todo o peso arrastado por uma situação subjacente aos espaços organizados”.

Neste contexto, a sua teoria expõe o espaço como um factor de influências e de constrangimentos pois, de acordo com a sua organização, assim se produzem os comportamentos e as relações. Na perspectiva do mesmo autor, o espaço pode ser considerado de acordo com as relações funcionais que se estabelecem com ele, tendo subjacente as necessidades⁹ humanas tidas como universais.

“A organização dos elementos simbólicos que permitem reconhecer a importância técnica e social dos diferentes espaços produz uma segregação simbólica que reforça (e legitima) a segregação física” (Carapinheiro 1998, p. 105). Assim, a análise social da sala de actividades nos serviços de pediatria conduz-nos à reflexão de que as crianças internadas possuem um tempo livre, tempo esse destituído e subjacente à sua situação de saúde.

Daí que, seja possível interferir e transformar o tempo livre¹⁰, num momento propício ao desenvolvimento da criança enquanto internada e minimizar os constrangimentos que a hospitalização acarreta.

Num Hospital, *“a brincadeira não serve apenas para distrair as crianças; na verdade ela aumenta a capacidade da criança para aguentar de forma eficaz o processo do internamente”* (Delpo et Frick, 1994, in Doverety, p. 12).

Os tempos livres devem ser otimizados numa perspectiva de saúde quer psicológica, quer física, quer mental, condição exigível e fundamental para a existência de qualidade de vida (Pereira, 1993). Decorrente deste contexto, o tempo livre da criança hospitalizada firma-se num momento de eleição para o desenvolvimento de atitudes e interações que resultam das motivações, das vivências diárias e das suas representações.

Neste sentido, (Dumazedier, 1988, p. 48), explicita que o tempo livre pode surgir *“como uma valorização da autonomia em relação às tutelas institucionais que*

⁹ Somos levados a afirmar que a determinação dos movimentos de diferentes categorias de pessoas e materiais, que demarcam os territórios de acesso livre ou condicionado, está subordinado à definição simbólica dos lugares e não obrigatoriamente a imperativos de higiene ou de funcionalidade (Fernandes, A., 2000, p. 96).

¹⁰ O tempo livre é um tempo que introduz transformações nos numerosos processos sociais, é um tempo criativo onde se desenvolvem lutas e conflitos, onde se crê haver certas modificações das estruturas sociais, onde aparecem novas normas e novas regras, onde nascem novas relações sociais e onde diariamente se adquirem novos valores... o tempo livre ele próprio não é uma categoria homogénea, ... define-se como um tempo cujo conteúdo esta orientado para a realização da pessoa como fim último (Samuel et Romer, 1984, p. 11).

não estariam, de qualquer forma ameaçadas. (...). É mais precisamente uma liberação limitada no tempo das tendências longamente contidas ou reprimidas pelo peso do trabalho e das Instituições normativas”.

Numa análise do significado social do tempo livre no Hospital (Marx, 1988, in Dumazedier, p. 47), este é um “tempo” que serve de suporte ao desenvolvimento completo do indivíduo. O tempo livre para a distração, assim como para as actividades superiores transformará naturalmente quem dele tira proveito no indivíduo diferente”. As aprendizagens efectuadas pelas crianças, permitem-lhe ter um controle de si próprio e um conhecimento do mundo que as rodeia.

Às crianças hospitalizadas devem ser proporcionadas actividades lúdicas inseridas no contexto do seu tempo livre, dado que este contribui para o evitar a estagnação dos desenvolvimentos emocional, físico, intelectual e social da criança. Para que a criança internada se sinta mais calma e segura, é necessário que a equipa promova actividades lúdicas do tipo jardim-de-infância/escola, valorizando as competências adaptativas e, promovendo a interacção com outras crianças.

O objectivo de um “esquema de brincadeiras¹¹ no Hospital é o de incrementar a capacidade da criança para lutar contra todos os aspectos do internamento hospitalar, de compreender o que se está a passar e de facilitar a sua capacidade de comunicar e travar relações com as pessoas que as tratam” (Silva, 1998, in Cardoso, p. 39).

O Hospital deve dispor de um “espaço lúdico com materiais adequados para fomentar o desenvolvimento e a integração da criança hospitalizada”(Gil et Castilia, 2000, in Quiles et Carrillo, p. 111). A actividade lúdica é uma actividade agradável em si mesma (Riddle, 2000, citado por Quiles et Carrillo), que permite à criança explorar e compreender o seu mundo. Estimula especialmente o desenvolvimento sensitivo-motor, intelectual, social e moral da criatividade e da auto-consciência da criança (Hoffman e colaboradores, 2000, citado por Quiles et Carrillo).

Termina esta travessia das necessidades e direitos da criança hospitalizada, nomeadamente, a consciencialização de um tempo, tempo livre, necessário e profícuo ao desenvolvimento de actividades lúdicas durante a hospitalização, sendo o fim ultimo minimizar os constrangimentos que esta situação trás e ser um meio que contribua para a continuidade do desenvolvimento da criança.

¹¹ Brincar é parte natural da infância, um factor vital no crescimento social, intelectual, físico e emocional de todas as crianças e uma fonte de grande prazer (Silva, R. 1998, in Cardoso, p. 39).

2. HOSPITAL

Tendo em atenção que o objecto central em estudo se localiza no hospital, emerge daí a necessidade de expor alguns elementos de organização do contexto hospitalar, com a finalidade de nos centrarmos nas respostas às necessidades e direitos da criança e família durante a hospitalização para, só depois, nos debruçarmos sobre a ocupação do tempo livre da criança, em torno das actividades lúdicas no hospital.

Este capítulo encontra-se organizado em função das perspectivas teóricas mais gerais sobre o hospital e, em simultâneo, sobre os diversos pressupostos das necessidades e direitos da criança hospitalizada para, progressivamente, circunscrever a perspectiva teórica central que incide no tempo livre da criança, enquanto internada no hospital e na ocupação do mesmo em actividades lúdicas propícias ao seu desenvolvimento.

O hospital é marcado por uma particular ordenação dos espaços físicos, pela normatização do quotidiano dos utentes, onde cabe inserir, de modo abrupto, toda a produção rítmica de processos terapêuticos, centrados na estrutura técnica e social do hospital¹².

O fim último desta instituição passa pela satisfação dos utentes, quer em relação aos cuidados prestados, quer a nível das competências relacionais destas, tendendo à eficácia da sua satisfação, dado que é relevante “*a encruzilhada de diferentes modelos de acção profissional, assentes nas competências e saberes das múltiplas profissões*” (Carapinheiro, 1998, p. 12), confrontados com o êxito da saúde, com a doença e com a morte que sublinham o percurso de cada indivíduo no hospital.

Tem-se assistido, ao longo das últimas décadas, a uma modificação no sentido do reforço do “hospitalocentrismo” ou “sanitarista” (Carapinheiro, 1998), dado que “*o papel do hospital no sistema de saúde português tem vindo a ser constantemente balizado por um quadro legal onde se evidencia a influência das ideologias políticas*” (Carapinheiro, 1998, p. 20). A introdução de novas filosofias conduz a algumas alterações pontuais. Contudo, realçam a importância predominante do hospital na prestação de cuidados.

¹² O Hospital encontra-se no cruzamento de vários tipos de relações entre indivíduos e instituições. É por excelência um lugar de negociação frequente entre doentes, médicos, administradores e pessoal subalterno. Observam-se aí interacções diversas (autoridade de tutela, segurança social, organismos de prevenção investigação científica) (Peneff, J., 2002).

Até aos anos sessenta, o hospital era considerado de domínio central. A partir de então, as mudanças políticas operadas acabaram por substituir o “hospitalocentrismo” por uma nova filosofia assente “*na prevenção e promoção da saúde e no esforço de organização dos órgãos e dos serviços vocacionados para os cuidados primários*” (Campos, 1998, in Carapinheiro, p. 20).

Esta medida veio proporcionar uma política única de saúde em que as suas actividades e assistência requeriam reconhecimento e intervenção do Estado, na sua expansão, no planeamento e na responsabilização da sua execução. Daí que “*o reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos, tentasse responder às procuras das populações, ao seu quadro variável de necessidades de saúde e aos objectivos de descentralização dos recursos*” (Carapinheiro, 1998, p. 20), numa globalização orientada, contornando as assimetrias sociais e regionais e possibilitando o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

O hospital reflecte as orientações políticas gerais e espelha uma estrutura e instituição de poder, em que a acção dos grupos não se encontra apenas nas suas estruturas. As mudanças políticas e económicas ocorridas não interferem na hegemonia do quotidiano hospitalar mas estão sempre subjacentes às políticas de saúde, incluindo estas definições de políticas médicas e hospitalares particulares às quais correspondem processos de produção e reprodução de poder.

O hospital tem uma história ligada a todo um percurso cultural, social, económico e religioso, que a sociedade foi absorvendo, mantendo e reforçando, ao longo dos tempos.

O hospital possui duas lógicas de organização e funcionamento as quais correspondem também ao tipo de poder ou autoridade burocrática médica, ora convergindo, ora divergindo, da autoridade administrativa. Este conflito dual acarreta dois tipos de problema: por um lado, a “*dicotomia produzida entre autoridade administrativa como autoridade arbitrária e a autoridade com a origem na especialização técnica e no poder profissional como autoridades funcionalmente neutras e naturalmente produtoras de adesões e consentimentos*” (Carapinheiro, 1998, p. 51).

Para Friedson (1998, citado por Carapinheiro) esta problemática tem inerente o facto de se fazer uma comparação sistemática entre a parte e o todo, comparando-se assim o conjunto global das actividades organizadas numa perspectiva de administração burocrática, com o conjunto de actividades subjacentes e desenvolvidas

por uma profissão, organizadas segundo normas e critérios profissionais. Ao analisarmos as burocracias monocráticas racionais, como conjuntos organizacionais, verificamos que nestes se encontram profissionais e não-profissionais que são regulados “*pela autoridade originada na competência profissional, mas têm muitas vezes consequências semelhantes às que resultariam do facto de serem reguladas pela autoridade burocrática*” (Carapinheiro, 1998, p. 52).

É certo, temos de salientar, que quando existe uma organização social que englobe diversos profissionais com elevado estatuto social e profissional, são eles que detêm a autoridade, em detrimento da autoridade administrativa.

De acordo com o acima exposto, Friedson, refere que “*os atributos de rigidez, autoritarismo e inadequada coordenação com que se têm caracterizado os serviços de saúde, provêm mais da sua organização profissional, do que das suas características burocráticas*” (Friedson, 1998, in Carapinheiro, p. 52).

A inter-relação dos profissionais com a burocracia, com base no poder, revela-nos que não existe uma racionalidade diferente da racionalidade burocrática; daí que a racionalidade esteja subjacente à acção dos profissionais¹³ e tenha consigo alguns aspectos burocráticos que impõem o bom funcionamento institucional.

Compreender a imagem que os profissionais de saúde e pais têm face às necessidades e direitos da criança hospitalizada implica entender os traços estruturais mais salientes do hospital enquanto organização, com diferentes tipos constitutivos, provido de uma estrutura formal e informal, em volta da qual, profissionais, crianças e suas famílias se movimentam; exige-se, por sua vez, identificar o espaço e como aí se processa a ocupação dos actores.

A ênfase nestes processos fundamenta-se, de igual modo, no seu entendimento enquanto espaço sociológico, nos quais culminam as diferentes formas de negociação que são continuamente impulsionadas pelos actores, objectivando a articulação e o reajustamento entre as regras e as práticas.

Neste sentido, a caracterização sociológica que (Carapinheiro, 1998) fez dos serviços hospitalares portugueses, tem subjacente os componentes característicos do hospital, enquanto organização, nomeadamente no concerne ao modelo de produção de cuidados e, por sua vez, a posição estrutural dos diversos actores envolvidos.

¹³ O hospital é um local de observações intensas e cruzadas. Os técnicos de saúde observam clinicamente, fazem referências do ponto de vista social, examinam o carácter e a psicologia do paciente, mas o observado ou o seu grupo não observam menos os profissionais que se encontram à sua volta (Peneff, J., 2002, p. 13).

Foi adoptada como teoria central a análise de articulação entre os processos e as estruturas, projectando as práticas concretas dos actores e por sua vez as modalidades que as estruturam.

Neste sentido, recorreu-se ao conceito de hospital como ordem negociada, introduzida por (Strauss, 1978), com base no estudo de dois hospitais, sendo o seu modelo analítico aplicado em outros hospitais, por ser considerado útil, até em outras organizações, (Morgan e colaboradores, 1993). Esta ideia assenta no princípio de que as sociedades estão num permanente processo de organização e reorganização, produzido pelos indivíduos.

Os arranjos sociais resultantes dos processos de interacção são constantemente *“organizados, modificados, reorganizados, sustentados, definidos e desfeitos, portanto, os membros da sociedade estão sempre envolvidos em processos de negociação, através de acordos sobre os comportamentos mútuos, reafirmando-os, revendo-os e substituindo-os ao longo do tempo”* (Carapinheiro, 1998, p. 61).

A teoria de ordem negociada, “negociação”, traz, *“na sua génese um contributo para a identificação de como se geram os processos informais nos quotidianos de trabalho e, particularmente, no trabalho de produção de cuidados de saúde, assim como se articulam esses processos e se inscrevem nas estruturas contextuais que formalizam as relações e práticas profissionais”* (Lopes, 2001, p. 38).

A teoria de ordem negociada apresenta-se central e é entendida como uma das formas de acção que os indivíduos desenvolvem para a concretização dos seus objectivos¹⁴ (Lopes, 2001), em virtude das regras formais poucas vezes serem suficientemente claras para guiarem as interacções estratégicas entres os participantes, (Fernandes, 2000).

A propósito, a negociação¹⁵ constitui um óptimo meio necessário à prossecução da articulação entre as regras formais e as práticas dos diversos actores,

¹⁴ Ao analisar os modelos da criança hospitalizada, o autor considera que consoante os objectivos específicos da organização, as perspectivas sobre a doença e a expectativa dos papéis dos seus membros, podem identificar-se três modelos assistências: o modelo de custódia, o modelo assistencial clássico e o modelo de reabilitação. O primeiro característico das instituições totais tem como objectivo o bem-estar do doente incurável e caracteriza-se pela submissão do doente às normas institucionais; o segundo focaliza-se na cura, através do diagnóstico e tratamento das situações agudas e de urgência, e é característico do Hospital Geral; o terceiro tem como fim último a recuperação do funcionamento normal, a adaptação e a reabilitação, tendo subjacente a motivação do doente (Coe, R., 1973, p. 324 a 328).

¹⁵ O contexto de negociação é considerado pelo actor como distinto do local em que a negociação tem lugar, como, por exemplo, o Hospital ou o serviço, sendo esses locais apenas unidades concretas, enquanto que o contexto figura como unidade analítica a partir da qual se torna possível a apreensão das similitudes da interacção das diferentes unidades concretas (Strauss, A., 1978, p. 99).

(Lopes, 2000). Neste intercâmbio, a questão subjacente dos processos e estruturas, nas dimensões informais e formais do contexto estrutural tem impacto nos contextos de negociação, e vice-versa, assim como os resultados da própria negociação podem constituir um marco nas mudanças do contexto de negociação relevantes para futuras organizações.

Este paradigma assenta em três postulados básicos referidos “*como propriedades estruturais necessárias e propícias ao decurso das negociações e cujas alterações suportam as variedades do contexto de negociação*” (Strauss, 1978, p. 237-238). Estas propriedades englobam não só o número “*dos negociadores, como a sua experiência de negociação; quem está a representar; o tipo de negociação; o relativo equilíbrio de forças exibido pelas partes envolvidas na negociação; a natureza dos respectivos interesses na negociação; a sua visibilidade, em termos das suas características serem manifestas ou latentes; o número e a complexidade dos problemas em negociação; a clareza da legitimidade dos limites dos problemas negociados; as opções tomadas para evitar ou interromper a negociação*” (Carapinheiro, 1998, p. 64).

Acresce sublinhar que, numa organização, toda a ordem social é negociada, isto é, tem subjacentes as interações entre as pessoas, dado que as regras formais são específicas e claras, pois concretizam a sua acção quotidiana dentro da organização através de múltiplos processos de negociação. Esses processos vão para além da reprodução da ordem estabelecida, criando, na relação complexa com regras formais e permanentes da organização, uma nova ordem social ou organizacional.

De acordo com esta perspectiva, a negociação é considerada por (Strauss e colaboradores, 1985) como o cimento da acção organizacional. “*Este modelo analítico é de primordial importância para a descoberta da estrutura informal e dos seus processos, no contexto da organização formal do hospital*” (Carapinheiro, 1998, p. 82) e abrange o poder que se exerce, quer pelos membros da organização em níveis hierárquicos de autoridade, quer de igual modo, o que se exerce em outros membros noutras posições, (Fernandes, 2000).

O Hospital é, por excelência, um território altamente profissionalizado, cujos profissionais possuem diferenciados tipos de formação e apresentam diferentes posições hierárquicas, implicando um lugar próprio na divisão do trabalho, aos quais equivalem outros estatutos e poderes (Carapinheiro, 1998). Este fim organizacional, apesar de ser consensual, construtivo de problemática, devido à multiplicidade de

identidades profissionais, dentro do próprio grupo e inter-grupos, conduz a diferentes ideologias e práticas face aos cuidados médicos.

O fenómeno “*Hospital*”, para Carapinheiro (1998) é o lugar estruturalmente privilegiado para analisar as negociações entre os diferentes *poderes-saberes* do hospital, dado que é o lugar central da produção de cuidados. Segundo a mesma autora refere, os parâmetros estruturais são coesos com a teoria da negociação, dado que se apresentam como processos de constrangimento, identificados com os traços estruturais da organização social e impõem limites à actividade humana.

A acrescentar o facto dos “*constrangimentos estruturais incluem sempre qualquer forma de padronização, é mais um elemento que prova a específica consideração de as negociações não ocorrerem num vazio estrutural e, requerem a referência à estrutura social mais vasta, pela determinação do impacto das negociações nessa estrutura*” (Carapinheiro, 1998, p. 65).

3. A CRIANÇA, A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

Ao reflectir sobre a palavra “criança”, geralmente conduz-nos à alegria e esperança. No entanto, quando adoece e é hospitalizada surge, sem dúvida, uma crise accidental na sua vida. As crianças são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização, em virtude deste momento implicar abruptamente uma mudança no estado habitual de saúde e na rotina quotidiana. A criança perante a doença¹⁶ experiencia sentimentos negativos devido ao trauma físico e psíquico, vivido pelo medo, ansiedade, depressão e introversão. Martinez (1990) associa estes sentimentos às crenças e aos conceitos que esta possui acerca da doença.

3.1. A criança e a doença

A criança actualmente tem experiências diferentes face à doença, quando comparada com a realidade de há 20 ou 30 anos como é citado por Eiser e colaboradores (1985); Tal deve-se à maior prevalência de famílias nucleares, com conseqüente menor convívio entre membros da família alargada.

Os aspectos cognitivos da doença constituem um marco fulcral nesta, tendo subjacentes modelos sustentados, quer pelo médico, quer pelo paciente.

Quando nos referimos às crianças, temos sempre presente a importância da interacção criança/profissionais, assim como os tratamentos a que vai ser submetida, estabelecendo-se uma comunicação efectiva, que medeia os dois pontos de vista: o da criança e o dos profissionais. A troca de informação, “*conhecendo as ideias das crianças, ajuda a fazer compreender e a tentar explicações mais elaboradas, satisfazendo a sua curiosidade*” (Martinez, 1990, p. 23).

Por sua vez, a doença é um fenómeno social que consiste “*na soma total de reacções do organismo, ou de parte dele a estímulos anormais*” (Sigerist, 1990, in Martinez, p. 23). É consensual, isto é, parece haver sintonia nos diversos países, sobre os aspectos que classificam o fenómeno da doença. Ou seja, trata-se de uma deficiência, alteração orgânica e alteração sentida.

Falar em doença supõe um hospedeiro, o doente, alguém que, “*apanhado por*

¹⁶ Os efeitos da doença na criança podem ser muito profundos. Porém não podem ser encarados de maneira uniforme, dada a variedade de factores envolvidos, desde as características psicossociais da criança aos aspectos relacionados com a doença em si (Proença, 1998, in Cardoso, p. 47).

uma patologia, se vê ameaçado, diminuído pelo mal, aparecendo como uma catástrofe somática, alteração da harmonia e da saúde do corpo, como sombra antecipada e mais ou menos próxima e parcial da morte” (Jey, 1990, in Martinez, p. 31).

Estudos empíricos, mais uma vez, revelam que a criança perante a hospitalização apresenta problemas na conduta, devido ao trauma, quer físico, quer psíquico.

Langford (1948) avalia nos seus estudos, o significado da doença e convalescença dos seus doentes, desde as diversas reacções que ocorrem, até às suas possíveis causas, tendo observado nas crianças hospitalizadas aspectos de regressões a etapas emocionais anteriores, como *“a necessidade de vinculação individualizada, a insistência caprichosa em certo tipo de alimentos, ou o aparecimento de sintomas infantis, como chupar no polegar, dificuldades em falar e enuresis”* (Langford, 1990, in Martinez, p. 66).

Eiser (1985) salienta o desenvolvimento da criança, dado que esta evolui sistematicamente e acaba por ter capacidade para compreender informação que lhe é facultada, no sentido de a preparar para a hospitalização e/ou intervenção cirúrgica, tendo sempre presente aquilo que podem assimilar nas diferentes idades.

Chambell (1975) conclui que existe uma tendência crescente para as respostas baseadas nas sensações físicas e para definir o fenómeno da doença. Assim, verifica-se uma certa consciencialização, que progride com a idade, face às respostas; face à precisão de definir o conceito da doença; face ao diagnóstico específico; face *“a um conceito socializado da doença, isto é, a necessidade de reconhecer papéis e disposições sociais”* (Campbell, 1990, in Martinez, p. 73).

A propósito (Campbell, 1990, citado por Martinez) refere ainda que as representações e definições de doença, não são directamente influenciadas pela mãe, existe uma certa relação de causalidade em outros aspectos da doença. Contudo, Mechanic (1990, citado por Martinez) não concorda e realça o facto de existir influência materna no que concerne às condutas da criança, tensão familiar, atitudes e condutas relativas à doença. Mas Campbell (1990, citado por Martinez) culmina com a ideia de que este fenómeno da doença da criança, não assenta nas idades pré-concebidas do processo interactivo directo, mas aparece sim como *“um processo relacionado com o desenvolvimento cognitivo e fundado na sua capacidade crescente e interpretativa das próprias experiências em relação com a doença”* (Martinez,

1990, p. 73).

É frequente, a maioria das crianças compreender a doença como uma punição culpabilizando-se pela própria doença, encarando-a como uma desobediência face às autoridades paternas (Proença, 1998, citado por Cardoso). Em especial aquelas que apresentam má adaptação à sua convalescença. Todavia, estes aspectos começam a diluir-se gradualmente com a idade, tornando-se mais realistas e sistemáticos (Martinez, 1990). O conhecimento da dor e desconforto, quando aparece abruptamente na infância, desequilibra o balanço delicado entre o prazer e o desagrado, tendo subjacente o desenvolvimento mental e condicionando a atitude positiva ou negativa da criança perante a vida¹⁷ (Eiser, 1985).

Diversos trabalhos demonstraram que os conceitos de doença infantil evoluem de forma paralela aos estádios propostos por Piaget, relativamente ao “stress” que esta situação acarreta (Cardoso, 1998; Martinez, 1990; Eiser, 1978; Bibace e Walsh, 1981. É certo que existe variação no grau de diferenciação entre “o Eu e o Outro”, mostrando-se diferenças significativas nos conceitos de saúde e doença (Proença, 1998, citado por Cardoso).

A criança entre os dois e os seis anos de idade, não tem capacidade de distinguir os fenómenos “saúde” e “doença” como opostos e relaciona a causa da doença com aspectos próximos no tempo, isto é, estão associadas a factores fenomenistas. A doença é causada magicamente por um acontecimento externo e sensorial que esteve associado à mesma. A causa da doença está subjacente a um fenómeno que pode ocorrer em simultâneo com a doença. Não consegue perspectivar como é que os factos causam a doença, exemplo disto é o que acontece quando uma criança se constipa, associando este facto a factores externos, tais como: sol, calor/frio, queda da folha, ida à piscina sem se agasalhar o suficiente, diferenças bruscas de temperatura (Piaget 1979).

No período pré operatório, na fase de contágio, a criança consegue compreender que a doença é causada pela proximidade física com um agente externo (embora não seja necessário o contacto). Contudo, não entende ainda o efeito que a distância entre as pessoas tem na probabilidade de contrair a doença.

É de referir que por volta dos seis/sete anos de idade, a criança percepção a doença como sendo causada por uma infecção não específica. As explicações

¹⁷ O primeiro conceito que o recém-nascido tem de si próprio está localizado no âmago das sensações agradáveis, associadas às sensações físicas da alimentação, da saciação e do conforto físico (Eiser, C., 1985).

centradas no contágio situam-se objectivamente em pessoas próximas: os amigos, os primos, os vizinhos, tudo referências a quem esteve em contacto com ela; exemplo disto é também o que se passa com a febre, constipação de alguém que esteve próximo dela.

No estágio das operações concretas, entre os oito/dez anos de idade, deixam de ser egocêntricas e começam a compreender o seu mundo, têm flexibilidade de pensamento, conseguem perspectivar o que é externo e interno. Nesta fase, visualiza a doença como sendo causada por micróbios, pessoas ou objectos, sendo adquirida pelo contacto físico.

Na internalização, a criança começa a entender que os agentes de contaminação têm que entrar no corpo para que ocorra a doença, por exemplo, engolindo e/ou inalando. Contudo, a criança descreve a doença e suas causas em termos vagos e não específicos, mostrando confusão entre os órgãos internos e suas funções.

No período das operações formais, dividido em duas fases: fisiológica e psicológica, a criança distingue perfeitamente o “*eu*” e o “*outro*”. Descreve as causas das diferentes doenças em termos de mau ou bom funcionamento dos órgãos internos ou processos fisiológicos, sobressaindo, já uma noção da interacção entre a causa externa e a resposta de funcionamento interno, reconhecendo que existem muitas causas que podem provocar a doença.

Uma concepção mais realista é apresentada nas explicações psicofisiológicas, em que o adolescente considera que os pensamentos, sentimentos e ansiedades podem influenciar o funcionamento do organismo, mas a doença continua a ser analisada em termos de processos internos fisiológicos. É de referir que estes dois estádios (fisiológico e psicofisiológico) correspondem ao estágio das operações formais, (Piaget, 1979), em que o adolescente já tem a capacidade de considerar hipóteses para além da sua realidade concreta.

O impacto da doença na criança pode ter efeitos variados, não podendo ser visto numa perspectiva uniforme, dada a diversidade de factores envolvidos, desde as características psicossociais da criança, aos aspectos relacionados com a doença (Willis e Col., 1982).

A doença tem uma dimensão psicossocial, isto é, a sua importância como construção social, até certo ponto, influencia o desenvolvimento social da criança (Parmelee, 1990, citado por Martinez).

O conhecimento da doença numa perspectiva biopsicossocial¹⁸ pode influenciar sobre maneira o seu desenvolvimento, face à empatia e à compreensão dos diversos papéis e actividades a que a obriga, assim como à sua conduta e à sequência de actos que vai desenvolver perante os médicos e enfermeiros (Martinez, 1990).

Este aspecto social da doença é parte integrante do desenvolvimento da criança na hospitalização, dado que o conhecimento social e biológico impera e condiciona a atitude da criança.

Assim, a doença, como situação anormal face ao funcionamento fisiológico ou psicológico, pode levar ao conhecimento e à tomada de consciência da dimensão biológica da pessoa. O fenómeno da doença e os seus procedimentos médicos de diagnóstico, cura e prevenção fazem parte da experiência da criança (Martinez, 1990).

Sieneons e colaboradores (1990, citado por Martinez), debruçaram-se sobre as ideias infantis na causalidade da doença, concluindo que existe uma associação significativa entre o desenvolvimento intelectual e a compreensão dos aspectos a que se refere a causalidade da doença.

A propósito, estes autores afirmam também que o “conhecimento sobre os fenómenos gerais de saúde e a doença não têm relação com o estado de saúde/doença em que está o indivíduo”. Este facto só é enfatizado, quando o próprio indivíduo é o doente, ou seja, conhecedor da sua própria doença. É o que acontece com o fenómeno da asma alérgica que, para a maioria das pessoas consiste em falta de ar, enquanto que, para o próprio doente, se define como alterações brônquicas, provavelmente relacionadas com alérgenos, diferenças de temperatura e/ou infecções do tracto respiratório.

As crianças com doença crónica podem controlá-la, factor positivo a acrescentar ao seu desenvolvimento, caso da diabetes e da asma provocada por certos alérgenos. É de salientar que o mesmo não ocorre com outras doenças, acabando os indivíduos por serem afectados a nível do seu desenvolvimento cognitivo.

Rashkis (1965) estudou o desenvolvimento da compreensão infantil sobre a saúde das crianças com idades compreendidas entre os quatro e os nove anos. A maioria das crianças definiu a saúde como a “ausência de doença, ainda que as

¹⁸ Quanto aos factores psicossociais vários componentes podem intervir: o significado da doença para a criança, o medo do desenlace, o medo da hospitalização, o gostar ou não do médico, perda das actividades o estilo cognitivo, o comportamento cognitivo típico e os mecanismos de defesa utilizados (Proença, 1998, *in* Cardoso, A., p. 47).

maiores a relacionassem com um estado agradável” (Rashkis, 1990, in Martinez, p. 82).

O mesmo autor verificou que a idade não era um factor predominante no reconhecimento das limitações do seu bem-estar e da sua vulnerabilidade perante a doença. As crianças realçam a protecção dos adultos e a alimentação como meio de optimização para prevenir a doença.

Natapoff (1978) estudou a criança dos seis aos doze anos e conclui que esta encara a saúde num *“sentido mais positivo que os adultos, como um estado que lhes permite efectuar actividades desejadas: jogar, fazer desporto, enquanto estes consideram que a saúde é algo que lhes permite realizar as suas obrigações quotidianas”* (Natapoff, 1990, in Martinez, p. 82).

O mesmo autor verificou que: aos seis anos ter saúde significa e equivale o poder comer carne e verduras, fazer exercício físico e estar limpo; aos nove anos ser saudável está associado a aspectos corporais, como seja, boa forma, sentir-se bem, conseguindo assim perspectivar em função da parte e do todo (neste nível etário a criança consegue discernir: o *“estar bem”* e em simultâneo apresentar alguma patologia num determinado órgão); aos doze anos apresentam mais perspectivas abstractas e reportam-se à saúde de uma forma global, *“falando da influência do pensamento, emoções ou sentimentos no estado físico da pessoa e bem-estar geral”* (Martinez, 1990, p. 83). A saúde é entendida pelas mesmas como algo processual e a longo prazo, enquanto que a doença é vista como um estado em vias de transição.

Eiser (1985) obteve respostas das criança, face ao entendimento sobre a prevenção que é garantida a partir de uma boa dieta, não correr, não andar ao frio nem molhar-se, impedindo a doença.

No que respeita à prevenção por meio das vacinas, as crianças com idades compreendidas entre nove e onze anos, sabem *“em que consiste e como actua o líquido na altura de prevenir a doença”* (Martinez, 1990, p. 84).

Nos aspectos de conceptualização do fenómeno da saúde, segundo Eiser e seus colaboradores (1985) não existe uma demarcação dos conhecimentos das crianças face à saúde; existe, no entanto, uma consciencialização mais profunda, se a criança possuir alguma doença, como, quando nos reportamos à diabetes e asma verificamos quão conhecedoras são da sua situação de doença.

As ideias infantis sobre o tratamento e os procedimentos médicos têm subjacente uma comunicação eficaz entre os profissionais e a criança doente.

Steward e Regalbutto (1975) assinalam como diferença entre pensamento adulto e pensamento da criança o ser necessário “*escutar a criança para saber o que ouviu e sobretudo aquilo que entendeu*” (Steward e Regalbutto, 1990, in Martinez, p. 84).

A idade tem um certo impacto na criança, conseguindo esta perspectivizar inclusivamente aspectos da socialização, tipos de doença e até tratamentos ministrados no Hospital.

Há autores, contudo, que defendem a ideia de que as crianças dos cinco/seis anos encaram a doença como uma punição de algo que fizeram errado; dos sete aos dez anos, verbalizam que o objectivo do tratamento é melhorar. Porém, os médicos e enfermeiros só percebem se existe dor através das expressões que emergem dos seus fâcias, como sejam, o choro ou exteriorização dos seus sentimentos. A partir dos onze anos, a manifestação de sentimentos tanto se pode referir à finalidade do procedimento, como à empatia do profissional que executa determinado acto médico ou de enfermagem.

Com efeito, antes da adolescência, a criança apresenta dificuldades na compreensão e aceitação de determinados procedimentos e medicamentos. Tem em conta o efeito imediato, mas apresenta “*incapacidade cognitiva para compreender o funcionamento do corpo, por exemplo, o que se passa com a absorção do medicamento, uma vez no estômago e com o líquido que se injecta*” (Beales e colaboradores, 1990, in Martinez, p. 88).

Nos estudos levados a cabo sobre a compreensão infantil acerca da doença, verificou-se a necessidade de, por um lado, tentar saber o que ela representa para o paciente e, por outro, facultar a explicação da doença e dos procedimentos médicos, tendo como fim último o estabelecimento de uma relação empática, com o objectivo de uma eficaz educação para a saúde (Bibace e Walsh, 1998, citado por Cardoso).

3.2. A criança hospitalizada

Durante o seu desenvolvimento, a criança explora e interage com o seu meio de forma contínua e recíproca. Através dessa interacção recíproca, e na medida em que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhe sejam oferecidas, surgem modificações no seu reportório comportamental e na natureza funcional do meio (Guimarães, 1988).

A criança hospitalizada apresenta necessidades para além do tratamento clínico. Algumas das quais possuem relevância, no agravamento como no restabelecimento do quadro clínico. Para uma intervenção eficaz, é necessário explicar tais variáveis com o objectivo de propiciar um atendimento mais efectivo (Soares, 2002).

A implementação de serviços de atendimento à criança no hospital deve contemplar um planeamento ambiental da instituição, com a finalidade de se formularem orientações em relação ao desenvolvimento comportamental da criança e uma maior humanização¹⁹ dos serviços. A delimitação de circunstâncias específicas ou a definição de variáveis psicossociais isoladas não são suficientes, sendo necessário estabelecer uma relação funcional precisa entre o paciente e o ambiente em que são efectuados os cuidados com o tratamento (Costa, 1999) e, no caso de hospitalização, nas enfermarias e nos espaços em que a criança vai permanecer durante a hospitalização.

3.2.1. A perspectiva histórica

Os cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma perspectiva holística, encarando a criança como um todo.

A ciência e técnicas médicas e assistenciais desenvolveram-se rapidamente nas últimas décadas. Daí que os conceitos de hospital e saúde também tenham sofrido reveses, tentando criar estruturas e condições a outros profissionais de saúde, para além do médico e do enfermeiro. É certo que a inclusão, embora ainda irregular e escassa, de Psiquiatras, Psicólogos, Trabalhadores Sociais, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêuticos e outros, denota uma preocupação crescente com o bem-estar do “Doente”.

A mortalidade infantil continua a ser um dos indicadores de desenvolvimento de primeira linha; na década de sessenta as principais causas de morte estavam associadas a doenças infecciosas do aparelho respiratório e afecções no período neonatal, causas que se mantiveram até aos anos oitenta, estando assim associadas ao baixo nível de desenvolvimento social e a carências dos serviços de saúde. A acção

¹⁹ “Humanizar é adaptar às necessidades e direitos do ser Humano. Depende das noções que se têm do que é o ser humano e de quais são os seus direitos. Depende portanto da informação científica, da ideologia do sistema de crenças e das características psicológicas de quem detém o poder para Humanizar” (Martins, 1991, p. 25).

destes serviços de saúde começou a fazer sentir-se no início da década de setenta com a criação dos Centros de Saúde. Com base nos índices de saúde, a “Organização Mundial de Saúde” projectou para Portugal uma taxa da mortalidade infantil de 31,7% para os anos 1980-84 e de 19,5% para os anos 2000-04 (“World Health Statistics”, 1983) sendo estes valores rapidamente ultrapassados apresentando actualmente uma taxa inferior a 10% (Subtil, 1995). Como valor mais recente, destaca-se o relativo ao ano de 2001 que ascende a 0,5% (“Anuário Estatístico de Portugal”, 2003).

O perfil da morbilidade infantil portuguesa evolui positivamente no decurso das últimas décadas, verificando-se esta mudança principalmente ao nível dos Serviços de pediatria, diminuindo substancialmente o número de crianças internadas com patologia aguda, centralizando-se a atenção nas crianças portadoras de doença crónica, incapacitante e com diagnósticos indefinidos, reservados e fatais.

Assim, é despoletado um ponto de viragem da pediatria hospitalar para a pediatria comunitária, reassumindo-se a procura de soluções de antigos problemas que são hoje grandes dimensões: crianças maltratadas e abandonadas, crianças deficientes e com problemas de crescimento e desenvolvimento, crianças vítimas de abuso sexual e crianças com doença crónica e prognóstico grave ou fatal (Subtil, 1995).

A Medicina começou a considerar trabalho junto à criança a partir do século XVIII, incidindo essencialmente a sua atenção na preservação do nascimento (parto) e na educação precoce, dado as práticas populares serem consideradas insalubres,²⁰ (Soares, 2002).

Segundo Ariés, até ao século XVI as crianças eram tratadas juntamente com os adultos²¹, não sendo reconhecidas as suas necessidades especiais. Eram como adultos em miniatura, colocados nos espaços possíveis e nas mais variadas circunstâncias.²²

²⁰ Em torno das práticas de cuidados correntes e da descoberta das múltiplas necessidades de utilização das plantas, organiza-se todo um saber e elaboram-se todas as espécies de rituais que tentam não só garantir a conciliação dos elementos indispensáveis à vida, como a água, as fontes mas também evitar o mal, a afastar a má sorte. Temos assim o costume de dizer que dantes a prevenção não existia e, em particular, que as preocupações com o nascimento eram desconhecidas e negligenciadas pelas futuras mães. Veremos pelo contrário, que são extremamente numerosas se bem que profundamente diferentes do que se chama os manuais de medicina. A criança no seio da mãe era alvo de múltiplas preocupações. Muitas vezes se ridicularizaram estas superstições sem tentar compreender a sua coerência profunda. É igualmente em torno da prática dos cuidados correntes que, pouco a pouco, se aperfeiçoou uma prática de cuidados curativos, isto é, de cuidados que tinham por fim pacificar, aliviar, acalmar e se possível compensar o mal ou “levantá-lo”. Não havia descontinuidade do que hoje chamamos cuidados preventivos e curativos, todos tentavam contribuir para assegurar a manutenção da vida, relativamente a tudo o que podia influenciar a sua evolução (Coliérre, M. 1989, p. 48).

²¹ Num tempo de medicina individual nunca deixou de ter importância a noção de colectivo e a necessidade de socorrer o mais desprotegido. Nisso foi de uma tenacidade que conseguiu superar todas as incompreensões. Quando a pediatria não se distinguia da medicina de adultos, dado que a criança era muitas vezes considerada como um adulto em ponto pequeno, Bissaia foi o primeiro Médico em

Historicamente a assistência à criança doente, tem também o seu percurso e a sua evolução. O primeiro hospital para crianças data de 1802 e foi criado em Paris (Rossant, 1991, citado por Biscaia).

No início do século XIX, as descobertas de Pasteur, mudaram radicalmente a concepção oficial de doença, já que as suas descobertas sobre a propagação de infecções conduziram a que se criasse nos hospitais, um sistema baseado em assepsia e seguimento rígido de rotinas, que implicavam o isolamento como necessidade de saúde.²³

As causas das enfermidades, nessa época, foram acometidas à existência de um agente externo ao organismo, daí a necessidade imperiosa de o eliminar para evitar as doenças (Soares, 2002).

Decorrentes desta teoria emergem movimentos higienistas que, ao longo do século XIX, conduziram mudanças nos hospitais, nas cidades, na vida das pessoas, na sociedade de modo geral e nos cuidados às crianças, surgindo a puericultura. A assepsia é um marco importante e foi imposta a todas as mães nos hospitais (Crepaldi, 1999).

Em paralelo com a puericultura desenvolveu-se a Pediatria. Fundou-se em Paris o primeiro hospital direccionado ao atendimento de crianças pobres, em virtude das que possuíam melhores condições económicas serem submetidas a tratamentos em suas próprias casas, pelo Médico de Família. Em 1901, foram construídos na Europa hospitais mais modernos para crianças, atendendo às condições de uma medicina higiénica (Soares, 2002).

Em Portugal o primeiro hospital de crianças foi o “Dona Estefânia”, em Lisboa, inaugurado em 1877 e, seguidamente “Maria Pia”, no Porto.

Nas décadas 40 e 50, autores como Sptiz (1949) e Bowlby (1957), referem que a instituição não deveria circunscrever a sua atenção apenas aos problemas de saúde da criança, mas também ao seu afastamento intempestivo da mãe, durante o internamento. Estes conceitos implicaram profundas alterações nas relações entre as

Coimbra a fazer exclusivamente pediatria e lutar com extraordinária persistência para lhe dar direito de cidadania. Todo o trabalho persistente levou a criação de um Hospital exclusivamente para crianças (Biscaia, J., 1991, p. 22 e p. 150 a 152).

²² Registos antigos revelam que às vezes seis a oito crianças eram postas em um leito, e que crianças podiam ser colocadas num leito mesmo leito de adultos gravemente doentes (Watcher e Blacke, 1976, p. 1).

²³ Não só o medo da infecção cruzada, como também uma firme crença na virtude do recluso absoluto no leito prolongado, mantinha as crianças isoladas umas das outras (Watcher e Blacke, 1976, p. 2).

crianças, entre os pais/família e o próprio pessoal do hospital. As visitas eram desaconselhadas como forma de se protegerem as crianças, mantendo-as assim no isolamento.

A partir de 1990, com o avanço tecnológico e o desenvolvimento da medicina e de outras áreas do conhecimento nomeadamente a psicologia e psiquiatria, estas teorias foram lentamente desaparecendo. Surgiu o interesse pela criança doente, especificamente crianças portadoras de leucemia e/ou gravemente queimadas (Crepaldi, 1999).

Assim, a Organização Mundial de Saúde fez publicar em 1951 uma monografia de Bowlby, onde abordava a problemática da carência dos cuidados maternos e a sua repercussão no desenvolvimento infantil, alertando também para a necessidade que a criança tem de estabelecer uma relação profunda com a mãe, uma vinculação,²⁴ não devendo ser separada dela.

Os efeitos de hospitalização na criança foram sendo reconhecidos numa perspectiva potencialmente frustrante e no final dos anos 60, principalmente nos anos 70, emerge a necessidade de estudar diferentes formas de intervenção para compreender a hospitalização.

Efectuaram-se programas de preparação com o intuito de proporcionar informação à criança, incentivando a expressão emocional, estabelecer uma relação empática e de confiança entre os profissionais de saúde, informar os pais, ensinar estratégias de “coping”²⁵ para os pais e para a criança (Quiles e Carrillo, 2000).

O Relatório de Platt citado por Darbyshire (1993), surge de uma comissão criada em Inglaterra devido às crescentes preocupações com a exponencial da hospitalização das crianças. O conceito central do relatório visava medidas urgentes para o melhor bem-estar emocional e psicológico da criança hospitalizada:

- As crianças deviam ser admitidas em hospitais pediátricos ou enfermarias só para crianças;
- As enfermeiras deveriam receber preparação específica;
- Os pais deveriam ser encorajados a visitar as crianças em qualquer hora do dia ou da noite;

²⁴ Mãe e criança representam, de facto, uma modalidade paradigmática do desenvolvimento humano, mas terão de ser enquadradas na sua circunstância para que a nova pediatria represente a globalidade da vida infantil enquadrada na sua comunidade, com o seu múltiplos temas envolventes (Gomes, P., 1999, p. 42).

²⁵ Entenda-se por estratégias de “coping”, a capacidade de interferir de forma fundamental, arranjando estratégias de agir sobre o factor que destrói a nossa qualidade de vida (Couvreur, 1999).

- Unidade mãe e filho deveriam ser mantida;
- Deveria ser implementada a organização de brincadeiras e actividades recreativas para crianças, em cada enfermaria;

Este relatório trouxe, sem dúvida, grandes inovações para a época, encorajando os pais a ficarem juntos dos filhos na hospitalização; não fazia, no entanto, qualquer referência a possível interacção enfermeiro/pais/educadores.

Em Portugal “*a sociedade portuguesa de pediatria realizou algumas reuniões com o objectivo de sensibilizar os pediatras, outros técnicos de saúde e a comunidade para o problema da criança no hospital*” (Levy, 1996, in Acta Pediátrica Portuguesa, p. 656).

As informações que surgiram nesta nova maneira de cuidar a criança, tinham por objectivo despertar para análise de aspectos biológicos e emocionais, como factores a relacionar e a incluir na doença. O atendimento ainda hoje em Portugal, não obstante a preparação dos profissionais de saúde, continua a estar centrado no tratamento da enfermidade e do cuidado físico dos órgãos e distúrbios isolados; nota-se contudo, por parte da equipa de saúde, uma preocupação na procura e valorização do atendimento infantil, explorando a individualidade comportamental e as condições psicológicas de cada paciente. Constata-se que existem ainda dificuldades na realização de uma verdadeira humanização dos serviços de saúde, orientada essencialmente para a área da exequibilidade, das disposições legais, da organização e dos recursos humanos (Martins, 1991).

CAPÍTULO II

A CRIANÇA - VIVÊNCIA HOSPITALAR

1. A DOENÇA

A saúde é uma das necessidades principais do indivíduo para que se possa integrar na sociedade; a sua falta, ou seja, a doença, torna-o disfuncional, impedindo o seu desempenho.

Parsons (1951) refere que a doença é um estado de perturbação que interfere no funcionamento do indivíduo enquanto ser biológico e social. É certo que a doença é incontrolável pela componente social, mas esta tem interesse em reduzir a doença e principalmente evitar a morte prematura, pois se o não fizer, o indivíduo não poderá cumprir com os papéis sociais que lhe foram destinados.

O indivíduo que é portador de doença terá que encará-la e tentar criar mecanismos de adaptação para recuperar a saúde. Os factores motivacionais são, sem dúvida, a base da etiologia de muitas doenças e, por outro lado, as motivações podem também ser factores coadjuvantes das terapêuticas.

A hospitalização da criança acarreta alterações na vida familiar e nas actividades diárias, assim como a perda e a separação dos seus entes queridos. O hospital esquece os aspectos formais da vida quotidiana do utente, persistindo assim, os objectivos das instituições, inibindo a ligação ao exterior (Carapinheiro, 1998).

A assistência à criança doente é uma preocupação recente. O conhecimento sobre o desenvolvimento psicológico, social e emocional da criança forneceu enormes contributos para a mudança na forma de se tratarem e de se cuidarem as crianças doentes.

1.1. Os direitos da criança hospitalizada

A história dos direitos da criança tem tido um longo percurso de consolidação, apesar de ser considerada um dado efectivo e adquirido, isto é, teoricamente ainda hoje, para uma parte da civilização ocidental, apresenta-se em muitos “*contextos civilizacionais num estado muito próximo daquele que caracterizou*

o início do percurso de construção de tais direitos” (Soares, 1997, in Sarmiento e Pinto, p. 77).

Até ao século XIX, a infância enquanto categoria social não existia. Sendo-lhe renegado os direitos e estatutos, a criança era considerada adulto em miniatura, não sendo respeitada, eram pouco consideradas as etapas do seu desenvolvimento e, conseqüentemente, as necessidades inerentes a cada etapa.

No entanto, a partir do século XVI emergem as mudanças significativas, alterando-se o estatuto da criança face aos adultos, começando por ser encarada a sua individualidade enquanto criança (Soares, 1997, citado por Sarmiento e Pinto). Mas, *“se é verdade que existem crianças desde que existe a humanidade”* (Sarmiento, 1998, p. 9), só recentemente, no século XIX, com o contributo das diversas ciências é que se inicia o corte umbilical com o mundo dos adultos, surgindo como uma categoria social vulnerável. Contudo, a criança apresenta necessidades de protecção relativamente aos adultos e, por conseguinte, possui um corpo de direitos. Eram os adultos que deliberavam e pensavam sobre a vida dos seus filhos, sendo estes, por vezes, ignorados, maltratados e até vendidos.

A propósito, o primeiro homem e a primeira mulher, antes de o serem, foram efectivamente crianças. A forma como foram sendo vistos na sociedade os modos, a cultura e as políticas de orientação que lhe foram sendo consagradas, bem como os procedimentos dos adultos para com estas, foram sofrendo mutações ao longo dos tempos.

As novas tendências incluem a infância como uma posição estrutural própria que, apesar das contradições delineadas à sua volta e por ser objecto de mudança, não deixa de ser estável (Sarmiento, 1999).

A construção social da infância apresenta contemporaneamente uma crescente presença social, ainda que paradoxal (Qvortrup, 1999, citado por Sarmiento), mas com clara consciência de que não resulta apenas das interacções sociais e das interdependências que constroem as posições de cada categoria no sistema social (Guiddens, 1989), que determina o nosso tempo.

As preocupações com a explicação e a necessidade de sistematizar os direitos da criança aparecem pela consciencialização de que esta é um ser humano essencial. É necessário reconhecer a sua cidadania, o seu estatuto de actor social de pleno direito, constituindo *“um perfeito desafio à mudança de estruturas políticas e sociais, à transformação das instituições e à renovação cultural...”* (Sarmiento, 1999, p. 19).

É certo que é necessário organizar diversos serviços respeitadores do melhor interesse da criança²⁶, para responder às suas necessidades, salvaguardar os seus direitos, melhorar a sua qualidade de vida e proporcionar-lhe “*serviços de saúde, educação, nutrição e bem-estar*” (Soares, 1997, citado por Sarmiento e Pinto).

Com a “5.^a Assembleia da Sociedade das Nações” em 1925 são enunciados pela primeira vez os “*Direitos da Criança*”, reconhecidos na “*Declaração de Genebra*”, que declara cinco direitos fundamentais que devem ter subjacente, que a Humanidade deve dar o melhor à criança “...independentemente de qualquer consideração de raça, de nacionalidade e de fé” (Levy, 1996, p. 655).

A Constituição da República Portuguesa afirma no artigo 24º, n.º 1 o direito à vida: “*a vida humana é inviolável*” (texto mantido pela última revisão constitucional – Lei n.º 1 de 1997, de 20 de Setembro). O mesmo contexto se verifica, embora com outra redacção no artigo n.º 6, n.º1 da convenção dos direitos da criança: “o *Estado parte reconhece à criança o direito inerente à vida*”.

Poderemos afirmar que não há divergências nos dois artigos, embora documentos diferentes, visem o mesmo fim: um refere-se aos direitos numa perspectiva mais abrangente (direitos, liberdades e garantias pessoais) e outro no sentido mais restrito e com certa especificidade (direitos da criança) (Oliveira, 2000).

A convenção dos direitos da criança no seu artigo 8º, n.º1, refere que esta não pode ser separada dos pais,²⁷ contra sua vontade, a não ser que existam evidências de maus-tratos ou negligência. O artigo 36º, n.º 6 da Constituição da República Portuguesa é transcrição deste artigo — Direitos, Liberdades e Garantias — contudo é realçado o facto de que os filhos só podem ser separados dos pais, mediante decisão judicial e se estes não assumirem e cumprirem os seus deveres essenciais.

²⁶ As condições de atendimento são fundamentais na humanização e, em geral, devem ser planeadas detalhadamente para garantir o bem-estar da criança e da família e evitar consequências prejudiciais resultantes das condições em que é realizado o tratamento.

Essas condições foram em 1959 definidas, na Grã-bretanha, pela comissão para o bem-estar da criança no hospital através de uma lista exaustiva de recomendações no famoso Platt Report, que para nós se mantém surpreendentemente actuais e que então revolucionaram as condições de atendimento da criança no Hospital (Martins, A., 1991, p. 31).

²⁷ As consequências nocivas que podem resultar para a saúde somática e psíquica da criança, da separação da mãe em quaisquer circunstâncias e com muito maior razão quando se trate de criança doente. Certos factores, como a idade, o tipo de doença, aguda ou crónica, o internamento prolongado, a intervenção cirúrgica, etc., são influentes, senão críticos, para o desencadear da perturbação (Cordeiro, J., 1979, p. 3212).

No ponto 5 do mesmo artigo, o Estado delega nos pais o direito e dever de educação e manutenção dos filhos.

A Constituição da República Portuguesa, no artigo 67, define a família como pedra basilar da sociedade, com direito à protecção por parte desta e do Estado, privilegiando todas as condições necessárias à realização dos seus membros.

No caso dos pais não assegurarem a satisfação das necessidades dos seus filhos que lhes permitam a progressão do seu desenvolvimento e educação, a convenção prevê que os Estados Partes apliquem medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas, com vista à protecção da criança, (artigo 19.º, n.º 1 da Convenção dos Direitos da Criança).

A saúde é um direito de todos, faz parte de todos nós e é garantida no artigo n.º 64, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa — *“todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”*.

O direito à saúde, universal e geral, é promovido pelo “Serviço Nacional de Saúde”, uma vez criadas condições económicas, sociais, culturais e ambientais de modo a garantirem a protecção da infância, da juventude e da velhice.

As crianças têm o direito à vida, à saúde, a crescer e a viver harmoniosamente, com um padrão de vida razoável, devendo assim usufruir de assistência médica necessária que faculte o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Assim, “os Estados Partes zelam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços” (artigo 24, n.º1 da “Convenção dos Direitos da Criança”).

O usufruto destes direitos *“exige somente que o seu possuidor tenha interesses e necessidades que possam ser preservados, protegidos e promovidos”* (Soares, 1997, in Sarmiento e Pinto, p. 97). A criança doente supõe um percurso e uma tentativa de permanecer em casa o maior tempo possível, devendo ser hospitalizada quando as condições da doença já o não permitam.

É neste contexto que *“os direitos da criança hospitalizada são apenas uma pequena parte dos direitos que ao longo dos anos, têm sido concedidos à criança”* (Levy, 1996, p. 665).

Posteriormente, em 1946, é criada a UNICEF, marco fundamental na história dos “Direitos da Criança”, tendo vindo a ser reconhecida como um dos organismos

mais importantes para que, sempre que possível, as crianças que estão em situação de risco sejam minimamente protegidas.

“Em 1959, no decurso da 841ª Sessão Plenária da Assembleia-geral da Nações Unidas, foi proclamada a Declaração dos Direitos da Criança” (Levy, 1996, p. 655). Esta Declaração contém 10 princípios, é mais alargada e mais específica que a dos “Direitos do Homem” (1948), fazendo referência a uma infância feliz e protegida, e consagrando direitos relacionados com a identidade, direito à família e direito a brincar, entre outros.

Em 1979 comemorou-se em todo o mundo o “Ano Internacional da Criança”, destacando-se o aparecimento de uma preocupação em arranjar um documento mais completo, mais alargado e mais responsabilizante.

Decorridos 10 anos da “Declaração dos Direitos da Criança” é, finalmente, aprovada pela “Assembleia-Geral das Nações Unidas”, a “Convenção dos Direitos da Criança”, documento que mais aceitação teve a nível mundial, não tendo, no entanto, sido ratificada pelos E.U.A, nem pela Somália. Em Portugal, é ratificada pela Assembleia da República, em 1990, e publicada em Setembro do mesmo ano.

Este documento é juridicamente distinto dos dois anteriores (que eram “Declarações”), impondo-se assim a “Convenção” em todos os países que a ratificaram, no sentido de a tornar uma realidade. O “Comité dos Direitos da Criança” exige que cada Estado que a ratifique apresente um relatório relacionado com as medidas que tenham sido tomadas, face às necessidades sentidas pelo país.

Esta “Convenção” consta de 54 artigos todos dirigidos no interesse da criança. Segundo a “Convenção”, criança é *“todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”*.

A perspectiva holística mais uma vez não foi descurada, uma vez que houve uma preocupação em definir os “Direitos da Criança Hospitalizada”, implícitos na “Convenção”, sobretudo no artigo 3: *“Os Estados Partes garantem que o funcionamento de instituições, serviços e estabelecimentos, que têm crianças a seu cargo asseguram que a sua protecção seja conforme as normas fixadas pelas autoridades competentes, nomeadamente nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação do seu pessoal, bem como quanto à existência de uma adequada fiscalização”* (Levy, 1996, p. 656).

Decorrente do facto de os cuidados de atendimento a nível hospitalar, serem efectuados em serviços de pediatria integrados em Hospitais Centrais e ainda de continuar a persistir o internamento de crianças em serviços de adultos, foi aprovada em 1986 pelo Parlamento Europeu a “Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas”. Em consequência, foi criada a “Associação Europeia para a Defesa das Crianças Hospitalizadas” (EACH), que aprovou, na reunião de Leyden em 1988, “*uma Carta (idêntica à proposta pelo CESP), denominada a Carta de Leyden e que deverá ser aceite e respeitada pelos países que aderirem à citada Associação*” (Levy, 1996, p. 656).

Como exemplo de alguns documentos mais directamente ligado à humanização dos cuidados de saúde, citam-se as resoluções do Parlamento Europeu relativas à “Carta Europeia dos Direitos dos Doentes” (Resolução 19/01/84; “A Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas” (doc.º A 2 de 25/86 de 15/05/86); “A Harmonização Europeia das Questões de Ética Médica” (doc.º A 2 de 78/88), “O Guia Europeu de Ética Médica” para Fernandes (1991, p. 44).

“A Carta Europeia da Criança Hospitalizada” proclama vinte e três direitos, uns directamente relacionados com a criança, e outros associados às responsabilidades e necessidades dos pais. Assim, transcrevem-se resumidamente os 10 itens da “Carta da Criança Hospitalizada” (Leyden, 1988):

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças”

- I. A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia;
- II. Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou os seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado;
- III. Os pais ou seus substitutos devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser

- informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço, para que participem activamente nos cuidados ao seu filho;
- IV. As crianças e os pais têm direito a receber uma informação sobre a doença e os tratamentos adequados à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito;
 - V. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. Deve tentar-se reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor;
 - VI. As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas segundo a idade para beneficiar de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As visitas devem ser aceites sem limite de idade;
 - VII. O hospital deve fornecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no que respeita ao equipamento, quer ao pessoal, quer à segurança;
 - VIII. A equipa de saúde deve ter a formação adequada para corresponder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família;
 - IX. A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados a prestar a cada criança;
 - X. A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com tacto e compreensão, em todas as circunstâncias;

Os outros direitos da criança afirmados na “Carta” são, de uma forma global e sucinta, o respeito pela sua intimidade, o direito (e meios) de contactar os pais em momentos de “stress”, o direito a ser hospitalizada em locais com equipamento apropriado às suas necessidades em matéria de cuidados de educação e de jogos e de segurança, o direito a apoio escolar e a usufruir benefícios de estimulação física e psíquica, prestada por pessoal qualificado; o direito à garantia de receber os cuidados de que necessita, mesmo que a intervenção da justiça se afigure necessária no caso em que os pais lhos recusem, por motivos religiosos, de atraso cultural, de preconceito ou não estejam em condições de efectuar os passos necessários para fazer face à urgência.

Este quadro legal, se devidamente cumprido, responde de uma forma globalizante aos aspectos considerados necessários à humanização dos cuidados de saúde.

Apesar de ser sobejamente reconhecida a carência dos quadros de pessoal e das instalações, é ao nível dos recursos humanos e de outros, que existe uma sensibilização e motivação progressivas que conduzem a um processo cultural irreversível.

Ao assinar a “Convenção”, Portugal assumiu responsabilidades políticas na defesa dos direitos da criança, comprometendo-se em assegurar os direitos políticos, cívicos, económicos, sociais e culturais da criança, reconhecendo-lhe o direito de participação activa nos assuntos que afectam a sua vida e a considerar em particular o interesse superior da criança nas decisões que lhe digam respeito (Fernandes, 1991).

Portugal esteve presente em 1993 pela primeira vez na “IV Conferência” da EACH, associação que está representada entre nós pelo “Instituto de Apoio à Criança” (IAC). No âmbito da “Sociedade Portuguesa de Pediatria”, segundo Levy (1996) foram efectuadas reuniões com o objectivo de sensibilizar e alertar os profissionais de saúde e a comunidade, para o problema da criança hospitalizada. Foram ainda discutidas leis que visam atender às necessidades e direitos das crianças internadas em hospitais.

Passamos a citar algumas das disposições legais, que surgem reforçadas, dado que algumas delas não eram cumpridas e outras não eram conhecidas:

- Acompanhamento familiar da criança hospitalizada (Lei n.º 2/81 de 10/08);
- Organização dos serviços de pediatria – idade pediátrica (14 anos e 364 dias). Despacho DGH/310-72 de 06/05/87;
- Direitos a refeições gratuitas nas instituições aos pais dos doentes internados (Decreto-Lei n.º 26/87- 13 de Janeiro);
- Carta do acompanhamento de crianças em unidades de saúde por parte do pai, mãe ou seus substitutos. Despacho de 20 de Maio de 1988 (DR n.º 90, 18/04, 1988 2.ª Série);

1.2. Necessidades da criança hospitalizada

A preocupação com a qualidade de vida em contextos médicos contribuiu para a sensibilização dos aspectos positivos do funcionamento do indivíduo. Assim não houve apenas a preocupação de descentralizar a disfunção do paciente mas também a sua capacidade potencial de realização pessoal.

A vivência e a experiência de enfrentar a doença e a hospitalização variam de uma criança para outra, em maior ou menor grau, em função da idade, sexo, nível de desenvolvimento cognitivo, experiências prévias, diagnóstico, tempo de hospitalização, natureza e do período de preparação para a hospitalização, tipo de procedimentos médicos e das habilidades dos pais como suporte de apoio à criança, restrição física, diferenças individuais nas respostas e, especialmente, da capacidade que dispõem para enfrentar tais situações (Mendes e colaboradores, 2002, citado por Soares).

A hospitalização da criança acarreta sempre rupturas na dinâmica familiar. Realça-se a preocupação dos profissionais de saúde centrada na criança/ família, com o objectivo de identificar e descodificar os problemas, estabelecer uma relação de ajuda, na tentativa de enfrentarem e superarem esta situação; isto é, pais e crianças devem conseguir arranjar estratégias adaptativas para melhorem a sua qualidade de vida.

Para além das necessidades de saúde “*as crianças hospitalizadas apresentam outras para as quais requerem respostas especiais e acções interdisciplinares: a carência afectiva devida à separação do meio familiar, a adaptação à Instituição, a preparação para se integrar, quando saia do hospital, na família, na escola, no meio social*” (González, 2000, in Inclusão, p. 58).

As infra-estruturas, isto é, a arquitectura e a decoração do hospital, podem interferir no estado emocional da criança e assim distraí-la (Queralto, 2000, citado por Quiles e Carrillo). É certo que o ambiente interfere nesse estado, no processo de dor e, por conseguinte, na recuperação da criança.

Ao reportarmo-nos ao espaço para a criança, obviamente que devemos fazer incidir a atenção sobre os elementos decorativos e atractivos inerentes a esta faixa

etária, tais como desenhos de personagens televisivas distribuídos pelas paredes sendo estes de cores também atractivas (Queralto, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Os espaços lúdicos são outro dos aspectos a contemplar. Quando se pensa num hospital para crianças, este deve conter diversos jogos, vídeo e, por excelência, a T.V. e o computador; aspectos que devem ser considerados durante o tempo da criança hospitalizada, com o objectivo de minorar a ansiedade e o “stress”.

Não podemos falar destes aspectos numa perspectiva de luxo, antes encará-los como uma necessidade que contribui para o bem-estar, quer físico, quer psicológico da criança (Queralto, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Através da Internet a criança tem a possibilidade de expressar as suas emoções e ir para além das fronteiras do hospital, comunicando com o mundo exterior, e inclusivé, com crianças com patologias iguais à sua.

A música é outra necessidade fundamental e necessária que deve ser utilizada no hospital e que contribui para o relaxamento do stress e da ansiedade durante a hospitalização.

Falámos dos aspectos estruturais e na decoração do hospital, no entanto neste meio envolvente, é de salientar a imagem transmitida pelos profissionais de saúde neste “puzzle”, donde emerge a bata branca como símbolo de angústia, “stress”, medo e dor....

Promover um ambiente com os materiais hospitalares antes da hospitalização seria o ideal. Manipulando-os, diluir-se-iam os mitos, já que “*procedimentos de distinta índole podem repercutir-se no estado emocional*” (Queralto, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 181), do binómio criança/família.

Porém as rotinas surgem como uma forma organizativa dos serviços. No entanto, estas suplantam-se às necessidades dos doentes. Exemplo disto é o que acontece, quando a criança teve uma noite agitada com um processo de dor e que por volta das seis horas da manhã tem uma medicação para fazer e uma temperatura que necessita ser avaliada mas está a dormir naquele momento. Contudo, será acordada, pois a sua debilidade física, necessitando de cuidados imperiosos, sobrepõe-se à sua estabilidade emocional.

Durante a hospitalização, a criança, apesar de se encontrar separada da família, da escola, dos amigos e, perante um mundo desconhecido, para alguns, novo,

deve manter o contacto com a sua realidade. Além das suas necessidades específicas naquele momento, necessita manter continuidade, quer na sua socialização, quer na educação, melhorando a sua qualidade de vida, dado que é esta a realidade com que se irá deparar à saída do hospital (Gonzalez, 2000).

Outra das necessidades da criança é a presença dos pais perante determinados procedimentos, nomeadamente nos dolorosos; em estudos efectuados, por profissionais de saúde, esta presença manifestou-se benéfica, quer no tratamento, quer na recuperação (Blesch e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

O contributo dos pais é fundamental na recolha de informação dos aspectos psicossociais da criança, isto é, as rotinas diárias, hábitos de higiene, alimentares e de estudo, relações familiares e relações com os pares (Palomo, 2000, citado por Quiles e Carrillo), podendo ser utilizados na recuperação e seu restabelecimento, partindo do pressuposto de que os pais são quem melhor conhece os seus filhos, quem consegue compreendê-los e dar resposta às suas necessidades essenciais.

Uma comunicação efectiva entre profissionais/crianças, profissionais/pais, é factor determinante da vivência emocional durante a hospitalização, visto que *“qualquer pessoa que se relacione com o paciente, de forma mais ou menos estreita, pode incidir em seu nível de ansiedade”* (Kulik, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 184).

Entenda-se por “comunicação efectiva”, a comunicação que passa por uma explicação correcta do tratamento, informação precisa sobre a sua situação clínica, uma relação que assente na confiança mútua, empatia e apoio emocional. É objectivo fundamental deixar expressar as suas emoções e atitudes, tendo por fim minorar as suas preocupações face à doença.

Cabe aos profissionais de saúde ter atitudes terapêuticas, centradas na criança/família sendo esta a razão fulcral da reabilitação da criança. A equipa de enfermagem que consegue estabelecer, não só terapêuticas como também relações afectivas com a criança e seus pais, dado que *“são as enfermeiras, as profissionais que mais tempo passam com os utentes e suas famílias, compartilhando momentos íntimos e pessoais”* (Queralto, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 188).

Verifica-se a existência de uma certa cumplicidade e um relacionamento positivo, uma confiança mútua entre pacientes e enfermeiros que são constantemente

interpelados, quer pelos familiares, quer pelos utentes, acerca do seu diagnóstico, prognóstico e até da sua futura qualidade de vida.

Perante o sofrimento e a dor com que muitas crianças são confrontadas no quotidiano hospitalar, são estes profissionais que, apesar de não prescreverem a medicação, têm como função decidir adequadamente a administração de tal terapêutica para alívio da dor.

A propósito, para além da administração da analgesia, devem estes profissionais possuir conhecimentos e técnicas de relaxamento que permitam à criança diminuir o seu mal-estar e processo de dor.

A hospitalização arrasta consigo a dependência quase total das crianças, realça-se por isso, mais uma vez, o papel preponderante dos enfermeiros e a responsabilização da família e da própria criança no seu auto-cuidado.

A equipa multidisciplinar deve estar ciente da necessidade de um trabalho conjunto, tendo subjacente a união para combater e minorar os efeitos nefastos que a hospitalização acarreta à criança/família, independentemente da idade, sexo, raça, extracto social...

Esclarecer a criança/família sobre a realidade dos efeitos da hospitalização, contribuir para a aprendizagem e desenvolvimento de acordo com as suas exigências face à doença, inclusivé contactar com outras crianças com patologias semelhantes, são aspectos que se devem reter e incentivar nas filosofias hospitalares, como perspectiva de uma reabilitação adequada e uma integração plena, harmoniosa e social da criança/família na comunidade onde se insere.

As situações imprevistas de hospitalizações surgem cada vez mais; exemplo disto é o que acontece nas crianças com cancro e sida, conduzindo-nos “*a inquietações das necessidades existentes e sobretudo, para onde se deve dirigir a acção educativa, para que a mesma contribua, dentro das limitações lógicas de situações extraordinárias, para a melhor qualidade de vida da criança hospitalizada*” (Gonzalez, 2000, *in* Inclusão, p. 55).

2. NECESSIDADES DA FAMÍLIA COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Na vida dos indivíduos, o sistema natural mais importante é, sem dúvida a família, espaço privilegiado do suprimento de necessidades básicas e de mediação entre o indivíduo e o meio social.

Numa perspectiva sistémica, a família constitui um sistema aberto em que os seus membros, com individualidades e vivências diferentes, interagem entre si de uma forma circular, isto é, os comportamentos de um membro afectam todos os outros e consequentemente a família na sua globalidade (Gonçalves, 1980).

As dinâmicas internas interpessoais e os diversos aspectos do ambiente moldam o seu funcionamento.

Uma das características da família é a sua capacidade de auto-organização e a sua finalidade é *“assegurar a todos os membros a satisfação das necessidades materiais e afectivas básicas e permitir que cada um realize progressivamente o máximo das suas potencialidades individuais”* (Gonçalves, 1980, p. 41). A concepção sistémica da família transpõe-se, para além da simples soma dos elementos que a constituem, para uma dimensão em que *“cada elemento... participa em diversos sistemas e subsistemas, ocupando em simultâneo diversos papéis em diferentes contextos que implicam outros tantos estatutos, funções e tipos de interacções, com variados e, por vezes, antagónicos graus de autonomia, proeminência, etc. ...”* (Relvas, 1995, p. 10).

Cada um destes subsistemas, o individual, o parental, o conjugal e o paternal organiza-se, construindo relações, quer no interior, quer no exterior, com outros subsistemas, apresentando uma estrutura familiar que a torna singular e irrepetível.

A família integra e possui um dinamismo próprio, que lhe confere, para além, da sua individualidade, a sua autonomia, integrando influências externas, mas sem depender delas. Não está sujeita às reacções do meio, mas sim a forças internas, construindo uma capacidade auto-organizativa, emprestando-lhe coerência e consistência, neste jogo de equilíbrios dinâmicos (Relvas, 1995).

A organização/estrutura que a família constrói deve ser idealizada como um sistema que evolui ao longo do tempo, complexificando-se, o que nos conduz à noção

de ciclo vital. A família surge com funções “*inerentes ao seu próprio desenvolvimento: por um lado, a protecção dos seus membros (função interna) e a ligação com as transformações sociais*” (Segalen, 1999, p. 217). Por outro a função externa, subsistindo a transmissão de cultura.

Ao reportarmo-nos à família, não perdemos a dimensão multigeracional, dado que “*cada época conhece as suas formas familiares, sociedade e família são o produto de forças sociais, económicas e culturais comuns, sem que uma seja resultado da outra... O conhecimento do passado da família é indispensável ao conhecimento do seu presente, sendo um e outro indissociáveis*” (Segalen, 1999, p. 10).

No esquema apresentado pelo ciclo de vida, verifica-se que os pais de uma geração para outra deixam de transmitir modelos educativos e, com a entrada da mulher no mercado do trabalho, as interações e as relações entre o casal e as sociedades tornam-se cada vez mais complexas.

A evolução social tem vindo a alterar profundamente a estrutura familiar. Esvaída de algumas funções (de produção, Instrução, etc.), a família continua a ser o principal sistema de construção e manutenção dos afectos nos seres humanos. Aqui reside a importância da estrutura familiar no desenvolvimento e crescimento harmonioso da criança.

A família tem necessidade de se transformar, mudar perante as ocorrências da vida. Os movimentos são essencialmente de dois tipos: ou são pequenas flutuações que acontecem e permitem que o sistema se mantenha estável — mudança um ou se trata de mudanças globais do sistema e que fazem surgir um novo padrão organizado — mudança dois (Subtil, 1995)

A mudança um (ou homeostesia) não pode ser associada à noção de retracção negativa, noção de redução de desvio, regresso ao estado anterior, daí que “*a homeostesia não é uma tendência, mas uma modalidade de equilíbrio do sistema que lhe permite manter estabilidade suficiente ao longo do tempo e perante as situações*” (Ausloos, 1995, citado por Subtil, p. 11).

A família não se dilui, afirma-se em família nuclear. Existem, no entanto, várias formas de família não tradicional que são colocadas à margem da sociedade, famílias com exclusão legal, isto é, famílias não relacionadas pelo sangue e pelo casamento, mas às quais é necessário reconhecer a sua estrutura e funcionamento, numa perspectiva de desenvolver estratégias de intervenção adequadas. É certo que

existem ainda famílias reconstituídas, monoparentais, famílias de adoção e famílias homossexuais. Isto reporta-nos ao conceito de família como o conjunto de duas ou mais pessoas numa relação comum e da qual deriva o sentido de identidade como família (Chiman, 1995, citado por Subtil).

A família é espaço “*privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações inter-pessoais. É, ainda, um espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade ... numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família*” (Alarcão, 2002, p. 32-34).

Mas a família é, sem dúvida, um grupo institucionalizado, estável, e que constitui um importante suporte da vida social (Alarcão, 2002).

A hospitalização é um acontecimento que provoca um certo impacto e “*stress*” nos pais quando um filho é hospitalizado. Estes apresentam ansiedade, medo do desconhecido, “*depressão, confusão e alteração do sono, pensamentos estranhos e diminuição do rendimento*” (Quiles e Carrillo, 2000, Carvalho, p. 38).

Estas reacções variam de acordo com o diagnóstico e prognóstico da doença e também das condições da hospitalização.

Os factores mediadores do estado emocional dos pais passam pelo apoio sentido, as experiências vivenciadas anteriormente por acontecimentos semelhantes e a gravidade da doença (Teung, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Existem também outros factores que se mantêm neste processo, nomeadamente a perda do papel parental, a falta de informação, o nível cultural, a impossibilidade de permanecerem durante todo o dia e noite, o número de irmãos que ficam em casa e os problemas sócio-económicos da família, perante toda esta problemática (Alexander e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo). A comunicação emocional entre pais e filhos é o fio condutor da transmissão de ansiedade.

As necessidades sentidas pelos membros da família transpõem os seus membros individualmente, daí que elas tenham impacto em toda a família, enquanto unidade sistémica.

Os papéis dos seus membros, as regras, as rotinas diárias podem ajustar-se perfeitamente às necessidades da doença da criança.

Os hábitos quotidianos no lar sofre revezes, nomeadamente a alimentação da família que pode e deve adaptar-se, por exemplo, se houver uma criança com diabetes; o mesmo se passa se houver uma criança com asma: deve-se evitar carpetes com pêlos e animais dentro de casa...

Hábitos e regras com que a criança doente tem que viver são, obviamente diferentes entre irmãos. A família tem que se adaptar aos constrangimentos e arranjar estratégias de “coping” face à nova situação. Contudo, os pais acabam por ser mais condescendentes com a criança doente, procurando compensá-la.

Na nossa vivência diária constatamos que a grande maioria das pessoas mantém um estigma muito negativo em relação ao cancro. Estigma esse que é mais exacerbado quando se fala de crianças, associando sentimentos de tristeza, sofrimento e injustiça.

De acordo a nossa experiência, criança com o diagnóstico de cancro, apresenta limitações provocadas pela doença, seja pelos efeitos secundários dos tratamentos, seja pelos internamentos sucessivos e frequentes consultas hospitalares; factores há, que levam a uma alteração das actividades diárias, não obstante, conseguem manter ainda uma qualidade de vida, desconhecida para alguns.

É sabido que a hospitalização conduz a uma “*crise*”, dado que existe um corte com o ambiente familiar e social, para além de mal-estar físico e psíquico. Esta situação tem maior impacto na criança, pois os seus mecanismos de defesa ainda não estão desenvolvidos (Wong, 1989).

Viver com uma doença ameaçadora da vida é fonte de angústia e ruptura para, a criança, com o seu quotidiano, separação dos seus pais, irmãos e demais membros da família. A criança com cancro corre o risco de ficar afectada pela adversidade da hospitalização, pelos tratamentos agressivos e dolorosos que são fonte de efeitos secundários, desagradáveis e, por conseguinte, conduzem a alterações de auto imagem. A propósito “... *ansiedade, insucesso escolar, sentimentos de culpa, dispersão, confusão, inibição global e somatizações diversas, entre outros efeito eram aspectos sentidos e vividos pelos irmãos das crianças com problemas oncológicos*” (Oppenheim, 1995, *in* Subtil, p. 36).

A manifestação destes sintomas tem subjacentes factores, tais como, estágio do desenvolvimento da criança, idade, reacção da família da criança à doença²⁸,

²⁸ O desequilíbrio da criança depende da ligação afectiva com o pai ou a mãe e, por outro lado, do afecto e segurança que a criança recebe do pai ou da mãe (Cordeiro, M., 1994, p. 145).

prognóstico e suas implicações. Existe sempre uma condescendência constante em relação à criança doente, que tem um suporte legítimo junto dos irmãos, pois os pais renegam as suas funções de educadores, demitindo-se do suporte rígido educacional até então tido em consideração.

A criança com doença crónica apresenta alterações psicológicas que não se traduzem apenas por epifenómenos, mas sim para além da sintomatologia física, acentuando-se alterações da sua imagem, construindo fantasias em redor da sua doença, dependência e uma certa passividade derivada dos tratamentos (Ferrer, 2000).

A família alargada, principalmente os avós, podem assumir um novo protagonismo, organizando-se em função das necessidades da criança doente, pois é essencial o seu apoio, principalmente no que concerne aos outros filhos.

É de realçar o papel importante que os avós têm em relação à família, isto é, ao casal e também aos netos.

Objectivamente, os pais têm necessidades que não podem ser relegadas para segundo plano, necessidades não só emocionais, como também cognitivas, comportamentais e relações conjugais (Patterson, 1988).

2.1. Impacto psicossocial da doença na família

A família confronta-se, por um lado, com uma série de acontecimentos decorrentes das fases descritas no ciclo de vida, por outro, com os aspectos relevantes que envolvem os riscos. Apesar de nos momentos actuais a família se deparar com múltiplas exigências e mudanças, aparecendo cada vez mais famílias nucleares e monoparentais, esta continua a ser um sistema relevante na construção de afectos e no desenvolvimento harmonioso da criança.

Assim, quando ocorre uma doença crónica ou grave nos filhos, a família confronta-se com uma crise accidental, por vezes vivenciada de uma forma angustiante. É um factor de crise, mas também pode ser um factor de crescimento individual e familiar, conduzindo a estratégias e mudanças para se adaptarem à nova situação em que *“a angústia da admissão da criança no hospital, muitas vezes é maior nos pais que nas crianças, uma vez que aqueles sentem ansiedade, culpa, receio e censuram-se a eles próprios”* (Pass e Pass, 1993, in Palmer, p.86).

Vários acontecimentos podem acontecer na família, daí que todos se deparem com o “stress” provocado pela doença, podendo surgir crises em diferentes momentos.

A doença num filho normalmente ocasiona uma crise accidental ou situacional, quer nesta, quer na sua família, uma vez que “*a crise é momento de viragem que designa uma fase ou uma situação perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para um indivíduo, ou para a comunidade que por ela passa, um estado transitório de incerteza ou dificuldade, mas também cheia de possibilidades de renovação*” (Morujão, 1996, in Carvalho, p. 49).

Existem, contudo, acontecimentos que podem marcar a família como, por exemplo, o desemprego, a perda de um elemento, as dificuldades económicas. No entanto, a natureza da doença de um filho é, sem dúvida, um dos factores que influencia o comportamento de cada membro da família, de acordo com as suas experiências e vivências anteriores.

É nestes contextos e vivências, decorrentes de uma doença numa criança e consequentes internamentos, que os elementos da família podem apresentar perturbações psicossociais, quer os pais, quer os irmãos, devido à incapacidade de aprenderem a adaptar-se e a gerir esta nova situação, confrontando-se com as alterações “*na sua vida quotidiana, reacções emocionais, alterações conjugais*” (Ferrer, 2000, p. 48).

Quando a criança é hospitalizada normalmente é a mãe que passa mais tempo (Gonzales, 2000, citado por Ferrer), alterando-se assim toda a dinâmica familiar; por sua vez, os irmãos sentem a focalização da atenção dos pais na criança doente, podendo manifestar-se comportamentos de isolamento social, ciúme do irmão doente, depressão, ansiedade e somatização. Esta *ausência*, junta ao “*stress*” provocado pela doença, pode desencadear desestruturação do núcleo familiar, manifestando os primeiros problemas de organização, que geram a necessidade de assumir novos papéis para os outros membros da família (Diaz, 2000, citado por Ferrer).

A capacidade dos pais conseguirem pedir apoio aos amigos, vizinhos e familiares pode ser determinante na minimização do problema da hospitalização da criança. Uma atitude positiva, uma atitude compreensiva, uma atitude comunicativa e por fim a disciplina são elementos chave no processo de recuperação da criança, e constituem os factores primordiais na tranquilidade dos irmãos (Gonzalez, 2000, citado por Ferrer).

A negação da realidade da doença da criança pode acarretar problemas aos pais, quer de ansiedade, quer emocionais, conduzindo-os a uma procura incessante de opiniões médicas, com o objectivo de obter uma resposta contraditória ao primeiro diagnóstico.

É necessário que os pais consigam diminuir e diluir estes sentimentos, uma vez que a criança está atenta a todos os sinais verbais e não verbais que surgem, podendo constituir efeitos sobre ela (Diaz, 2000, citado por Ferrer).

Os pais podem ainda experienciar reacções de culpa, atribuindo a um dos progenitores a causa da doença, como acontece com as doenças genéticas ou lesões acidentais.

Nestas situações, a culpa surge pela associação de que a incapacidade da criança é consequência ou falha de erros de conduta pessoais, como o álcool, o tabaco, a alimentação inadequada, relações sexuais extra matrimoniais ou a omissão de algo durante a gravidez.

Ira é outra reacção comum. Dirigida a si próprio, pode evidenciar condutas de auto-reprovação, dirigida aos outros, pode virar-se contra “*Deus, pessoal da saúde e auxiliares. Se estas reacções não são controladas podem encaminhar para reacções interpessoais desagradáveis e acentuar o isolamento social*” (Die-Trill, 2000, in Ferrer, p. 49).

Com o objectivo de reduzir estas reacções emocionais, é fundamental explicar e clarificar, assim como informar sobre a doença, prognóstico, tratamento, funcionamento e regras no hospital, “*tais como, horário de visitas, profissionais disponíveis, meios de transporte, ajudas económicas*” (Ferrer, 2000, p. 51).

Incentivar os pais a participar nas actividades e cuidados com a criança pode ser uma estratégia positiva para a sua rápida recuperação, dado que é gratificante para ela sentir-se compreendida e apoiada pelos pais.

É de referir que as reacções dos pais são diversas face à criança hospitalizada. É certo que existem hospitais que têm uma preocupação acrescida centrada na família, nomeadamente para minimizarem os efeitos nefastos da hospitalização, efectuando seminários, focalizados nos problemas escolares, nutricionais e psicológicos. Simultaneamente, são esclarecidos sobre grupos de apoio, com situações semelhantes e encaminhando para os pais com crianças hospitalizadas com o mesmo problema (Grau, 2000, citado por Ferrer).

Quanto pior for o prognóstico maior é número de técnicas e procedimentos terapêuticos dolorosos, evasivos e maiores são as dificuldades de adaptação da criança e da família à hospitalização.

As experiências anteriores positivas e/ou negativas podem ser consideradas factores coadjuvantes da criança e da família face à hospitalização, já que, aquela apresenta uma doença crónica ou outro tipo de patologia, que implica recorrências sucessivas ao hospital e, conseqüentemente, representações e símbolos de experiências anteriores.

As características das famílias não são estandardizadas, pelo que a reacção desta à hospitalização tem formas variadas de repercussão. Algumas apresentam desvio, comportando-se numa procura incessante de outras respostas, expondo a vida do filho, a saúde, colocando-o em perigo refere (Ferrer, 2000).

Enfatizar a comunicação entre os familiares é primordial, assim como incentivar a família a expressar os seus medos, angústias e preocupações, são aspectos essenciais para enfrentar a doença de um filho.

As crenças religiosas, “*espirituais e culturais podem constituir o fio condutor para o equilíbrio/desequilíbrio da família*” (Ferrer, 2000, p. 57), a fé em Deus pode ajudar ao restabelecimento emocional da criança/família.

Os apoios sociais e emocionais que se possam dar à família constituem a base para a sua melhor adaptação e conseqüentemente para a criança hospitalizada.

Em conclusão, os profissionais de saúde devem promover recursos na comunidade e no hospital de modo a garantirem a integração da díade criança/família mais facilmente no processo da hospitalização, para posteriormente conseguirem estar aptas e preparadas para a reinserção global, isto é, integrar efectivamente a criança no meio familiar, escolar e social (Gonzalez, 2000, citado por Ferrer).

3. QUOTIDIANO HOSPITALAR

As condições da hospitalização infantil sofreram mutações ao longo dos tempos, perspectivando-se uma melhor qualidade no internamento da criança. No século XX as crianças, em internamento viviam condições precárias e traumáticas; os pais eram desaconselhados a permanecer junto dos filhos, devido à possibilidade de

transmissão de infecções; usos de jogos, a possibilidade de dar alimentação e estar junto às crianças eram considerados factores propícios ao risco de infecção.

A consciencialização dos efeitos negativos que a hospitalização provocava, face às medidas rígidas então existentes, levou a “*desenvolvidas medidas a favor da introdução de actividades lúdicas, educativas, permitindo a presença da mãe durante a hospitalização*” (Zetterstran e Palomo, 2000, *in* Ferrer, p. 35).

As rotinas hospitalares sucedem-se consecutivamente, contudo, existem *tempos* que devem ser ocupados, não só para minimizar os efeitos da hospitalização, mas ainda para incentivar a progressão do desenvolvimento da criança. A hospitalização conduz à mudança de hábitos e provoca rupturas nas actividades de vida diária: como ir à escola, jogar, estudar e relacionar-se com os pares. A criança confronta-se então com procedimentos médicos (normalmente associados à representação da dor); regras e hábitos, quer de higiene, quer de alimentação diferentes dos seus; pessoas vestidas todas de igual, com um uniforme e com as quais não está familiarizada; o movimento rotineiro das tarefas que têm de ser feitas perante ela ou outros companheiros da enfermaria e que são factores impeditivos do seu descanso nocturno; o uso de roupa que não é a sua; o barulho das máquinas das enfermarias que ecoa pelos corredores nocturnos, ameaçando o silêncio da noite; o cheiro a medicamentos...

Verificamos que estes aspectos acabam por interferir directamente no bem-estar e descanso da criança internada, confrontando-a “*não só com a supressão dos seus hábitos, mas também com a necessidade de adquirir outros*” (Rodrigues, 2000, *in* Ferrer, p. 36); aspecto que podem dificultar a adaptação da criança.

Não obstante todas estas vertentes, há ainda a realçar não só a perda da autonomia conduzindo a uma maior dependência de outros, a uma perda de intimidade e a um processo de despersonalização. Aqui a criança começa a depender de estranhos para satisfazer as necessidades fisiológicas, tornando-as públicas e em “*muitas ocasiões não tem o controle de quando comer, tomar banho, defecar e urinar*” (Benavides e colaboradores, 2000, *in* Ferrer, p. 37).

O corpo da criança é assim observado e manipulado, independentemente da sua vontade e, por vezes, com omissão de determinados actos que é necessário efectuar. A fim de minorar estes efeitos negativos da criança é necessário envolvê-la não só no seu processo de terapêutica, colaborando na toma da medicação e em outros

procedimentos, como também deve ser pedida a sua opinião nas questões em que existam várias possibilidades de opção.

São estas atitudes que devem ter os profissionais de saúde, para estimularem a criança de modo a uma maior actividade, participação e controlo de si mesma, perante o pessoal de saúde (Dil, 2000, citado por Ferrer).

3.1. Tempo livre em contexto hospitalar

Com o tempo limitamos as coisas e, tornamo-lo num tempo compassado, quantificável, homogéneo, orientado: o do relógio, o das máquinas é algo que é compassado, em que a revolução tecnológica não conduziu a um tempo escolhido. As máquinas impõem a divisão do tempo e do ritmo (Pereira, 1993), que o homem criou como representativo da organização, da ordem, e por fim do controle do quotidiano. São estes tempos que nos regem e, que nos conduzem na imensidão do tempo, que traduzem vida pela escuta contínua deste relógio.

No início dos anos XIX, com a revolução industrial, assistimos a várias mutações a diversos níveis, social, económico, político, institucional que levam à progressiva diminuição no tempo efectivo do horário de trabalho e, por conseguinte a um aumento do tempo livre, Malta (2000) refere que o “...direito a férias pagas, antecipação na idade da reforma, desenvolvimento dos meios de transporte e das comunicações, crescente participação da mulher no mercado de trabalho, generalização do consumo de massas, intensificação das despesas com o lazer” (Malta, 2000, p. 220).

Segundo este autor, o tempo livre não tem obrigatoriamente um sentido de ócio ou lazer. Partindo deste pressuposto, poderemos afirmar que em muitos casos o trabalho pode ser sobreponível, ou confundido com estados ou práticas de lazer.

Freire (1989) refere uma concepção de “tempo livre” que prevalece enquanto encarado e concebido segundo critérios de residualidade em relação ao tempo de trabalho. Porém, quando esse tempo adquire significado por si só, atribui-se-lhe uma expressão própria: “lazer”.

Tempo livre e lazer têm conotações diferentes, de acordo com o estrato social, cultural e das próprias condições de trabalho. Segundo Bento (1995, in Pereira, p. 221) “a terceira vaga industrial corresponde a uma nova etapa do

desenvolvimento, caracterizada por um movimento de descentralização no trabalho e de centralização no lazer. Vivemos num período de transição gradual duma sociedade de trabalho para uma sociedade multifacetada: trabalho; cultura e tempo livre”.

O tempo livre apresenta-se-nos com muita cor e brilho, variado, instável e interferente, ligado aos caprichos do imaginário e da sensibilidade (Pereira, 1993).

É dentro deste tempo social²⁹ que surge e se desenvolve, de uma forma concreta, a organização temporal e flexível que cada um organiza com a máxima autonomia (Samuel, 1984). É por excelência um tempo que introduz transformações nos numerosos processos sociais, ou seja, surge subjacente a novas normas e valores.

O tempo livre na infância é um momento de eleição para o desenvolvimento de atitudes e de interacções, que resultam das motivações, das vivências diárias e das suas representações. Neste sentido (Dumazedier, 1988) refere o lazer como parte integrante da educação, como a sua face oculta.

As aprendizagens efectuadas pelas crianças permitem-lhe ter um controle de si próprio e um conhecimento do mundo que as rodeia. Contudo, a escola continua a persistir no modelo heterodeterminado, unidimensional, em vez de possibilitar um ensino pluridimensional, pelo que as crianças continuam a apresentar dificuldades de adaptação e, por conseguinte, de insucesso escolar (Formosinho, 1988).

Com a nova reforma educativa, pretendeu-se uma nova escola cultural com o objectivo de ocupar os tempos livres das crianças com práticas saudáveis e auto-geridas perante a oferta diversificada.

Assim Pereira (1993, p. 93) sublinha que “*os tempos livres são o espaço onde é possível actuar de forma intencional ao nível do desenvolvimento global do indivíduo, mesmo a nível cognitivo, em áreas não contempladas pela escola...*”, daí que os tempos livres³⁰ devam ser optimizados também do ponto de vista da saúde, física, psicológica, e mental dos sujeitos, condição exigível e fundamental para que haja qualidade de vida.

Se é verdade que o tempo de trabalho surge como um tempo concreto e definido, já o tempo livre se manifesta com maior espectro de actividades ocupacionais inerentes ao indivíduo e às suas preferências.

²⁹ A noção de tempo social refere-se a uma estrutura da sociedade em ritmos temporais. Da mesma maneira, no interior de uma dada sociedade com certos períodos que se escoam calmamente sem factos marcantes (Samuel, 1984).

³⁰ Tempo livre é um tempo que nasce fora dos tempos sociais, marcados pela obrigação ou pelo compromisso (Dumazedier, J., 1994, p. 48).

Dumazedier (1994) demonstrou que o lazer traz subjacente a si práticas que proporcionam o desenvolvimento completo do indivíduo, sendo um tempo social no qual se exprimem funções de recuperação que libertam a fadiga, funções de divertimento que libertam o tédio e funções de desenvolvimento que podem resgatar as forças criativas dos estereótipos e das rotinas impostas pelo quotidiano.

Numa análise minuciosa, que a teoria de (Elias, 1992) nos propõe sobre o tempo livre, podemos verificar que este é ocupado em actividades de grande complexidade, com rotinas³¹ que exigem um esforço pessoal e daí os espaços ocupacionais não poderem ser encarados de uma forma arbitrária. Aliado ao tempo de trabalho, qualquer outro “*tempo específico destinado à satisfação das necessidades fisiológicas e às obrigações familiares e sociais deve ser objecto de uma conceitualização como tempo de vinculação*” (Malta, 2000, p. 222).

Poder-se-á corroborar com o pensamento de (Elias, 1992) ao referir que as actividades de lazer, são uma categoria de actividades em que a restrição rotineira de emoções pode, até certo ponto, ser compreendida e aceite socialmente mais que qualquer outra. A relevância desta actividade tem subjacente o despertar das emoções sem perigo ou risco para si ou para outrém.

Foucault (1994, citado por Dumazedier) refere que este tempo social é profícuo à valorização da autonomia das instituições, é uma libertação limitada das tendências contidas, pelo peso das instituições normativas.

É neste caminhar sem rumo que as nossas crianças doentes e internadas se encontram, na esperança quiçá de melhores momentos e melhores dias, pedindo saída urgente daquelas muralhas em que se encontram, em que apenas deslumbram a luz do dia e a vida, pelas pequenas janelas dos corredores e enfermarias do hospital.

Enfim, verifica-se que “*no lazer é possível perseguir ou retomar cem vezes um sonho de infância ou juventude que a vida comum teve de interromper*” (Dumazedier, 1994, p. 50), com o surgimento inadiável do internamento rompendo com as suas actividades e laços, isto é, a família, a escola, os pares. É nesta multiplicidade de actividades de lazer e das suas funções que reside a valorização temporária da individualidade, compreendendo a criança e o adolescente, suas

³¹ Define “rotinas” como sendo canais correntes de acção reforçada por interdependência com outras, e impondo ao indivíduo um grau bastante elevado de regularidade, estabilidade e controle emocional na conduta e que bloqueiam outras linhas de acção, mesmo que estas correspondam à melhor disposição, aos sentimentos, às necessidades emocionais do momento (Elias, N., 1992, p. 49).

dificuldades, seus desejos, suas aspirações e suas confusões. É uma observação residual, muitas vezes esquecida pelos profissionais de saúde. Contudo, é nestes momentos que a criança e o adolescente exprimem seus sentimentos, face à doença, ao internamento e, por vezes, ao próprio ambiente.

Para colmatar os aspectos negativos, no desenvolvimento da criança hospitalizada, é urgente utilizar a brincadeira no seu tempo livre, visto que *“brincadeiras criativas constituem um meio precioso de exprimir e explorar sentimentos e libertar emoções que estão presentes durante a situação de doença e de internamento hospitalar”* (Festas, 1994, p. 12).

A actividade lúdica propicia o desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social da criança e, faz com que ela se sinta mais calma e segura. Daí que a equipa deva promover actividades lúdicas do tipo do “Jardim-de-Infância/Escola”, valorizando as competências adaptativas e promovendo a interacção com as outras crianças. Contudo, os “timings” que a própria criança delibera, assim como, o direito ao silêncio, isolamento, respeito pelo espaço e tempo de que necessita, são aspectos que devem ser contemplados no internamento.

Num Hospital *“a brincadeira não serve apenas para distrair as crianças, na verdade aumenta a capacidade da criança para aguentar de forma eficaz o processo de internamento”* (Delpo e Frick, 1994, in Doverty, p. 12). Assim, é necessário ocupar o seu tempo livre, sempre que as condições de saúde o permitam e ela o deseje. É certo que a ocupação do seu tempo livre no hospital é entendida como necessária ao seu desenvolvimento, em virtude dos programas de actividades lúdicas se terem tornado práticas correntes em pediatria, para combater os problemas psicológicos e os cuidados médicos (Shira e colaboradores, 1993).

3.2. Actividade lúdica no hospital

O Homem é um ser social e, em sociedade, insere-se e determina-se como actor e participante de uma comunidade. Desligar-se dessa sociedade, quando surge uma doença, implica sair do seu *“mundo”*.

Todo o ser humano, face à doença, tem medo e sente insegurança, reacção aceitável para quem vê a doença como um primeiro passo para o sofrimento,

incapacidade e morte, agravado por vezes devido ao corte com o meio sócio — familiar.

A criança é muito mais dependente, torna-se assim mais frágil e vulnerável na ausência dos mecanismos de apoio e protecção a que está habituada. A imagem que ela tem de um hospital e dos seus profissionais é de que estes lhe provocam dor, mesmo quando vai à procura de alívio.

Os dias e as noites passados no hospital são momentos de travessia intermináveis para todos os doentes, ligados a tubos, fios, máquinas, perfusões, perda da sua mobilidade e emerge para além do desconforto de estar submisso a uma cama. Mesmo quando tem possibilidades de observar as pessoas que circulam neste espaço, estas passam, mas encontra-se petrificada no seu leito, como se uma vitrina a envolvesse, mostrando-se inerte aos olhos dos pacientes curiosos, às mãos precisas dos médicos e enfermeiras e ao silêncio da dúvida.

A este respeito Spitz (1987) e Bowlby (1984), incidiram o seu estudo nas reacções emocionais e orgânicas apresentadas pelas crianças em função da hospitalização. A palavra “hospitalismo” utilizada por Spitz (1987) para demonstrar um quadro específico, culminou com a abrangência, designando todas as reacções tanto de adultos, como de crianças, tanto somáticas, quanto psicológicas, derivadas do internamento. Esta concepção é importante, dado que se nos coloca uma visão institucional do problema, surgindo daí o hospital como um ambiente nocivo, que actua patogenicamente, constituindo o hospitalismo uma iatrogenia (Ranna, 1988).

O conhecimento das características da reacção da criança/família perante a hospitalização deve ser indissociável dos profissionais que trabalham nas instituições de crianças, em virtude destas reacções serem interpretadas como elementos integrantes, no quadro clínico da doença que ocasionou o internamento (Ranna, 1988).

A história de vida das crianças, suas necessidades, aptidões, motivações, interesses, fantasias e medos, devem ser percebidos pela equipa multidisciplinar prestadora de cuidados à criança. Os profissionais, nomeadamente as educadoras, devem contribuir para a manutenção de saúde³² da criança hospitalizada e, prevenindo

³² Consideramos que a saúde é um processo contínuo de adaptação do organismo, envolvendo actividades e mudança, e reflectindo a resposta criativa aos desafios ambientais (Capra, F., 1995).

possíveis constrangimentos ao desenvolvimento psicomotor, proporcionando as relações sociais e afectivas, evitando a ociosidade hospitalar.

Todas as formas de comunicação entre as crianças, tais como as actividades entre si, as actividades escolares de expressão livre, e as que se relacionam com os membros da equipa, devem ser estimuladas (Cordeiro, 1994).

A “Infância” é um período da vida caracterizado pela aceleração gradual dos aspectos físicos, psicomotores, cognitivos, emocionais e sociais. Nesta fase as interacções da criança fazem-se através de estímulos sensoriais, desenvolvendo-se posteriormente outras capacidades, quer cognitivas, quer perceptivas, quer sociais e quer morais (Gonzalez, 2000, citado por Ferrer).

A obra de Mead (1961) fornece uma interpretação das fases de desenvolvimento da criança, realçando em particular um sentido de individualidade do “self”.

Segundo Mead, os bebés e as crianças desenvolvem-se essencialmente como seres sociais, imitando assim as acções dos adultos que os rodeiam. Através do jogo e da brincadeira, as crianças representam aquilo que os adultos fazem, por exemplo: brincar às profissões, imitar a mãe a cozinhar e lavar a loiça, etc.

Na concepção de Mead, o significado atribuído ao jogo e à brincadeira são diferentes. Cita como exemplo as brincadeiras utilizadas pelos povos primitivos nas cerimónias religiosas que eram representadas pelos adultos “...a relação entre tais processos de brincadeira e aquelas que os adultos desempenhavam estavam mais ou menos presentes no espírito dos povos primitivos” (Mead, 1961, p. 163). Estas actividades de brincadeira não fazem parte do nosso quotidiano, nem das nossas relações com os objectos. O que se passava outrora, era uma brincadeira dirigida para a expressão dos deuses e heróis, em que tudo passava por uma resposta primitiva que é o assumir do papel do outro.

Reportando-nos então às crianças, verificamos também que, à medida que evoluem, os jogos também sofrem mutações progressivas na sua complexidade; por volta dos 4/5 anos de idade, a criança já actua como se fosse um adulto, aprendendo o que está no lugar do outro: é o que Mead denomina desempenhar o papel do outro. Exemplo do acima exposto é quando observamos as crianças brincarem aos pais, aos médicos, aos enfermeiros, aos professores, etc., “estas são as personalidades que as

crianças adoptam, os papéis que elas desempenham e, até certo ponto, ditam o desenvolvimento da sua personalidade” (Mead, 1961, p. 164). Segundo este autor, é nesta fase que as crianças adquirem o seu entendimento, a sua auto consciência, enquanto indivíduos independentes, como o “*Mim*” ao verem a sua imagem produzida através dos olhos dos outros.

O autor efectua uma distinção significativa entre o “eu” e o “mim”: conceptualizando que o “eu” é o bebé não socializado, com necessidades (alimentação, higiene, estima, etc.) e desejos, enquanto que o “mim” é o (social “self”) ou seja, o “eu” social, defendendo que as crianças ao verem-se como os outros os vêem, desenvolvem assim a auto consciência.

Giddens (2000) faz uma analogia entre Freud e Mead, referindo que ambos encaram a criança numa perspectiva transformista, em que esta se torna autónoma, com auto — entendimento e aprende a separar o “eu” do “mim”, vendo o mundo como os outros o vêem, rompendo, com o egocentrismo e conseguindo operar fora do contexto familiar mais próximo. Para Freud “*é este o desenlace do complexo de Édipo, enquanto que para Mead, é o resultado de uma capacidade desenvolvida de auto consciência*” (Giddens, 2000, p. 53).

No âmbito deste estudo, Mead salienta que a criança de 8/9 anos de idade já tem consciência das normas, dos valores e regras morais da sociedade a que pertence; Mead refere-se a este aspecto, como o outro generalizado e que se encontra “*a partir do momento em que a criança adopta a atitude do outro e permite que essa atitude determine o que ela irá fazer em relação a um objectivo comum; ela torna-se um membro orgânico da sociedade*” (Mead, 1961, p. 166).

Através das actividades organizadas, a criança aprende a auto-controlar a sua reacção individual, construindo, desta forma, o seu próprio “eu”. A vida quotidiana da criança está constantemente a adoptar as atitudes dos outros, em relação a ela, principalmente aqueles que a rodeiam (família, comunidade onde vive e de quem depende), passando de uma forma ténue da brincadeira para o jogo organizado e interdependente, apoderando-se este da moralidade da criança, tornando-se assim capaz de actuar no interior do todo organizado e afirmar-se perante o grupo, despoletando a resposta dos seus membros, a que Mead chama do outro organizado.

Autores há que consideram que o jogo é um óptimo meio para o desenvolvimento da criança, durante a hospitalização. Converte-se no instrumento essencial “*para reduzir o «stress» e a ansiedade da criança e dos pais, facilitando a*

elaboração e aprendizagem de eficazes estratégias de confrontação” (Barron e colaboradores, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 95).

Brincar é, e faz parte da infância, apresenta-se como um factor primordial no crescimento social, intelectual, físico e emocional de todas as crianças, é uma fonte de prazer.

O valor terapêutico no hospital, é crucial dado que permite a inversão das contingências diárias a que estão submissas todas as crianças (Silva, 1988, citado por Cardoso).

Na verdade, o jogo constitui uma autêntica escola de disciplina, contribui para o aflorar de emoções e afectos, constitui um espaço de acção em que a criança aceita e exercita, pondo à prova a sua coragem. *“O jogo permite-lhe descobrir o mundo, integrar-se na comunidade, efectuar as suas próprias experiências”* (Oliver, 1976, p. 24) e *“edifica as estruturas mentais e a flexibilidade do corpo”* (Neto, 1998, p. 162). Até porque, segundo este autor, é aqui que o jogo se apresenta como uma das formas mais importantes do ciclo vital, essencialmente no processo de formação e desenvolvimento do indivíduo.

O jogo emerge no contexto hospitalar como instrumento terapêutico, sendo o fio condutor e facilitador da comunicação e expressões da criança, submetida a determinados procedimentos que constituem momento de agressão. Pode ainda ser factor coadjuvante na transmissão de mensagens ocultas, fornecendo informação sobre o estado de ânimo e necessidades da criança (Palomo, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

O jogo incentiva o desenvolvimento da criança internada, evitando o seu bloqueio e minorizando os efeitos negativos da hospitalização (Vallez e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Nesta perspectiva Barnes e colaboradores (1996) confirmam e incentivam o jogo como fonte de apoio à criança para entender a sua doença e colaborar nos procedimentos terapêuticos. O jogo potencializa ainda estratégias no enfrentar dos problemas da hospitalização, tornando esta mais positiva e de mais fácil recuperação (Barnes e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

É através do jogo que a criança aprende a conhecer a realidade do quotidiano, facilita a descarga de tensões e emoções, retomando de novo a energia e as habilidades necessárias para a vida adulta (Xazarus e Gross, 2000, citado por Ferrer),

habilidades e competências essas que constituem a chave do sucesso da terapia. Pode ser encarado como meio facilitador da compreensão do funcionamento do organismo e a sua situação clínica, no sentido de favorecer o processo e a duração da hospitalização, que constituem uma ruptura com os hábitos de vida quotidiana, uma vez que as limitações derivadas do fenómeno doença podem ser impeditivas de algumas actividades lúdicas, confrontando a criança com sentimentos de frustração. A sua mobilidade pode estar afectada, não só pelo facto de estar em curso medicamentos intravenosos, como de se encontrarem, às vezes, com dor, impossibilitando-as de realizar e cumprir determinadas tarefas.

Seria conveniente manter, durante a hospitalização determinadas actividades, de acordo com a preferência e possibilidades da criança, com a finalidade de permitir o seu processo de desenvolvimento e facilitar a rotinas quotidianas, proporcionando os jogos habituais oferecendo oportunidades de regresso ao seu mundo (Barron e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Nos hospitais deve haver um espaço para a actividade lúdica, rompendo-se com as estruturas rígidas e ambientais, estimulando os sentidos e a actividade da criança. É necessário possuir, neste espaço, jogos que contemplem os aspectos mencionados e possibilitem à criança de todas as idades usufruir deles (Montoya e colaboradores, 2000, citado por Ferrer).

Citam-se alguns dos jogos que devem estar disponíveis na sala de actividades e/ou também nos quartos das crianças: mascotes, jogos especiais, jogos médicos, pintura, plasticina, barro e o ludomóbil (Montoya e colaboradores, 2000, citado por Ferrer).

A mascote utiliza-se para que a criança expresse seus pensamentos quando difíceis; é utilizado em Hospitais Pediátricos na Grã-Bretanha para explicar as roupas que se vestem e simultaneamente a sua intervenção cirúrgica (Dolan, 2000, citado por Ferrer); existe ainda outro tipo de bonecos, *joguetes especiais* que simbolizam outros problemas, como o ódio e determinadas doenças, utilizados com o fim de a levar compreender os procedimentos terapêuticos e reduzir a ansiedade e o “stress”, quer dos pais, quer das próprias crianças (Montoya, 2000, citado por Ferrer).

Os jogos médicos são materiais que podem ser utilizados para representar símbolos referentes à hospitalização, isto é, que têm subjacentes alguns dos procedimentos evasivos necessários à reabilitação da criança. Têm por objectivo, não só a preparação da criança como também a familiarização e contacto com

determinados materiais: seringas, máscaras, gorros, estetoscópios (Montoya e colaboradores, 2000, citado por Ferrer). O jogo médico tem como objectivo último ajudar a realçar as dificuldades da criança face ao medo, às dificuldades na comunicação e adaptação e medo a determinados procedimentos e intervenções (Mc Cue, 2000, citado por Ferrer). Este aspecto foi comprovado em intervenções evasivas, infecções, em intervenções mais complexas (transplantes de medula, intervenções cirúrgicas, etc.). Ainda, segundo o mesmo autor, a criança representa diversos papéis distintos: médico, enfermeira, doente, “rol playing”, utilizando material médico e assim familiariza-se com ele.

O jogo de fantasia, segundo o conceito do mesmo autor produz menor ansiedade e não apresenta tanto medo, devido a não ser utilizado material médico.

O jogo indirecto pode conduzir a temas relacionados com a medicina, através de jogos, contos, etc. cujas actividades parecem ser motivadoras para a expressão e verbalização dos sentimentos das crianças pouco comunicativas, apáticas, passivas, etc. É de salientar que este jogo, em *“fase aguda da doença, motiva a criança a participar nas actividades lúdicas”* (Mc Cue, 2000, in Ferrer, p. 16).

O jogo artístico supõe uma certa dinâmica, fomentando a criatividade da criança e incentivando a construção de *“bonecos, figuras, objectos, histórias ou contos relacionados com a hospitalização”* (Mc Cue, 2000, in Ferrer, p. 76).

Actualmente o que mais se utiliza na saúde é o videojogo, em virtude do impacto que possui junto da infância e adolescência. Foram assim criados jogos multimédia, intitulados *“Bem-vindo ao hospital que englobam diversas áreas da saúde”* (Mc Cue, 2000, in Ferrer, p. 77).

O objectivo deste jogo tem por base diminuir a ansiedade e o “stress”, perante a hospitalização da criança, pelo que deve ser incentivada a aquisição do material lúdico no hospital, nomeadamente o ludomóbil que consiste *“num suporte especificamente montado para o armazenamento, gestão e transporte de uma grande variedade de jogos e materiais lúdicos, que permitam à criança hospitalizada, mesmo acamada, poder chegar e fazer uso dos mesmos”* (Gonzales e colaboradores, 2000, in Ferrer, p. 78).

As actividades lúdicas são de grande utilidade na hospitalização e devem contemplar: a terapia musical, a relação e a fantasia dirigidas, a dramatização ou representação teatral, a narração e a colagem. Todos estes jogos constituem óptimos meios para *“ajudar a criança a expressar e a desenvolver recursos que permitam*

enfrentar eficazmente a hospitalização, diminuindo os seus efeitos” (Mc Cue, 2000, *in* Ferrer, p. 86).

Os pais e/ou outras figuras significativas da criança, que permanecem junto delas, devem envolver-se e participar nos seus jogos ajudando-as, a confrontar-se, não só com o percurso do internamento, mas também com os momentos difíceis que se deparam no quotidiano hospitalar.

Para além do envolvimento dos pais nas actividades lúdicas, devem os profissionais de saúde envolver-se neste fenómeno em simultâneo com as crianças; as enfermeiras são as profissionais *“que estão constantemente em contacto com as crianças e a maior parte dos procedimentos médicos são efectuados por elas”* (Montoya, 2000, *in* Ferrer, p. 84); assim sendo estas profissionais devem ter conhecimento destas actividades, para que possam usufruir da colaboração da criança com o menor sofrimento possível.

Professores e voluntários têm também um papel de primordial importância na organização de actividades lúdicas, são peças fundamentais na gestão de actividades da criança, quer na sensibilização dos pais, quer, por vezes, na substituição deles, contribuindo assim para diminuir a sua ansiedade.

A pessoa responsabilizada de organizar as actividades lúdicas pode ainda ter um papel importante no desenrolar do diagnóstico, isto é, *“pode detectar as necessidades emocionais da criança e reduzir a sua ansiedade e contribuir para o tratamento de possíveis problemas emocionais, tanto da criança, como dos pais”* (Montoya, 2000, *in* Ferrer, p. 84).

A importância deste tipo de actividades, no hospital e a incorporação de programas implica *“uma filosofia integradora, em que os aspectos médicos, psíquicos e sociais se unem para oferecer uma qualidade na atenção da criança doente”* (Gonzalez, 2000, *in* Quiles e Carrillo, p. 118).

A equipa multidisciplinar, os pais, as educadoras/professoras, etc. devem ter uma preocupação acrescida, face à limpeza, desinfeção e esterilização dos materiais utilizados nas actividades lúdicas, que são uma fonte de transmissão dos agentes patogénicos (Torres e colaboradores, 2000, citado por Ferrer).

3.3. Actividades educativas no meio hospitalar

A actualidade do tema passa pela multidisciplinaridade e multiculturalidade dos parceiros, quando abordamos e lidamos com crianças no nosso quotidiano. A este novo contexto conceptual estão inerentes as perspectivas actuais dos conceitos de Educação e de Saúde, em que se articulam objectivos convergentes para uma visão global da criança-cidadão, com direito ao bem-estar físico, psíquico, emocional e social.

O processo de crescimento da criança tem subjacente não só o desenvolvimento físico, mas também pressupõe um desenvolvimento psicossocial, pelo que as vivências com que a criança se depara no dia a dia são momentos de construção no seu processo de socialização, capacitando-a da sua própria imagem e da do outro.

É de referir a influência que os agentes de socialização têm no processo de construção da personalidade social desta criança cidadã uma vez que, embora carregue a sua herança cultural, é na escola que se socializa de uma maneira mais informal, quer junto aos pares, quer ainda perante a influência dos media, assunto da maior pertinência actualmente, dado que tem sido difícil avaliar o seu impacto real. “*A socialização designa os processos pelos quais os indivíduos se apropriam das normas, valores e funções que regem o funcionamento da vida em sociedade*” (Étienne Jean e colaboradores, 1998, p. 265) e, por isso, com base nas referências familiares, as crianças adquirem a sua cultura e a dos grupos sociais em que estão inseridos, tornando-se assim seres complexos no mundo, com potencialidades para gradualmente interagirem com outros seres humanos.

O processo de aprendizagem da Infância não decorre somente do que os outros fazem, dizem, entendem, desenvolvem, debatem e apresentam, nasce também do ver, comprovar, experimentar e integrar o que sabe e decorre da combinação de ideias com que o real é representado no imaginário das crianças (Iturra, 1997).

Como refere Durkheim, a “Infância” vive a realidade sem entender o seu contexto nem o seu objectivo, isto é, a criança vê os resultados da acção, não entende o aparecimento nem as causas, orienta-se pelos resultados (Durkheim, 1997, citado por Iturra).

A propósito, Iturra (1997) pensa que as crianças só conseguem ver o seu interesse pessoal e objectivo de vida, não têm capacidade de entender as mutações que ocorrem no seu corpo e mente, não entendem que têm um ideal social definido, que é serem seres autónomos, competentes e disciplinados para produzirem e reproduzirem.

Este novo desafio sublinha o como educar numa perspectiva humanista, circunscrevendo o mundo que os rodeia: com experiências de educação diversificadas, escolas abertas, reestruturação de espaços, “*outros modelos de educação e outros modos de ser criança...*” (Kramer, 2000, p. 68). É a herança cultural e as experiências de vida próprias que as torna diferentes e únicas. As características físicas, psíquicas e sociais fazem com que crianças divirjam, nomeadamente no ritmo de crescimento, estatura final, nas suas capacidades e na maneira como interagem com o ambiente (Wong, 1989).

O conhecimento sobre o desenvolvimento biológico, psíquico, social e emocional da criança forneceu enormes contributos para a mudança, quer na forma de educar, quer na forma de promover a saúde.

De acordo com este novo contexto, encontram-se inerentes a educação e a saúde, cuja articulação se pretende cruzar, visando uma interligação entre os vários profissionais, uma vez que têm como objectivo comum, garantir o desenvolvimento da criança. Esta parceria passa pela sensibilização e motivação dos actores sociais e obriga a mudanças culturais, tendo determinados atributos, isto é, ser informada, flexível e negociada, passando a sua construção por um processo definido com o direito e dever de participação. É necessário ter um novo olhar, “uma nova dinâmica e inteligibilidade (articulação/cruzamento de saberes), uma nova política (cidadania activa, democracia participativa), uma nova ética (redescoberta do encanto, gosto e esperança)” de acordo com o ensaísta e filósofo social Boaventura Sousa Santos (“Encontro Nacional/Internacional” Promoção da Saúde em Meio Escolar, Lisboa).

Estas considerações devem ser orientadoras no quadro geral de intervenção, dado que a verdadeira maneira de modificar a realidade é através das práticas desenvolvidas, da inovação, do melhor aproveitamento dos meios e dos recursos, não esquecendo que os maiores são muitas vezes as pessoas a quem cabe levar a efeito, no terreno, formas concretas de actuação.

A escola é por excelência o principal meio de socialização da criança, daí que no contexto hospitalar seja de estimular as actividades de escrita, leitura,

matemática, jogos de regras para garantir a manutenção do de desenvolvimento intelectual escolar.

Por vezes é necessário, relembrar as escolas e informar a família sobre o direito legal das crianças estudarem no período de hospitalização.

Estas intervenções com a criança no hospital, por um lado, restituem sem dúvida, a auto-estima fortalecendo-lhe a vontade de viver, voltando à escola, melhorando a sua qualidade de vida, por outro, após a alta médica poderá prosseguir os seus estudos (Gonzalez, 2000). Com esta atitude pretende-se valorizar as necessidades especiais da criança para uma integração plena no meio escolar.

As actividades educativas no hospital cumprem entre outras as seguintes funções: *“ocupar o tempo livre; promover a independência e confiança da criança no meio hospitalar; melhorar a estabilidade psíquica perante situações delicadas; apoiar e partilhar as preocupações, seus problemas e prestar um importante apoio emocional às crianças e aos pais”* (Gonzalez, 2000, p. 64).

CAPÍTULO III

ANÁLISE SOCIAL DO “ESPAÇO”

1. ESPAÇO PEDIÁTRICO – UMA ANÁLISE SOCIAL

O espaço não é uma entidade fechada e independente, mas sim um campo dinâmico em interação com o meio, só existe através das relações que possuímos com ele. É no espaço que a relação se centra, numa perspectiva psicossocial, isto é, são “*os usos de um lugar que importam, na medida em que revelam no seu conjunto as posições e movimentos do nosso corpo num dado ambiente e todo o peso de uma situação já determinada pelos espaços organizados*” (Fisher, 1994, p. 37). Ainda na linha do pensamento do autor, a relação no espaço pode ser considerada de duas formas: uma, de acordo com uma abordagem funcional e outra, transmitida pela experiência vivida. Nesta perspectiva (Fisher, 1994), defende o espaço como um factor de influências, condicionamentos e constrangimentos, que se encontram de acordo com a organização e, conseqüentemente, revelam os comportamentos e as relações. Expressa ainda que, se pode considerar o espaço pelas relações funcionais que se estabelecem com ele, tendo subjacente as necessidades humanas tidas como universais. Decorrente deste contexto, considera-se uma dupla concepção, face ao modo de compreender a relação no espaço. Por um lado, a relação funcional tem subjacente a definição dos modelos das necessidades válidas em toda a parte, por outro, o modo de se comportar é determinado pela organização de um dado espaço, remetendo para a condição da existência do próprio indivíduo.

Entender a relação no espaço implica também ter atenção à forma como o Homem usa esse lugar e qual a sua percepção cognitiva e afectiva, dado que a relação que estabelece com ele acarreta significações que traduzem os seus próprios valores culturais. As interações com o meio ambiente manifestam-se complexas porque apresentam “*uma dinâmica relacional muito enredada: o espaço modela os indivíduos que em troca os modelam à sua maneira*” (Fisher, 1994, p. 39).

Pensamos focalizar a atenção na teoria inter accionista de Goffman e Hall para entender a posição da criança no espaço pediátrico.

(Hall, 1986), dedica a sua atenção, realçando que o espaço existe normalmente não se comenta, mas quando se reflecte sobre ele nunca é verbalizado o modo como nos sentimos em relação a ele, renegando-se este aspecto para o plano informal.

De acordo com a teoria deste autor, o espaço comunica e o modo como se percebe e se faz uso dele traduz uma importância capital na compreensão dos comportamentos culturais do indivíduo. Sublinha ainda que povos com culturas diferentes vivem em mundos sensoriais diferentes, o que conduz a formas distintas, quer de o estruturar, quer do modo como o exprimem, dado que o seu “sensorium” é delineado de modo diferente. Surge como que um fio quase selectivo e programado para aceitar uns dados e rejeitar outros. Daí que a experiência espacial tenha subjacente percepções diferentes, isto é, modos como são percebidos de acordo com o fio selectivo variável de cultura para cultura.

Na realidade os sistemas culturais podem intervir na estrutura do comportamento, não deixando de estar enraizado quer no biológico, quer no fisiológico.

A sua teoria faz a alusão aos prolongamentos, que o Homem criou, dos seus organismos. Daí que, os sistemas devam estar próximos de culturas modernas e devam perspectivar comportamentos que os sustentem de modo a transparecerem os modos de vida e de onde provêm.

Deste modo, o Homem aparece com uma nova dimensão, a dimensão cultural, com a qual se encontra em permanente equilíbrio dinâmico e estabelece um modelo recíproco. O desenvolvimento cultural tornou possível uma diversidade de mundos e cada um dos quais, por sua vez, apresenta um sistema inédito de entradas sensoriais que divergem de cultura para cultura. Mas a impercepção desta situação contribui para que o espaço seja visto com independência de outras associações e que às reacções à sua utilização sejam atribuídas causas, facto que se prende com o crescimento das pessoas e com a apreensão dos sinais correspondentes ao espaço com significados próprios, dentro daquele contexto.

Nesta linha de pensamento (Hall, 1986), sublinha que a percepção no espaço, deve possuir um conhecimento dos receptores sensoriais, já que estes constituem o cerne dos mundos perceptivos diferentes. Lembra a necessidade de se possuir “*a noção acerca dos sistemas de recepção e o modo como a cultura transforma a informação que estes últimos fornecem*” (Hall, 1986, p. 56), contribuindo deste modo para a compreensão do uso que se faz do espaço.

(Hall, 1986) refere que os dados sensoriais de ordem olfactiva, táctil, visual, quinestésica e auditiva, são factores coadjuvantes ao nível espacial e racional dos homens. Os modos como os diversos dados sensoriais são utilizados e compreendidos pelas culturas são manifestados através do uso e da interiorização que estas últimas têm do próprio espaço³³. Apesar de se atribuir aos sentidos uma conotação variável culturalmente, verifica-se, por sua vez, que os comportamentos espaciais são também susceptíveis de variação, facto que conduz ao uso diferenciado dos sentidos. Surgem choques culturais a nível espacial, o que por vezes dificulta as relações entre as pessoas, dado que *“a percepção do espaço não implica apenas o que pode ser percebido, mas igualmente o que pode ser eliminado”* (Hall, 1986, p. 84). *“Nas culturas, as pessoas aprendem desde a infância, e sem saberem, a eliminar ou conservar com atenção tipos de informação muito diferentes. Uma vez adquiridos, estes modelos parecem tornar-se fixos para toda a vida”* (Baptista, 1998, p. 11).

Com o objectivo de determinar de que modo os espaços são avaliados nas diferentes culturas, (Hall, 1986) considerou a organização do espaço de acordo com três níveis: fixo, semi-fixo e informal. Segundo o nível de organização fixa, o autor remete-nos para a fundamentalidade da actividade do indivíduo e, por excelência, dos grupos. Realça, não só, os aspectos materiais, como também as estruturas ocultas e sua interiorização que regem a deslocação no espaço. Isto é, o modo como se agrupam e a sua participação activa dentro do espaço deixa transparecer as características determinadas pelas culturas.

Os indivíduos trazem consigo esquemas internos próprios do espaço da estrutura fixa, adquiridos no início da vida, pelo que a sua organização impõe um molde que constitui parte do comportamento humano (Baptista, 1998).

Quanto aos espaços semi-fixos, (Hall, 1986) sublinha que estes, devido à sua organização, propiciam a comunicação e privilegiam o contacto entre as pessoas (Sociopeto) e/ou até podem caminhar para o isolamento, conduzindo a que os indivíduos permaneçam estanques entre si (Sócio-fugo). A configuração do espaço tem subjacente a disposição mobiliária e, conseqüentemente, o modo como se percebe o espaço.

³³ A este propósito, o desconforto, a dor e o desespero contagiam-se na proximidade das camas e o apertado espaço individual deixa de poder ser o reduto de viver a sua próxima doença em privado, para passar a ser um espaço invadido pela proximidade das doenças dos outros (Carapinheiro, G., 1993, p. 120).

Ainda na perspectiva do autor, aquilo que é imprescindível é “*a flexibilidade do espaço e uma congruência entre o plano e a função, garantindo uma variedade de espaços que se prestam ou não aos contactos conforme as ocasiões e humores do indivíduo*” (Hall, 1986, p. 123).

Na organização fixa, verifica-se que o que pode ser fixo numa dada cultura, pode não o ser noutra. Contudo, na organização do espaço, esta compromete as pessoas, estabelecendo entre si graus de distância, manifestando como se processam as relações entre as pessoas (Baptista, 1998).

O Homem não é um ser estático, daí que, a sua “*percepção de espaço seja dinâmica porque se encontra ligada à acção – ao que pode ser realizado no espaço – mais do que aquilo que pode ser visto por contemplação passiva*” (Hall, 1986, p. 135). A sua teoria prenuncia ainda que a estruturação do mundo perceptivo abrange não só a cultura, mas ainda as relações humanas: é o caso da afectividade e actividade. Se esta análise não for considerada, pode contribuir de algum modo para situações erradas sobre as relações sociais, actividades e emoções.

A cultura é parte integrante do ser humano e modela, por sua vez, a percepção deste face ao mundo; logo, a atitude dos homens perante as suas extensões representa o modo de relação geral dos organismos com o ambiente (Baptista, 1998).

Goffman (1974), na teoria sobre as relações sociais, centrou-se essencialmente nos gestos e posturas que podem manifestar-se perante determinadas situações. Incidíu a sua atenção no modo como se comportam os indivíduos nos lugares públicos, semi-públicos e privados, quer perante manifestações sociais elaboradas, quer nos constrangimentos insignificantes de um dado quadro social. Na sua teoria, a interacção social está presente sempre que se “*entrelaça estreitamente nas propriedades rituais das pessoas e nas formas egocêntricas de territorialidade*” (Goffman, 1974, p. 7); a atenção focaliza-se no espaço, enquanto forma de territorialidade. O indivíduo adquire direitos sobre o território e subjacentemente sobre os objectos, sendo o seu papel guardar e defender os limites. A propósito, (Hall, 1994), advoga que os territórios podem diversificar quanto à organização, daí ter optado por uma classificação que assenta no fixo, situacional egocêntrico.

Enquanto que os territórios fixos se encontram ao alcance da própria pessoa, os situacionais incluem equipamento fixo, porém disponível e ao alcance de todos como bens de uso; os egocêntricos são considerados pelo autor, como territórios que se movimentam em redor do possuidor de direito e podem reclamar a sua posse a

curto prazo. É óbvia a coexistência de diferenças entre todos os territórios, mas realce-se um aspecto comum a todos eles — a liberdade limitada.

Os territórios não se apresentam só de maneira diferente quanto à organização, mas também quanto à forma, o que implica uma diversidade quanto à delimitação e dimensão do espaço (Baptista, 1998).

O espaço pessoal apresenta-se definido como “*a porção de espaço que envolve o indivíduo e onde toda a penetração é ressentida por ele como uma manifestação de desprazer ou por vezes uma retracção*”, (Goffman, 1973, p. 17), sendo variável na sua dimensão de acordo com o mobiliário patente no espaço.

Qualquer que seja a dimensão, “*o espaço não deixa de ser pertença, mesmo quando se trata de um espaço imediatamente situado à volta de um indivíduo, a que tem direito por razões materiais ou por ordem recebida de alguém, pela ligação a pessoas presentes numa dada situação*” (Baptista, 1998, p. 16).

O vestuário, ainda que passe por uma simples aparência corporal, por exemplo, uma bata, ou o vestuário de cada um, tem uma função de espaço pessoal, manifestando a forma de territorialidade egocêntrica.

Os objectos pessoais podem ser considerados como marcadores e “*deslocá-los ou trocá-los seria o mesmo que trocar o corpo do seu proprietário*” (Goffman, 1996, p. 56). A pessoa que utiliza um determinado objecto que lhe pertença para delimitar o seu espaço, deve estar preparada para se confrontar com os outros e, por sua vez, oferecer resistência ao deslocamento do objecto que serviu de base de sustentação na demarcação da sua propriedade.

Para Goffman (1994), a reivindicação do espaço, uma marca, signo de possuidor, pode constituir diferença na colocação deste marcador no espaço, pelo que o objecto no centro adquire a forma de marcador central, enquanto se encontrar e marca uma linha entre dois territórios subjacentes. Os objectos pessoais podem assumir-se como marcadores e constituir uma reserva por si só (Beatriz, 1998). A reivindicação dessas reservas pode ser passível de violação, não só pelos próprios indivíduos, mas também por quem se identifica com ele.

Ainda de acordo com o mesmo autor, este preconiza que a posição ecológica do corpo tem em consideração a ligação ao território reivindicado; o corpo ou o comprimento de mãos e o próprio olhar são actos susceptíveis de formas de violação, o olhar de longe ou de várias direcções pode propiciar o diálogo, ou apenas ser representativo de pudor ou sensatez nos actos internos do encontro.

Não obstante, podem ainda ser considerados actos de violação as interferências sonoras, direcções verbais ou excrementos corporais. No espaço podem existir ofensas territoriais, nem sempre exteriores, isto é, o possuidor de direitos e o obstáculo podem ser a mesma pessoa (Baptista, 1998).

Pode, portanto, haver invasão, penetrando num território sem ter direito ou apenas controlar a reserva de outro modo e/ou invadir sem intenção pela urgência da situação ou ainda por consequência de um acto maldoso. A violação pode ainda conter a auto-violação, decorrente da exposição a determinadas contaminações que o afectam a ele e à sua própria reserva (Goffman, 1973).

Defende ainda o autor que, na reivindicação do espaço, há lugares limitados à percepção por obstáculos, passíveis de estimular comportamentos diferentes. As pessoas que se situam nos lugares vão analisar e observar os mesmos e concomitantemente se conduzidos pela definição da situação, variam de região para região. Explica que a região anterior é definida pelo emparelhamento dos símbolos do lugar, que é determinante da decoração do espaço, em que é feito um esforço no sentido de transparecerem a actividades desenvolvidas e que são concretizadas pelas normas vigentes. Normas que pressupõem o modo como o actor conversa com o público, os gestos, a postura, o comportamento que representa a substituição da palavra.

A aparência é valorada porque um *“comportamento conveniente³⁴ pode tomar a forma de uma manifestação de respeito pela região na qual se encontra, assim como ser motivado pelo desejo de impressionar alguém ou evitar sanções”* (Goffman, 1973, p. 107).

A região posterior apresenta factos ocultos, pode acontecer traduzir a impressão produzida. (Goffman, 1973, p. 111), refere que a região posterior se situa *“na outra extremidade do lugar onde se dá a representação, com uma separação que a isola de uma passagem reservada”*, onde o actor fica seguro sem interferência do público, sem formalismo abandonando a fachada, sendo ele próprio.

Podemos verificar que há diferenças, quer relativamente aos comportamentos adquiridos, quer quanto à decoração das diferentes regiões e, por sua vez, diferenças quanto às próprias pessoas, pelo que *“as normas sociais se relaxam, de maneira que podem identificar-se como regiões posteriores”* (Goffman, 1973, p. 121),

³⁴ Todos os comportamentos são susceptíveis de implícita ou explícita, assim a região anterior, tem subjacente conveniências, acentuando determinados aspectos, ocultando aqueles que contrariem a ideia produzida em determinada situação (Baptista, M., 1998).

transparecendo o seu comportamento cúmplice na intimidade da interacção entre as pessoas; no entanto, estas não deixam de subentender uma ordem social, aquando de uma interacção.

Na interacção ocorrem incidentes, acontecimentos imprevistos que, pela sua expressão, se tornam incompatíveis com os valores sociais preconizados; conduzem efeitos que necessitam ser revistos, dada a adversidade dos restantes participantes, e o seu restabelecimento pressupõe um equilíbrio satisfatório (Baptista, 1998). A este fenómeno chama-se “troca”. O acto de defesa e protecção visa essencialmente evitar a perda da “face”, participando de modo cauteloso, evitando as depreciações.

A propósito, (Goffman, 1973, p. 46) refere que um “*acto submetido a uma regra de conduta constitui uma forma de comunicação*”. O autor considera que a comunicação tem subjacente o tratamento com os outros, o que se traduz pelo empenho a respeito das obrigações, podendo desenvolver relações sem coexistir um marco exclusivamente cerimonial.

No entendimento do autor, existem duas formas de evidência de diferenciação: uma referenciada como evitar, conduzindo a um afastamento com o objectivo de manter a intimidade e outra tendo por base proteger-se a si próprio, ao mostrar ao beneficiário que, por um lado, tem interesse por ele, e por outro, como o vai tratar numa interacção futura e como o considera. No entanto, este acto de mostrar consideração pode ter complicações porque pode ser entendido como que uma invasão das reservas pessoais, podendo conduzir a um conflito.

A pessoa, na presença dos outros, mostra-se bem e manifesta certos atributos e está a contribuir para a confiança, enquanto intervindo na comunicação (Baptista, 1998), permitindo demonstrar uma boa imagem.

É necessário colocar-se no lugar do outro, sentir interesse espontâneo e legítimo dos participantes e ao mesmo tempo modelar a expressão dos sentimentos e actividades, para que os outros retribuam.

É de realçar que na interacção se desenvolve “*um papel funcional que serve para garantir a permanência do empenho espontâneo de cada um*” (Goffman, 1973, p. 114). A obrigatoriedade de preservar a participação activa na conversa está intimamente ligada ao contexto em que se localiza, ao tipo de actividade a desenvolver e ao papel ou ao estatuto que permite aos participantes envolverem-se ou não. Nesta perspectiva, interagir com os outros implica rituais que devem estar

presentes. Sempre que tal não aconteça, a interacção é por excelência posta em causa e enfraquecida (Baptista, 1998).

Chegados ao fim deste pequeno percurso teórico, em que se foram estreitando círculos até nos centrarmos nas teorias nucleares organizadoras, verificámos que a compreensão do fenómeno “espaço” é essencial para a vivência no hospital como um lugar em que se cruzam regras, ideologias, poderes, saberes, que se vão repercutir nos processos de interacção entre os diversos actores.

2. O CONTEXTO EM OBSERVAÇÃO

Com a finalidade de tornar mais perceptíveis e claros os condicionalismos arquitectónicos dentro dos quais se encontram as crianças internadas iremos numa primeira linha efectuar uma alusão relativamente à localização dos hospitais, aos edifícios, à sua fundação e perspectiva histórica, centralizando-nos por fim nos espaços técnicos, sociais e de ocupação do tempo livre da criança hospitalizada, a sala de actividades.

2.1. O hospital Maria Pia

O Hospital Maria Pia é uma instituição centenária situada num edifício, antigo e desgastado pelo decorrer dos anos se situa-se no coração da cidade do Porto, rua da Boavista n.º 822 (Anexo I).

O hospital detém um longo passado de assistência diferenciada e humanizada à criança portadora de doença crónica, para cujo tratamento está vocacionado e organizado³⁵.

Uma das metodologias preconizadas nesta instituição é a organização de consultas multidisciplinares, permitindo a abordagem conjunta das patologias, a adopção de estratégias comuns de diagnóstico e terapêutica e a economia em termos de deslocações frequentes das crianças ao hospital.

Este hospital articula a sua função assistencial com protocolos e rotinas de colaboração com diversas instituições de saúde que lhe são complementares.

Para além do seu combate incessante à doença, desenvolve diversas

³⁵ Relatório de actividades do Hospital Central Especializado em Crianças, Maria Pia, 2002, p. 5.

actividades de promoção da saúde infantil.

A sua filosofia institucional é norteada pelo bem-estar da criança/família enquanto doente, prestando-lhes cuidados diferenciados, sendo seu propósito a humanização e, subsequentemente, uma melhor qualidade no atendimento à criança e suas famílias.

Apresenta como prática, o acompanhamento activo, quer no ensino, quer no incentivo à investigação, contribuindo os seus profissionais no acompanhamento e apoio aos estudantes universitários de medicina e enfermagem.

Perspectiva histórica

Este hospital, como todos os outros, o Maria Pia tem sua história...e raízes profundas!...

O Hospital Maria Pia é uma instituição com mais de um século de existência.

No Porto, os primeiros movimentos tendentes à criação da Maria Pia remontam ao distante dia 31 de Dezembro de 1881, data em que numa farmácia, da “Rua do Bonjardim” um grupo de pessoas, nobres e altruístas teve a ideia da criação de um hospital que acolhesse e tratasse crianças pobres e doentes.

A 31 de Dezembro de 1881 a sugestão foi comunicada ao rei D. Luís I que aprovou o projecto em 15 de Março de 1882, tendo sido criado o organismo com a designação de Real Hospital de Crianças de Maria Pia.

Para que fosse concretizada a ideia, a comissão fundadora desenvolveu várias actividades de beneficência, algumas até com a presença do rei D. Luís e da rainha D. Maria Pia.

O hospital foi primeiramente instalado na “Rua Carvalhosa” num prédio alugado, propriedade de uma família de apelido “Chaves”, na cidade do Porto. No primeiro dia do ano de 1883, abriu as suas portas. Como o edifício não reunia as condições físicas indispensáveis, procurou-se outro onde se pudesse instalar um hospital de raiz. Foi doado um terreno situado na rua da Boavista onde se construiu o hospital que existe hoje.

Assim, em 1894, é doado um terreno pela Exma. Sra. Emília Cabral Pereira Cardoso, cujo projecto de construção foi dado para aprovação em 27 de Setembro de 1897, tendo sido lançada a primeira pedra em 11 de Fevereiro de 1889. Em 1911, o hospital abriu as suas portas, precisamente no local onde hoje se mantém.

No período da guerra, entre Julho de 1917 e 1924, foi mobilizado pelo então Ministério da Guerra para tratamento de militares feridos, tendo sofrido danos graves, pelo que foi sujeito a reparações.

Em 28 de Setembro de 1924, tomou posse nova Comissão Administrativa que, a 26 de Fevereiro de 1925, iniciou melhoramentos dentro do hospital. Em Abril de 1925, por ofício da Administração, foi eliminada do frontispício do hospital a designação de Real Hospital de Crianças Maria Pia.

Depois de muitas vicissitudes, em 5 de Maio de 1925, o Hospital foi aberto à comunidade com a denominação de Hospital de Crianças Maria Pia.

Com a Revolução de 25 de Abril de 1974, o hospital deixa de ser considerado como obra de beneficência, passando a ser uma instituição nacionalizada, cujos estatutos se mantêm até hoje.

De então para cá, as modificações a nível arquitectónico, humano, técnico e profissional têm-se sucedido, no sentido de melhor atender as necessidades das crianças doentes. Em 1993 foi sujeito a obras, tendo todos os serviços sofrido remodelações e restaurações, de forma a aumentar o espaço físico, o que permitiu a criação de novas condições de habitabilidade e funcionalidade, bem como de novos serviços.

Influência Geográfica

Numa perspectiva geográfica o Hospital Maria Pia é uma referência em toda a região Norte, não tendo por isso uma área adstrita de concelhos específicos, dado que é o único hospital desta região especializado em crianças.

Instalações

Relativamente às instalações físicas, exceptuando o departamento de psiquiatria e saúde mental que se localiza em instalações do Hospital Magalhães Lemos, o hospital agrupa todos os serviços num único edifício.

A sua área de implementação no solo ronda os 3217 m². Além das instalações centrais existem instalações adstritas ao departamento de psiquiatria e saúde mental que ficam contíguas ao edifício central.

Valências Existentes

No quadro seguinte são esquematizadas as valências deste hospital e que permitem considerá-lo de especializado, em virtude de tratar apenas crianças nas diversas especialidades.

Quadro 1 - Valências Existentes(Hospital Maria Pia)

Cardiologia	Imunoalergologia
Cirurgia Pediátrica	Nefrologia
Cirurgia Plástica	Neurocirurgia
Dermatologia	Neuropediatria
Endocrinologia	Oftalmologia
Estomatologia	Ortopedia
Fisiatria	Otorrino
Gastrenterologia	Pediatria
Genética	Pedopsiquiatria
Hematologia	Urologia

Fonte: Relatório de Actividades do Hospital Maria Pia/2002.

Salienta-se a existência de telemedicina na valência de cardiologia, permitindo o atendimento útil, com vantagens em termos económicos, quer para o utente, quer para a instituição.

Recursos Humanos

Em virtude de não ter sido aprovado o novo quadro do hospital, proposto em 1998, continuam a sentir-se carências de recursos humanos em áreas diversas, nomeadamente no serviço de pediatria e na unidade de cuidados intensivos.

Foram abertos diversos concursos, para médicos pediatras especializados em: cirurgia pediátrica, anestesiologia e assistente hospitalar: estomatologia, anestesiologia, psiquiatria da infância e adolescência, hematologia clínica. Abertos igualmente concursos externos para técnicos de diagnóstico e terapêutica e ainda concursos nas áreas de ortotóica e fisiatria.

Em termos de recursos humanos de enfermagem, o hospital depara-se com algumas dificuldades de contratação por força da resolução n.º 97/2002 do Conselho de Ministros, apresentando algumas carências no que respeita a enfermeiros especialistas, dado não conseguir preencher as vagas existentes, por falta de oferta no mercado.

Recursos Humanos do Serviço de Pediatria Médica

A equipa de saúde deste serviço é multidisciplinar, sendo constituída por grupos profissionais, que incluem médicos especialistas em pediatria, enfermeiras especialistas em pediatria, enfermeiras generalistas de nível I, auxiliares de acção médica.

O Corpo de Enfermagem

Enfermeira Especialista, Chefe: 1;

Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e Reabilitação: 2;

Enfermeiras Graduadas: 3;

Enfermeiras Nível I: 9;

A equipa de enfermagem assegura o serviço em regime de horário rotativo por turnos:

- O turno da manhã, das 8 às 14 h., em média 4 enfermeiras;
- O turno da tarde, das 14 às 20 h., em média 2 / 3 enfermeiras;
- O turno da noite, das 20 às 8 h., 2 enfermeiras;

A distribuição do pessoal de enfermagem é feita, mensalmente, de acordo com o número de elementos existentes no horário, mediante um plano de trabalho. A equipa médica assegura o serviço de medicina e as consultas externas; rotativamente efectua escala no serviço de urgência, sendo constituída por:

Um Director de Serviço: 1;

Um Chefe de Serviço: 1;

Três Assistentes de Pediatria: 3;

Três Internos de Especialidade: 2;

Salienta-se que, além da equipa médica deste serviço, é de referir que, sempre que necessário os outros pediatras especialistas dão apoio a qualquer situação de da sua especificidade.

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por sete elementos, cumprindo um horário rotativo de 35 Horas/Semana, distribuídas por manhãs, tardes e noites.

A secretária de unidade centrada no 1.º Piso, tem como função realizar toda a burocracia inerente ao processo do utente e dar apoio aos diferentes profissionais de saúde.

Recursos Materiais

O serviço de medicina, além de possuir o material indispensável ao funcionamento de qualquer unidade de cuidados, está equipado com o material que permite prestar cuidados específicos, a exemplo:

- Um carro de urgência;
- Bombas perfusoras;
- Dinamaps;
- Monitores cardio-respiratórios;

Este material é considerado aferido pela chefia de enfermagem.

Orgânica e Funcionamento

Todas as crianças e respectivos acompanhantes devem fazer-se acompanhar de uma folha de admissão devidamente preenchida e assinada pelo médico.

As crianças podem ser admitidas através da consulta externa, pela consulta de urgência ou por transferência de outras instituições sendo-lhes distribuída uma cama pela Enfermeira-Chefe ou responsável de turno, normalmente, é a especialista que é destacada para fazer o acolhimento da criança/família.

No acolhimento³⁶ da criança/família, é entregue o guia de acolhimento (Anexo II), que versa as recomendações e regras do Serviço/Hospital e seguidamente mostrado à criança o serviço e cama atribuídos. É explicado ao acompanhante o horário de permanência no serviço (9/21h) e, caso necessária, a permanência nocturna, apenas permitida a um dos pais, assim como o horário das visitas. Após o acolhimento, é organizado todo o processo clínico da criança (historial da criança) e efectuados os seguintes procedimentos:

- Avaliar sinais vitais;
- Proceder à marcação de exames e análises;
- Registo no quadro de todos estes procedimentos para que a equipa de enfermagem saiba antecipadamente o que tem de vigiar na criança e transmitir / explicar à criança e acompanhante (exemplo: jejum para poder efectuar um exame);
- Registo de alergias alimentares ou medicamentosas e proceder ao registo no respectivo quadro acessível a todos os profissionais de saúde;
- Administrar terapêutica prescrita;

Em suma os profissionais de saúde, tentam sempre sensibilizar a criança / família para os seus direitos, enfatizando também os deveres e relembrando o cumprimento das regras do serviço.

2.2. O hospital de S. Marcos

O Hospital de S. Marcos localiza-se no centro da cidade de Braga (Anexo III). A sua fachada principal reporta-se a 1508, mantendo-se ainda a sua preservação nos dias de hoje.

O objectivo principal desta instituição tem subjacente a resposta a todos os utentes que necessitam de cuidados de saúde. A este hospital ocorrem utentes de áreas

³⁶ O acolhimento e admissão é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua (Fernandes, M., 1988, p. 124).

e zonas limites da cidade e de outros distritos. O acesso do utente ao hospital faz-se quer através da consulta, quer do serviço de urgência.

O Hospital de S. Marcos é uma instituição vocacionada para uma assistência globalizante, colocando de lado a ideia de atendimento exclusivamente em casos de extrema importância. É nesta linha e filosofia orientadoras que o “cuidar³⁷ do utente se insere numa perspectiva de qualidade e até êxito nas diversas dimensões. A sua essência baseia-se no combate à doença e promoção da saúde e na participação activa no ensino e na investigação científica, contribuindo desta forma para o bem-estar bio-psico-socio-cultural da pessoa.

A região de Vale do Cávado, quando necessita cuidados de saúde tem como referência o hospital de S. Marcos.

As exigências de saúde com que a sociedade em geral se depara, sugerem, sem dúvida, uma eficácia técnico-científica, sendo necessário gerir recursos públicos com uma participação activa de todos os profissionais. Estas necessidades de saúde preconizam uma revolução, quer tecnológica, quer da reflexão por parte dos técnicos em cada serviço, ou seja, uma resposta na melhoria da qualidade e humanização no atendimento ao utente.

Este hospital tem ainda como objectivo a docência e, por conseguinte, a investigação, pedra basilar na qualidade da sua actividade, bem como nas parcerias institucionais que visam a promoção da saúde da população a que dá resposta, tendo como principio norteador o “doente”.

Perspectiva histórica

O Hospital de São Marcos foi fundado em 1508, pelo Arcebispo D. Diogo de Sousa. Em 1559, D. Frei Bartolomeu dos Mártires entregou a administração do hospital à Misericórdia por considerar desfavorável a administração da Câmara Municipal. Esta situação subsistiu até 1975 por força do Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de Dezembro.

³⁷ Mimar não é cuidar e é bom lembrar que dar muita atenção a alguém não significa dar-lhe uma atenção particular. Cuidar revela de uma atenção delicada e adequada que se escreve na perspectiva de prestar ajuda ou, por outras palavras, de caminhar com a outra pessoa para ajudar a alcançar mais saúde, bem-estar, autonomia, harmonia, satisfação, ou mesmo paz. Num contexto profissional, o mimo, bem como o laço de dependência que ele cria são alheios à acção de cuidar (Hesbeem, W., 2001, p. 88).

O actual hospital não é o da fundação primitiva. Por se ter tornado insuficiente para o movimento e se encontrar degradado e, em parte arruinado foi reconstruído entre 1770 e 1780. A sua frontaria, no centro da qual sobressai a igreja de São Marcos, foi projectada por Carlos Amarante no ano de 1836.

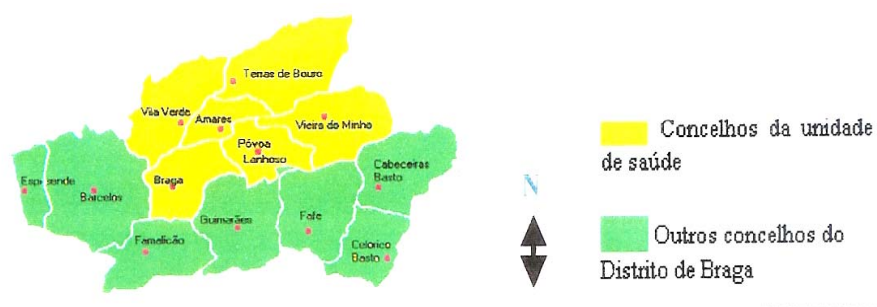
O Hospital de S. Marcos tem sido, desde a sua fundação, uma referência ímpar ao nível da saúde da região. O seu crescimento contínuo, quer ao nível das estruturas físicas, quer ao nível da sua importância na hierarquia da rede hospitalar, culmina em 1993 com a equiparação a Hospital Central, conforme despacho do Secretário de Estado da Saúde publicado no D.R. n.º 10, II.ª Série de 13 de Janeiro de 1993.

A sua lotação oficial, superiormente aprovada, cifra-se em 779 camas e 60 berços, incluindo estas 121 camas relativas ao departamento de psiquiatria e saúde mental (D.P.S.M.), que funciona geograficamente destacado da unidade central.

Influência Geográfica

O Hospital de S. Marcos, é o hospital de referência de toda a zona do Minho, constituindo a sua última linha de cuidados hospitalares³⁸.

Figura 1 - Influência Geográfica



Fonte: Relatório de Actividades 2000 do HSM

Em termos demográficos, o Hospital de S. Marcos serve em linhas diferenciadas uma população desde 300 000 habitantes, valores esses relacionados com a unidade de saúde, até cerca de 1 000 000 numa linha final com todos os concelhos do distrito, inclusive o de Viana do Castelo.

³⁸ Plano de Actividades do Hospital de S. Marcos (Valério *et al*; 2001, p. 5).

Instalações

Em termos de instalações físicas e, sem ter em consideração o departamento de psiquiatria e saúde mental, o Hospital de S. Marcos é constituído por diversos pavilhões, designadamente os seguintes:

- Pavilhão Norte (parte antiga) e edifício de pediatria;
- Palácio do Raio — Pavilhão Sul;
- Bloco operatório central,
- Lavandaria — rouparia, central de emergência e imangiologia;
- Central térmica e incineração;
- Centro de reabilitação e ortopedia;

A sua área de implantação no solo ronda os 15 500 m², em terrenos com cerca 21 600 m², sendo a área bruta de construção da ordem dos 42 000 m², para além 35 000 m², área relativa às instalações adstritas ao departamento de psiquiatria e saúde mental que foi associados a partir de Agosto de 1992.

Valências Existentes

No quadro seguinte evidenciamos, de forma exaustiva, as valências existentes no Hospital de S. Marcos que permitem classificá-lo como central.

Quadro 2 - Valências Existentes (Hospital de S. Marcos)

Anatomia Patológica	Gastroenterologia	Ortopedia
Anestesiologia	Ginecologia	Otorrinaringologia
Cardiologia UCIC	Imunohemoterapia	Patologia Clínica
Cirurgia Geral	Medicina Interna	Pediatria
Cirurgia Plástica	Neonatologia	Pedopsiquiatria
Cirurgia Vascular	Neurocirurgia	Pneumologia
Dermatologia	Neurologia	Psiquiatria
Endocrinologia	Neurorradiologia	Radiologia
Estomatologia	Obstetrícia	U. Cuidados Intensivos
Fisiatria	Oftalmologia	Urologia

Fonte: Relatório de Actividades Hospital de S. Marcos 2002

Salienta-se a existência de telemedicina nas valências de dermatologia e neurologia, permitindo sem dúvida o atendimento útil, com vantagens em termos económicos, quer para o utente, quer para a instituição.

Recursos Humanos

Os recursos humanos são fundamentais para o funcionamento em pleno das instituições. Este hospital tem-se deparado com problemas a nível das especialidades médicas (anestesia, pediatria) e de enfermagem (especialistas em saúde materna e obstetrícia), assim como de enfermeiras generalistas.

A evolução de recursos humanos nos últimos 4 anos sofreu mutações, no sentido de um aumento significativo. Contudo, corresponde a 80% das vagas disponíveis³⁹.

Recursos Humanos do Serviço de Pediatria Adolescentes (Piso 1)

O Corpo de Enfermagem

Enfermeira, chefe: 1;

Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica: 1;

Enfermeiras graduadas: 9;

Enfermeiras generalistas: 2;

A equipa de enfermagem assegura o serviço em regime de horário rotativo por turnos:

- O turno da manhã, 8h-15h, em média 3 a 4 enfermeiras incluindo a enfermeira chefe;
- O turno da tarde, 15h-22h, com duas enfermeiras;
- O turno da noite 21 h e 30-9h, com duas enfermeiras;

A distribuição do pessoal de enfermagem é feita mensalmente de acordo com número de elementos existentes no horário, através de um plano de trabalho.

³⁹ Relatório de Actividades 2002 do Hospital de São Marcos.

A equipa médica assegura o serviço de pediatria, consultas externas e rotativamente efectua escala no serviço de urgência, sendo constituída por:

Director Clínico: 1;

Chefe de Serviço: 1;

Assistente de Pediatria: 2;

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por 5 elementos, cumprindo um horário rotativo de 35 horas/semana distribuídas por manhãs, tardes e noites. A secretaria de unidade é comum a toda a pediatria e está localizada no 2.º piso, tendo como função realizar toda a burocracia inerente ao processo do utente, quer no internamento, quer nas altas. É ainda sua função o apoio administrativo a todos os profissionais.

Recursos Materiais

O Serviço de Pediatria adolescente, além de possuir o material indispensável ao funcionamento de qualquer unidade de cuidados, está equipado com o material que permite prestar cuidados específicos nesta área:

- Um carro de emergências;
- Bombas perfusoras;
- Dinamaps;

Organização e Funcionamento

Todas as crianças e respectivos acompanhantes admitidos no serviço devem fazer-se acompanhar de uma folha de admissão devidamente preenchida pelo médico.

As crianças podem ser admitidas através da consulta externa, pela consulta de urgência ou por transferência de outras instituições.

Cabe ao enfermeiro destacado para a admissão atribuir-lhe uma cama, indicar o seu território e, sempre que possível, destiná-la a uma enfermaria de crianças, cuja faixa etária ronde pela mesma idade e até mesmo sexo. Mas, dada a rotatividade neste serviço de internamentos e altas, os profissionais de enfermagem vêem-se

constrangidos ao dar resposta a esta necessidade. O enfermeiro que procede ao acolhimento é o enfermeiro de referência tendo subjacente, entre outras funções, a de passar a visita médica com o médico responsável pela criança.

Assim, após o acolhimento da criança e sua família, procede-se à entrega do regulamento das visitas, onde constam algumas orientações relativas às regras da instituição (Anexo IV).

É explicado ao acompanhante o horário em que pode permanecer no serviço, podendo os pais ficar durante as vinte e quatro horas (situação esta que se verifica desde Maio/Junho, de 2003) se o desejarem, e no caso de haver troca de acompanhantes, esta efectua-se às 22 horas. Assim, após o acolhimento:

- Organizar o processo clínico da criança (historial da criança);
- Avaliar sinais vitais: (tensão arterial, respiração, pulso, temperatura, ...);
- Proceder à marcação de exames e análises;
- Registar no quadro todos estes procedimentos, para que a equipa de enfermagem facilmente aceda às informações e as transmita à criança/acompanhante;
- Registar alergias alimentares ou medicamentosas no respectivo quadro, (informação está acessível a todos os profissionais de saúde);
- Administrar terapêutica prescrita;

Resta dizer que a preocupação central de toda a organização do serviço, se concentra, sem dúvida, no atendimento digno e humano durante a hospitalização, relembrando as regras e rotinas a que têm de ser submetidos em ordem a bem da harmonia e integração da criança/acompanhante.

Recursos Humanos do Serviço de Pediatria (Piso 3)

O Corpo de Enfermagem

Enfermeira-chefe: 1;

Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica: 2;

Enfermeiras graduadas: 11;

Enfermeiras generalistas: 4;

A equipa de enfermagem assegura o serviço em regime de horário rotativo por turnos:

- O turno da manhã, 8,30 h-15,30 h, em média cinco enfermeiras incluindo a enfermeira-chefe;
- O turno da tarde, 15h-22h, com duas enfermeiras;
- O turno da noite 21 h-9h, com duas enfermeiras;

A distribuição do pessoal de enfermagem é feita mensalmente de acordo com o número de elementos existentes no horário, através de um plano de trabalho.

A equipa médica assegura o serviço de pediatria, consultas externas e rotativamente efectua escala no serviço de urgência, sendo constituída por:

Director Clínico: 1;

Chefe de Serviço: 1;

Assistente de Pediatria: 4;

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por 9 elementos, cumprindo um horário rotativo de 35 horas / semana distribuídas, por manhãs, tardes e noites.

A secretaria de unidade é comum a toda a pediatria e está localizada no 2º piso, tendo como função realizar toda a burocracia inerente ao processo do utente, quer no internamento, quer nas altas. É ainda sua função o apoio administrativo a todos os profissionais.

Recursos Materiais

O Serviço de Pediatria adolescente, além de possuir o material indispensável ao funcionamento de qualquer unidade de cuidados, está equipado com material que permite prestar cuidados específicos nesta área, exemplo:

- Um carro de emergências;
- Bombas perfusoras;
- Dinamaps;

Organização e Funcionamento

Neste serviço as crianças admitidas devem fazer-se acompanhar da respectiva folha de admissão, preenchida e assinada pelo médico. As crianças podem ser admitidas através da consulta externa, pela consulta de urgência ou por transferência de outras instituições.

Do ponto vista organizacional, o acolhimento da criança é feito normalmente pela enfermeira chefe e/ou responsável de turno, sendo sua responsabilidade para além de passar a visita médica com o médico responsável da criança, ser o elo de ligação com toda a equipa de enfermagem, visando informar não só acerca das alterações terapêuticas, como também relatar o seu estado de saúde e principais problemas identificados.

Assim, após o acolhimento da criança procede-se:

- Organização todo o processo clínico da criança (historial da criança);
- Avaliar sinais vitais: (tensão arterial, respiração, pulso, temperatura, ...);
- Marcação de exames e análises;
- Registo no quadro de todos estes procedimentos, para que a equipa de enfermagem facilmente aceda às informações e as transmita à criança/acompanhante;
- Registo de alergias alimentares ou medicamentos no respectivo quadro, onde a informação está acessível a todos os profissionais de saúde;
- Administrar terapêutica prescrita;

Este serviço está dividido por enfermarias, A, B, C, D, existindo um médico responsável por cada uma delas, detentor de uma especialidade. A enfermaria **A** corresponde ao isolamento; a **B** às patologias do foro respiratório; a **C** aos lactentes; a **D** a todo o tipo de patologias.

Sumariamente poderemos dizer que há uma preocupação com o bem-estar da criança, quer em termos biológicos, quer também no seu reconhecimento sociocultural e psicológico.

A política organizacional transparece das normas vigentes neste serviço e é comum a todo o hospital, sendo objectivo primordial manter os laços afectivos da criança e dar reposta às suas necessidades e direitos, enquanto hospitalizada.

3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DOS SERVIÇOS

O âmbito dos “*estudos sociológicos produzidos em serviços hospitalares na Europa e nos Estados Unidos são avançadas, em esboço ou de uma forma mais acabada, tipologias de serviços que, na maior parte das vezes, seguem a classificação técnico-administrativa*” (Carapinheiro, 1998, p. 97). É comum os serviços de medicina, cirurgia, ortopedia... serem distinguidos entre si pelo tipo de patologias que cada serviço possui, isto é, a distinção é efectuada mais pelos conteúdos e processos da respectiva especialidade do que pela especificidade da organização social que agrupa profissionais de saúde e doentes, no tratamento de certas patologias (Carapinheiro, 1998).

A hierarquização dos serviços centra-se entre a tradicional classificação de “serviços de doentes crónicos e serviços de doentes agudos”; esta distribuição, essencialmente social, foi-se dissipando com a evolução científica da medicina, dado que os serviços foram claramente sendo classificados de acordo com a sua técnica, circunscrevendo em simultâneo a natureza das patologias tratadas e equipamentos utilizados nos respectivos tratamentos (Chauvent, 1998, citado por Carapinheiro).

O hospital, além de transparecer as normas sociais gerais, traduz ainda os interesses dos grupos médicos com mais poder e desenvolve em simultâneo uma medicina especializada e super-especializada em serviços hospitalares modernos (Carapinheiro, 1998).

A compreensão das “*relações sociais entre os diversos actores obriga à consideração do seu contexto, reconhecendo os limites e barreiras físicas dos espaços de trabalho, dos seus elementos simbólicos e da forma como foram organizados. O contexto oferece não apenas um pano de fundo para o estudo do fenómeno, mas é, em si mesmo, uma fonte de dados*” (Hinds e colaboradores, 2000, *in* Fernandes, p. 32).

A ideia que preside a este capítulo parte da abordagem e distinção dos serviços, ainda que desvinculada da caracterização do serviço tal como foi apresentada durante a observação de campo, centrando-se numa análise comparada dos dois hospitais, na descoberta da organização da vida social específica de cada um deles, escolhendo como dimensões analíticas preponderantes, o espaço físico e a respectiva organização simbólica.

3.1. O serviço de pediatria médica no Hospital Maria Pia

Este serviço ocupa um dos andares do edifício central do hospital; antigo, mas em relativo bom estado de conservação, tanto exterior como interior. Desde a porta principal, que dá acesso ao território do hospital, até ao *hall* que se continua pela escadaria gasta pelo uso indetermináveis pisadas ao longo dos anos, encontram-se espaços cada vez menos públicos e mais privados. Chegados ao primeiro andar, deparamo-nos com um corredor estreito, de aproximadamente 10 metros, de tectos altos, sem luz directa, que exige a sua constante travessia, transformando-o num espaço dominado pela ambiguidade exterior e interior que termina numa sala de espera. Esta, de paredes claras e altivas, mobilada com duas poltronas e alguns cacifos, cuja funcionalidade consiste no armazenamento de objectos pessoais das crianças internadas, constitui verdadeiramente uma pequena antecâmara do “coração” das actividades hospitalares.

As Enfermarias

O Serviço de Medicina concentra-se na ala esquerda da sala de espera, com a qual comunica directamente. Para alcançar a enfermaria, a partir do corredor, tem que se franquear uma porta que se encontra sempre aberta (Anexo V).

Este serviço abrange quatro salas: duas de pequena dimensão, ocupadas por gabinetes (sala de trabalho de enfermagem e gabinete médico), comunicando entre si por uma pequena janela, sem luz directa; duas de maior dimensão que constituem as enfermarias do serviço, tendo aproximadamente cerca de 45 metros quadrados cada uma. Ambas possuem luz directa, visualizando-se de uma delas uma extensa e amena panorâmica da cidade do Porto.

Este serviço dá resposta, em termos de cuidados de saúde, a crianças dos 18 meses aos 18 anos de idade, não existindo quaisquer diferenciações em termos de espaço ou de enfermaria por idades, ficando as crianças enquadradas nas únicas enfermarias aí existentes.

Numa das enfermarias, foram criados dois compartimentos de dimensões reduzidas, com divisórias amovíveis, destinados a tratamentos individualizados; um dos compartimentos funciona como sala de tratamentos e encontra-se apetrechado com uma marquesa e um armário, onde estão colocados materiais e equipamentos, para uso exclusivo dos enfermeiros na realização de procedimentos técnicos mais agressivos e dolorosos e/ou que exijam um ambiente mais privado e mais limpo. Evita-se por um lado, a exposição da criança na enfermaria e, por outro, inibindo imagens de possível sofrimento e dor, a que a criança tem de ser submetida, dada a necessidade imperiosa da sua situação de doente. Esta zona apresenta uma demarcação simbólica dos espaços, dado que no topo superior da marquesa fica situado quem assume a função de manter a criança imobilizada, seja o acompanhante, seja o enfermeiro.

O outro compartimento tem como objectivo proporcionar à criança o isolamento emergente da necessidade de privacidade e repouso, dada a circunstância a que a doença obriga. É um quarto sem luz directa, onde apenas é possível uma cama, mesinha de cabeceira e uma cadeira. Ainda nesta enfermaria e paralelamente aos dois espaços atrás descritos, existem duas casas de banho: uma para crianças mais pequenas e/ou para as que necessitem de cuidados de higiene directos e diferenciados, outra, utilizada por crianças maiores.

O restante espaço da enfermaria é ocupado por sete camas, encostadas à parede pelo topo superior, separadas umas das outras por mesas-de-cabeceira e uma cadeira. À única parede livre de camas está encostada uma poltrona de descanso, acima da qual se encontra suspenso um aparelho de televisão.

Esta enfermaria comunica interiormente com a segunda por uma porta, sempre aberta, possibilitando a livre circulação entre elas. Aqui, as camas encontram-se dispostas de maneira idêntica, mas em posição simétrica a uma mesa, colocada no centro da sala, e que tem como função dar apoio às refeições das crianças de ambas as enfermarias. À única parede livre de camas está encostada também uma poltrona de descanso, acima da qual se encontra suspenso um aparelho de televisão.

Durante o dia as crianças que se encontram na enfermaria, ou estão deitadas ou ao colo da mãe, do pai, ou outro acompanhante, sinal que a sua condição de saúde não lhe permite *brincar*, estando por vezes a dormir ou em situação de convalescença e apatia.

Apesar das camas não poderem ser deslocadas para o espaço lúdico, dada a sua exiguidade deste e, por sua vez, impossibilitando a criança acamada de brincar junto das outras, é agradável verificar que, durante o dia, a maior parte das enfermarias se encontram sem crianças.

A enfermaria constitui o lugar de produção dos cuidados de enfermagem, espaço terapêutico que centraliza a doença em antagonismo com o espaço lúdico, para onde as crianças são conduzidas e motivadas a brincar, o que significa, sem dúvida alguma, recuperação da sua situação de doença.

As enfermarias apresentam paredes pintadas de cores claras, riscadas por faixas decorativas com desenhos alegóricos a heróis da banda desenhada, com diversos quadros decorativos e com outros tantos motivos infantis. Estes elementos simbólicos fazem parte de um conjunto de condições que têm por intuito minimizar o aspecto formal e habitual de uma enfermaria e, além do mais, transmitir calma, tornando o espaço acolhedor e atractivo.

Quanto ao mobiliário, não sendo moderno, está em bom estado de conservação e é de igual modo de cores claras, encontrando-se limpo.

Numa primeira análise, regista-se uma constante preocupação com a humanização do serviço, sendo de concluir que, apesar da exiguidade do espaço, parece haver esforço em contribuir para que a criança e seus familiares sintam o melhor conforto e dignidade possíveis.

A cada doente corresponde uma cama, uma mesinha de cabeceira e uma cadeira possibilitando ao acompanhante sentar-se junto da criança. É comum observar-se, em cima da mesinha de cabeceira ou da cama, pequenos objectos pessoais da criança tais como chupetas, brinquedo preferido ou materiais necessários aos cuidados. Os objectos pessoais que ocupam maior volume como casacos e sacos são colocados nos cacifos que se encontram na antecâmara da enfermaria.

Salienta-se contudo, que nestas salas circulam livremente médicos, enfermeiros, auxiliares, educadoras e por vezes outro pessoal, a exemplo, a copeira ou o maqueiro, que tenham necessidade de ir junto da criança e/ou dos profissionais de saúde; as visitas circulam também livremente neste espaço.

A Sala de Actividades

Em frente à enfermaria, a que se acede por duas pequenas portas, um pequeno corredor intermédio, com cerca de 2 metros de comprimento, dá acesso à sala de actividades, ... *o mundo infantil*. É a sala, sem dúvida, com mais luz natural, grandes janelas das quais se vislumbra um trecho da cidade do Porto.

Cerca das 9h 30/10 horas da manhã, anima-se um fervilhar crianças em direcção à *única* sala de actividades, proporcionando a ocupação do tempo livre da criança no internamento.

O facto de a sala de actividades ter comunicação com esta enfermaria, resultará não só de ser o espaço mais apropriado, mas ainda da contingência das crianças deste serviço permanecerem mais tempo internadas, dada a natureza da sua patologia se circunscrever no âmbito das doenças crónicas⁴⁰.

A sala de actividades, medindo aproximadamente 50 m² é composta por mesas redondas juntas, resultando o seu conjunto numa mesa única e ampla, à altura da criança, rodeada de cadeiras, também pequenas, proporcionais à altura da mesa.

⁴⁰ *Doença crónica* é uma doença que produz sintomas e sinais dentro de um período variável de tempo, que tem um curso prolongado e da qual há apenas recuperação parcial.

... O modelo das comissões sobre doença crónica, em 1949 como qualquer deficiência de um desvio do normal, tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa uma incapacidade residual, é provocada por alteração patológica e irreversível ou pode esperar-se que exija um longo período de supervisão, observação ou cuidados.

A *doença aguda* causada por uma doença que produz sintomas e sinais pouco depois da exposição à causa, tem um curso rápido e a partir da qual há normalmente uma total recuperação ou um fim abrupto em morte (Phipps et al, 1990, p. 423).

As características físicas e sociais da sala revelam tratar-se de um espaço sociopeto, em virtude do equipamento e mobiliário estar disposto de forma a contribuir para a comunicação e interação entre as crianças. Por se tratar de um espaço exclusivo das crianças doentes de todo o hospital, acaba por ser exíguo, ficando superlotado com crianças, acompanhantes e as três educadoras.

A sala dispõe de armários ao longo das paredes e à altura das crianças, sendo possível a sua observação e facilitando a liberdade na escolha e no acesso a todos os brinquedos que aí existem. De referir apenas um marcador que funciona como fronteira entre o espaço amplo da sala e o espaço destinado à criança mais pequena para brincar: a *casinha das bonecas*, fomentando a produção da brincadeira do quotidiano, apresentando-se como a mãe a cozinhar, a irmã mais velha, o irmão...

As mesas de apoio às actividades encontram-se concentradas no meio da sala, possibilitando a livre circulação de crianças, pais e educadores. A televisão encontra-se suspensa numa parede, junto da qual se encontram três mesas redondas, a *plateia* da Televisão. Nesta sala onde as crianças são estimuladas a brincar, observam-se por vezes frascos de soros suspensos de suportes próprios, cujos sistemas se encontram ligados a uma veia da criança, permitindo o curso necessário da terapêutica. É entusiasmante analisar e verificar que tais acessórios não são factores condicionantes e constrangedores do processo de desenvolvimento, permitindo prosseguir as actividades livres, desejadas e/ou orientadas.

O horário de funcionamento, dada a falta de recursos humanos (educadoras), em 2001, tinha a periodicidade das 9 horas da manhã às 15 horas. Com a vinda de outra educadora, em 2002, este período foi alargado, sendo actualmente praticado o horário das 8 horas 30 minutos às 17 horas. Após este período encerra, assim como ao fim de semana, limitando a criança ao espaço da enfermaria e à antecâmara.

O Hospital Maria Pia apoia as suas crianças internadas em actividades lúdicas variadas que vão da simples pintura, passando pela modelagem, música, diversos livros de histórias, jogos, construções de lego, puzzles, enfiamentos, carros, bonecos, serviços miniaturas (cozinha, tachos, panelas, copos, ...) permitindo a imitação dos adultos nas tarefas domésticas/ "faz de conta" e, por fim, um computador de plástico.

As educadoras, em número de três, procuram por um lado, através das actividades lúdicas ocupar o tempo livre da criança, por outro, tentam colmatar os efeitos nefastos da hospitalização, tornando este momento profícuo e positivo para o

seu desenvolvimento, minorando o afastamento familiar e escolar. Proporcionam ainda oportunidades, talvez para muitas únicas, em experimentarem e manipularem materiais diversos, contribuindo para que este espaço se torne num lugar não conducente de dor, mas sim num espaço aberto à livre expressão e criatividade, sempre que a criança assim o deseje.

O material aqui existente enquadra-se mais nas actividades para as crianças dos 2 aos 10 anos, facto que limita os adolescentes, um pouco isolados nas enfermarias, lendo ou vendo televisão. O computador existente no serviço é de plástico, o que, sem dúvida, limita as actividades inerentes às novas tecnologias, *“as quais têm subjacente recrear, desenhar, montar histórias, gravura e composição, sendo um óptimo meio de socialização e perspicaz na descoberta de novos saberes, quer individualmente, quer em grupo”* (Santos, p. 234).

É preocupação de todos os profissionais deste hospital, para além de proporcionar as actividades atrás descritas, sensibilizar e desenvolver actividades no âmbito das épocas festivas, lembrando estes dias e, tornando-os dentro do possível, presentes. Apesar de se encontrarem no hospital, estas festividades continuam a fazer parte do seu mundo, vivendo-as activamente.

A Escolinha

É assim, denominado o espaço destinado à criança para poder prosseguir no seu processo de aprendizagem, prolongando as actividades da escola no hospital.

A Escolinha actual procura adaptar-se à Nova Pediatria que de acordo com a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, defende que a admissão duma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou hospital de dia.

A escola é hoje um espaço móvel que tenta ir ao encontro da criança colmatando as falhas da aprendizagem motivadas pelo internamento hospitalar. Neste hospital pediátrico a Escola constitui para algumas crianças com internamentos muito prolongados um elo de ligação com a realidade exterior, permitindo-lhes obter a escolaridade oficial.

Actualmente foi disponibilizado um espaço que se encontra localizado no edifício central, 1º andar, na ala direita do salão nobre, cuja área infelizmente não irá além dos 2 m². Não apresenta luz directa, mas possui boa iluminação, paredes claras,

quadros com pinturas de crianças. Encostada à parede *estaciona* uma pequena mesa rectangular e duas cadeiras, onde se processa a interacção e comunicação entre o aluno / professora.

Esta professora do ensino básico não faz parte do quadro de pessoal do hospital e a sua função, essencialmente pedagógica, passa pelo contributo para a continuidade das actividades escolares das crianças com longos períodos de internamento e para todas aquelas que necessitem e solicitem a sua ajuda e apoio enquanto internadas.

Salienta-se que, dada a exiguidade do espaço, não é possível a professora ter um móvel de apoio para guardar o material, sendo a própria quem transporta, distribui e recolhe o material de que os alunos necessitam. É elemento único nesta actividade e trabalha durante o período da manhã.

Sumariamente, realça-se uma abundância de actividades de ambiência lúdica, acessível, simples e adequada aos espaços existentes. No entanto, o material necessário ao adolescente e o espaço a ele destinado acaba por ser comum a todas as crianças das diferentes faixas etárias, o que implica restrição e condiciona as suas actividades e privacidade.

Sente-se uma motivação acrescida na preocupação em proporcionar, dentro das possibilidades da estrutura física, espaço e materiais para a ocupação do tempo livre da criança, tornando-o num momento agradável, variado e valorizando o investimento intelectual e enriquecimento pessoal no internamento.

Nestes espaços evitam-se todos os procedimentos dolorosos, banindo a imagem e associação de dor e medo num espaço tão agradável e humano como este.

Sala de Enfermagem

O espaço reservado ao trabalho dos enfermeiros, funciona conjuntamente como o gabinete da enfermeira chefe, proporcionando uma participação activa no conjunto das diversas tarefas levadas a cabo com a equipa.

Este espaço, claro e limpo, mas pequeno, constitui uma verdadeira região de bastidores e, em simultâneo, um palco de trabalho, em que existe uma área formal de preparação de rotinas terapêuticas, fazendo-as e refazendo-as, marcando exames,

análises, acertando as linhas orientadoras de cuidados e procedendo ao seu respectivo registo nos processos terapêuticos⁴¹.

No quotidiano do serviço, essencialmente no período da manhã, observa-se constantemente um movimento incessante de entradas e saídas de médicos, enfermeiros nesta sala, onde surgem as conversas, em particular dos profissionais. É ainda nesta sala que tem lugar três vezes ao dia, no final de cada turno de trabalho, a transmissão da mensagem e das informações, relativamente a cada criança/família, “*passagem de turno*”, dado que é este o espaço de trabalho dos enfermeiros.

Aqui também se encontra uma máquina de café, proporcionando, quando possível, uma curta pausa, longe da ribalta e dos olhares constrangedores de quem permanece neste serviço.

Gabinete Médico

Destinado aos médicos e onde é seriada a informação clínica de cada criança internada, está situado interiormente o gabinete médico que ladeia a sala de enfermagem e a enfermaria e tem na sua retaguarda a sala de actividades; apresenta-se enquadrado nas fronteiras estratégicas a todo o serviço de medicina. É neste local que o médico chefe reúne com todos os médicos e onde são repensados todos os diagnósticos e estratégias clínicas, no sentido de restabelecer o mais rapidamente possível a criança, para que possa regressar a casa e para junto da família.

Descrita a organização dos diferentes espaços do serviço de medicina do Hospital Maria Pia, passamos a descrever os do serviço de Pediatria do Hospital de S. Marcos, local onde também se efectuou o estudo.

3.1.1. O modelo de produção de cuidados

O serviço hospitalar é uma unidade de produção de cuidados médicos, reunindo profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais (Baptista 1998).

O serviço de Pediatria Médica deste hospital, aberto à urgência externa e transferência de outros serviços e ou outros hospitais, é um serviço que acolhe não só

⁴¹ Observações. Entenda-se processo terapêutico, como um dossier onde consta toda a informação clínica da criança e respectivos registos diários, quer de enfermagem, quer registos médicos, elaboração própria.

uma grande diversidade de patologias do foro da medicina interna, mas em simultâneo de situações que se apresentam duvidosas, face aos diagnósticos definidos, transformando estes serviços em locais onde de “depositam” crianças com problemas sociais.

A existência sistemática destes casos provoca na equipa multidisciplinar e essencialmente na equipa de enfermagem um esforço imensurável. É certo que as crianças doentes neste serviço requerem constantemente, por parte da equipa de enfermagem um esforço físico, baseado na higiene corporal minuciosa e cuidadosa da criança doente, despir, vestir, dar de comer às crianças (por vezes a alimentação é efectuada por gavagem),⁴² aspirar secreções, isto é retirar secreções da boca e fossas nasais; puncionar veias com o intuito de manter o equilíbrio hidroeléctrico.

Além de todas estas técnicas e procedimentos, ainda se processam outras subjacentes, como as úlceras de pressão que são feridas resultantes da compressão prolongada, com consequente isquémia e necrose dos tecidos, devido à imobilização na cama, entre outros.

Todas estas tarefas constituem, por um lado, rotinas de cuidados médicos e de enfermagem, por outro, implicam perícia, experiência, saber, constituindo verdadeiros desafios aos cuidados, na vertente médica e de enfermagem.

Estas patologias implicam internamentos prolongados e recorrentes várias vezes ao ano no hospital, consequência de infecções frequentes.

Este serviço dá resposta essencialmente a doenças inseridas no grupo das patologias da doença crónica,⁴³ daí o grande número de internamentos prolongados, como é o caso das paralisias cerebrais, pneumonias, diabetes, asma, fibrose quística...

Atendendo às características do serviço e no que respeita à natureza da produção de cuidados, a política de orientação médica não pode privilegiar a rotação máxima das camas em consequência do internamento prolongado e cuidados que requerem.

O serviço de Pediatria Médica deste hospital recebe crianças com idades entre os 18 meses e os 18 anos de idade. Objectivo fulcral deste serviço prende-se com a promoção de um crescimento adequado, libertando a criança de possíveis e indesejáveis complicações inerentes à sua condição física ou intercorrências habituais neste tipo de patologias.

⁴² A alimentação por gavagem (através de sonda) é a introdução de uma sonda naso-gástrica pelas fossas nasais até ao estômago (Thompson e Ashwill, 1996).

⁴³ Ibidem (Phipps, W., et al, 1990, p. 423).

3.2. A Unidade de Pediatria no Hospital de S. Marcos

Desde a porta principal, que dá acesso ao território do hospital, situada no serviço de urgência, até aos acessos ao Serviço de Pediatria, tem de se percorrer inúmeros corredores, escadas e elevadores, que torna bastante confusa a sua acessibilidade, não obstante a sinalética existente, uma vez que este hospital foi reconstruído sob um edifício bastante antigo.

O serviço de Pediatria deste hospital, encontra-se situado no pavilhão norte, edifício 5, conforme planta (Anexo II).

Distribui-se por 3 pisos, sendo o 1.º ocupado pela unidade de adolescentes, o 2.º pela unidade de neonatologia e o 3.º pela unidade de pediatria, comunicando internamente entre si por uma escada e um elevador. Constatou-se que não existe um serviço de Medicina Pediátrica, pelo que o estudo decorreu nos serviços de pediatria adolescentes (pisos 1) e serviço de pediatria (pisos 2 e 3).

Estes dois serviços, apesar de estrutural e arquitetonicamente idênticos, apresentam todavia diferenças, por tal motivo descrevê-los-emos separadamente:

3.2.1. Unidade Pediatria Adolescente - (Piso 1)

Saídos do elevador e/ou da escada entramos directamente num corredor de aproximadamente 30 m de comprimento por 2,5 m de largura que é já parte integrante da unidade, funcionando como elo de ligação entre os diversos sectores e em simultâneo como sala de espera (Anexo VI).

Este corredor, de pavimento anti-derrapante apresenta paredes e tectos de cores claras, bem como toda a restante unidade. A sua parede direita é entrecortada por diversas janelas, amplas, permitindo a entrada de luz directa. Na parede esquerda, existem inúmeras portas, territórios que dão acesso a outras tantas salas.

Estas salas são ocupadas pelas enfermarias e sala de enfermagem, dois pequenos compartimentos, um de sujeitos e outro de *stock* de material, um gabinete médico, casa de banho do pessoal, copa e sala de actividades.

As Enfermarias

As enfermarias, contíguas e em número de quatro são diferentes entre si, quer em espaço, quer em número de camas.

As duas primeiras, com uma cama cada, destinadas a crianças cuja patologia requer isolamento; estão ligadas ao corredor principal por uma antecâmara que dá acesso, de igual modo, a uma casa de banho de serviço do segundo quarto, tendo a 1ª casa de banho privativa.

Ambos os quartos apresentam janelas amplas e paredes de cores claras.

Continuando a percorrer o corredor franqueamos uma segunda porta que dá acesso a um pequeno corredor ladeado por duas casas de banho simétricas e que termina numa enfermaria de quatro camas, encostadas à parede duas a duas. Esta enfermaria possui uma ampla janela, debaixo da qual se encosta uma pequena mesa com duas cadeiras.

Aqui visualizamos um esboço de decoração, constituído por uma faixa colada na parede com figuras alusivas a bailarinas.

A terceira porta da mesma ala do corredor abre-se directamente para a maior enfermaria da unidade, constituída por seis camas, dispostas três a três, tendo no seu interior uma casa de banho e no lado oposto um roupeiro.

Em todas as enfermarias existe uma televisão e o mobiliário é novo e moderno, limpo e em bom estado de conservação e dele fazem parte, para além das camas, banquinhas de cabeceira de tampo rotativo e regulável em altura que permitem, para além de guardar, os utensílios individuais de cada criança, servir em simultâneo, como mesa onde poderão efectuar as suas refeições, ou como secretária, onde a criança poderá escrever ou brincar.

Ao lado de cada cama está uma cadeira destinada aos acompanhantes.

As camas são separadas por cortinados plastificados, que correm em calhas suspensas do tecto, o que proporciona, quando necessário, a privacidade da criança.

Observam-se dois roupeiros em cada enfermaria permitindo à criança e acompanhante guardarem determinados objectos pessoais.

Na terceira e quarta enfermarias existem pequenas mesas com duas cadeiras, debaixo da janela, permitindo à criança, se assim entender, desenvolver alguma actividade.

Nas duas primeiras enfermarias as cadeiras são substituídas por cadeirões recostáveis, permitindo um descanso mais reconfortante e digno ao acompanhante. É de salientar que estes cadeirões são em número de quatro para todo o serviço, e em situações pontuais são colocados nas outras enfermarias.

Na cabeceira de cada cama dispõem-se os meios técnicos essenciais para dar resposta nas situações de emergência, tubos para a ligação de oxigénio, elementos simbólicos submetem o doente à expressão de um corpo vulnerável. São os meios técnicos de emergência símbolos do perigo de viver ou morrer e estão acessíveis porque a cama representa um símbolo de um espaço sem fronteiras de violação permanentes do espaço pessoal (Carapinheiro, 1998).

Chegada ao serviço, a criança depara-se constantemente com as informações parciais, isto é, uma vez na enfermaria, encontra-se com outros doentes e, deste modo, altera-se toda a configuração do espaço dividido à saída e entrada de crianças.

Perante o quadro social que o serviço lhe fornece, a criança, tenta, por um lado, adaptar-se à organização do serviço, por outro, distante do controlo social, adquire uma autonomia de movimentos, permanecendo no seu próprio espaço e deixando de estar submisso ao papel que a instituição tem para ela.

É frequente, de qualquer modo, a criança e a família apropriarem-se do espaço com objectos seus, dispondo-os ao seu redor, na cama, dentro da mesinha de cabeceira e até em cima das cadeiras.

Estes objectos constituem referência à casa, são os seus predilectos e dispostos alegoricamente, mas marcando o seu espaço, enquanto que os objectos de higiene pessoal são colocados dentro da mesinha de cabeceira.

Todos estes objectos pessoais e a roupa de dormir constituem elementos simbólicos do seu universo privado, que se opõem ao despojamento total tornado relevante no internamento e nas mínimas vivências do quotidiano.

O acompanhante pode ser encarado numa perspectiva de “objecto pessoal” em virtude de a sua posição delinear um espaço que pertence à criança por direito, (Baptista, 1998) constituindo, sem dúvida, um universo hospitalar que permite à criança romper com o quotidiano.

Sala de Enfermagem

No seguimento das enfermarias, encontra-se uma sala ampla dividida em três compartimentos, por divisórias amovíveis.

O primeiro compartimento, tem funções de gabinete e arquivo dos processos das crianças internadas e é aqui que a Enfermeira-Chefe executa a sua gestão. Encontra-se mobilado com uma pequena secretária central, que serve de marcador de acesso reservado aos outros dois compartimentos.

Encostado à parede que se encontra na retaguarda da secretária existe um armário onde se dispõem os processos clínicos.

Lateralmente à bancada de arquivo encontra-se uma abertura na parede que comunica directamente com o corredor, permitindo a interacção com as enfermeiras evitando a invasão deste lugar de trabalho.

Existe ainda neste espaço, à entrada do lado direito um carro de emergência, de fácil acesso a qualquer profissional do serviço.

O compartimento atrás descrito possui duas portas que se abrem para a sala de preparação de terapêutica, constituída por uma bancada ao correr da parede esquerda, por uma marquesa, ladeada por um carrinho de uni doses, isto é, medicação unidoses a ser administrada a cada criança. Como não possui janela para o exterior, a luz provém da sala lateral, através da parte superior da divisória que é feita em vidro; a outra porta abre-se para outro compartimento que funciona como um espaço reservado aos enfermeiros, tendo aqui lugar três vezes por dia a passagem dos turnos, transmissão das informações referentes à evolução do estado de saúde das crianças.

Verifica-se, que os médicos também fazem uso deste espaço, tratando de assuntos relativos aos doentes. Aponta-se para um tecido social em que a diferenciação de tarefas, ao nível das interacções, que não ao nível do modo de produção de cuidados, não conduz ao total isolamento entre as categorias profissionais, nem contribui para a exclusividade de lugares próprios de actuação. A sala dos enfermeiros não é pertença exclusiva destes.

No centro encontra-se uma mesa grande, com cadeiras circundantes e bancadas que servem para guardar objectos dos profissionais, um frigorífico e uma máquina de café, permitindo a confraternização entre os diversos profissionais, bem como o recuperar de energias dispendidas ao longo do dia.

Gabinete Médico

Situado ao fundo do corredor, na ala esquerda, no átrio que dá acesso à sala de actividades fica o gabinete médico. Este gabinete, de dimensões reduzidas, comporta uma secretária e duas mesas com as respectivas cadeiras e com luz directa.

É o espaço destinado ao Director do Serviço e pertença exclusiva da equipa médica. É o único lugar da unidade em que as interferências de outros grupos profissionais e dos doentes não é visível, cuja porta se encontra normalmente fechada.

Sala de Actividades

A sala de actividades é um local com bastante luz natural, com uma janela para o exterior e com uma área que ronda os 21 m². Caracteriza-se por ser um espaço aberto, cuja iluminação convida às actividades lúdicas.

Esta sala é dividida por um armário, com cerca de 2 m de altura e que serve para armazenamento dos materiais de ambiência lúdica, disposto perpendicularmente a uma parede, servindo de marcador deste território em relação a uma porta de acesso exterior, e à copa que lateraliza este espaço.

As características físicas e sociais da sala revelam tratar-se de um espaço sociopeto⁴⁴, dado que o equipamento e mobiliário se encontram de forma a proporcionar uma comunicação e interacção entre as crianças.

As mesas são em número de três, redondas com cadeiras diversas e dispostas em redor da mesa proporcionais à altura das crianças de oito e mais anos; porque se dispõem em fila. Dada a exiguidade do espaço, dificulta a circulação por entre elas, restringindo a acessibilidade ao armário.

Salienta-se que tais circunstâncias não constituem constrangimento para as crianças, dado que facilmente pedem aos seus companheiros os materiais pretendidos. Geralmente as crianças com aparelhos, dispositivos, gessos nos membros, que necessitam imobilização ficam estrategicamente junto do armário, enquanto que as outras que se deslocam, sem problemas se situam nas restantes mesas para poderem brincar ou pintar, ficando por isso mais afastadas.

A televisão, a visualização de vídeos, o jogar “playstation” são sem dúvida, as brincadeiras mais comuns neste serviço, facto que se prende com a sua faixa etária.

⁴⁴ Saberes e poderes no hospital, Porto Afrontamento. Cf. (Carapineiro, G., 1998, p. 121).

Não existe educadora ou professora para orientar as actividades lúdicas. No entanto, sempre que necessário e após ser solicitado pelos profissionais, a educadora desloca-se ocasionalmente a este serviço, já que pertence ao serviço de Pediatria (Piso 3). Os materiais existentes nesta sala são diversos: livros de histórias, jogos diversos para “playstation”, legos, vídeos temáticos de educação para a saúde (auto-estima, educação sexual, alimentação, higiene oral e vídeos sobre temas infantis, Harry Potter, etc.).

Descrita a organização simbólica dos diferentes espaços deste serviço, passamos a efectuar uma breve alusão ao modo de produção de cuidados, a fim de podermos caracterizar o serviço quanto à natureza dos cuidados.

3.2.1.1. O modelo de produção de cuidados

O serviço em questão acolhe crianças entre os oito anos os quinze, excepcionalmente com idades superiores, mas regra geral, não ultrapassam os dezasseis anos de idade.

Os cuidados de saúde neste Serviço são principalmente produzidos em função das diversas patologias, que se enquadram quer no âmbito da doença crónica⁴⁵, quer no âmbito da doença aguda⁴⁶.

O facto de serem aqui assistidas crianças por especialistas diversos, neurocirurgiões, cirurgiões otorrinolaringologistas, gastroenterologistas, oftalmologistas, estomatologistas, urologistas, ortopedistas e oncologistas, produz uma multiplicidade de trajectórias cirúrgicas.

Um grande número de crianças aqui internadas em regime de cirurgia ambulatória⁴⁷, dão entrada de manhã, são operadas e após estarem restabelecidas, bem acordadas, o que normalmente se verifica durante a tarde, vão para o domicílio⁴⁸ (ex: cirurgia de estomatologia, endoscopia digestiva, provas de hipoglicemia). A maioria das crianças é operada por cirurgia não programada, por motivos de urgência, sendo difícil a sua preparação e integração no serviço. É admitida numa fase de agudização

⁴⁵ Ibidem (Phipps et al, 1990, p. 423).

⁴⁶ Ibidem (Phipps et al, 1990, p. 423).

⁴⁷ A Cirurgia Ambulatória é definida pela “Direcção-Geral de Saúde” como “acto cirúrgico programado em que a permanência do doente no hospital é inferior a 12 horas (Circular Normativa D.G.S. Ministério da Saúde, de 5/10/95).

⁴⁸ O modelo clássico, segundo (Coe, 1973) está subjacente ao desenvolvimento da Medicina com disponibilidade técnica e científica crescente no controlo das doenças agudas até ao limite da cura (Carapinheiro, G., 1998, p. 108).

da sua situação de saúde e espera que rapidamente o seu processo de dor, mal-estar, seja colmatado, o que implica não ter vontade para desenvolver actividades lúdicas.

Explicitar à criança a explicação dos actos que lhe vão ser efectuados através da arte de brincar, uso de materiais lúdicos associados à sua condição de saúde, permitiam deste modo compreender o que se está a passar com ela e os procedimentos e fases por que irá passar enquanto internada.

As situações cada vez mais frequentes das crianças com doença crónica, onde cabe inserir as doenças oncológicas, paralisias cerebrais com infecções recorrentes, são patologias existentes neste serviço em que se verifica um internamento mais prolongado, implicam um grande desgaste do pessoal de enfermagem, produzindo cuidados que exigem um grande esforço físico (lavar, vestir, dar de comer, aspirar secreções, tratamento exaustivo das úlceras de pressão)⁴⁹ constituindo verdadeiros desafios ao conhecimento e à experiência clínica, através de cuidados médicos e de enfermagem específicos.

Sumariamente, este serviço especializado, cujo trabalho é orientado segundo a resolução das patologias cirúrgicas programadas ou de urgência, em que na sua maioria as crianças têm trajectórias curtas, constituindo, felizmente, um episódio único da vida da criança; porém para outras crianças as trajectórias são mais prolongadas, verdadeiras incógnitas, necessitando de um modelo de produção de cuidados mais complicado e menos conjecturado (Fernandes, 2000).

3.2.2. A unidade de pediatria - (Piso 3)

Regressados ao elevador, que nos transportou ao serviço atrás observado, subimos ao piso 3. Nesta unidade deparamo-nos com uma arquitectura em tudo semelhante ao recém serviço descrito (Anexo VII).

Observam-se algumas diferenças em termos de organização espacial, daí a necessidade de efectuar uma breve panorâmica deste serviço.

O corredor, apresenta a sua parede direita entrecortada por janelas, grandes e iguais, que se deixam atravessar por enorme quantidade de luz, separadas por estreitos pilares, onde se encontram afixados quadros alusivos a temas do mundo da Disney, direitos da criança hospitalizada e, por fim, um poster sob o tema “*Um Dia no*

⁴⁹ Feridas derivadas da compressão dos tecidos com consequente isquémia, derivado de longos períodos de imobilização no leito, (elaboração própria).

Hospital". Quanto à parede esquerda, esta é entrecortada por diversas portas que dão acesso a igual número de salas.

As salas são ocupadas pelas enfermarias, sala de enfermagem, um compartimento de sujos, outro de *stock* de material, um gabinete médico, casa de banho de pessoal, copa e uma ampla sala de actividades.

As crianças internadas neste serviço têm idades compreendidas entre os 1 mês e os 7 anos de idade.

As Enfermarias

As enfermarias são em número de quatro, sendo, no entanto, a sua disposição algo diferente.

As enfermarias neste serviço, ao contrário do anteriormente descrito, são identificadas por letras, lindamente bordadas a ponto cruz e encaixilhadas em quadros, uns azuis, outros rosas, símbolos que nos reportam ao sexo masculino e feminino.

A enfermaria A, constituída por uma sala com 3 camas, altas e metálicas e ladeadas de grades, separadas entre si por divisórias amovíveis.

O mobiliário é composto por cadeiras, destinadas aos acompanhantes e na parede diametralmente oposta existem duas mesas, de cerca de meio metro de altura e cadeiras proporcionais.

Este espaço foi pensado para as crianças poderem efectuar as suas refeições e actividades lúdicas.

A enfermaria B, cujo acesso se faz por uma antecâmara cuja ala esquerda se encontra ocupada por uma casa de banho, destinada às crianças e composta por 6 camas distribuídas simetricamente três a três. Na parede oposta, existe um roupeiro onde se guarda os haveres pessoais de todas as crianças. Franqueando a segunda porta desta antecâmara, entramos na enfermaria propriamente dita, maior que a anterior.

A enfermaria C, aspecto *sui generis*, por se tratar de uma sala comprida e estreita, sem luz directa e até, pelo contrário, parecendo propositadamente escurecida, apenas existindo um foco ao fundo da sala direccionado para o tecto. Apresenta quatro berços, encostados a uma das paredes maiores, ficando no fundo deste

“pseudo-corredor” um móvel que ocupa toda a parede e constituído por uma bancada provida de um lavatório que tem por finalidade como suporte da higiene das crianças.

A enfermaria D, encontra-se a seguir à sala de enfermagem e abre-se por um pequeno corredor ladeado por duas casas de banho simétricas, uma com banheira e poliban, outra com sanita e bacia, ambas destinadas e adaptada às crianças, podendo de igual modo ser utilizadas pelos acompanhantes. Já dentro da enfermaria verificamos que esta é praticamente igual à enfermaria B, também com 6 camas distribuídas 3 a 3.

Em todas as enfermarias, excepto no berçário, existe uma televisão e o mobiliário é novo e moderno, limpo e em bom estado de conservação e dele fazem parte, para além das camas, banquinhas de cabeceira de tampo rotativo e regulável em altura, que permitem, para além da guarda de utensílios individuais, servir em simultâneo como mesa de refeições, e como secretária para escrever ou brincar.

Ao lado de cada cama está uma cadeira destinada aos acompanhantes.

As camas são separadas por cortinados plastificados suspensas do tecto que correm em calhas, o que proporciona quando necessário a privacidade e isolamento da criança.

Existem armários na entrada de cada enfermaria, permitindo à criança e acompanhante o arrumo de determinados os seus objectos pessoais.

Sala de Enfermagem

Disposta entre o berçário e a enfermaria D, esta sala encontra-se estrategicamente situada no centro do serviço.

Constituída por dois espaços no mesmo alinhamento e comunicando entre si pela abertura de uma porta.

O 1.º espaço funciona como um autêntico bastidor das enfermarias, em virtude de ser aqui que se encontram todos os materiais e medicação, necessárias ao tratamento das crianças.

Observamos aqui armários e bancadas forram completamente as paredes existentes para além de um carro de urgência. Centralmente existe uma marquesa,

destinada à prática de actos e manobras mais complicadas, agressivas que necessitam de maior privacidade e perigosidade.

O segundo espaço, ligeiramente menor que o primeiro, destina-se à gestão do enfermeiro chefe é concomitantemente o lugar de eleição de reunião da equipa de enfermagem, onde se faz a transmissão dos dados da evolução do estado de saúde da cada criança, ao longo dos diversos turnos.

Tem duas secretárias e várias cadeiras e armários que servem de arquivo para os processos dos doentes.

É neste núcleo que, não obstante as suas reduzidas dimensões, se reúnem os diversos profissionais, médicos e enfermeiros, onde são delineadas e discutidas as linhas mestras para o sucesso dos tratamentos, para além de terem lugar as conversas informais, permitindo um cordial e social ambiente de trabalho.

Gabinete Médico

Situado na ala esquerda do Serviço, no átrio que dá acesso à sala de actividades e copa.

Este gabinete, de dimensões reduzidas, luz directa, mobilado por uma secretária e duas mesas e respectivas cadeiras, é o espaço reservado ao Director de serviço e pertença exclusiva da restante Equipa Médica. Este é o único lugar do serviço em que as interferências de outros grupos profissionais e dos doentes não é visível, com a porta normalmente fechada.

Sala de Actividades

A última sala desta unidade, mais ampla, com cerca de 30 m², é um espaço aberto, com maior luminosidade natural e alegremente decorada por diversas cores vivas e múltiplos quadros suspensos das paredes, é denominada de sala de actividades.

No *hall* que lhe dá acesso e nela própria existem armários de grandes dimensões, que se destinam a guardar material lúdico, como sejam brinquedos, livros, etc..

O mobiliário está disposto de forma a satisfazer as necessidades físicas e sociais da criança. É constituído por uma mesa grande, encostada a uma das paredes,

que se destina a actividades de pintura, e ainda por três pequenas mesas redondas e respectivas cadeiras.

Trata-se de um espaço sociopeto, pois, quer o material, quer o mobiliário, estão colocados de forma a proporcionar a comunicação e a interacção entre as crianças.

Em virtude deste espaço ser destinado a crianças de diversos grupos etários, até aos sete anos de idade, verifica-se uma diversidade de materiais dispersos pela sala.

Na parede distal da sala de actividades encontra-se uma escada, em madeira que dá acesso ao sótão pré-fabricado, na tentativa de aumentar a área de arrumações, aproveitando o elevador “pé direito” da mesma. Esta escada está protegida por uma grade que, para além de impedir o acesso às crianças, foi transformada num elemento decorativo, servindo como suporte ao televisor aqui existente e ainda o seu “vão” foi aproveitado para fazer a “Casinha das Bonecas”.

A sala de brinquedos é um espaço onde a criança pode desenvolver actividades de diversa ordem, tendo em conta os aspectos formais da doença, o momento que a criança atravessa e o espaço disponível.

É frequente verificar a deslocação de camas a este espaço, facto que se prende com a necessidade de a criança ser obrigada a permanecer no leito.

As actividades aqui desenvolvidas são adequadas às suas idades e a sua execução é apenas restringida espacialmente. As principais opções recreativas da criança hospitalizada vão para os jogos, filmes de desenhos animados, legos, puzzles, actividades de expressão plástica, como pintura, colagem e desenhos infantis e livros, têm subjacente proporcionar uma ambiência lúdica com fácil acesso, sendo simples e adaptadas ao espaço disponível. O contributo de tais actividades tem também inerente lembrar determinadas épocas festivas. O fim último da ocupação do tempo livre da criança durante a hospitalização, passa por uma continuidade no seu desenvolvimento, tentando evitar situações negativas e proporcionar momentos agradáveis e profícuos durante esta experiência.

Dado a inexistência de refeitório, esta sala concomitante serve de local de refeição, até porque se encontra ao lado da copa, com a qual comunica directamente por uma porta.

As actividades efectuadas nesta sala pelas crianças são geralmente assistidas pela mãe, pai ou outro acompanhante, uma vez que os recursos humanos aqui

existentes são escassos, pois apenas existe uma educadora, com horário de trabalho, entre as 9 horas e as 17 horas, três dias e das 9 às 13 horas dois dias por semana e, não obstante insuficiente, ainda tem de dar apoio pontual ao serviço de pediatria de adolescentes.

Os materiais, após a saída da Educadora, nem sempre ficam fechados, facto não impeditivo da criança poder continuar a brincar, neste seu mundo – a sala de brinquedos.

Esta sala, pouco frequentada por enfermeiras, habitualmente pouco disponíveis, que se deslocando apenas por motivos de vigilância, administração de tratamentos ou controle de aparelhos, é claramente animada nos períodos em que o serviço recebe estudantes de enfermagem. Nestas alturas, o branco das batas sobressai neste espaço e, as alunas, sob orientação ideológica da sua Instituição Escolar, valorizam as interações lúdicas com as crianças, integrando-as como parte importante nos cuidados de enfermagem.

3.2.2.1. O modelo de produção de cuidados

O serviço de pediatria está aberto à urgência, por isso acolhe um grande número de diversas patologias não só de especialidades que pertencem a outros sectores hospitalares, mas por se tratar de crianças, concentram-se neste serviço.

O facto de existir um grande movimento de doentes acarreta, sem dúvida, um desgaste por parte dos profissionais no atendimento e conseqüentemente o desempenho de outras funções inerentes.

Apresenta uma produção de cuidados polivalentes, dada a diversidade de especialidades, desenvolvendo-se uma disciplina com disponibilidade técnica e científica, tentando reparar as situações agudas até à exaustão da cura.

Os pais neste serviço colaboram activamente nos cuidados aos seus filhos, não só numa tentativa de resposta às necessidades básicas, mas também na colocação de um termómetro, no acto de dar o “copo com a medicação” e estão ainda atentos minuciosamente a todas as alterações comportamentais da criança, transmitindo-as à enfermeira de serviço.

A análise de produção de cuidados, desdobra-se a partir da divisão do trabalho, inerente ao acto médico, sendo a partir deste que se sublinham os princípios da divisão das tarefas entre as categorias sócio-profissionais, médicos e enfermeiros,

facto que se reflecte devido ao serviço descrito, se apresentar dividido por letras que correspondem às diversas especialidades médicas existentes.

O modelo de produção de cuidados neste serviço rompe com o tradicional modelo de “organização de actividades”⁵⁰, não sendo prescindível o médico e o tratamento, talvez se enquadre no modelo clássico assistencial (Coe, 1973) que refere a doença como entidade técnica transitória, sublinhando que o doente tem um estatuto passivo.

A produção de cuidados depende da ideologia terapêutica adoptada no serviço e considera relevante a ideologia da terapeuta somática. Segundo o mesmo autor, o modelo de “interacção terapêutica “ é elemento chave na organização de um óptimo “meio terapêutico” no serviço hospitalar assenta na motivação que o doente tem de possuir para participar nos processos de interacção que fazem parte do tratamento, conduzindo a um intercâmbio com outros elementos da equipa, que assumem, de igual modo, importância no sucesso da terapia do doente (Fridson, 1998, citado por Carapinheiro).

O envolvimento da equipa multidisciplinar no êxito da cura são elementos, chave no processo da doença, amortecendo sem dúvida o impacto da doença vivida em meio hospitalar.

Após uma breve reflexão, estas duas tipologias serviram apenas como ponto de partida para a análise deste serviço, pensando que serão duas modalidades possíveis que apesar de diferentes, se aproximam quanto à sua caracterização.

⁵⁰ Saberes e poderes no hospital, Porto afrontamento. Cf. (Carapinheiro, G., 1998, p. 107).

CAPÍTULO IV

A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA

1. CAMPO DE ANÁLISE

A opção pelo contexto hospitalar decorre do campo empírico do estudo e do nosso interesse em investigar as necessidades e direitos da criança hospitalizada. Desde logo, um dos pressupostos de que partimos é de que o espaço institucional que representa o hospital se materializa e concretiza na produção e consolidação de respostas às necessidades e direitos da criança hospitalizada.

Por outro lado, a condição hospitalar da criança, enquanto internada, gera a sua dependência sócio-cultural na instituição, facto que deveria contribuir e motivar para que se identificasse de que modo pode a instituição hospitalar responder aos interesses, expectativas, necessidades e direitos da criança. Como revimos na literatura consultada, as potencialidades em termos de bem-estar durante o internamento compreende uma resposta planeada e organizada que minimize os constrangimentos da hospitalização e promova a ocupação do seu tempo livre no hospital com qualidade.

Após a decisão pelo campo empírico de análise, seleccionaram-se para o estudo de caso dois Hospitais Centrais: um Especializado em crianças e outro, hospital Geral com unidade de pediatria.

Os critérios que determinaram a escolha dos hospitais resultaram da conjugação de dois objectivos: por um lado, permitir conhecer a realidade social destes hospitais, abrangendo os contextos organizacionais e tradicionais, ao observar e identificar o efeito diferenciador sobre os contextos mais específicos constituídos pelas unidades de observação; por outro abranger a máxima diversidade entre as categorias profissionais (médicos, enfermeiros e educadores) e acompanhantes das crianças das unidades hospitalares e ainda abranger a máximo número possível de crianças internadas.

A questão etária das crianças foi, desde início, considerado de particular relevância para as opções metodológicas, dado constituir uma necessidade as crianças poderem responder ao respectivo questionário.

Como unidades de observação, foram seleccionados, em cada um dos dois hospitais, o serviço de pediatria médica, e a unidade pediatria/pediatria adolescente de outro.

A escolha dos Serviços recaiu igualmente na abrangência das idades das crianças, já que, no hospital Maria Pia, a pediatria médica engloba crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 18 anos, enquanto que o hospital de São Marcos, possui uma unidade de pediatria, dividida em dois sectores que compreende dois grupos etários, um a pediatria que abrange crianças com idades compreendidas entre o primeiro mês de vida e os 7 anos de idade e outra unidade, a Pediatria Adolescentes, entre os 8 e 16 anos de idade. Estabeleceram-se, assim duas unidades de observação: uma unidade de pediatria médica e uma unidade de pediatria/ pediatria adolescentes.

A recolha de informação recaiu em dois períodos, dado que, no primeiro os questionários entregues em auto-administração não constituíram o número necessário à prossecução do estudo. Assim, para o efeito, a investigadora pediu novamente autorização às instituições para efectuar uma segunda recolha de informação. O primeiro período reporta-se de 1 de Abril a 14 de Maio de 2002 e o segundo, de 10 a 17 de Março de 2003.

Após a presente etapa de selecção das unidades de observação ficou concluída a delimitação do campo social concreto em que a investigação decorreu.

2. O ESTUDO DE CASO

Segundo Almeida e Freire (1997, p. 72), um plano é *“um conjunto de procedimentos e orientações a que a investigação deve obedecer, tendo em vista o rigor e o valor prático da informação escolhida”*.

No decurso da investigação, este plano tornou-se numa mais-valia, como instrumento base de orientação. A decisão metodológica centrou-se num “estudo de caso” de perspectiva comparativa. Este pode definir-se como *“o exame dado que assenta num fenómeno específico, tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição, ou um grupo social”* (Merriam, 1998, p. 9), ou então, um *“fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto real de vida, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes”* (Yin, 1994, p. 13).

Qualquer uma destas definições, considera que o que especifica o estudo de caso, é a natureza singular do objecto de incidência da investigação, e não o seu modo operatório (Stake, 1998). Aquilo que o diferencia de outros “*desenhos ou formatos metodológicos é o facto de se situar numa unidade — ou sistema integrado*” (Stake, 1995, p. 2), que visa conhecer na sua globalidade: pessoa, acontecimento ou organização.

Para Merriam (1998), o estudo holístico de uma “*organização concreta pode ser feito a partir de uma abordagem funcionalista, interpretativa ou crítica*”. Antes de mais, “*os casos são estudados normalmente, enquanto tais e não como meras expressões do geral*” (Gonçalves, 1998, p. 86). Mais do que generalizar, pretendemos contribuir com algumas reflexões que marcam, sem dúvida, o dia-a-dia da criança enquanto internada, e que, inquestionavelmente, constitui um verdadeiro problema social.

Partindo do princípio “*que um todo, por norma, se pode dividir em partes e, concomitantemente, constituir-se apenas por interacção delas. É este o caminho que procuramos desenvolver sendo nosso objectivo ajudar a construir um bocado de um todo que, naturalmente, muitos como nós perseguem conscientes de que muitos dos processos e lógicas do foro geral, foram descortinados não a partir de vastos estudos extensivos mas no decorrer de apurados estudos intensivos de casos*” (Gonçalves, 1998, p. 87). São estas as razões que nos levaram a optar por um estudo de caso, para além de que, só ele poderá responder ao desejo de realizar a nossa investigação empírica sobre a temática central do estudo no contexto onde exercemos a nossa actividade profissional, e da qual não nos podemos demitir.

Naturalmente que os resultados a que o estudo nos conduz, não podem ser extrapolados para outras realidades, que não estas. Tal decorre do facto de se tratar de um estudo de caso não passível de inferência para outros casos, outros hospitais (Yin, 1994).

3. OBJECTIVOS E HIPÓTESE DE ESTUDO

Depois de delimitado o problema e a área específica a estudar, pretendemos neste capítulo, referir os aspectos metodológicos utilizados neste estudo. Na perspectiva de (Polit e Hungler, 1995) estes aspectos são essenciais em qualquer investigação de carácter científico.

A metodologia tem subjacente o estudo e a investigação sobre os métodos mais apropriados para a recolha, tratamento e análise dos dados. É a operacionalização do método, através de processos e técnicas que permitem ao investigador intervir na realidade (Ferrari, 1982). Este processo consiste na observação e análise da realidade e interpretação inferencial. O método implica uma ordenação e racionalidades com o objectivo de atingir a realidade dos factos (Quivy, 1992). No entanto, por se encontrar vários métodos e técnicas à disposição do investigador, este, para efectuar o seu estudo, deve optar pela metodologia que mais se coaduna ao seu objecto de estudo, ou seja, aquilo que se pretende investigar.

Desta forma, para a realização deste estudo procedeu-se, inicialmente, a um levantamento de obras, artigos e textos, que aludissem a temática que iria abordar, nomeadamente, os aspectos psicossociais face à hospitalização da criança, o fenómeno do tempo livre da criança hospitalizada, as actividades lúdicas em contexto hospitalar, tendo por objectivo analisar os dados dos contextos hospitalares estudados e ter uma visão mais compreensiva das dificuldades de integração da criança/família no hospital. O que inicialmente era uma questão, um problema, associados à crescente necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos no campo de acção, transformou-se num esboço de projecto que mais tarde, originou um plano de investigação, com os seguintes objectivos:

- Identificar e fazer uma análise comparativa da imagem que os actores sociais - médicos, enfermeiros, educadores e acompanhantes - do serviço de pediatria médica do hospital Maria Pia (Porto) e da unidade de pediatria (Braga) têm face às necessidades e direitos da criança hospitalizada. Esta análise basear-se-á na comparação dos aspectos/variáveis que consideramos especialmente significativos para a identificação da qualidade do internamento da criança hospitalizada;

- Relacionar os dados obtidos através do inquérito realizado aos profissionais de saúde e acompanhantes da criança com a realidade hospitalar e social (i.e., espaços, organização, funcionamento) das unidades pediátricas dos dois hospitais, com o objectivo de estimar qual a consciencialização e sensibilidade dos vários actores sociais relativamente às condições e estruturas hospitalares que podem contribuir para o bem-estar da criança hospitalizada e qualidade da resposta às suas necessidades e direitos;

- descrever, analisar e identificar os hábitos e preferências das crianças relativamente às actividades lúdicas (i.e., as desejadas, preferidas e preteridas) durante o tempo livre, enquanto hospitalizadas;

Na opinião de Quivy e Campenhoudt, (1998, p. 119), a “*organização de uma investigação, em torno de hipóteses de trabalho, constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor*”, daí que, “*um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação, se não se estruturar em torno de uma ou várias hipóteses*”.

Tendo em consideração os objectivos, quer gerais, quer específicos, e as características do nosso estudo, formulamos uma hipótese geral centrada nas condições oferecidas pelos serviços pediátricos dos dois hospitais — serviço de pediatria médica do hospital do Porto e unidade de pediatria do de Braga — e as relações que se podem estabelecer entre estas condições e a imagem que possuem profissionais (médicos, enfermeiros e educadoras) e acompanhantes (maioritariamente pais).

Assim sendo, a hipótese que estabelecemos é de que a imagem dos profissionais de saúde e dos acompanhantes se relaciona com a importância/valor atribuído às necessidades e direitos da criança durante o período de internamento e com a adequação das condições oferecidas pelos diferentes serviços hospitalares.

Subsidiariamente à hipótese em estudo, considerámos ser útil conhecer as opiniões das crianças relativamente às actividades de ocupação nos tempos livres. Neste sentido, a partir das opiniões expressas pelas crianças e através da análise às questões que incidiram especificamente sobre as actividades desejadas, preferidas e preteridas, foi possível registar a voz das crianças sobre um dos aspectos do seu quotidiano hospitalar, permitindo outra caracterização das vivências ligadas ao internamento.

No conjunto dos aspectos sobre os quais nos debruçamos, as opiniões das crianças sobre as actividades desejadas, preferidas e preteridas constituem porém um tema a explorar com maior detalhe em futuros trabalhos, uma vez que no âmbito deste trabalho de mestrado se privilegiou o tratamento das imagens dos profissionais envolvidos nos cuidados pediátricos e acompanhantes das crianças internadas.

Contudo, secundando vários investigadores, quisemos salientar a importância que a ocupação dos tempos livres assume no internamento; daí, a decisão de incluir alguns dados relativos às opiniões das crianças sobre as actividades em que ocupam os seus tempos livres durante a hospitalização.

3.1. Variáveis

A ciência constitui uma actividade que implica lidar com variáveis, sendo estas constituídas por certos atributos, ou valores, necessários à compreensão do facto ou fenómeno que está sendo averiguado.

No que concerne ao seu relacionamento, as variáveis podem estar relacionadas entre si como estímulos e consequências ou por outras propriedades relacionadas (causa/efeito, produtor/produto, em termos de hipóteses ou confirmações que possibilitem explicar os diversos processos de interacção (Ferrari, 1982).

A variável é uma característica que pode apresentar mais do que um valor e daí que a variável dependente se altera em função do resultado da manipulação de uma ou mais variáveis independentes (Dempsey, 2000).

Neste estudo, a variável dependente é “a imagem que os profissionais que intervêm directamente no acompanhamento da criança hospitalizada e os acompanhantes/tutelares das crianças possuem face à qualidade do internamento e bem-estar da criança hospitalizada”.

Para tal foram inquiridos tanto os profissionais como os acompanhantes em relação aos quais se colocaram uma série de questões que visaram, de alguma forma, tentar dar resposta a esta questão, em termos globais. Vários são os aspectos que, no seu todo, a ela pretendem dar uma resposta.

As variáveis independentes são, por seu lado, o grupo em estudo (profissionais e acompanhantes) e o serviço de pediatria médica (Porto) e a unidade de pediatria (Braga).

A prestação de cuidados hospitalares e a definição de qualidade engloba a análise de um conjunto diversificado de componentes entre os quais situamos: o conforto, a proximidade e uso dos seus objectos pessoais, a privacidade e organização do espaço da criança, a permanência e acesso dos acompanhamentos/pais ou familiares, a qualidade da ocupação do tempo com actividades livres e/ou orientadas com supervisão de educadores e/ou professores, a flexibilização ou alargamento dos horários para actividades lúdicas, a existência de salas de actividades recreativas por grupo etário.

A par de outras componentes, os aspectos acima referidos constituem categorias que consideramos básicas para a identificação da qualidade dos cuidados à criança hospitalizada, bem como a resposta às necessidades e direitos da criança hospitalizada. Não sendo unidades isoladas prevemos que possam reflectir a tendência observada noutros aspectos que estarão mais especificamente relacionados com cada uma destas dimensões/categorias.

Para uma leitura mais perceptível e transparente dos dados obtidos apresentaremos tabelas globais, mas iremos centrar-nos nas categorias acima particularizadas, com o objectivo de focalizar a nossa atenção em aspectos que consideramos essenciais, sem os quais outros não poderão ser realizados.

3.2. As técnicas de recolha de informação

Para a recolha de informação foi adoptada como técnica central, o inquérito por questionário e numa técnica paralela, a observação directa. Como técnica central privilegiou-se o questionário pois o seu prestígio relaciona-se, com “*o quadro de uma sociedade e de uma ciência dominadas pelas lógicas formal e burocrático-racional, mais apropriadas à captação dos aspectos contabilizáveis dos fenómenos*”⁵¹.

O procedimento técnico mais utilizado, em determinadas investigações académicas, segundo Pinto (1995,p.183) “*continua a ser o do inquérito por questionário e amostragem, em que os inquiridos são solicitados a prestar, verbalmente ou por escrito, informações sobre a sua posição, opiniões e atitudes*”⁵². O questionário, segundo Gil (1995), pode definir-se como sendo a técnica de

⁵¹ O inquérito por questionário, in Silva e Pinto (orgs.) “Metodologia das Ciências Sociais”, Porto, 6.ª Edição, Afrontamento, p. 167 – 168.

⁵² A televisão no quotidiano das crianças. Tese de Doutoramento em Ciências da Comunicação, apresentado à Universidade do Minho (Pinto, M., 1995, p. 182 – 227).

investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões, apresentadas por escrito aos entrevistados, com o objectivo de conhecer as suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas entre outros.

Para que este *“instrumento seja capaz de produzir a informação adequada deverá conter perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos e formulá-las com o máximo de precisão. Esta precisão não é obtida imediatamente; é necessário testar o instrumento de observação”* (Quivy, 1992, p. 183), submetido previamente a um pré-teste aplicado aos profissionais de Saúde, a crianças dos 11 anos aos treze anos e respectivos acompanhantes com características idênticas às da população em estudo.

“(...) o pré-teste não visa captar qualquer dos aspectos que constituem os objectivos do levantamento. Não pode trazer nenhum resultado referente a esses objectivos. Ele está centrado na avaliação dos instrumentos enquanto tais, visando garantir que meçam exactamente aquilo que pretendem medir.” (Gil, 1995, p. 95).

Assim, como instrumento de recolha de informação optou-se pela aplicação de um questionário *“(...) técnica de colheita de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas (...)”* (Gil, 1995, p. 90), o qual possibilita a formulação de perguntas fechadas e abertas (Azevedo, 1994).

Os questionários utilizados neste estudo dirigidos aos “profissionais” (Anexo VIII) e “acompanhantes” (Anexo IX), apresentam uma folha de rosto onde, a par com algumas explicações sucintas, se garante o anonimato das respostas.

Quando reflectimos sobre o caminho a percorrer, inclinámo-nos para a escolha de uma metodologia quantitativa. Logicamente, o inquérito por questionário, é o instrumento ideal, adaptando-se à pesquisa e possibilitando aos inquiridos flexibilidade na sua concretização, dado que permite o seu preenchimento, tanto aos “profissionais” como aos “acompanhantes”, apenas quando tenham oportunidade de o fazer dado o contexto de inter-acção decorrer no hospital.

Este instrumento pressupõe identificar a realidade social das unidades de Pediatria, através da imagem que os “profissionais” e “acompanhantes” possuíam, quer sobre o serviço onde se encontram a exercer funções, quer face aos direitos e necessidades da criança hospitalizada,

O instrumento de recolha de informação aplicado às crianças consistiu também num inquérito por questionário (Anexo X), o qual possibilita de igual modo, a resposta, logo que as suas condições de saúde o permitam. Este instrumento pretende auxiliar a compreensão do tipo de actividades concretas que as crianças desenvolvem no seu processo de internamento, isto é, na ocupação do seu tempo livre.

Perante a necessidade de explorar um terreno, em que os dados escasseavam⁵³ no que se refere às necessidades e direitos da criança hospitalizada, às actividades quotidianas, à brincadeira, ao acesso (e uso) de certo tipo de equipamentos utilizados na actividade lúdica, às suas preferências de géneros e desejos, etc., optamos pelo recurso, numa primeira fase, ao inquérito por questionário auto-administrado junto dos “profissionais”, crianças e “acompanhantes” nas referidas unidades de pediatria de ambos os hospitais.

Assim, os questionários para os “profissionais” (Médicos, Enfermeiras e Educadoras) foram entregues às Sras. Enfermeiras-Chefe dos respectivos serviços de ambas as Instituições. Os questionários, para as crianças e “acompanhantes” foram entregues às Educadoras dos mesmos serviços, excepto na “Unidade de Pediatria Adolescentes” do “Hospital de São Marcos”, onde foram também entregues à Sra. Enfermeira-Chefe, por não haver aqui educadora fixa, como já foi mencionado.

Em simultâneo, foi distribuído um guia de orientação para o preenchimento dos questionários às crianças (Anexo XI).

O seu preenchimento demorou aproximadamente entre 25 a 45 minutos, foi voluntário e anónimo, respeitando o princípio da confidencialidade (fica assegurado a não revelação da identidade do actor) e o princípio da liberdade para decidir em participar (Polit, 1985); deve assegurar-se que os direitos dos inquiridos sejam protegidos.

Os instrumentos de recolha de dados são meios usados pelo investigador para efectuar a colheita necessária e válida que permite a realização do trabalho. Toda a acção de pesquisa se traduz na pergunta. Por isso, todas as regras metodológicas têm como objectivo exclusivo o de esclarecer o modo de obtenção das respostas. Assim, pensa (Ferreira, 1986, *in* Silva e Pinto, p. 156). A resposta ao questionário por parte das crianças e “acompanhantes” decorreu ora na sala de actividades, ora na enfermaria.

⁵³ Os inquéritos sobre os modos de vida das crianças no hospital, as suas opiniões e aspirações, não são muito falados. De facto, sabe-se pouco como vivem as crianças o seu quotidiano hospitalar, como brincam, como e onde ocupam o seu tempo livre e o que desejam fazer.

O material recolhido foi tratado utilizando-se, para este efeito, uma folha de cálculo no programa estatístico denominado SPSS (“*Statistical Package for Social Sciences*”).

O questionário dirigido aos “profissionais” e “acompanhantes”, é constituído, predominantemente por questões fechadas, em número de cinco. É de referir que o questionário quer dos “profissionais” quer dos “acompanhantes”, contêm as mesmas perguntas.

Procedemos à análise de conteúdo, a uma questão de carácter “aberto”, a única do questionário, a questão J nos “profissionais” e a questão D nos “acompanhantes”, de modo a possibilitar que se captasse uma opinião que é de cunho pessoal. Tentamos recolher a análise da informação de maneira a que os resultados que obtivemos correspondessem às inquietações que estiveram na sua proveniência. Entendemos poder ser profícuo considerar os “acompanhantes”, no contexto em apreço, o que dá outra visão complementar do internamento das crianças. Daí que efectuemos um tratamento em tudo semelhante ao que foi realizado para os “profissionais”.

Por outro lado, o questionário dirigido às crianças, é constituído, essencialmente, por questões de carácter fechado em número de doze e em número de três por questões de carácter aberto, que são, as questões número quatro, número sete e número oito do referido questionário. Possibilita-se, por conseguinte, efectuar uma análise de conteúdo relativamente às actividades desejadas, preferidas e preteridas das crianças durante o internamento hospitalar.

O registo dos questionários foi efectuada em duas vertentes, por um lado centramo-nos na particularidade de cada questão colocada e, por outro, nos diversos cruzamentos que as informações recolhidas nos transmitem, de forma a perspectivar os pontos de interligação favoráveis aos nossos objectivos.

O conjunto dos resultados a que chegamos após o estudo estatístico dos inquéritos será continuamente apresentado de forma descritiva e sistemática, apelando à representação gráfica dos dados e das suas, naturais conclusões que eles, espontaneamente possibilitam avançar.

Para finalizar é de referir que não pretendemos com este estudo concluir generalizações ao conjunto das crianças e “acompanhantes” internadas em serviços de pediatria, assim como, globalmente, inferir condições que os serviços de pediatria apresentem face às necessidades e direitos da criança hospitalizada. Pretendemos,

apenas, focalizar a nossa atenção, especificamente, nestes dois hospitais, nos referidos serviços apresentados e comparar a sua realidade, canalizando, em simultâneo, a atenção, no processo de ocupação do tempo, especialmente do tempo livre, por parte das crianças. Foi também nosso intuito que as circunstâncias no momento do preenchimento do questionário às crianças não suscitassem situações passíveis de influenciar as respostas, promovendo que o questionário originasse interesse.

Neste quadro, perante a oportunidade de prestar informações e de emitir opiniões acerca da estrutura hospitalar e de sua organização simbólica, salienta-se que, de um modo geral, logramos obter uma participação activa, positiva e motivada, por parte das crianças internadas.

Segundo Pinto (1995, p. 208), a investigação em ciências sociais, fundada, embora na necessidade de uma “ruptura epistemológica”, em lugar de cavar um fosso entre o investigador e a realidade investigada inaugura, sucessivamente, novos campos de trocas simbólicas. Os actores sociais, grupos e indivíduos, não são objectos “reificados” mas, entidades dotadas de capacidade reflexiva, capazes de incorporar e assimilar as pastas e os significados de pesquisa.

3.3. População/Amostra

O primeiro passo que demos antes do contacto directo com as crianças, “profissionais” e “acompanhantes”, foi a solicitação por escrito aos Presidentes do Conselho de Administração do “Hospital Maria Pia”, no Porto (Anexo XII), e do “Hospital de S. Marcos”, em Braga (Anexo XIII), apresentando, sumariamente, os objectivos da investigação e requerendo autorização para efectuar o inquérito, por questionário, aos profissionais dos respectivos serviços, de pediatria médica, pediatria e pediatria de adolescentes. De seguida, contactamos com a Sra. Enfermeira-Directora e Enfermeira-Chefe do “Hospital Maria Pia” e, com a Directora-Clínica da Unidade de Pediatria do “Hospital de São Marcos” e Enfermeiras-Chefes dos supracitados serviços deste mesmo hospital e, mais uma vez, foi explicitado o objectivo da investigação que pressupunha um estudo sobre a vida quotidiana das crianças internadas.

Para tal foi solicitada a colaboração de todos os interessados. O endereçamento do pedido de colaboração seguiu várias vias: num caso, foi veiculado por enfermeiros conhecidos da investigadora, cujas funções a fazia ter ligações com os diversos “profissionais”; noutro caso, esta solicitação chegou mesmo a ter mais de

um intermediário: o Enfermeiro-Chefe passava a informação a outros que, por sua vez, a dava a conhecer a terceiros. Os primeiros contactos foram ganhando forma a partir de Dezembro de 2001, em estreito contacto com as instituições, isto é, os Enfermeiros-Chefes e outros “profissionais” onde se pretendia efectuar o referido estudo.

Após concebido o caminho a percorrer de forma a analisar e compreender o quotidiano da criança internada, iniciámos os contactos e observação do ambiente social dos serviços. Esta etapa foi constituída por um exercício de reflexão da investigadora no terreno, cujo objectivo passava por analisar os aspectos sobre os quais pretendíamos obter informação. Contudo, é de salientar que, relativamente ao serviço de pediatria médica do “Hospital Maria Pia” este serviço já era conhecido da investigadora em virtude de lá ter efectuado estágio enquanto profissional de enfermagem.

Por “população” considera-se *“o conjunto de todos os indivíduos que se pretende estudar em função de determinada propriedade. Não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos, é também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico, social e no tempo”* (Quivy, 1992, p. 159). Relativamente à constituição da amostra, importa sublinhar que a nossa preocupação não residiu, essencialmente, em criar condições de representatividade e de significância estatística (embora tal não tenha estado arredado do nosso âmbito); também não se pretendeu efectuar inferências estatísticas, face à população considerada, a partir dos resultados obtidos. Em sua substituição, pretendeu-se, descrever opiniões, inventariar, analisar e estabelecer, por sua vez, relações para patentear o alcance heurístico de certas singularidades e definir as características de um campo de pesquisa pouco explorado. A população circunscreveu-se aos Serviço de pediatria médica e à unidade de pediatria/ pediatria adolescentes dos já mencionados hospitais.

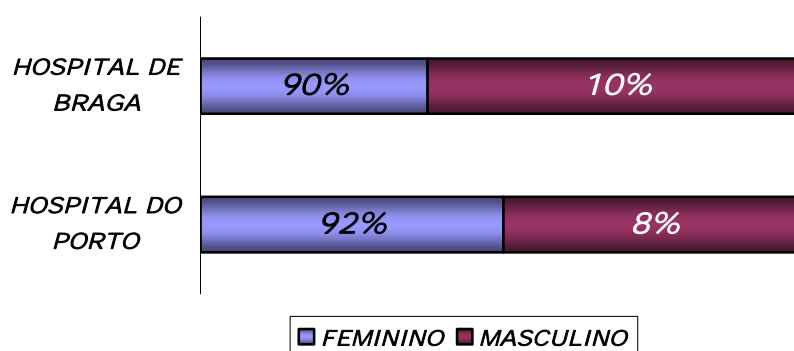
A amostra constituída teve como inquiridos, os “profissionais”, em número de 36 no Porto e em número de 31 em Braga, que exercem funções nos referidos serviços de pediatria dos dois hospitais, as “crianças” internadas com idades entre os 7 e 13 anos, em número de 16 no Porto e em número de 20 em Braga e respectivos “acompanhantes”, sendo em número de 16 no Porto e em número de 19 em Braga.

Os critérios de inclusão para a participação no estudo, por parte das crianças, encontravam-se balizados entre os sete e os treze anos de idade⁵⁴ e com mais de 24 horas de internamento⁵⁵. As condições de saúde necessárias para lhes permitirem responder, a livre vontade e a respectiva autorização, por escrito, dos pais e/ou “acompanhantes” para participarem no estudo.

O nosso propósito neste momento, é proceder a uma caracterização completa dos grupos dos “profissionais”, do “Hospital Central Especializado” em crianças Maria Pia”, Porto, e do “Hospital de S. Marcos”, Braga, no que concerne às principais variáveis de índole demográfica, fazendo a comparação em simultâneo destas duas realidades.

Profissionais:

Gráfico 1 – Distribuição por Sexo (Profissionais)



Fonte: Questionários

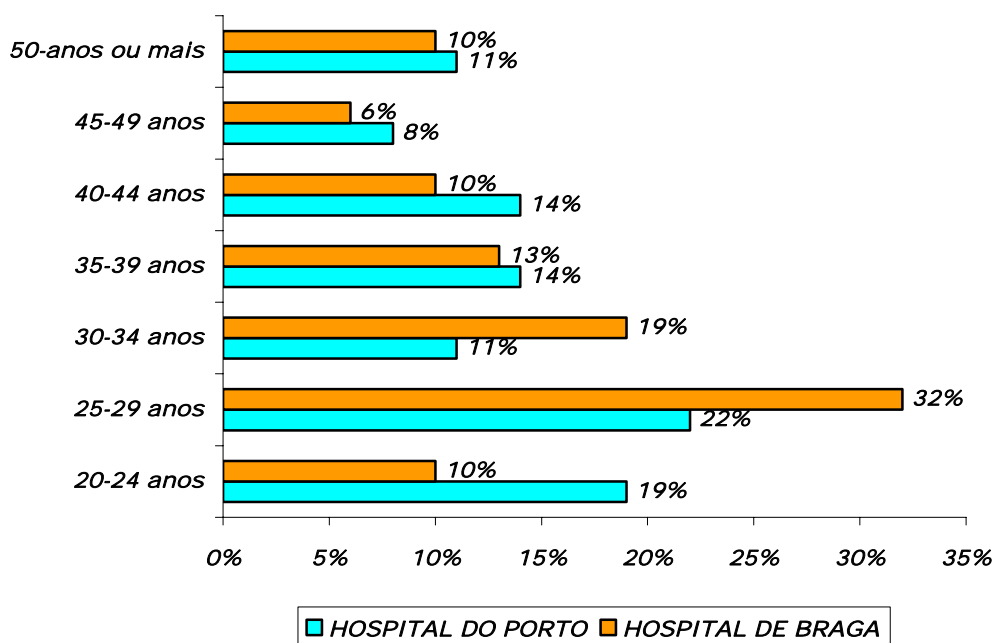
O universo dos “profissionais” (gráfico 1) a quem passámos o inquérito no hospital Porto é claramente dominado pelo sexo feminino, com 33 inquiridos, representando cerca de 92% deste grupo de 36. Apenas 3 inquiridos são do sexo masculino.

⁵⁴ Nesta etapa de desenvolvimento, a maioria das crianças, passa por uma fase especial de desenvolvimento simbólico ou semiótico, em que as imagens mentais já lhes permitem adquirir um conhecimento dos diversos sistemas simbólicos do seu ambiente em que o contributo da escolarização vai adquirindo sistemas que se referem a símbolos, linguagem, escrita (Pinto, 1995).

⁵⁵ No que se refere às crianças, importa salientar que o grupo a estudar, estivesse preparado para encarar um questionário, compreendendo-o de forma a serem exequíveis as suas respostas. (Corsaro, W., 1997) defende que o período de idades entre os 7 e os 13 anos de idade como aconselhável para efectuar investigações com crianças.

Já no Hospital de Braga, a distribuição por sexo segue um peso, em tudo semelhante à do Porto, cerca de 90% (28 inquiridos) são do sexo feminino e só 3 são do sexo masculino (quase 10%).

Gráfico 2 - Distribuição Por Idade (Profissionais)



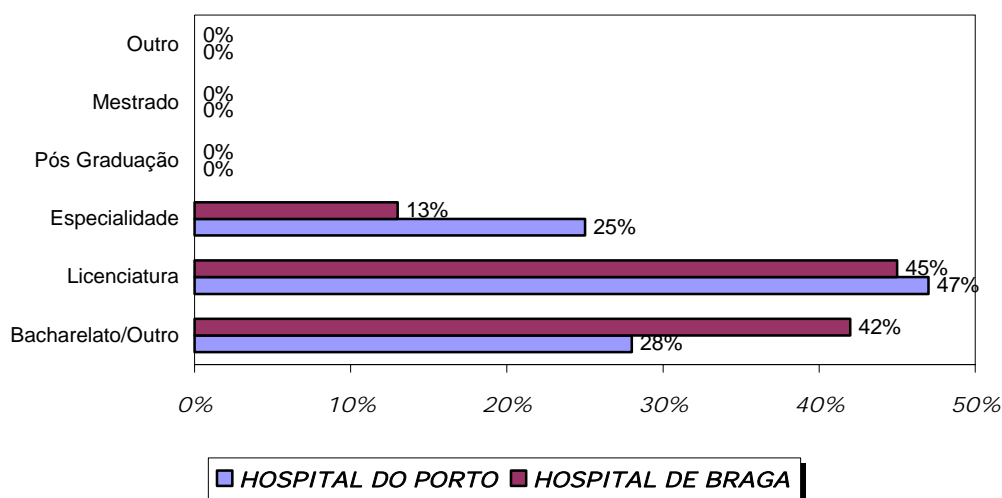
Fonte: Questionários

No que concerne à idade dos inquiridos deste grupo (gráfico 2), no hospital do Porto salienta-se que, na sua maioria possui entre 25 a 29 anos (com 22%), sendo ainda de registar a faixa etária dos 20 aos 24 anos (aproximadamente 19%) e ainda as faixas dos 35 aos 39 anos e dos 40 aos 44 anos com 5 inquiridos cada a que corresponde a mesma percentagem de 14%.

Continuamos a verificar que no hospital de Braga a faixa etária prevalecente volta a ser a dos 25 aos 29 anos com 10 inquiridos, (32%, aproximadamente). De seguida, vem a faixa dos 30 aos 34 anos, com de 19%, (6 inquiridos); 4 na faixa etária de 35 a 39 anos (13%, sensivelmente); 3 inquiridos nas faixas etárias de 20 a 24 anos e de 40 a 44 anos de idade bem como de 50 ou mais anos, todas com 9%, aproximado.

Da análise do gráfico podemos depreender que a população de “profissionais” é ligeiramente mais envelhecida no hospital de Braga do que no hospital do Porto, com principal incidência no grupo etário dos 30/34 anos.

Gráfico 3 – Distribuição por Grau Académico (Profissionais)



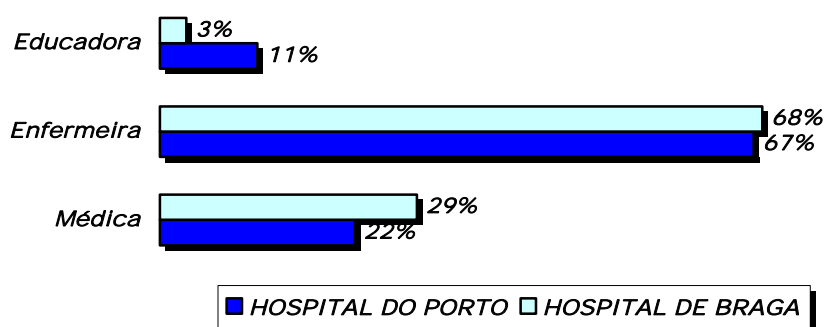
Fonte: Questionários

Em relação às habilitações literárias (gráfico 3) possuídas pelos profissionais inquiridos no hospital do Porto, salienta-se o facto de, as predominantes serem o bacharelato com 10 inquiridos, (27%, aproximadamente), enquanto que no hospital de Braga, 13 inquiridos, (cerca de 42%) tem o “Bacharelato/Outro.

A licenciatura no hospital do Porto, com 17 inquiridos, corresponde a uma maior prevalência neste elenco, com aproximadamente 47% do total dos profissionais, e de igual modo, no hospital de Braga, o mesmo grau, é prevacente com 14 inquiridos, representando 45%, aproximadamente, verificando-se neste patamar uma semelhança acentuada e uma preocupação acentuada na valorização em termos científicos dos enfermeiros e em acompanhar o progresso da carreira.

Ainda no hospital de Braga verificamos, e no que concerne às habilitações literárias possuídas, que 4 profissionais, (cerca de 13%), possuem a “Especialidade”.

Gráfico 4 – Distribuição por Actividade Profissional (Profissionais)

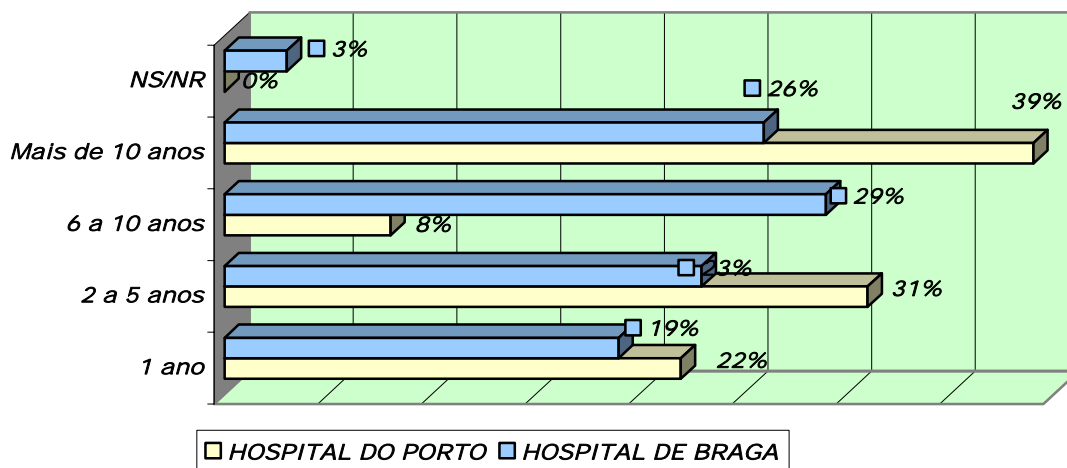


Fonte: Questionários

O grupo profissional mais representativo é, sem dúvida, o de Enfermeiro, como pode ser facilmente constatado na leitura do gráfico 4, onde a variação segue praticamente igual nos dois hospitais, com 67% (24 inquiridos) no Porto e cerca de 68% (21 inquiridos) em Braga. Facto que se prende, com o número de enfermeiros necessários por turno para acompanharem e prestarem cuidados à criança no seu internamento durante as 24 horas. Normalmente é sempre em número de dois, nunca inferior de modo a poderem dar resposta às necessidades das crianças. É ainda relevante a responsabilidade deste grupo estar atento a todas as alterações das crianças e comunicá-las ao médico de permanência e ou à equipa de urgência.

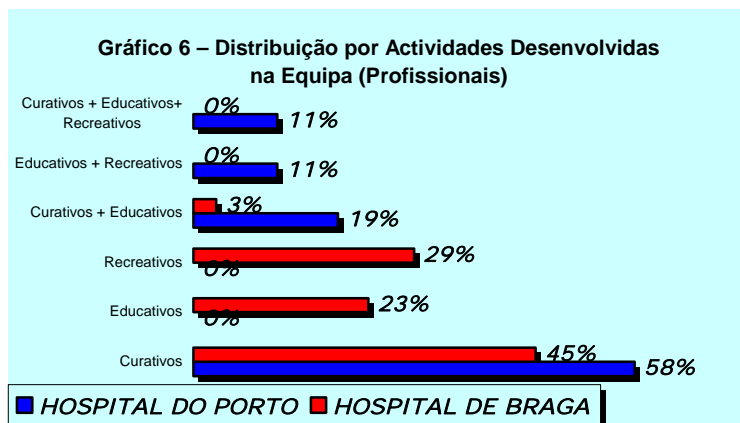
Relativamente à actividade de “médico”, foram 8 os inquiridos (aproximadamente, 22%) pertencentes a este grupo profissional no hospital do Porto e 9 (cerca de 29%) no hospital de Braga. Relativamente a este grupo profissional verificamos que são em menor número que os enfermeiros, dado a sua distribuição em termos de metodologia de trabalho ser concentrado no período da manhã, devido às inúmeras rotinas que se efectuam de manhã, exemplo disto, é não só o requisitar como também avaliar, quer os exames, quer análises, medicar e concomitantemente efectuar as necessárias avaliações das crianças que lhe estão adstritas, etc.... Durante os restantes períodos do dia as necessidades de saúde da criança são asseguradas pelos médicos que ficam de permanência, isto é, no hospital do Porto, permanecem no serviço até às 16 horas e no hospital de Braga permanecem até às 20 horas. Salienta-se contudo, que a partir das referidas horas fica o serviço de urgência a dar resposta, quer num hospital, quer noutro, às solicitações dos enfermeiros aquando da identificação de situações urgentes, procedendo-se às suas deslocações aos serviços.

Gráfico 5 – Distribuição por Tempo de Actividade (Profissionais)



Fonte: Questionários

É notório que os profissionais trabalham há mais tempo no hospital do Porto, em pediatria, que no hospital de Braga. Assim, e na leitura do gráfico 5, evidencia-se haver percentagens superiores nos grupos dos profissionais com, “mais de 10 anos” e de “1 a 5 anos” de tempo de actividade em pediatria no Porto, enquanto que em Braga, esta percentagem só é superior no grupo dos “6 a 10 anos”.



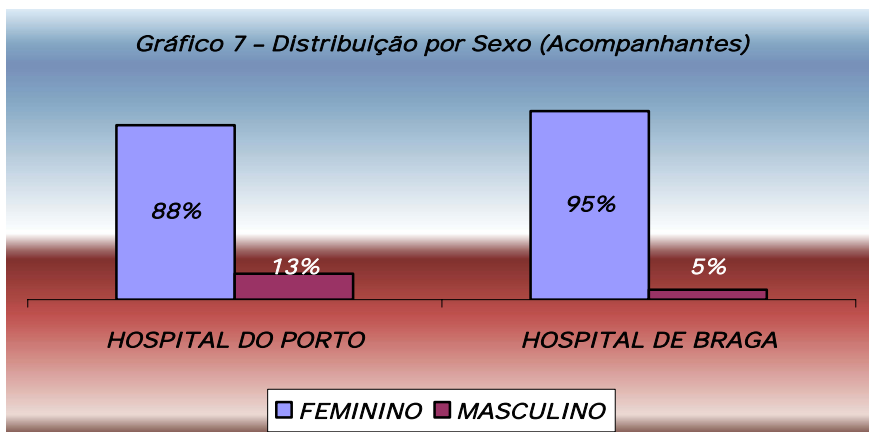
Fonte: Questionários

Quer no hospital do Porto, quer no hospital de Braga as actividades curativas são sem dúvida as mais representativas (gráfico 6), sendo as suas percentagens de 58% e 45% respectivamente, valores estes esperados face ao numero superior de profissionais de “enfermeiras” e “médicos”.

Interessante se torna a grande diferenciação referente às outras actividades, onde a sua importância é significativa em relação às actividades “educativas” e “recreativas”, enquanto avaliadas em separado, pois os 23% e os 29% no hospital de Braga contrastam de forma inequívoca com os 0% observados no hospital do Porto.

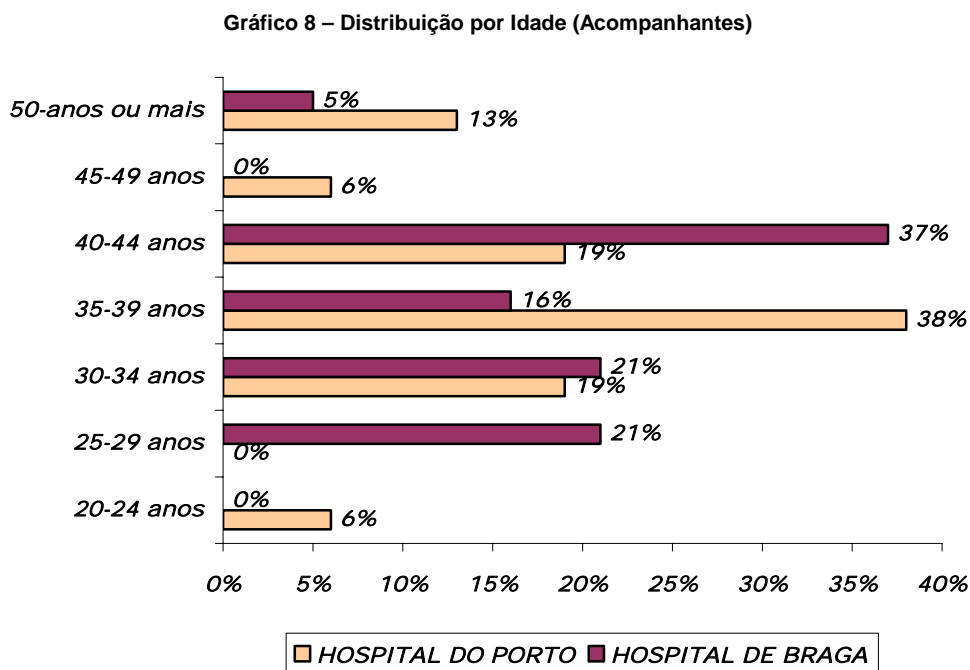
Em contraste, verifica-se, apesar de em percentagens menores, tendência inversa entre os dois hospitais, na avaliação das actividades educativas e recreativas enquanto observadas no seu conjunto.

Acompanhantes:



Fonte: Questionários

O grupo dos “acompanhantes” (gráfico 7), tal como já sucedia com o grupo dos profissionais, a sua maioria, constituído por inquiridos do sexo feminino é: 14 (88%) no hospital do Porto e os restantes inquiridos do sexo masculino, aproximadamente 13%. O hospital de Braga segue a mesma tendência, com 18 (95%) de inquiridos do sexo femininos e apenas 1 (5%) inquirido é do sexo masculino.



Fonte: Questionários

A variação da idade dos acompanhantes (gráfico 8) é balizada entre os 35 e os 39 anos com maior frequência, correspondendo a cerca de 32%. Com 2 respostas em cada faixa etária, 40 a 44 e de 30 a 34 anos, representam respectivamente de 19%, aproximadamente, no hospital do Porto, enquanto no hospital de Braga a faixa etária mais representativa situa-se entre os 40 e os 44 anos com 7 inquiridos (37%). As faixas etárias dos 25 a 29 e dos 30 a 34 anos, apresentam 4 inquiridos cada, com igual percentagem, sensivelmente, 21%. É ainda de referir a faixa etária dos 35 aos 39 anos, onde há apenas 3 inquiridos (cerca de 16%).

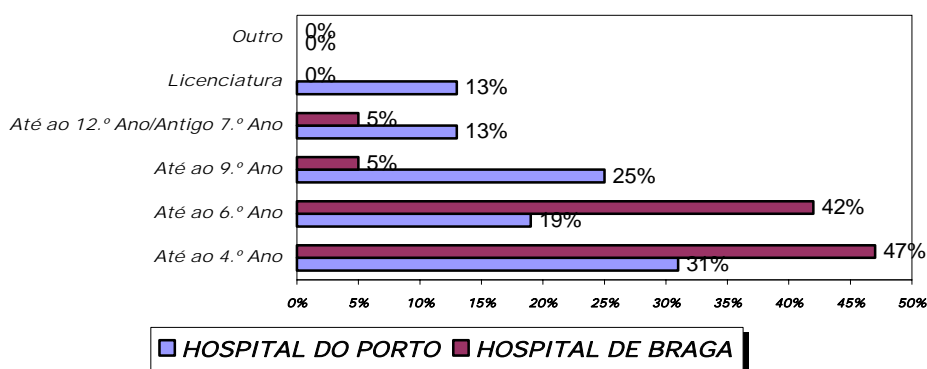
Quadro 3 - Distribuição por Estado Civil (Acompanhantes)

	HOSPITAL DO PORTO		HOSPITAL DE BRAGA	
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
CASADO	14	0	17	0
SOLTEIRO	0	1	1	1
VIÚVO	1	0	0	0

Fonte: Questionários

Da leitura do quadro 3, podemos observar que a maioria dos acompanhantes das crianças são casados, quer no hospital do Porto, quer em Braga.

Gráfico 9 – Distribuição por Grau Académico (Acompanhantes)



Fonte: Questionários

Quanto ao grau académico (gráfico 9) dos acompanhantes no hospital do Porto, o que prevalece é o de “até ao 4.º ano” com 5 inquiridos (31%). Segue-se o nível “até ao 9.º ano” com 4 respostas, exactamente 25%. Refira-se, ainda, 3 respostas, cerca de 19% de inquiridos que afirmam ter “até ao 6.º ano”. No hospital de Braga, o grau académico predominante é o “até ao 4.º Ano” com 9 inquiridos neste

nível (47%). Com “até ao 6.º Ano” aparecem 8 inquiridos (42%). Estes dois níveis são os que mais se salientam na totalidade.

3.4. Procedimentos éticos e deontológicos

A ética, reflexão ética, “*é das mais altas expressões de cultura. Ela tem como sujeito o Homem ele mesmo, como ente em permanente devir, em que cada um é auto construtor de si e colaborador da auto construção dos outros, mas que pode converter-se em destruidor de si próprio e dos outros*” (Machado, 1998, in Serrão e Nunes, p. 7).

A questão ética coloca-se hoje “*com uma intensidade e uma urgência que se pode medir pelos perigos presentes na actualidade e que se multiplicam. Esta interrogação traduz-se frequentemente por uma procura e produção de normas... os profissionais apercebem-se de questões da mesma ordem e procuram respostas a partir da sua prática*” (Queirós, 2001, p. 17). Nesta perspectiva é imprescindível que os profissionais procurem encarar os diversos e intrincados desafios com que se deparam, quer a nível pessoal, quer institucional, quer ainda social.

O conceito de doença refere-se, basicamente, ao agrupamento de sintomas em entidades clínicas devidamente conhecidas e tipificadas, suscitando quadros que reproduzem diversas entidades patológicas, no entanto, para a pessoa doente, outros factores vão ser determinantes. O modo de adaptação à nova realidade de estar doente vai ser imprescindível na auto-percepção pessoal, na recuperação funcional e consequentemente na integração social e familiar (Serrão e Nunes, 1998). É neste contexto que se desenrola a relação entre o paciente e os profissionais de saúde, tendo o dever de respeitar a auto-determinação da pessoa doente, adulta ou criança.⁵⁶ Também a gestão integrada dos cuidados de saúde, ao determinar com exactidão como é feita a sua prestação, veio colocar o problema em novos termos, isto é, “*o agente deixou de ser soberano na sua actividade profissional para ter de se submeter à aritmética dos recursos disponíveis para a saúde. É que, a relação clínica deixou de*

⁵⁶ É hoje aceite, de forma consensual, que a criança não é um adulto em miniatura; tem características muito próprias que justificam o seu estado específico no contexto das ciências médicas. Será que, em termos éticos, haverá alguma similitude nesta especificidade, que faça distinguir a ética da medicina pediátrica da ética da medicina dos adultos?

Não. Creio que não! A ética reflecte sobre o comportamento dos homens, no seu relacionamento uns com os outros. Tratando-se do mesmo ser humano, embora em estádios diferentes do seu desenvolvimento, a ética que a ele diz respeito será obviamente a mesma nos seus fundamentos, na sua axiologia, nos seus princípios... (Almeida, 1998, in Serrão e Nunes, p. 49).

ser individual para se inserir num universo mais amplo, numa verdadeira equipa prestadora de cuidados diferenciados” (Serrão e Nunes, 1998, p. 31).

No quotidiano da sua actividade, os profissionais que exercem funções em serviços de Pediatria deparam-se com algumas questões distintas daqueles que exercem funções em serviços de adultos, pelo que *“o homem fetal, como o homem recém-nascido, o homem criança ou adolescente diferem do homem adulto pelo nível de maturação dos seus sistemas orgânicos, naturalmente, mas, de forma talvez mais incisiva pelo nível de maturação psicológica, social e afectiva”* (Almeida in Serrão e Nunes, 1998, p. 49).

Sempre que se verifique um envolvimento de pessoas em estudos de natureza científica, devem estes ter em consideração as questões relacionadas com a ética e com a moral, de maneira a garantir a sua participação voluntária e esclarecida (Polit e Hungler, 1995). O investigador é responsável por conduzir a sua pesquisa de forma ética. Neste sentido foi solicitada aos conselhos de administração dos referidos hospitais, autorização para aplicação dos questionários dirigidos aos profissionais de saúde, às crianças e seus acompanhantes.

Em relação ao questionário dirigido às crianças, para o seu preenchimento, foi solicitado o consentimento informado⁵⁷ aos seus “acompanhantes” (Anexo XIV). Este princípio baseia-se na decisão voluntária, tomada por uma pessoa autónoma e capaz, após processo explicativo, visando a aceitação da participação da criança no estudo (Clotet, 2001). Esta solicitação é de extrema importância quando se trata de substituir as crianças pelos pais ou seus acompanhantes na concretização da sua autonomia.

Neste contexto, entende-se hoje o relacionamento pais/filhos, não numa relação de poder, antes de amor, afectividade, capaz de os tornar homens adultos, autónomos e aptos na procura do bem. Não obstante, sempre que a criança esteja em condições de poder opinar, este facto deve ser contemplado (Almeida, 1998, citado por Serrão e Nunes). *“É assim desejável colocar as questões às crianças particularmente acima dos cinco anos de idade, ouvir as suas decisões, exercitando-as no desenvolvimento da autoestima e da consciência do melhor bem, pessoal e colectivo”* (Almeida, 1998, in Serrão e Nunes, p. 54).

⁵⁷ Obter consentimento, após adequada informação, para a execução de determinados procedimentos médicos, diagnósticos terapêuticos ou de investigação, traduz o respeito pelo direito à autonomia dos doentes. As crianças, como atrás já consideramos, são desprovidas, nos seus primeiros anos de vida, de capacidade para exercer este direito, o qual é então exercido pelos seus pais ou legais representantes (Almeida, 1998, in Serrão et Nunes, p. 53).

Sumariamente, as nossas crianças têm subjacente uma sensibilidade que lhes é peculiar, que não raramente, nos surpreende, levando a lume o seu entendimento da verdade com grande sinceridade e mesmo anuência da sua forma de vida.

Neste estudo, além das crianças, a outra fonte de informação partiu dos profissionais e acompanhantes das crianças, aos quais foram dados os devidos esclarecimentos sobre o propósito do estudo, assim como garantido o anonimato a todos os participantes.

Foram tidos em consideração três princípios éticos fundamentais:

1.º - Princípio da beneficência, que consiste em evitar danos quer físicos quer psicológicos. Este princípio reserva ainda o respeito pela confidencialidade, isto é, o investigador assegura ao sujeito implicado no estudo a garantia de que a sua participação ou informação não serão usadas contra ele. Segundo este princípio, o investigador não revela a identidade do sujeito, preservando o seu anonimato;

2.º - Princípio pelo respeito pela dignidade humana. Este princípio engloba o direito da autodeterminação e da informação completa. Segundo ele, dá-se o direito ao próprio sujeito de decisão livre de colaborar no estudo e a liberdade para decidir participar. A informação completa significa que o investigador descreve com detalhe a natureza do estudo, o direito do sujeito recusar participar e ainda dos riscos e benefícios que podem ocorrer. Estes dois direitos (autodeterminação e informação completa) são os dois elementos de base para o consentimento informado.

Segundo Dempsey (2000) o consentimento informado consiste em cinco elementos:

- Explicação detalhada do objectivo do estudo;
- Explicação dos potenciais benefícios;
- Garantia de que o investigador responderá a qualquer questão que os Inquiridos possam ter relativos ao estudo;
- Possibilidade de abandonar o estudo em qualquer altura;
- Garantia de anonimato e confidencialidade;

3.º - Princípio de justiça, que reserva o direito a um tratamento justo de modo a preservar a intimidade do sujeito.

Concretamente, para a elaboração deste trabalho atendeu-se aos seguintes aspectos:

- Informar todos os profissionais crianças e acompanhantes sobre o

trabalho que se vai realizar e pedir a sua colaboração;

- Pedir autorização para aplicar os questionários ao presidente do conselho de Administração dos referidos hospitais;
- Respeitar a vontade de todos os seleccionados para o estudo em participarem ou não;
- Consentimentos informados dos pais das crianças para autorizar as crianças a participarem no estudo
- Respeitar o direito à confidencialidade;
- Entregar a referida investigação nos hospitais onde decorreu o estudo;

Como em qualquer outro estudo, académico ou de outra índole, devem ser observados e respeitados, determinados procedimentos, éticos e de “deontologia” profissional. Quer isto significar que, em determinadas fases dos inquéritos, há todo um conjunto de cautelas de natureza diversa que fazem parte do trabalho.

Referimo-nos a aspectos como a não divulgação das respostas dadas pelos inquiridos nos inquéritos, o tratamento das mesmas, para que, nomeadamente, na análise dos resultados nem de perto nem de longe, seja possível a quem os ler, descortinar o nome de quem a eles respondeu, bem como as respostas que eles deram (muito menos). Por outro lado, houve ainda uma preocupação em não dar a observar os inquéritos, após serem respondidos, a outrem de tal forma que, pudesse ser possível saber algo sobre o inquirido (ainda que não se pudesse conhecer quem é que ele era).

Não esquecemos o pormenor de que, as respostas aos questionários, foram dadas em condições tais que os inquiridos não tiveram ligações entre si de maneira a poderem reconhecer-se enquanto tal, e, muito menos ainda trocassem “impressões” a respeito das questões dos questionários. Ninguém, dentro das unidades hospitalares, teve acesso aos inquéritos de nenhum dos três grupos, entre si, e dentro de cada um deles. A investigadora, inclusivamente, não consegue, hoje mesmo, saber quem foi que respondeu a partir dos questionários: porque não sabe os nomes das pessoas, não lhe fixou a face nem qualquer outro tipo de rasto. Apenas sabe, o que está dentro das respostas aos questionários, no caso das crianças, apenas de onde é que elas são oriundas (localidade).

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DOS INQUÉRITOS

1. QUALIDADE E BEM-ESTAR NO INTERNAMENTO DA CRIANÇA

O ambiente hospitalar parece excluir certas particularidades da vida das pessoas. Curiosamente, um lugar de doença e de saúde, (ou da procura dela), o ambiente hospitalar constitui um espaço em que a tradição ainda liga ao rótulo dos profissionais de saúde que aí exercem actividade (Vasconcelos, 2000).

Em qualquer circunstância, um *“ambiente hospitalar constitui um laboratório essencialmente de doenças crónicas ou graves, gerador por si só da razão da aguda tensão da doença e das consequências, quer para o doente, quer para a equipa hospitalar”* (Strain e Grossman, 1997, in Carmoy, p. 60).

Assim, a hospitalização da criança provoca, inevitavelmente, uma situação crítica para o seu equilíbrio psicológico e social, dadas a sua fragilidade emocional e a sua dependência dos pais. Conscientes destes aspectos e, conhecendo as necessidades psico-afectivas e sociais da criança, a mudança dos esquemas tradicionais, é necessária, com o objectivo de criar durante o internamento, um ambiente com qualidade e bem-estar, estando subjacente o atenuar do stress e o minimizar dos efeitos negativos que a hospitalização exerce sobre a criança e a família.

Na vida dos indivíduos, o sistema natural mais importante é, sem dúvida, a família, sendo esta uma unidade bio-psico-social integrada, por um número variável de indivíduos que se ligam pela sua consanguinidade, casamento e/ou união que perdura no tempo, coabitando o mesmo espaço. *“A família é uma unidade básica da sociedade, cujos membros estão motivados a cuidarem uns dos outros tanto físicos como emocionalmente”* (Smilkstein, 1980, in Menlei, p. 13). Sendo a criança indissociável da família, qualquer doença ou internamento hospitalar que possa ocorrer, perturba o equilíbrio, as funções e as rotinas diárias e causa stress no seio da família. Este desequilíbrio torna-se relevante se surge em contexto familiares desfavorecidos, provocando alterações significativas nos planos, quer económico, quer relacional. No entanto, a família tem sempre, o seu papel relevante, quando ocorre a doença, *“... a família é a parte mais importante da sociedade e é no seu seio*

que a doença ocorre e se resolve” (Jones e Dimond, 1980, *in* Menlei, p. 13). Identificando o tipo de família e compreendendo as relações e as forças entre os seus membros, torna-se importante, que os enfermeiros trabalhem com a família, visto que quando ocorre a doença de um filho, *“a angústia da admissão da criança ao hospital, muitas vezes é maior nos pais que nas crianças; aqueles sentem ansiedade, culpa, receio, e censuram-se a eles próprios”*, culpabilizando-se muitas vezes pela doença (Pass e Pass, 1993, *in* Palmer, p. 186).

É muito frequentes os pais sentirem-se anulados nas suas funções parentais, pensando que quem cuida dos seus filhos, lhes retira, poder. A hospitalização da criança, faz com que os pais se sintam como que perdidos, esvaídos da sua função parental, *“... um dos factores de maior stress é o de terem de partilhar os cuidados dos seus filhos com outros”* (Hayles e Knox, 1993, *in* Palmer, p. 186).

A doença, quando ocorre numa criança, normalmente suscita uma crise accidental, ou situacional, quer nesta, quer na sua família, pois *“a crise é um momento de viragem que designa uma fase ou uma situação perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para o indivíduo ou para a comunidade que por ela passa, um estado transitório de incerteza ou dificuldade mas também cheia de possibilidade de renovação”* Morujão (1996, *in* Carvalho, p. 49), a participação dos pais nos cuidados⁵⁸ não se cinge à sua permanência no serviço.

O hospital deve dispor de um espaço lúdico dotado de materiais adequados, que fomentem o desenvolvimento e integração da criança hospitalizada. Um dos espaços utilizados em hospitais pediátricos para actividades lúdicas é nomeadamente, a ludoteca, que estimula novas possibilidades para a ocupação do tempo livre; proporciona o jogo infantil; um ambiente lúdico; fomenta a autonomia das crianças; compensa os efeitos da hospitalização, mediante o jogo, desenvolvendo a expressão da criança e, por último, oferece material lúdico de orientação e apoio.

⁵⁸ As rotinas podem ser modificadas, os procedimentos podem ser trabalhados, de forma a obter aquilo que é o melhor para a criança. A ansiedade não desaparece, porém, estes procedimentos não familiares podem aumentá-la ainda mais mas, se os pais se encontrarem bem informados e os profissionais responsáveis pelos cuidados da criança assumirem um papel relevante em todo este processo de internamento da criança, esta sentir-se-á compensada. A criança é bafejada durante todo o tempo pelo cuidado familiar que lhe é dado. Conhecendo a família a melhor forma de lidar com a criança, mais do que ninguém, mais do que a sucessão de estranhos, quão competentes ou bem intencionados possam estar. A melhor compreensão e competência que os pais podem desenvolver são a própria participação, de uma forma bem informada, quanto ao modo de cuidar da criança no longo prazo, com benefícios para toda a família em “coping”, com futuros episódios da doença (Clearly, J., 1992, p. 15).

Sumariamente, as principais funções que a *“ludoteca oferece no hospital são o espaço para actividade lúdica, autonomia e expressão da criança”* (Barron e colaboradores, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 112).

Através de intervenções psicopedagógicas, os educadores podem contribuir para a descoberta e desenvolvimento das potencialidades dos pacientes e, para que a diferença seja concebida numa perspectiva de universo plural da existência humana, a função do educador no hospital é aproveitar o sentido de oportunidade de diferentes situações, que contribuam para o processo de reabilitação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das crianças internadas.

As salas recreativas constituem um espaço que promove diversas actividades lúdicas. Estas salas devem possuir estantes e armários para guardar os jogos, cadeiras e mesas para as crianças, televisores e videogravadores e distintos materiais, em função das possibilidades do hospital. Quando o tamanho da sala o permitir, pode criar-se um espaço, para as crianças mais pequenas com materiais adequados à sua idade (Barron e colaboradores, 2000, citado por Quiles e Carrillo).

Entre os factores que contribuem para minorar os constrangimentos face à hospitalização, consideramos essenciais o “conforto da enfermagem”, a “organização do espaço que proporcione alguma privacidade à criança internada”, “assistência por parte de educadoras/professoras do quadro”, “flexibilização ou alargamento dos horários para actividades pedagógicas ou lúdicas em função da rotina diária” e “existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário”.

Por outro lado e como complementos destes, pensamos que inquirir, seja os “profissionais” sejam os “acompanhantes”, não pode deixar de passar, obrigatoriamente, pela colocação de questões que levem a exprimir opiniões pessoais sem restrições, o que passa pela colocação de uma pergunta de carácter “aberto”: “refira três aspectos que considere essenciais para tornar mais activa a relação entre os “profissionais” de saúde e a família” – questão J (Anexo VIII).

1.1. Importância atribuída à qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: a imagem dos profissionais

Neste ponto, o que se pretende é auscultar a importância atribuída pelos profissionais aos aspectos que se encontram relacionados com o internamento das crianças.

A perspectiva global é descrita pormenorizadamente nos Quadros 1.1.1., 1.1.2., 1.1.3. e 1.1.4., os quais para facilidade de leitura estão divididos em 4 grupos:

Quadro 1.1.1. - Qualidade do ambiente físico segundo a opinião dos profissionais de saúde

	Conforto da Enfermaria		Condições de Higiene		Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados		Organização Espaço que Proporcione Privacidade		Respeito pela Manutenção Objectos de Valor Afectivo	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Nenhuma	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0
Pouca	6	1	0	0	3	1	3	0	0	0
Algum	2	0	5	2	5	3	1	3	6	5
Muita	19	20	6	5	10	8	17	16	21	12
Muitíssima	9	10	25	24	18	19	11	11	9	14

Fonte: Questionário

Quadro 1.1.2. - Envolvimento parental nos cuidados à criança hospitalizada segundo a opinião dos profissionais de saúde

	Envolvimento dos pais nas decisões sobre a prestação dos cuidados à criança		Proporcionar condições para a participação dos pais na prestação de cuidados hospitalares		Atribuir maiores competências aos pais ao nível da prestação de cuidados		Condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno		Equipamentos e espaço para a permanência dos pais por períodos mais alargados	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Nenhuma	1	0	0	0	1	1	1	0	4	3
Pouca	3	2	3	2	1	1	5	0	4	0
Algum	5	1	6	2	9	4	3	2	4	5
Muita	13	10	17	12	20	15	15	14	17	15
Muitíssima	14	18	10	15	5	10	12	15	7	8

Fonte: Questionário

Quadro 1.1.3. - Qualidade dos cuidados lúdico-pedagógicos segundo a opinião dos profissionais de saúde

	Diferenciação das enfermarias por grupos etários		Assistência por parte das educadoras/prof. do quadro		Flexibilização alargamento dos horários para actividades pedagógicas /lúdicas		Políticas institucionais de promoção dos contactos e relações sociais da criança com o exterior		Existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Nenhuma	6	3	3	3	2	1	2	0	7	1
Pouca	1	1	11	0	3	1	6	2	0	4
Algum	10	8	16	4	11	9	9	14	10	9
Muita	13	9	5	15	13	13	16	10	13	12
Muitíssima	6	9	1	8	7	7	3	5	6	5
NS/NR	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0

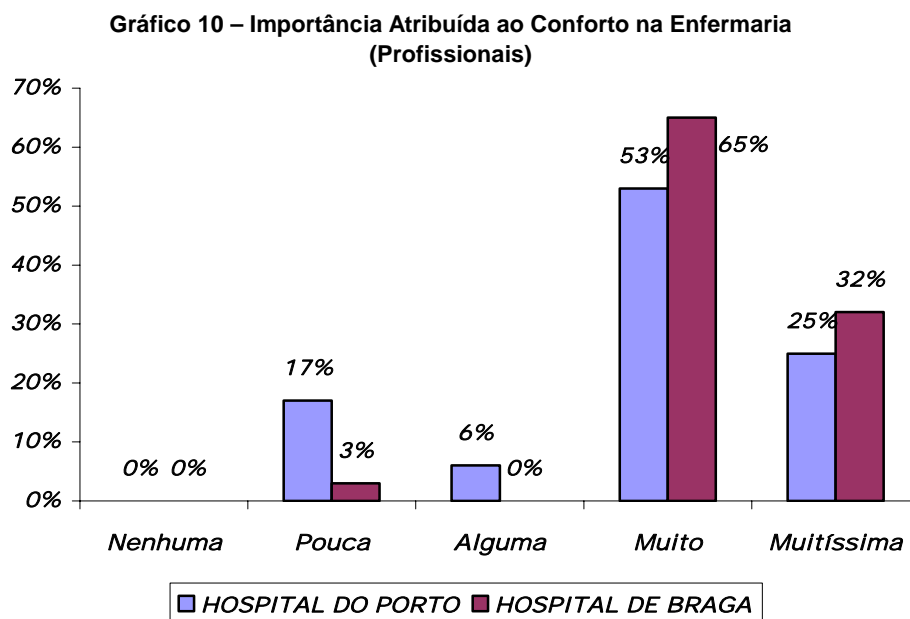
Fonte: Questionário

Quadro 1.1.4. - Qualidade da relação família-hospital segundo a opinião dos profissionais de saúde

	Salas de acolhimento personalizado para a recepção da criança/família		Acolhimento da criança por médico ou enfermeiro de referência		Proporcionar sessões de informação sobre cuidados de saúde primários ou temas relevantes dirigidos às famílias e crianças		Promover a articulação entre hospital – centro de saúde e família com vista ao bem-estar e continuidade dos cuidados	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Nenhuma	5	3	2	2	2	0	0	0
Pouca	2	1	3	1	3	2	0	1
Algum	9	5	7	6	13	4	14	6
Muita	14	16	20	13	13	15	8	8
Muitíssima	6	6	4	9	5	10	14	16

Fonte: Questionário

1.2. Perscrutando a imagem dos profissionais: singularidades na qualidade e bem-estar da criança hospitalizada



Fonte: Questionários

Em relação à questão do conforto existente na enfermaria, a maioria dos inquiridos, seja no Porto seja em Braga, é de opinião (gráfico 10) que este aspecto é de “muita importância” e de “muitíssima importância”; sendo respectivamente cerca de 53% e de 25% no hospital do Porto, e de 65% e 32% para as mesmas questões, no hospital de Braga.

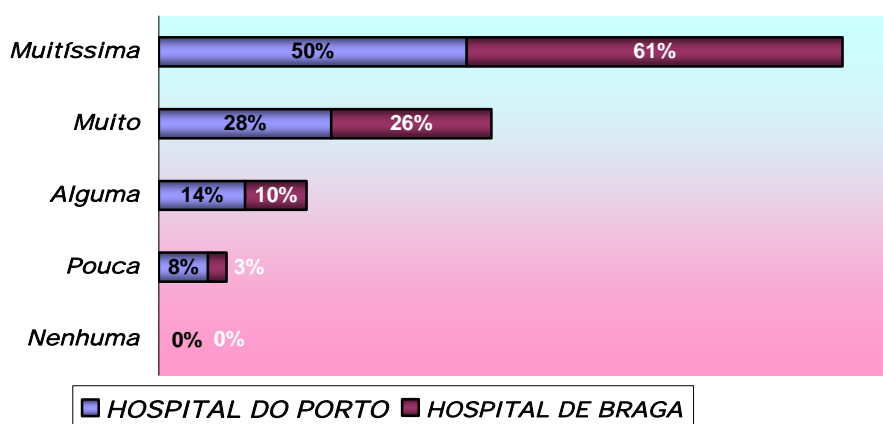
Desta leitura infere-se que os profissionais consideram de extrema necessidade o ambiente em que a criança está circunscrita, o conforto da enfermaria, dado que este aspecto constitui uma necessidade para minimizar os constrangimentos face à hospitalização.

À margem dos condicionamentos, aspectos que devem ser tidos em conta para facilitar o internamento da criança, é conveniente tornar o ambiente o mais agradável possível para minimizar ao máximo o seu efeito negativo, directo e indirecto.

Uma das estratégias que reduz ao máximo “a ansiedade sobre a realização de manobras médicas está relacionada com as infra-estruturas, interferindo estas de forma mais ou menos directa, com o estado emocional do doente” (Queralto, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 179). As infra-estruturas estão basicamente relacionadas, com os aspectos de arquitectura e decoração do hospital. Segundo o mesmo autor citado por

Quiles e Carrillo (2000), a decoração permite distrair as crianças tornando a hospitalização menos traumatizante. O mobiliário e sua arrumação são aspectos que também dão o seu contributo neste mesmo sentido. Neste contexto, “*o mobiliário deve ser mínimo, sendo constituído por camas e permitindo à criança mobilidade e comodidade. A luminosidade tem a finalidade de relaxar a criança e estimular os seus sentidos*” (Barron e colaboradores, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 100).

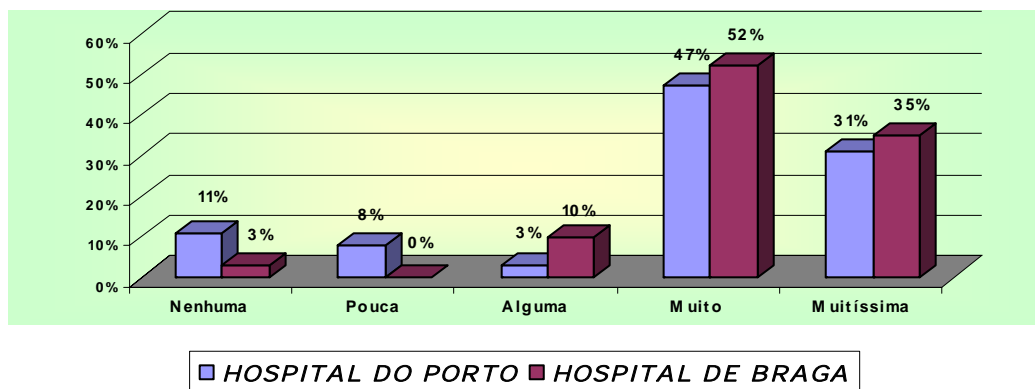
Gráfico 11 – Importância Atribuída aos Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados (Profissionais)



Fonte: Questionários

Pela particular importância que hoje é atribuída aos materiais e equipamentos de higiene individualizados (vestuário, objectos de uso diário, etc.), os resultados do inquérito evidenciaram, quer no Porto, quer em Braga, que a opinião dos profissionais (gráfico 11) se centrou em “muitíssimo” e “muito” importante, respectivamente com 50% e 28% para um e 61% e 26% para outro. Daí que os profissionais se encontrem sensibilizados para a importância dos aspectos de higiene da criança, dado que estes constituem não só uma referência à casa, aos seus pertences... como também, são essenciais para evitar a proliferação de infecções inoportunas.

Gráfico 12 – Importância Atribuída à Organização do Espaço que Proporciona Alguma Privacidade à Criança Internada (Profissionais)

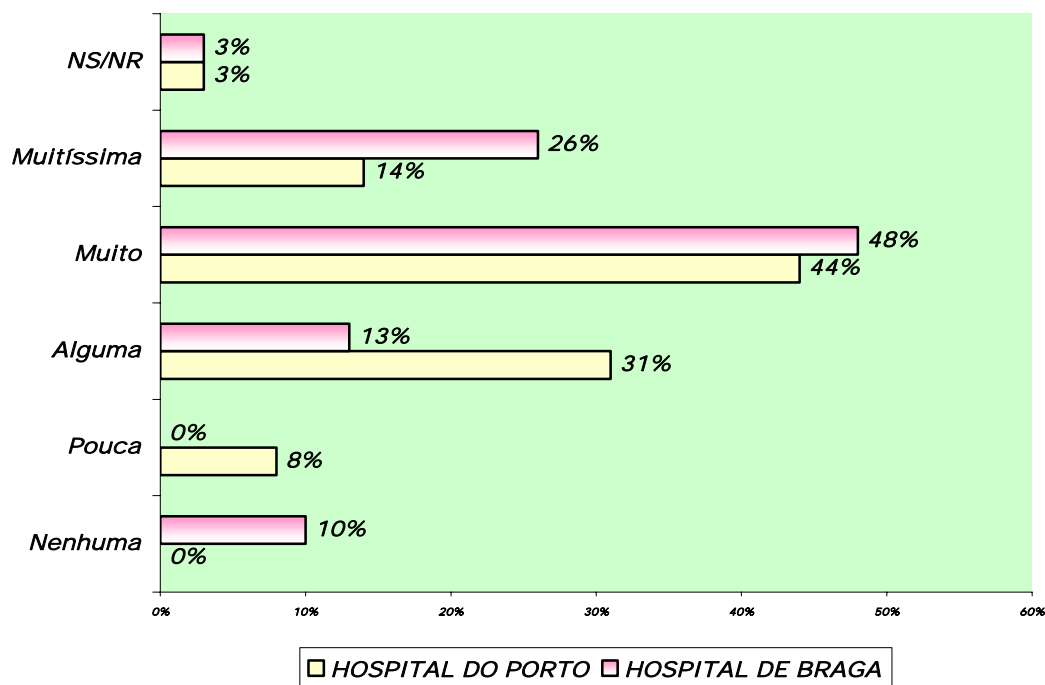


Fonte: Questionários

Mais uma vez, o conjunto dos profissionais de ambos os hospitais comunga de idênticas opiniões. No aspecto da organização do espaço (gráfico 12) que proporcione uma privacidade à criança, observa-se que, 17 e 11 inquiridos, (47% e 31% aproximadamente), entendem que este propósito é de “muita” e “muitíssima” importância para o hospital do Porto; estes valores são até ligeiramente superiores para Braga, onde a mesma questão foi respondida por 16 inquiridos (cerca de 51%) para “muita” e de 11 (35%, aproximadamente) para “muitíssima” importância.

Decorrente do contexto de observação verificamos que relativamente à organização, os profissionais são de opinião que um hospital para além de contemplar os aspectos arquitectónicos, deve ainda estar organizado de forma a contribuir para minimizar o sofrimento da criança internada, proporcionando-lhe privacidade, isto é, momentos para estar só e em sossego, sempre que a sua doença a tal obrigue. Assim, segundo Strauss e colaboradores (1985), a privacidade abarca uma grande diversidade de sensações e de estados físicos e psíquicos, muitos deles fazendo parte do quotidiano da criança.

Gráfico 13 – Importância Atribuída às Condições que Facilitem a Permanência dos Pais (período diurno) (Profissionais)



Fonte: Questionários

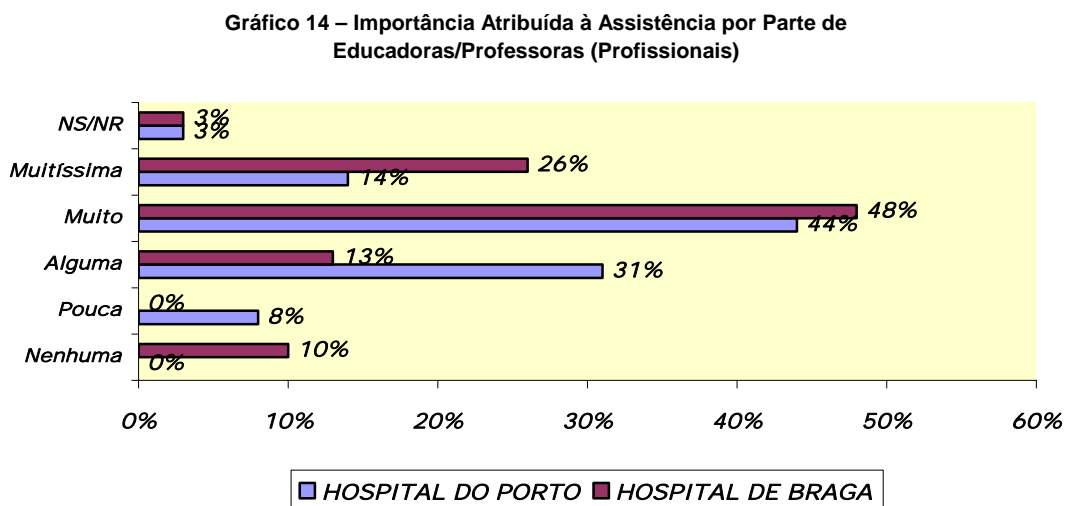
As informações que materializaram o gráfico 13 evidenciam-nos que relativamente às condições que facilitem a permanência dos acompanhantes/pais durante o período diurno são, na opinião dos profissionais, de relevante importância em ambos os hospitais.

Esta importância é mais evidente no hospital do Porto, onde as percentagens de “muito” e “muitíssimo” lideram com 48% e 26% de respostas respectivamente, enquanto que se nota uma menor importância neste aspecto, relativamente ao hospital de Braga, uma vez que “muito” importante representam um valor de 44% dos inquiridos, seguidos de “alguma” com 31%.

É notório que os profissionais considerem a permanência dos pais junto das crianças como sendo um factor primordial, dado que a sua ausência e separação constituem um dos agentes stressantes com mais impacto negativo na hospitalização.

De acordo com a carta Europeia dos direitos da criança hospitalizada os pais, e/ou a pessoa que os substituam, devem permanecer o máximo de tempo possível junto das suas crianças, não como espectadores passivos, mas como elementos activos

na vida do hospital (Quiles e Carrillo, 2000), daí que é mandatário proporcionar condições necessárias e suficientes para que tal ocorra.

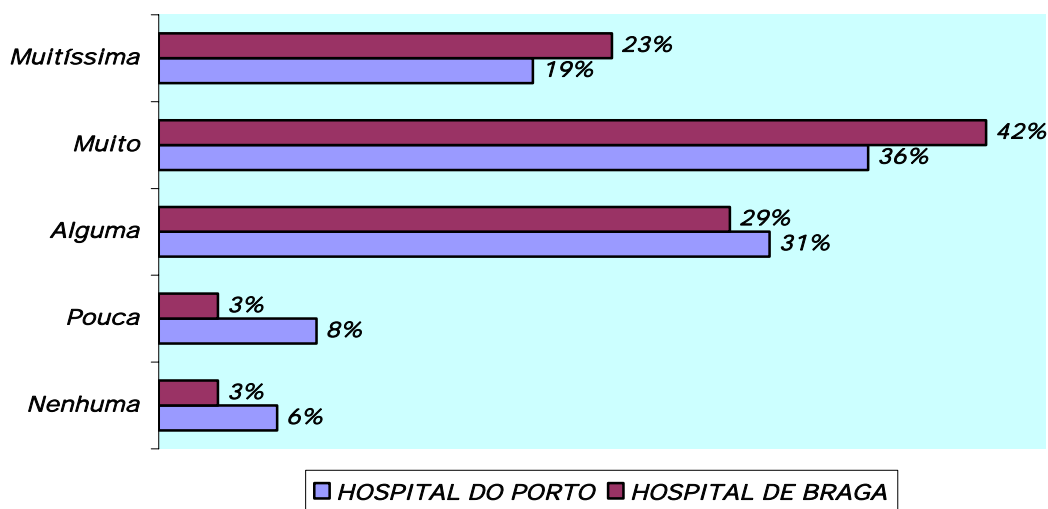


Fonte: Questionários

A importância da assistência por parte de educadoras/professoras do quadro hospitalar (gráfico 14) é referida, como sendo “muita” (44%), e “alguma” (31%) no hospital do Porto, o que contrasta claramente com a opinião dos seus colegas de Braga, que dão “muitíssima” (26%) e “muita” (48%) importância à colaboração deste grupo profissional como coadjuvante no internamento da criança.

Como é sabido, no hospital do Porto existem Educadoras em maior número do que em Braga, daí que a sua necessidade não seja tão sublinhada por aqueles profissionais, em virtude das crianças desenvolverem actividades na ocupação do seu tempo livre. Em Braga, pelo facto de existir uma única Educadora, é potencialmente reconhecido o desenvolvimento das suas actividades, não obstante serem consideradas insuficientes.

Gráfico 15 – Importância Atribuída à Flexibilização ou Alargamento das Actividades Pedagógicas/Lúdicas (Profissionais)



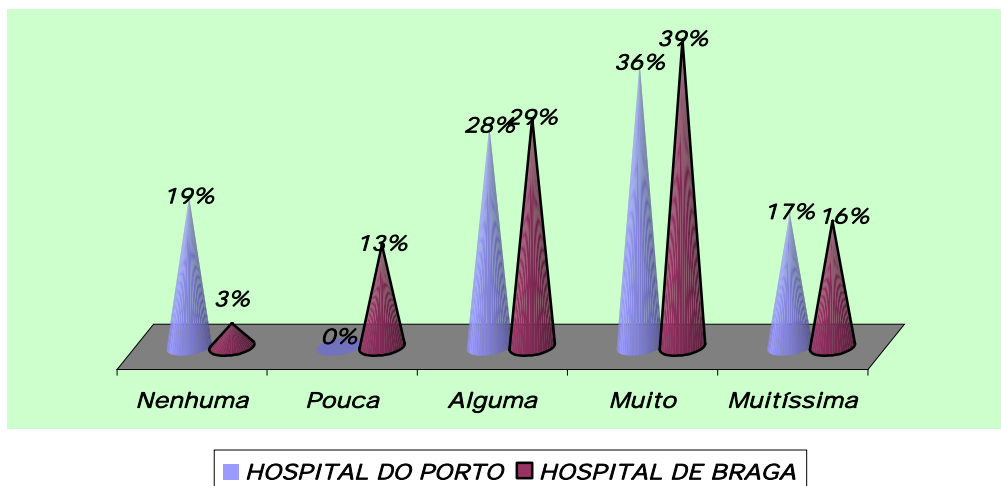
Fonte: Questionários

Diz-nos o gráfico 15, sob o ponto de vista da importância da flexibilização ou alargamento dos horários para actividades pedagógicas ou lúdicas em função da rotina diária, que 13 inquiridos no hospital do Porto (cerca de 36%), referem que a importância é “muita”, ligeiramente inferior a Braga, com 15 inquiridos com a mesma resposta, (aproximadamente 42%).

Logo de seguida, o hospital do Porto, com 11 inquiridos, (cerca de 31%) sublinha que este aspecto possui “alguma” importância. Confrontados com a mesma questão, 9 dos profissionais de Braga dão a mesma resposta, (29%).

Para criança internada, brincar é a forma de eliminar tensões e deixar o medo de lado. Pela importância que os profissionais demonstram nesta necessidade, depreende-se que flexibilizar o tempo das actividades pedagógicas ou lúdicas proporciona à criança um alargamento do tempo para a participação nas brincadeiras. Reduzindo a sua apreensão e tensão, torna-a mais confiante e, em simultâneo, o ambiente hospitalar fica menos clínico e ameaçador, com consequente relacionamento criança/adulto mais fácil e interactivo (Marques, 1997).

Gráfico 16 – Importância Atribuída à Sala de Actividades Recreativas Diferenciadas por Grupo Etário (Profissionais)



Fonte: Questionários

Relativamente à opinião sobre a importância da existência de salas de actividade recreativas diferenciadas por grupo etário, podemos salientar que, no Porto e em Braga (gráfico 16), as respostas foram idênticas para “muito” e “alguma” importância com 36% e 28% para o primeiro e 39% e 28% para o segundo, respectivamente.

Diferença evidente existe nos itens de “nenhuma” e “pouca”, onde 19% respondem “nenhuma” no hospital do Porto e 3% em Braga, verificando-se o contrário na resposta “pouca” em que a percentagem superior é em Braga, com 13% contra os 0% no Porto.

A brincadeira varia com a idade. Assim, os profissionais dão importância à necessidade de salas de actividades separadas e compatíveis com os diferentes grupos etários. Em virtude das crianças terem preferências diferentes nas suas actividades (Tosta, 1997), é necessário proporcionar um espaço em que se ofereçam às crianças os brinquedos próprios e adequados à sua faixa etária e que tenham a presença de um adulto que valorize o acto de brincar.

Quadro 4 – Factores Que Contribuem para a Participação Activa na Relação Profissionais de Saúde/Família (Profissionais)

	HOSPITAL DO PORTO			HOSPITAL DE BRAGA		
	1.º ASPECTO	2.º ASPECTO	3.º ASPECTO	1.º ASPECTO	2.º ASPECTO	3.º ASPECTO
CAPACIDADE DE COMUNICAR	28%	39%	31%	29%	19%	16%
COMPETÊNCIA PROFISSIONAL	14%	14%	17%	16%	10%	10%
DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS	28%	17%	17%	13%	6%	3%
RECEPTIVIDADE FAMILIAR	0%	3%	0%	0%	19%	16%
CONDIÇÕES FÍSICAS	14%	0%	0%	10%	6%	3%
NS/NR	17%	28%	36%	32%	39%	52%
	(N = 36)	(N = 36)	(N = 36)	(N = 31)	(N = 31)	(N = 31)

Fonte: Questionários

Ainda dentro do contexto da imagem que os profissionais têm sobre os aspectos para tornar mais activa a relação entre os profissionais de saúde e a família, (Quadro 4) destacou-se que, os três aspectos essenciais mencionados pelos inquiridos para tornar mais activa esta participação foram por um lado, a “capacidade de comunicar” surgindo nos três aspectos respectivamente com valores de 28%, 39% e 31%, por outro, a “disponibilidade dos profissionais” com 28%, 17% e 17% aproximadamente. A “competência” surge também como factor predominante, salientado nos aspectos essenciais para tornar a participação mais activa entre os profissionais de saúde e a família.

Realça-se ainda que a maior parte dos profissionais apenas se debruçam num só aspecto facto que se verifica pela observação do quadro com elevada percentagem “NS/NR” (não sabe/não responde) com aproximadamente 28% no segundo aspecto e 36% no terceiro aspecto.

Quanto ao hospital de Braga verifica-se que a maior percentagem dos profissionais continua a não responder a esta questão, notando-se mesmo que relativamente ao terceiro aspecto mais de metade dos inquiridos, cerca de 52%, não opina.

É contudo indubitável que a “capacidade de comunicar” surge também aqui no hospital de Bragal, tal como acontece no hospital do Porto, como aspecto relevante

para tornar mais activa esta participação surgindo nos três aspectos com valores aproximados respectivos de 29%, 19% e 16%.

Ainda no hospital de Braga verifica-se que os profissionais sublinham que é necessário “receptividade da família” para manter esta participação activa, factores mencionados com 19% e 16% nos, segundo e terceiro, aspectos respectivamente. Assim, se nos reportarmos ao grau académico dos acompanhantes de Braga, verificamos que este se encontra balizado entre o 4º e 6º anos de escolaridade, facto que pode estar relacionado coma falta de receptividade destes, inibindo-os perante a equipa de saúde.

Uma equipa para ser eficaz deve responder à realidade angustiante e deprimente da doença e hospitalização da criança. Não obstante, a maioria dos profissionais não ter respondido a esta questão, verifica-se que foi a “capacidade de comunicar” a resposta mais enfatizada.

A equipa de saúde deve ter a *“capacidade de se identificar com a criança hospitalizada e seus pais e simultaneamente tomar consciência que certos casos e situações os deprimem e angustiam e, devem ser capazes de não se refugiarem por detrás da bata branca e do papel profissional, pelo contrário, devem dirigir-se à criança e aos seus pais com empatia e confiança”* (Cordeiro, 1994, p. 140).

1.3. Condições das instituições para a qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: as opiniões dos profissionais

No ponto 1.2 tratámos da importância do ponto de vista dos inquiridos, no que respeito à qualidade e bem-estar da criança no internamento. Nesta secção pretendemos é averiguar qual é a realidade social existente nos dois hospitais, segundo a opinião dos mesmos profissionais.

De seguida apresentamos os quadros relativos à opinião expressa pelos profissionais de saúde acerca das condições hospitalares.

Quadro 1.3.1. - Condições relativas ao ambiente físico na opinião dos profissionais de saúde

	Conforto da Enfermaria		Condições de Higiene		Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados		Organização Espaço que Proporcione Privacidade		Respeito pela Manutenção Objectos de Valor Afectivo	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Inexistente	0	0	0	0	1	0	8	5	0	1
Insuficiente	14	9	1	3	9	3	21	16	2	2
Razoável	18	11	17	11	10	9	5	5	15	7
Adequada	4	8	16	11	16	13	2	5	16	16
Muito Adequado	0	3	2	6	0	6	0	0	3	5

Fonte: Questionário

Quadro 1.3.2. - Condições propiciadoras do envolvimento dos pais na opinião dos profissionais de saúde

	Envolvimento dos pais nas decisões sobre a prestação dos cuidados à criança		Proporcionar condições para a participação dos pais na prestação de cuidados hospitalares		Atribuir maiores competências aos pais ao nível da prestação de cuidados		Condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno		Equipamentos e espaço para a permanência dos pais por períodos mais alargados	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Inexistente	0	0	0	0	2	0	1	1	10	12
Insuficiente	4	5	5	7	5	6	14	7	17	17
Razoável	14	9	16	10	18	9	12	11	8	1
Adequado	14	15	14	10	9	14	9	8	0	0
Muito adequado	4	2	1	4	2	2	0	4	0	0
NS/NR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Fonte: Questionário

Quadro 1.3.3. - Condições hospitalares relativas aos cuidados lúdico-pedagógicos na opinião dos profissionais de saúde

	Diferenciação das enfermarias por grupos etários		Assistência por parte das educadoras/prof do quadro		Flexibilização alargamento dos horários para actividades pedagógicas /lúdicas		Políticas institucionais de promoção dos contactos e relações sociais da criança com o exterior		Existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Inexistente	16	11	2	9	4	7	8	5	24	13
Insuficiente	11	11	12	12	15	16	22	16	7	13
Razoável	5	5	13	6	11	7	4	6	5	3
Adequado	4	3	9	3	6	1	2	3	0	2
Muito adequado	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0

Fonte: Questionário

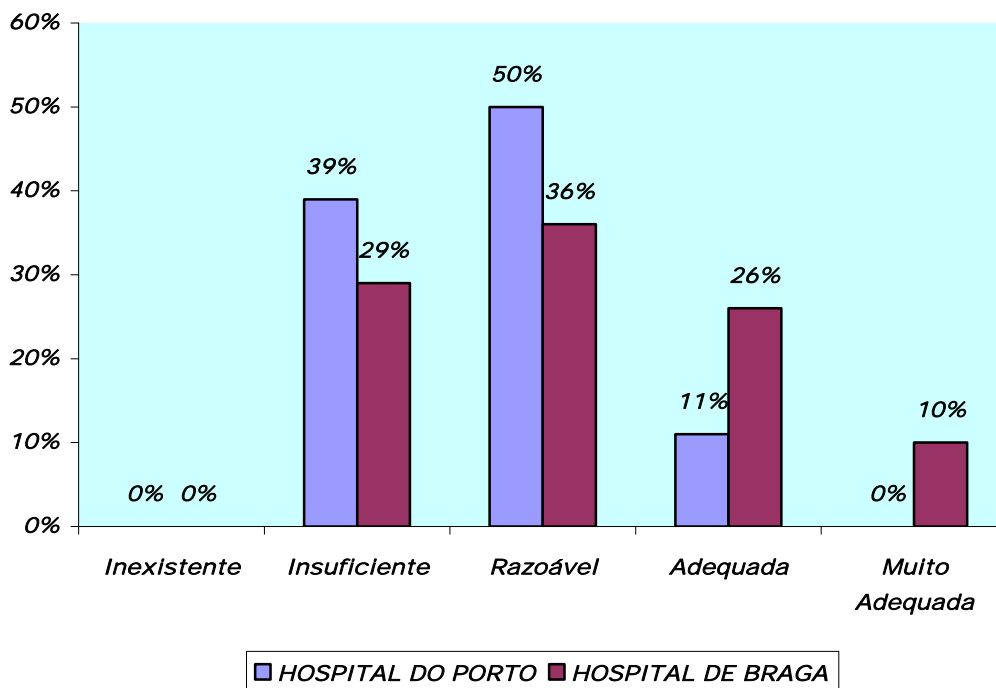
Quadro 1.3.4. - Condições hospitalares propiciadoras do envolvimento da família no hospital na opinião dos profissionais de saúde

	Salas de acolhimento personalizado para a recepção da criança/família		Acolhimento da criança por médico ou enfermeiro de referência		Proporcionar sessões de informação sobre cuidados de saúde primários ou temas relevantes dirigidos às famílias e crianças		Promover a articulação entre hospital – centro de saúde e família com vista ao bem-estar e continuidade dos	
	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31	Porto N = 36	Braga N = 31
Inexistente	25	17	9	10	10	5	4	10
Insuficiente	8	8	9	6	16	13	8	12
Razoável	1	5	15	12	7	6	17	4
Adequado	1	1	2	3	3	6	6	0
Muito Adequado	1	0	1	0	0	1	1	5

Fonte: Questionário

1.4. Singularidades das condições hospitalares existentes: a imagem dos profissionais

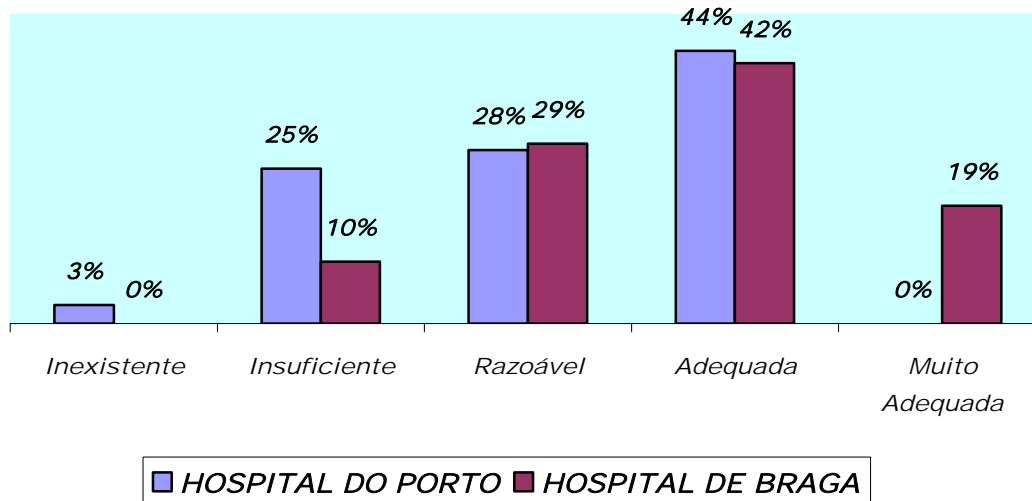
Gráfico 17 – A Percepção do Conforto na Enfermaria (Profissionais)



Fonte: Questionários

Quanto à existência de conforto na enfermaria (gráfico 17), ele é “insuficiente” para cerca de 39%, e “razoável” para 50% dos inquiridos no hospital do Porto; enquanto para os profissionais de Braga, não obstante nestes dois itens serem de percentagem inferior, 29% e 36%, respectivamente, observamos que 26% e 11% do total de inquiridos consideram que o conforto é, “adequado” e mesmo “muito adequado”. Desta leitura poderemos inferir que os profissionais do hospital de Braga consideram que existem melhores condições de conforto da enfermaria, isto é decoração, mobiliário, etc., enquanto que os do hospital do Porto referem falta destas condições no seu próprio serviço.

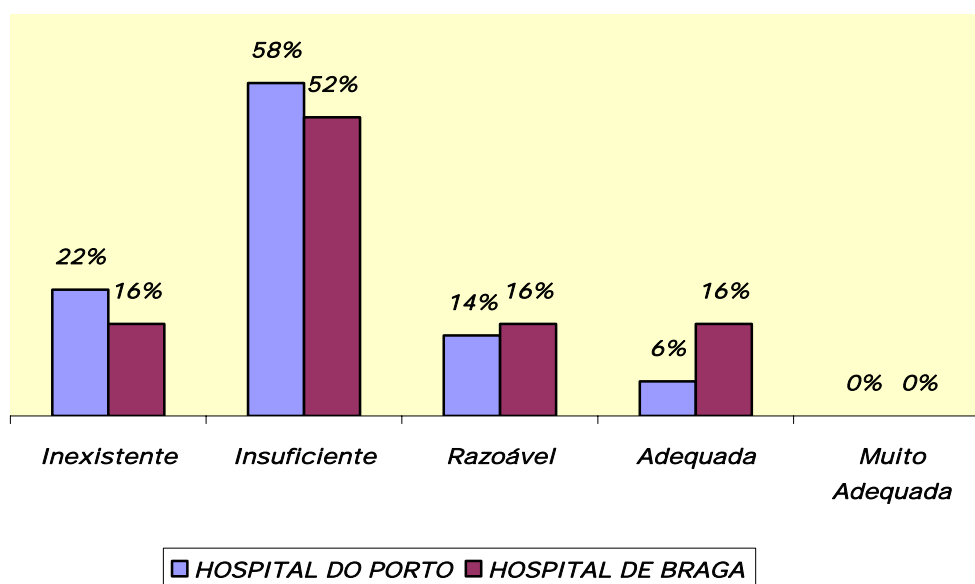
Gráfico 18 – A Existência de Materiais e Equipamento de Higiene Individualizados (Profissionais)



Fonte: Questionários

Não é com surpresa que, ao observarmos o gráfico 18, verificamos que a importância dada pelos profissionais aos materiais e equipamentos de higiene individualizados se confirma pela sua existência nos serviços onde exercem funções, tendo opinado que estas condições são “adequada” em 44% no hospital do Porto e de 42% no hospital de Braga, e “razoável” para 28% e 29% dos inquiridos respectivamente. Contudo, há ainda a realçar que, no hospital de Braga, 19% dos profissionais consideram que os materiais e equipamentos de higiene individualizados no serviço onde exercem funções são mesmo “muito adequado”.

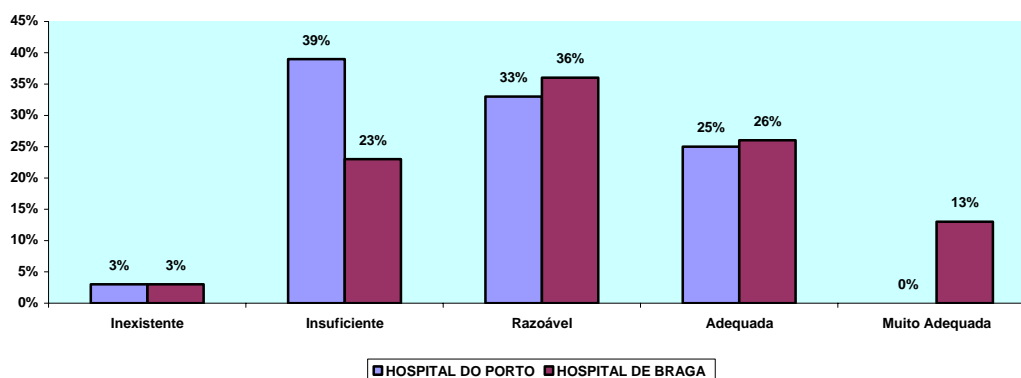
Gráfico 19 – A Percepção Relativa à Organização do Espaço que Proporciona Alguma Privacidade à Criança Internada (Profissionais)



Fonte: Questionários

Se, na questão anterior, a opinião dos profissionais é praticamente coincidente com o existente no hospital, aqui verificamos que existe um antagonismo de respostas. Era, para a maioria dos profissionais, de grande importância o aspecto da organização do espaço que promova a privacidade à criança. Ora, como se pode avaliar no gráfico 19, verifica-se que, quanto à existência da organização do espaço que proporcione alguma privacidade à criança internada, relativamente ao hospital do Porto 58% dos inquiridos consideram a sua “insuficiência” relevante, o mesmo acontecendo para 52% dos inquiridos, no hospital de Braga. Sobressai ainda da leitura que cerca de 22% dos profissionais no hospital do Porto e 16% no hospital de Braga referem que é “inexistente” a privacidade na organização do espaço. É de sublinhar, no entanto, e apesar de pequena superioridade, que 16% dos inquiridos em Braga, considera as condições como “adequada”.

Gráfico 20 – A Existência de Condições que Facilitem a Permanência dos Pais (período diurno) (Profissionais)



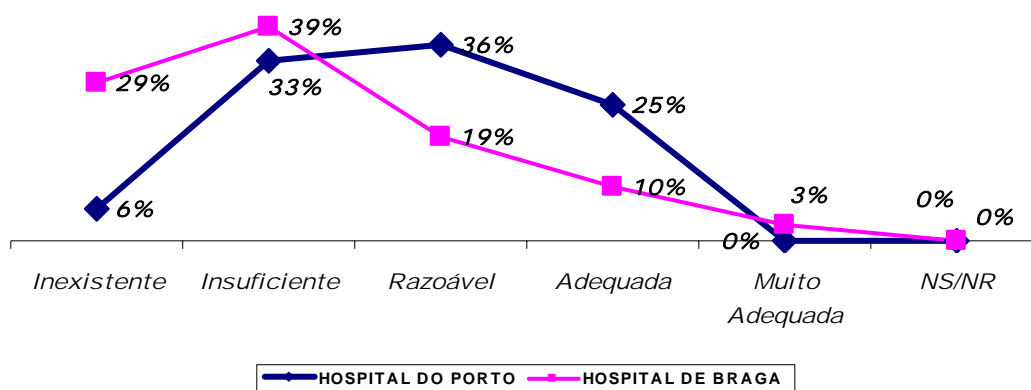
Fonte: Questionários

Analogamente, e uma vez mais, as opiniões dos profissionais são divergentes, quanto às suas necessidades e efectiva existência, no que concerne às condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno. O hospital de Braga poderá satisfazer um pouco mais os inquiridos (gráfico 20) com 13%, quais referem que essas condições são “muito adequada”. Esta ligeira esperança esvai-se quando encaramos os 23% de “insuficiente” e os 36% de “razoável” para a mesma questão.

Na opinião de 39% dos profissionais do Porto, representando a sua maioria, as condições que facilitem a permanência dos pais no período diurno são “insuficientes”, no entanto 33% consideram estas condições ainda de “razoável” e, em menor número, surgem as condições “adequada” com 25%. Realce-se o facto de o “muito adequada” se ficar pelos 0% dos inquiridos.

Desta análise poderá depreender-se que o hospital de Braga reúne melhores condições para a permanência dos pais no acompanhamento das crianças internadas relativamente ao hospital do Porto.

Gráfico 21 – A Percepção sobre a Assistência das Educadoras/Professoras do Quadro (Profissionais)



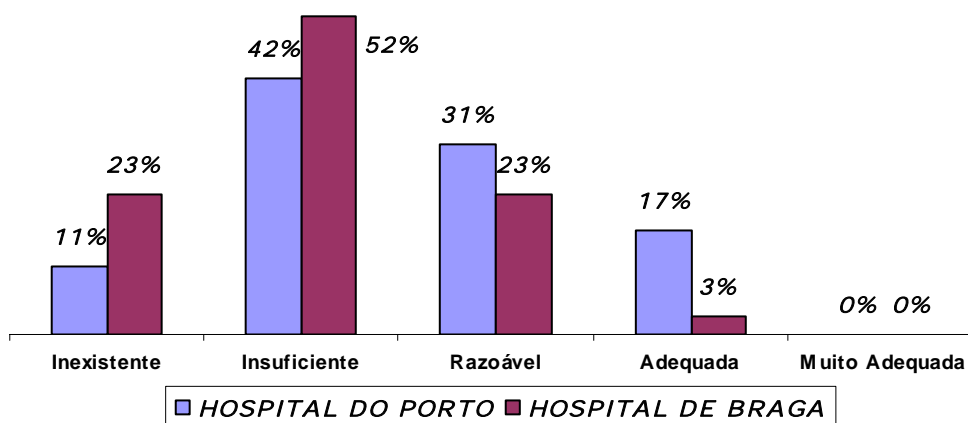
Fonte: Questionários

A opinião dos profissionais do Porto sai, neste contexto, importância da assistência por parte de educadoras/professoras do quadro hospitalar, muito fortalecida, pois aquela incidia substancialmente em pouca importância dada a esta questão. Vemos assim, na leitura do gráfico 21 que, neste hospital, a sua existência assenta essencialmente no “razoável” com 36% e “insuficiente” com 33% das respostas.

Em contrapartida, nas opiniões do hospital de Braga, não obstante ser dada enorme importância à assistência por este grupo profissional, é indubitável a sua “insuficiência” com 39% de respostas.

Poderíamos, numa leitura mais minuciosa e com base na observação do trabalho de campo, sabendo que no hospital do Porto existem quatro educadoras e uma professora, que dão assistência a todos os serviços, e que em Braga existe apenas uma educadora, conjecturar sobre o observado gráfico, explicando assim a elevada percentagem de “insuficiente” para ambos os hospitais. É no entanto com agrado que, apesar das limitações, verificamos que 3% dos inquiridos consideram de “muito adequada” a sua assistência no hospital de Braga.

Gráfico 22 – A Existência de Flexibilização ou Alargamento dos Horários para Actividades Pedagógicas ou Lúdicas (Profissionais)

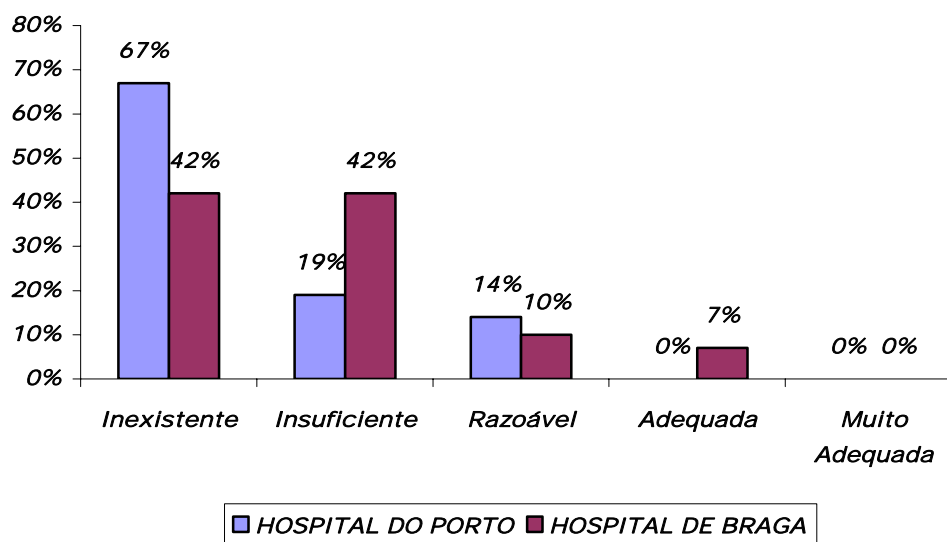


Fonte: Questionários

Relativamente à existência de flexibilização ou alargamento dos horários para actividades pedagógicas e/ou lúdicas em função da rotina diária, verificamos (gráfico 22) que é “insuficiente” para cerca de 42% dos inquiridos do hospital do Porto, facto que se prende com o horário desta sala, pois apenas funciona das 8,30 até às 17 horas durante a semana e encerra ao fim de semana, e para 52% do Hospital de Braga porque, identicamente, o seu funcionamento se restringe a três dias por semana, das 9 às 17 horas e, dois dias das 9 às 13 horas, encerrando também ao fim de semana. São 31% e 23% de inquiridos, respectivamente, que consideram que esta necessidade é “razoável”.

O “muito adequada”, com 0% de inquiridos, faz o equilíbrio final entre os dois hospitais, reforçando de igual modo a opinião dos profissionais, atrás descrita, que assentava com vigor na necessidade da flexibilização e/ou alargamento dos horários para as actividades lúdicas, durante o internamento da criança.

Gráfico 23 – A Existência de Salas de Actividades Recreativas Diferenciadas por Grupo Etário (Profissionais)



Fonte: Questionários

No que diz respeito à existência de salas de actividade recreativas diferenciadas por grupo etário (gráfico 23), na opinião de 67% dos inquiridos, sem duvida a maioria de respostas, ela é “inexistente” no hospital do Porto, enquanto em Braga, o “inexistente” e o “insuficiente” repartem entre si percentagens iguais de respostas, ou seja 42%, ocupando o primeiro lugar “ex-aequo” em relação aos cinco parâmetros avaliados.

Relembrando a imagem que os profissionais têm perante a necessidade de salas recreativas por grupo etário, afigura-se-nos que o facto de elas serem praticamente inexistentes, principalmente no hospital do Porto, terá certamente condicionado aquelas respostas, uma vez que na opinião de 19% de inquiridos a sua importância é “nenhuma”, enquanto para o hospital de Braga, onde se esboça certo desvio para o existente, apesar de insuficiente, apenas 3% opinam de “nenhuma”. Contudo, isso não foi impeditivo para 13% dos inquiridos, do hospital de Braga, mostrarem grande constrangimento por este facto, dando-lhe “pouca” importância, contrastando mesmo com os 0% opinado pelo hospital do Porto.

A presença de uma sala de actividades na unidade de pediatria adolescente no hospital de Braga condicionou certamente a pequena faixa (7%) de inquiridos que

entendeu como adequada a existência de um espaço para actividades recreativas diferenciadas por grupo etário.

1.5. Imagem da qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: uma perspectiva dos acompanhantes

Analogamente ao que já sucedeu com os “profissionais”, nesta secção o objectivo é também o de averiguar a importância atribuída pelos “acompanhantes”, aos aspectos relacionados com o internamento das crianças.

A perspectiva global é descrita em pormenor nos quadros: 1.5.1., 1.5.2., 1.5.3. e 1.5.4., os quais para facilidade de leitura estão divididos em quatro grupos.

Quadro 1.5.1. – Qualidade do ambiente físico segundo a opinião dos acompanhantes

	Conforto da Enfermaria		Condições de Higiene		Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados		Organização Espaço que Proporcione Privacidade		Respeito pela Manutenção Objectos de valor afectivo	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Nenhuma	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Pouca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Alguma	0	1	0	0	2	2	4	7	0	2
Muita	9	14	4	12	3	12	6	6	7	11
Muitíssima	7	2	12	6	11	3	6	3	9	3
NS/NR	0	2	0	1	0	2	0	1	0	1

Fonte: Questionário

Quadro 1.5.2. – Envolvimento parental nos cuidados à criança hospitalizada segundo a opinião dos acompanhantes

	Envolvimento dos pais nas decisões sobre a prestação dos cuidados à criança		Proporcionar condições para a participação dos pais na prestação de cuidados hospitalares		Atribuir maiores competências aos pais ao nível da prestação de cuidados		Condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno		Equipamentos o espaço para a permanência dos pais por mais alargados	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Nenhuma	0	1	0	2	0	1	0	2	0	6
Pouca	0	1	0	2	0	2	1	3	1	2
Alguma	1	3	2	2	2	5	0	7	0	1
Muita	6	7	6	7	8	5	3	6	4	6
Muitíssima	8	6	8	5	5	4	12	1	11	4
NS/NR	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0

Fonte: Questionário

Quadro 1.5.3. – Qualidade dos cuidados lúdico-pedagógicos segundo a opinião dos acompanhantes

	Diferenciação das enfermarias por grupos etários		Assistência por parte das educadoras/prof. do quadro		Flexibilização alargamento dos horários para actividades pedagógicas /lúdicas		Políticas institucionais de promoção dos contactos e relações sociais da criança com o exterior		Existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Nenhuma	0	2	0	5	0	3	1	3	0	2
Pouca	1	3	0	1	0	0	0	2	0	2
Alguma	6	8	6	7	7	8	2	5	4	4
Muita	5	2	6	3	5	3	10	5	5	7
Muitíssima	4	3	4	3	4	4	3	3	6	1
NS/NR	0	1	0	0	0	1	0	1	1	3

Fonte: Questionário

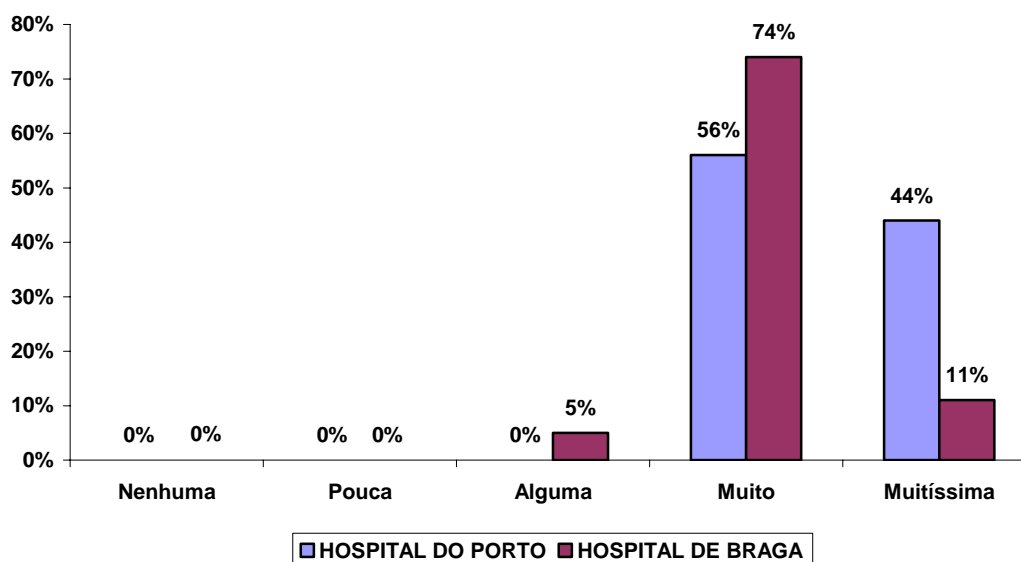
Quadro 1.5.4. – Qualidade da relação família-hospital segundo a opinião dos acompanhantes

	Salas de acolhimento personalizado para a recepção da criança/família		Acolhimento da criança por médico ou enfermeiro de referência		Proporcionar sessões de informação sobre cuidados de saúde primários ou temas relevantes dirigidos às famílias e crianças		Promover a articulação entre hospital – centro de saúde e família com vista ao bem-estar e continuidade dos cuidados	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Nenhuma	0	3	0	2	0	2	0	1
Pouca	0	2	0	0	1	1	1	2
Alguma	2	2	3	2	4	3	0	5
Muita	10	7	4	7	3	8	7	6
Muitíssima	3	3	9	6	8	3	8	4
NS/NR	1	2	0	2	0	2	0	1

Fonte: Questionário

1.6. Perscrutando a imagem dos acompanhantes: singularidades na qualidade e bem-estar da criança hospitalizada

Gráfico 24 – Importância Atribuída ao Conforto na Enfermaria (Acompanhantes)

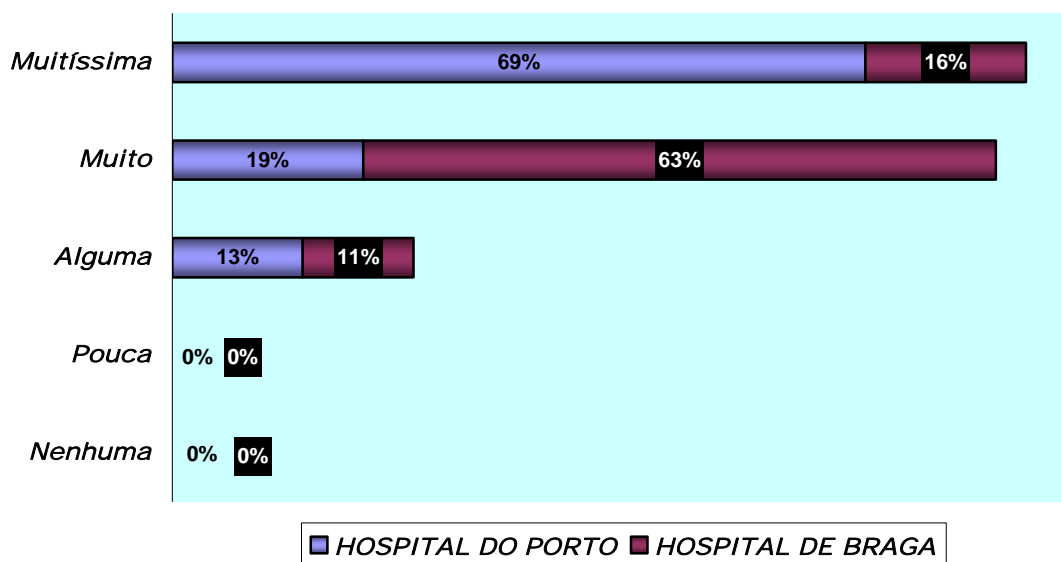


Fonte: Questionários

Em relação à questão do conforto existente na enfermaria, a maioria dos acompanhantes inquiridos, seja no Porto seja em Braga, é de opinião (gráfico 24) de que este aspecto é de “muita importância” e de “muitíssima importância”; sendo respectivamente de 56% e de 43% no hospital do Porto, e de 74% e 11% para as mesmas questões, no hospital de Braga.

Tal como acontece com os profissionais, verifica-se que os acompanhantes também atribuem muita importância aos aspectos relacionados com o conforto na enfermaria, o qual poderá de certa forma ser amenizante da condição de doente, já por si constrangedora (Queralto, 2000, citado por Quiles e Carrillo), que os estudos efectuados neste sentido mostram que as infra-estruturas e a decoração modificam o estado emocional dos pacientes.

Gráfico 25 – Importância Atribuída aos Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados (Acompanhantes)

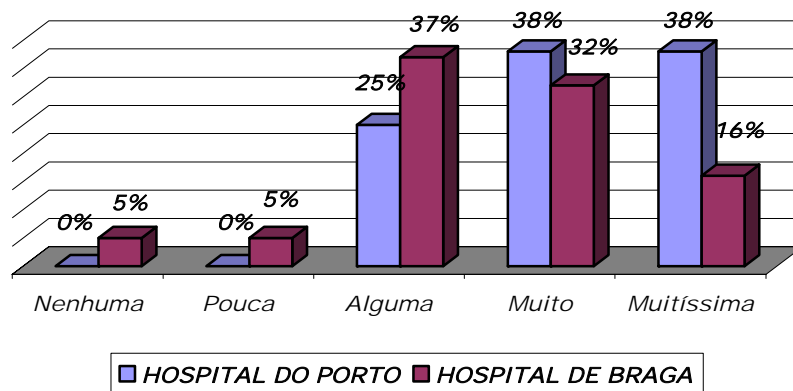


Fonte: Questionários

Da leitura do gráfico 25 depreendeu-se que, no Porto, os acompanhantes (69%) atribuem “muitíssima importância” aos materiais e equipamentos de higiene individualizados, enquanto que os acompanhantes no hospital de Braga consideram este aspecto de importância moderada atribuindo essencialmente a sua opinião em “muita” com 63%.

Mais uma vez se verifica que a importância atribuída aos materiais e equipamentos de higiene individualizados (vestuário, objectos de uso diário, etc.) é, reconhecida pelos dois grupos, como uma necessidade essencial, não só por uma questão de higiene mas também culturalmente exigida, e também reconhecida como uma necessidade para evitar contaminação por germens nocivos.

Gráfico 26 – Importância Atribuída à Organização do Espaço que Proporciona alguma Privacidade à Criança Internada (Acompanhantes)

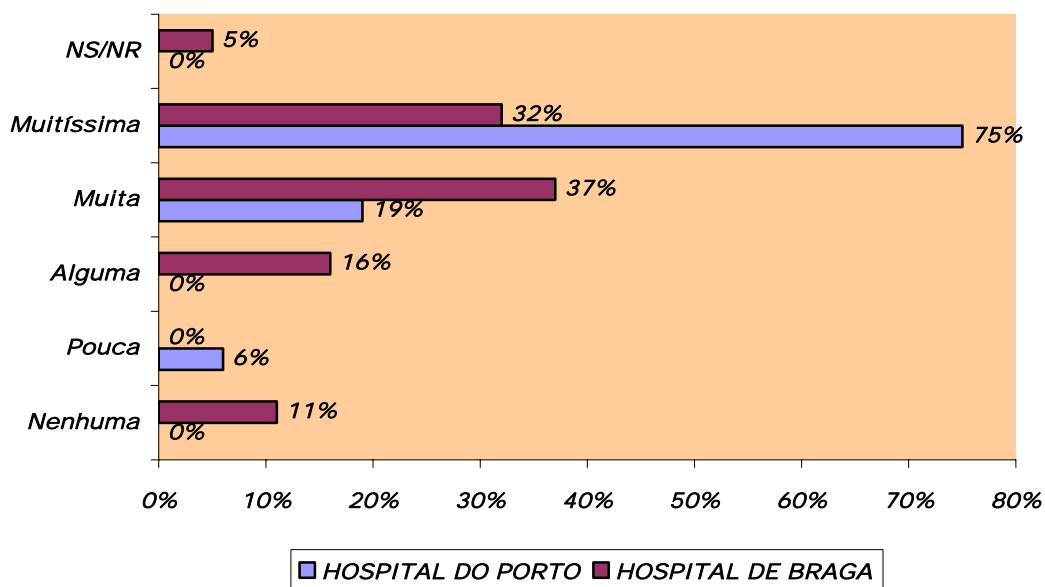


Fonte: Questionários

No aspecto da organização do espaço (gráfico 26) que proporcione uma privacidade à criança internada, observa-se que os acompanhantes do hospital do Porto estão mais preocupados com esta necessidade, visivelmente sublinhada pelas suas respostas, com 38% em ambas as questões de “muito” e “muitíssima” importante, facto relacionado com as limitações das infra-estruturas que este hospital possui.

Os acompanhantes do hospital de Braga apenas atribuem “alguma” (37%), importância à organização do espaço que proporcione privacidade à criança, contudo este aspecto é por alguns, sentido como “muita” e “muitíssima” importância, com valores de 32% e 16% respectivamente, em sua opinião, significativos e necessários, no internamento da criança.

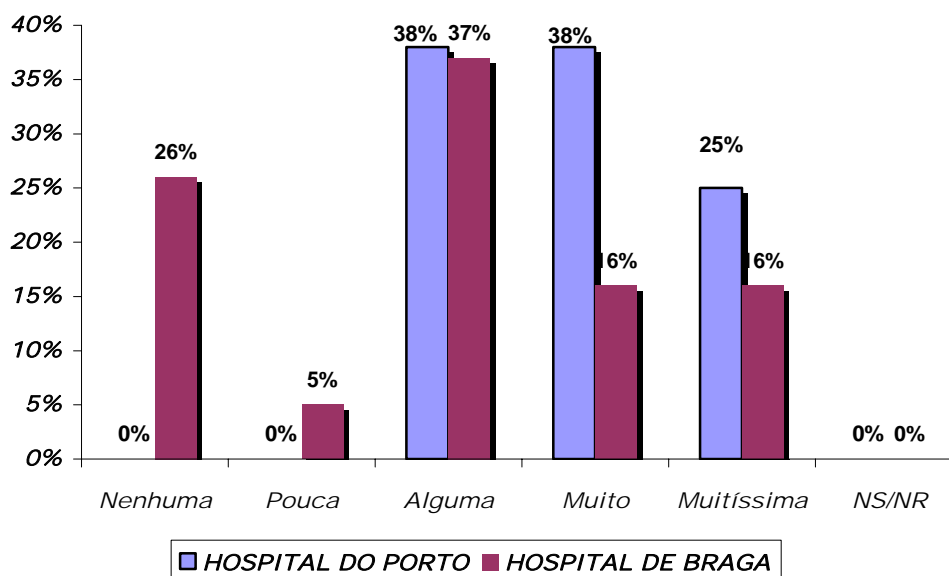
Gráfico 27 – Importância Atribuída às Condições que Facilitem a Permanência dos Pais (período diurno) (Acompanhantes)



Fonte: Questionários

O gráfico 27 evidencia-nos que os acompanhantes opinam ser “muito” e “muitíssimo” importantes as condições que facilitem a permanência dos acompanhantes/pais durante o período diurno, com convergência de opiniões em ambos os hospitais. Os acompanhantes do hospital do Porto referem que este aspecto é de “muitíssimo” importância (75%), enquanto que os acompanhantes do hospital de Braga fazem diluir as suas preferências, incidindo-as principalmente nos itens, “muito” e “muitíssimo” importante a sua opinião sobre as condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno, com percentagens de 37% e 32% respectivamente, chegando mesmo ao extremo, de 11% dos inquiridos entenderem não ser necessário melhorar as condições da sua permanência no hospital.

Gráfico 28 – Importância Atribuída à Assistência por Parte de Educadoras/Professoras (Acompanhantes)

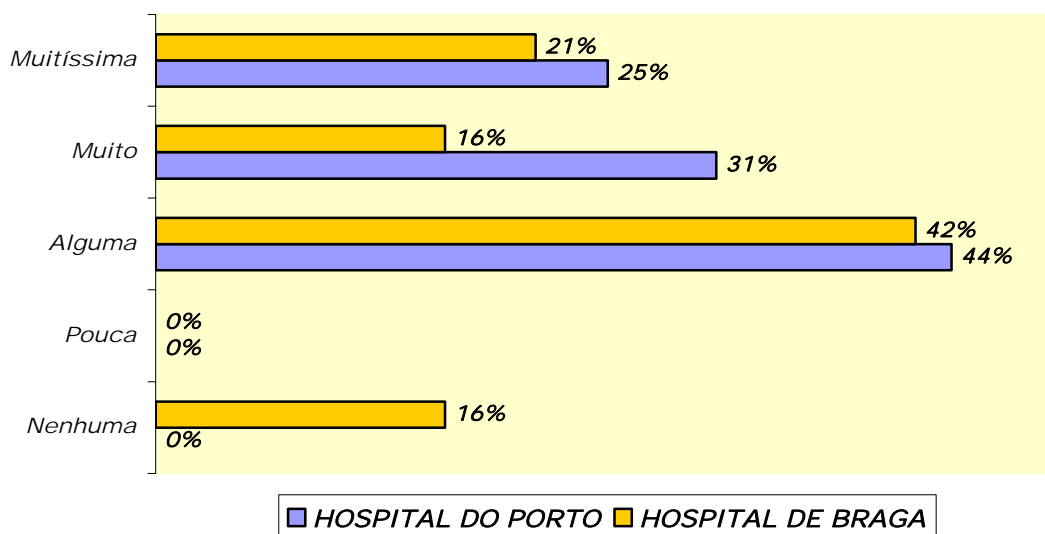


Fonte: Questionários

A importância da assistência por parte de educadoras/professoras do quadro hospitalar (gráfico 28) é referida, pelos acompanhantes do hospital do Porto, com 38% para as respostas de “alguma” e “muita” importância em “ex-aequo”, e de 25% para “muitíssima”, contrastando com a opinião dos acompanhantes de Braga, que, não obstante darem “alguma” (37%) importância, é de realçar os 26% dos inquiridos, que aqui, atribuem “nenhuma” importância à assistência prestada por este grupo profissional. É notório que os acompanhantes/pais se encontram preocupados com a doença da criança relegando para segundo plano a importância destas profissionais como factor intrínseco para a recuperação e equilíbrio do bem-estar físico e psíquico da criança enquanto internada.

Daqui pode eventualmente depreender-se, e com base na observação do nível de escolarização dos acompanhantes de ambos os hospitais que, no hospital do Porto seja sentida maior necessidade deste grupo profissional para colmatar, não só os efeitos negativos da hospitalização, como também continuar o desenvolvimento da criança, quando retirada do seu meio ambiente (escola, família e amigos).

Gráfico 29 – Importância Atribuída à Flexibilização ou Alargamento das Actividades Pedagógicas/Lúdicas (Acompanhantes)



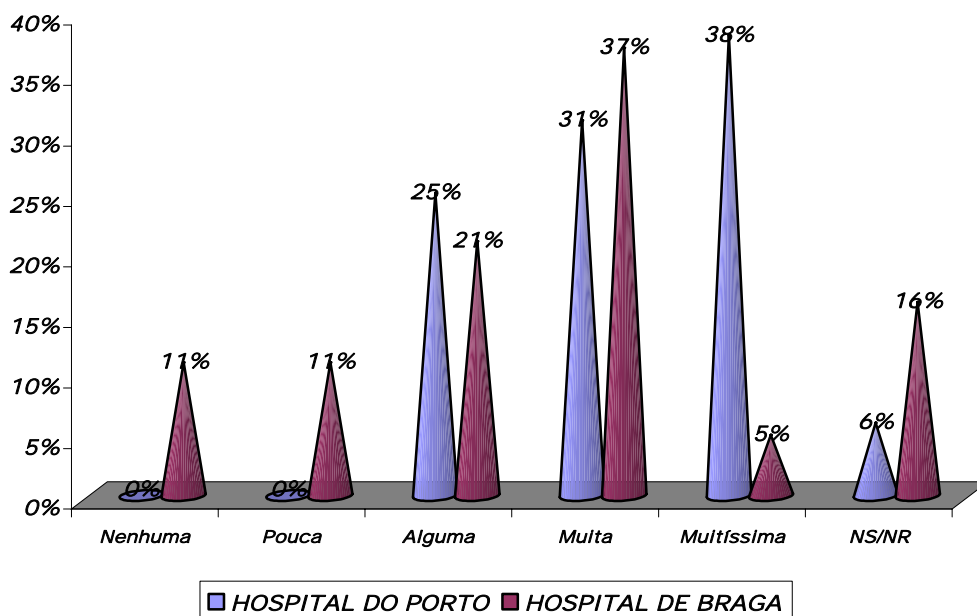
Fonte: Questionários

Diz-nos o gráfico 29, sob o ponto de vista da importância da flexibilização ou alargamento dos horários para actividades pedagógicas ou lúdicas em função da rotina diária, que 7 inquiridos no hospital do Porto (cerca de 44%), referem que a importância é “alguma”, ligeiramente superior a Braga, com 8 inquiridos com a mesma resposta, (aproximadamente 42%).

Os acompanhantes do hospital do Porto, respondem “muita” importância, cerca de 31%, e confrontados com a mesma questão, os acompanhantes de Braga, continuam a mostrar certa coerência na sua linha de pensamento, quando 16% dos inquiridos dão como resposta “nenhuma” importância.

Torna-se evidente na análise deste aspecto que os acompanhantes, em ambos os hospitais, sentem a necessidade de as crianças ocuparem o seu tempo livre, necessitando para o efeito do alargamento dos horários para desenvolverem actividades lúdicas e/ou pedagógicas, contribuindo estas para tornar a hospitalização num momento profícuo ao seu desenvolvimento.

Gráfico 30 – Importância Atribuída À Sala de Actividades Recreativas Diferenciadas por Grupo Etário (Acompanhantes)



Fonte: Questionários

Relativamente à opinião sobre a importância da existência de salas de actividade recreativas diferenciadas por grupo etário, podemos salientar que, (gráfico 30), as respostas foram idênticas para “muita” importância com 38% e 37% respectivamente no Porto e em Braga.

Diferença evidente existe nos itens de “nenhuma” e “pouca”, com 0% de respostas no hospital do Porto e, 11% para cada resposta no hospital de Braga, verificando-se ainda maior desfasamento para “muitíssima” com 38% no Porto, contra 5% em Braga.

O destaque dado à importância atribuída à existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário, pelos acompanhantes do hospital do Porto, poderá dever-se ao facto de aqui existir uma única sala, utilizadas por todas as crianças hospitalizadas, independentemente do seu nível etário.

Quadro 5 - Factores que Contribuem para a Participação Activa na Relação Profissionais de Saúde/Família (Acompanhantes)

	HOSPITAL DO PORTO			HOSPITAL DE BRAGA		
	1.º ASPECTO	2.º ASPECTO	3.º ASPECTO	1.º ASPECTO	2.º ASPECTO	3.º ASPECTO
CAPACIDADE DE COMUNICAR	13%	25%	13%	26%	11%	11%
COMPETÊNCIA PROFISSIONAL	6%	31%	25%	0%	0%	0%
DISPONIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS	44%	13%	25%	16%	21%	11%
CONDIÇÕES FÍSICAS	13%	6%	0%	0%	5%	0%
NS/NR	25%	25%	38%	58%	63%	79%
	(N = 16)	(N = 16)	(N = 16)	(N = 19)	(N = 19)	(N = 19)

Fonte: Questionários

Da observância que os acompanhantes têm sobre os aspectos para tornar mais activa a relação entre os profissionais de saúde e a família, e da leitura do Quadro 5, podemos inferir que os acompanhantes do hospital do Porto referem que para tornar mais activa esta participação é necessário “disponibilidade dos profissionais”, com 44% aproximadamente de respostas mencionadas no primeiro aspecto, assim como nos, segundo e terceiro, aspectos com valores aproximados de 13% e 25%, respectivamente.

Relativamente à “capacidade de comunicar” é também enfatizada como factor relevante para manter a participação activa entre a família e os profissionais de saúde com 13%, 25% e 13% respectivamente referidos nos, primeiro, segundo e terceiro, aspectos.

Inversamente, no hospital de Braga, salienta-se a “capacidade de comunicar” como aspecto mais importante que a “disponibilidade dos profissionais” para manter a relação activa entre os membros da equipa e os acompanhantes.

Apesar da maior parte dos inquiridos de ambos os hospitais só terem preferencialmente mencionado um aspecto (de três que lhes foram propostos), verifica-se que a maioria de respostas caiu sobre “NS/NR” (não sabe/não responde), com esmagadora representatividade no hospital de Braga com cerca de 58%, 63% e 79% respectivamente para os, primeiro, segundo e terceiro, aspectos.

Pensamos que a ausência de respostas nesta questão se pode relacionar com a falta de conhecimento sobre o assunto e, talvez, o medo de se expôr, o que poderá estar subjacente ao grau de instrução dos acompanhantes de Braga, acentuando desta forma, a opinião dos profissionais quando se referem à falta de “receptividade familiar”.

A família, nomeadamente os pais, são peças fundamentais quando se pretende aumentar a comunicação com a criança. A sua colaboração deve ser sempre solicitada para tornar mais activa a relação entre os profissionais de saúde e a criança.

Torna-se necessário uma integração efectiva da família na equipa de saúde para que se estabeleçam processos de comunicação e clarificação entre todos, com o objectivo de ultrapassar o “*mundo desconhecido*” do hospital para que se tornem mais activos em todo o processo, intervindo na recuperação e reabilitação dos filhos. É sem dúvida o processo eficaz, para a família não se sentir usurpada do seu papel parental, ajudando ao controle das suas emoções e angústias, superando a crise acidental, decorrente da doença.

1.7. Condições que existem nas instituições, para a qualidade e bem-estar da criança hospitalizada: uma perspectiva dos acompanhantes

Neste ponto procura evidenciar-se quais as condições que os “acompanhantes” referem como existentes nos serviços onde as crianças se encontram internadas.

Quadro 1.7.1. - Condições relativas ao ambiente físico na opinião dos acompanhantes

	Conforto da Enfermaria		Condições de Higiene		Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados		Organização Espaço que Proporcione Privacidade		Respeito pela Manutenção Objectos de valor afectivo	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Inexistente	1	0	0	0	0	1	5	4	0	0
Insuficiente	0	0	1	0	2	0	4	2	2	0
Razoável	6	7	5	2	2	6	6	7	5	3
Adequada	9	6	2	8	6	9	1	5	3	12
Muito Adequado	0	5	8	7	6	3	0	1	6	3
NS/NR	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1

Fonte: Questionário

Quadro 1.7.2. - Condições propiciadoras do envolvimento dos pais na opinião dos acompanhantes

	Envolvimento dos pais nas decisões sobre a prestação dos cuidados à criança		Proporcionar condições para a participação dos pais na prestação de cuidados hospitalares		Atribuir maiores competências aos pais ao nível da prestação de cuidados		Condições que facilitem a permanência dos pais durante o período diurno		Equipamentos e espaço para a permanência dos pais por períodos mais alargados	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Inexistente	1	2	2	2	2	2	5	2	7	9
Insuficiente	2	4	2	1	1	1	4	7	7	4
Razoável	5	5	4	7	7	10	5	3	1	2
Adequada	7	5	6	7	5	4	1	5	0	3
Muito Adequado	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1
NS/NR	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0

Fonte: Questionário

Quadro 1.7.3. - Condições hospitalares relativas aos cuidados lúdico-pedagógicos na opinião dos acompanhantes

	Diferenciação das enfermarias por grupos etários		Assistência por parte das educadoras/prof. do quadro		Flexibilização alargamento dos horários para actividades pedagógicas /lúdicas		Políticas institucionais de promoção dos contactos e relações sociais da criança com o exterior		Existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Inexistente	10	4	5	4	7	5	5	2	11	6
Insuficiente	0	3	5	4	1	1	4	1	1	0
Razoável	4	5	2	4	5	8	3	8	3	7
Adequada	2	4	4	4	3	2	4	5	1	4
Muito Adequado	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
NS/NR	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1

Fonte: Questionário

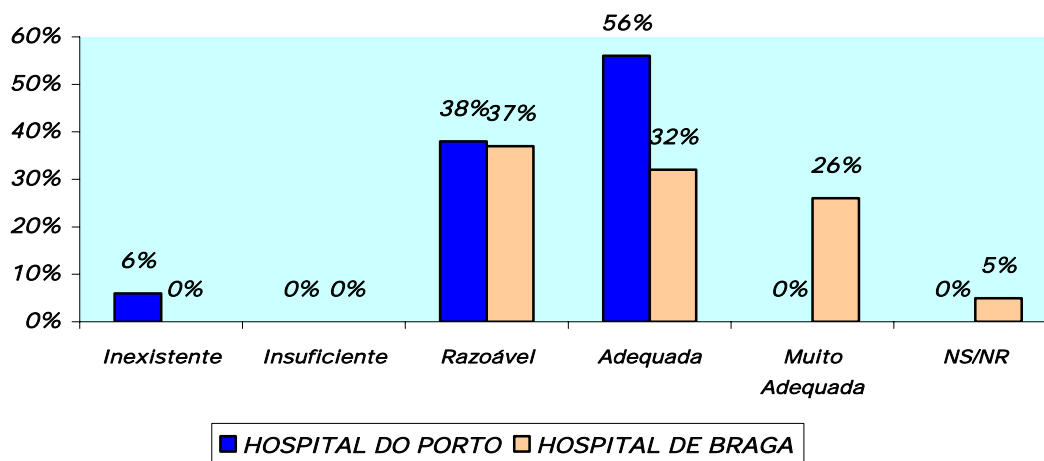
Quadro 1.7.4. - Condições hospitalares propiciadoras do envolvimento da família no hospital na opinião dos acompanhantes

	Salas de acolhimento personalizado para a recepção da criança/família		Acolhimento da criança por médico ou enfermeiro de referência		Proporcionar sessões de informação sobre cuidados de saúde primários ou temas relevantes dirigidos às famílias e crianças		Promover a articulação entre hospital – centro de saúde e família com vista ao bem-estar e continuidade dos	
	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19	Porto N = 16	Braga N = 19
Inexistente	11	7	4	5	12	6	4	5
Insuficiente	3	4	4	2	1	0	4	2
Razoável	1	3	5	5	1	7	4	4
Adequada	1	2	3	3	2	3	3	5
Muito Adequado	0	1	0	4	0	3	1	1
NS/NR		2	0	0	0	0	0	2

Fonte: Questionário

1.8. Singularidades sobre as condições hospitalares existentes: as opiniões dos acompanhantes

Gráfico 31 – A Percepção do Conforto na enfermaria (Acompanhantes)

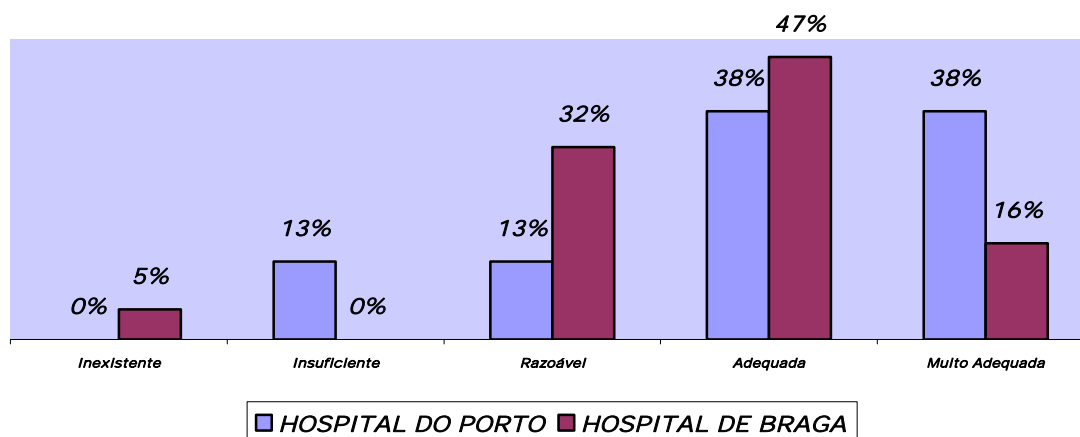


Fonte: Questionários

Quanto à existência de conforto na enfermaria (gráfico 31), ele é “adequado” para 56% e “razoável” para 38% dos inquiridos no hospital do Porto; enquanto que para os acompanhantes de Braga, não obstante neste dois ítems ser de percentagem inferior, (32% e 37% respectivamente), observamos que 26% do total de inquiridos considera que o conforto é “muito adequado”. No hospital do Porto, há ainda 6% dos inquiridos que referem não existir qualquer tipo de conforto.

Desta leitura poderemos inferir que os acompanhantes do hospital de Braga consideram que o conforto da enfermaria (decoreção, mobiliário, etc.) é muito bom no serviço onde tem a sua criança internada. Relativamente aos acompanhantes do hospital do Porto, o seu grau de satisfação perante o conforto das enfermarias é de maior desagrado, havendo inclusive uma percentagem que o considera nulo.

Gráfico 32 – Existência de Materiais e Equipamentos de Higiene Individualizados (Acompanhantes)

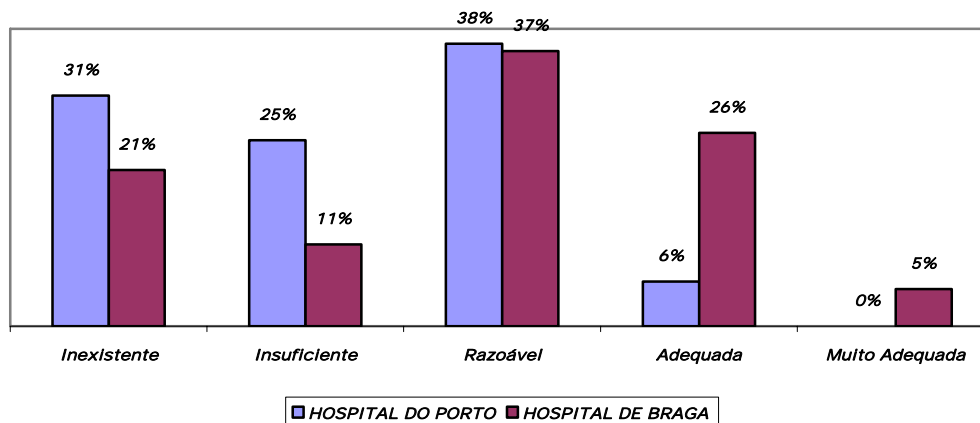


Fonte: Questionários

Ao observarmos o gráfico 32, verificamos que a importância atribuída pelos acompanhantes aos materiais e equipamentos de higiene individualizados se retrata em ambos os hospitais, sendo “adequada” e “muito adequada” para 38% (6 inquiridos) em cada item no hospital do Porto e de 47% (9 inquiridos) e 16% (3 inquiridos) para as mesmas respostas no hospital de Braga. O “razoável”, para 32% em Braga e 13% no Porto. De referir ainda que 5% dos inquiridos no hospital de Braga consideraram “inexistência” destes materiais enquanto no hospital do Porto são 13% de inquiridos a considerá-los insuficientes.

Salienta-se que a maior parte dos inquiridos em ambos os hospitais alvitraram, que o serviço onde as crianças se encontram internadas, é contemplado com materiais e equipamentos de higiene individualizados, isto é, permitem às crianças o uso do seu próprio pijama, assim como matérias de higiene pessoal.

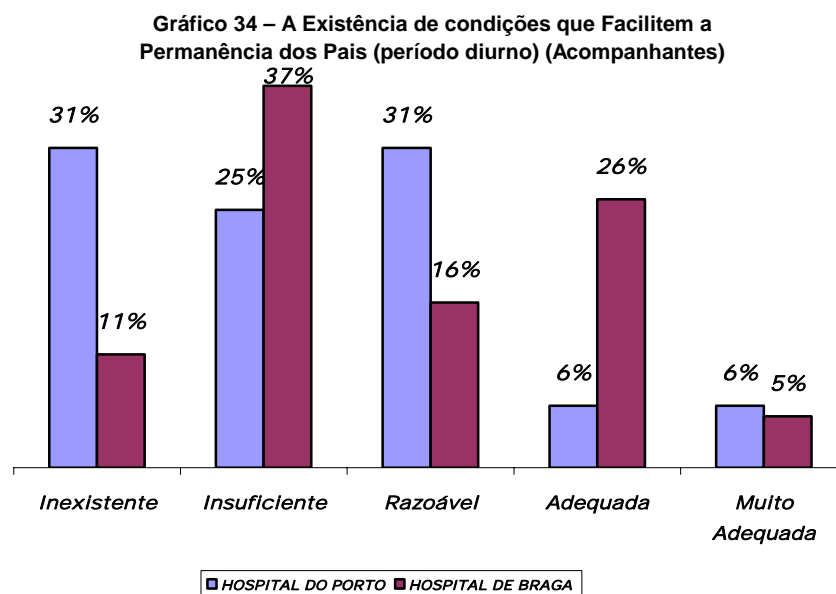
Gráfico 33 – Percepção Relativa à Organização do Espaço que Proporciona alguma Privacidade à Criança Internada (Acompanhantes)



Fonte: Questionários

No aspecto da organização do espaço que proporcione uma privacidade à criança internada, observamos que os acompanhantes do hospital do Porto estavam mais preocupados com esta necessidade, confirmando-se os seus anseios (gráfico 33) quando confrontados com a realidade do serviço onde a criança se encontra internada. Verificaram então, no seu entender, que o espaço varia de “inexistente”, para 31%, a “razoável”, para 38% dos inquiridos. Não obstante a menor importância dada pelos acompanhantes do hospital de Braga ao factor espaço, este aparece como “razoável” e “adequado” para 37% e 26% respectivamente, salientando-se inclusivamente que ele é até muito adequado para 5% dos inquiridos.

Decorrente da análise do gráfico constata-se que a organização do espaço que proporcione privacidade à criança se encontra mais contemplada no hospital de Braga, facto que se prende com a arquitectura da unidade de pediatria ter sido reestruturada e modernizada, enquanto que o hospital do Porto, edifício centenário, não permite alterações de fundo que propiciem respostas às necessidades, em termos de uma maior privacidade, isto é, que facilite momentos para estar só e em sossego.



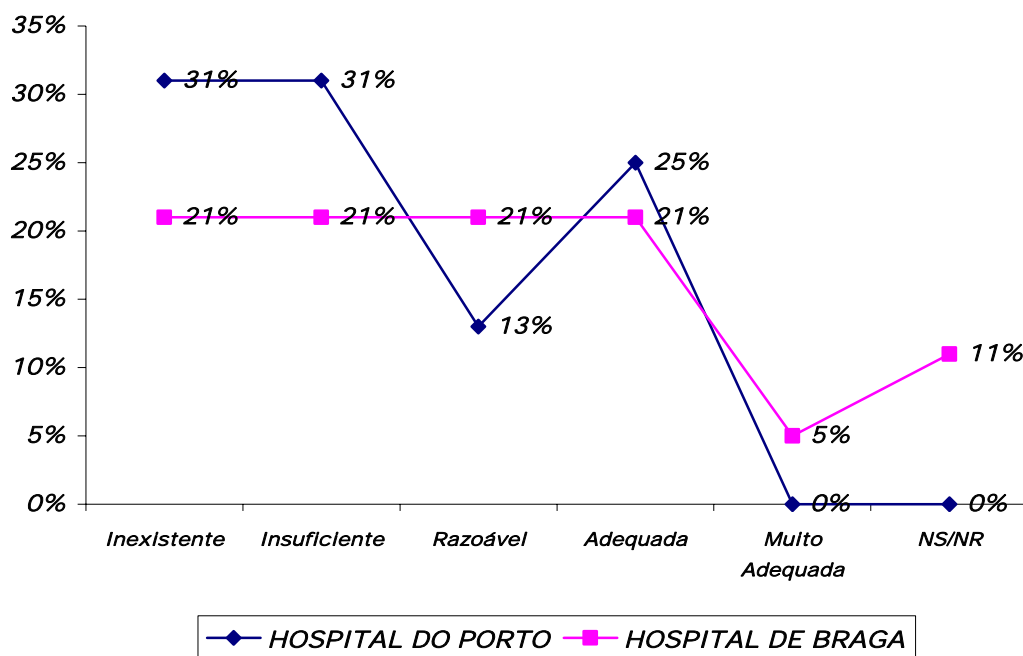
Fonte: Questionários

As condições que facilitem a permanência dos acompanhantes/pais durante o período diurno variam, como é representado no gráfico 34, entre o “inexistente” e o “razoável” com 31% de respostas em ambos os itens, para o hospital do Porto, o que não pode certamente contentar os acompanhantes neste hospital, onde em sua opinião e quando inquiridos, demonstraram grande apreço por esta necessidade.

Se para 37% dos acompanhantes do hospital de Braga as condições que facilitem a sua permanência no hospital são “insuficiente”, constata-se da leitura do gráfico que, o “adequado” e o “muito adequado”, no seu somatório, com 31% das respostas, quase iguala o item anterior.

Como ilação possível, poder-se-á acreditar que existem melhores condições em Braga que no Porto, justificando de igual modo as opiniões dos acompanhantes do hospital de Braga, quando em seu entender, um número significativo de inquiridos, opina não ser necessário melhorar as condições da sua permanência neste hospital.

Gráfico 35 – A Percepção Sobre a Assistência das Educadoras/Professoras do Quadro (Acompanhantes)



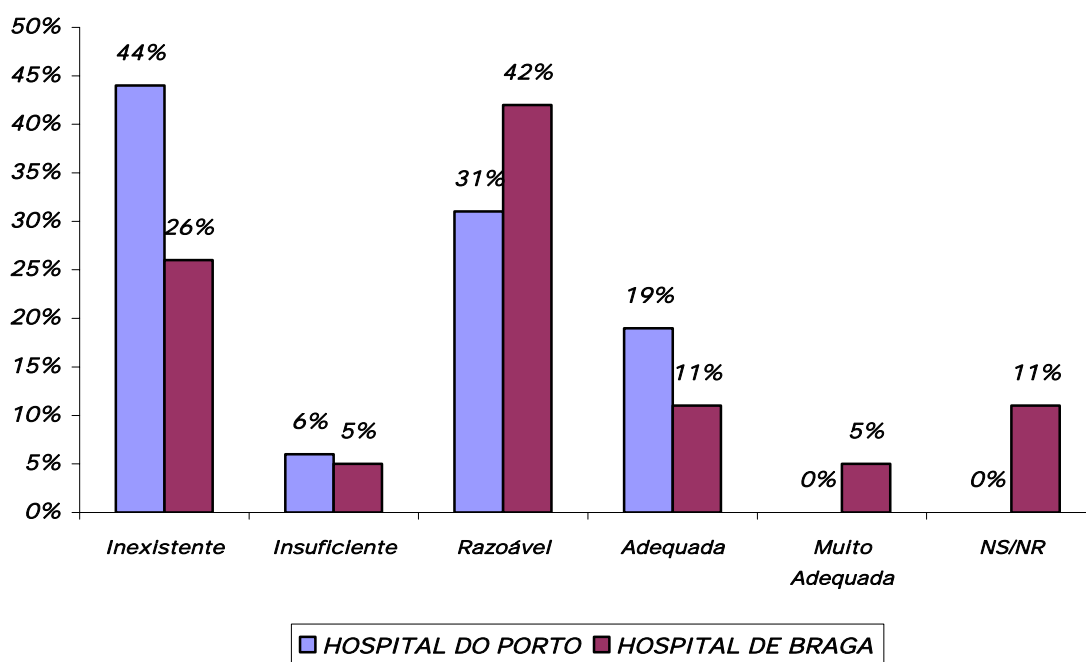
Fonte: Questionários

A existência da assistência por parte de educadoras/professoras do quadro hospitalar (gráfico 35) é referida, pelos acompanhantes do hospital do Porto, com 31% para cada uma das respostas de “inexistente” e “insuficiente”, e de 25% para “adequada”. Tendencialmente, ainda que em menores percentagens, os acompanhantes do hospital de Braga sublinham com 21% estes quatro parâmetros: “inexistente”, “insuficiente”, “razoável” e “adequada”, respectivamente. De notar ainda os 5% dos inquiridos neste hospital que avaliaram a assistência como de “muito adequada”.

De forma mais abrangente poderemos equiparar estes dados, com os recolhidos dos profissionais, denotando-se uma certa convergência de opiniões no que concerne à existência da assistência por parte das Educadoras/Professoras. Tal como para os profissionais, pensamos que estes resultados continuam a ser justificados pelas mesmas razões: existência de quatro educadoras e uma professora, que dão assistência a todos os serviços, no hospital do Porto e, em Braga, a existência de apenas uma educadora o que, não obstante e apesar das limitações em termos de recursos

humanos, não impediu que 11% dos inquiridos, considerassem de “muito adequada” a sua assistência.

Gráfico 36 – A Existência de Flexibilização dos horários para Actividades Pedagógicas ou Lúdicas (Acompanhantes)

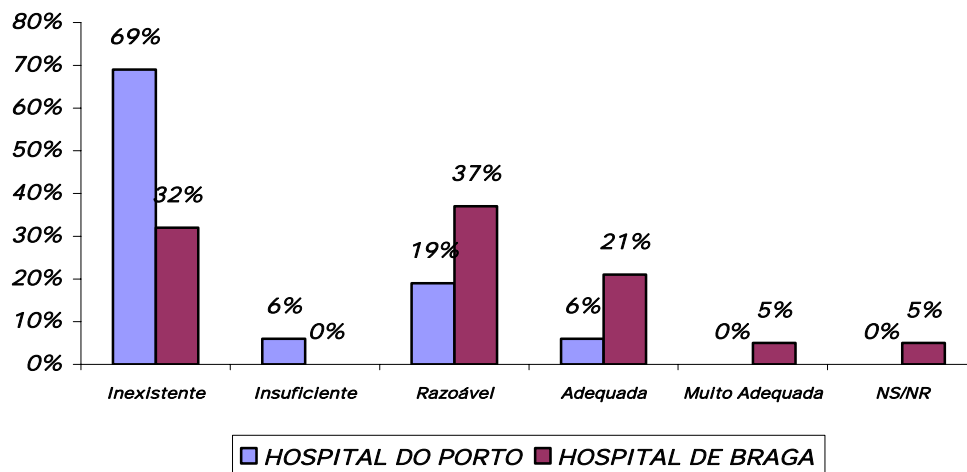


Fonte: Questionários

Do ponto de vista prático (gráfico 36) a flexibilização e o alargamento de horários, é “inexistente”, sobressaindo esta como a avaliação mais representativa com 7 respostas (44%, aproximadamente), para os acompanhantes do hospital do Porto, enquanto os acompanhantes do hospital de Braga fizeram recair a sua principal selecção no item “razoável” com cerca de 42%. Curiosamente, e ainda neste hospital, verificamos que 5% dos inquiridos consideram de “muito adequado” os horários das actividades pedagógicas.

Mais uma vez se constata que os horários das salas onde se desenvolvem as actividades lúdicas, para a ocupação do tempo livre da criança enquanto hospitalizada, são manifestamente insuficientes em ambos os hospitais, sendo a sua causa mais provável a falta de recursos humanos.

Gráfico 37 – A Percepção de Salas de Actividades Recreativas Diferenciadas por Grupos Etários (Acompanhantes)



Fonte: Questionários

A existência de salas de actividades recreativas diferenciadas por grupo etário (gráfico 37) é “inexistente” para 69% aproximadamente e, “razoável”, para cerca de 19% no que concerne às opiniões dos acompanhantes do hospital do Porto.

Relativamente ao hospital de Braga, cujas opiniões sobre esta matéria, menos incisivas relativamente aos acompanhantes do Porto repartem-se por percentagens semelhantes por três questões: “razoável” para 7 inquiridos (37%), superior a qualquer outra resposta, “inexistente” para 6 inquiridos (32%), enquanto que 4 inquiridos (21%) consideram-na “adequada”.

Como anteriormente já foi referido, o hospital do Porto tem uma única sala de actividades, comum a todos os serviços e a todos os grupos etários, o mesmo acontece em Braga, apesar de aqui a unidade de pediatria se estender por dois pisos do hospital, o que faculta de igual modo a existência de duas salas de actividades localizadas uma por cada piso, continua a não ser contemplada a sua divisão por grupos etários.

2. A CRIANÇA E AS ACTIVIDADES LÚDICAS EM CONTEXTO HOSPITALAR

Hoje em dia, cada vez mais, se tem em conta as necessidades bio-psico-sociais das crianças hospitalizadas, com a finalidade de proporcionar uma assistência integral à criança, tendo em conta as condições de hospitalização, assim como as situações e reacções que geram, na criança e na família.

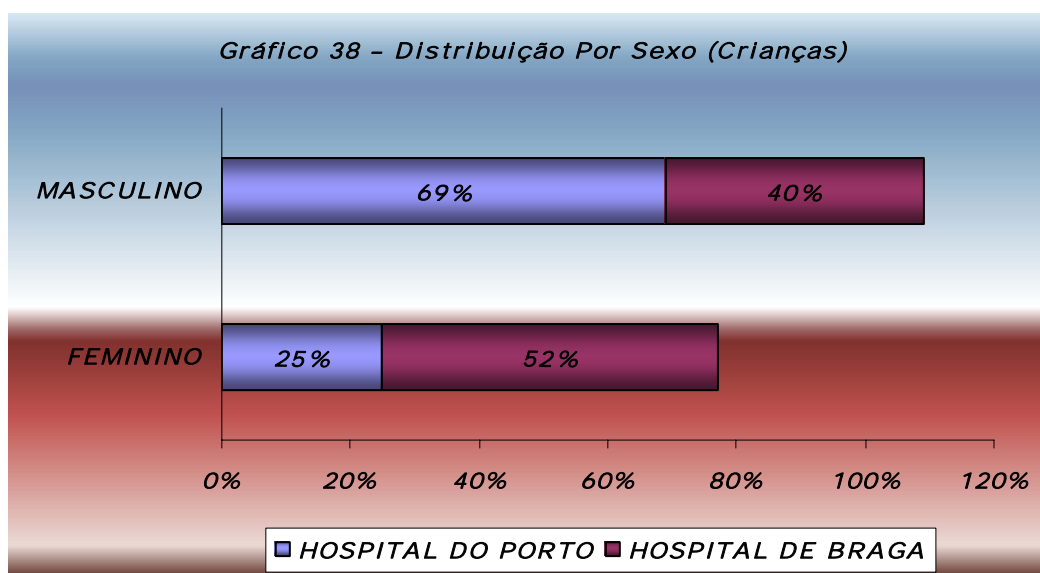
As trocas na vida quotidiana, provocadas pela hospitalização, implicam uma ruptura com as actividades diárias, tais como ir ao colégio, jogar, estudar, relacionar-se com os seus companheiros (Gonzalez, 2000, citado por Ferrer). A compreensão da necessidade de brincar, como necessidade básica, é fundamental, aos “profissionais” que cuidam da criança, inclusivamente, no meio hospitalar, para que esta seja valorizada, tanto como a higiene, a alimentação, o curativo, e não como uma actividade a mais que vai ser proporcionada à criança se “der tempo”, ou se as pessoas envolvidas nos cuidados estiverem motivadas para o fazer.

Sabe-se que a função de brincar tem subjacente, além da recriação, estimulação, sociabilização, a possibilidade de dramatização de papéis, de conflitos e a catarse, que significa alívio ou purificação do indivíduo. Graças a esta função, além de possibilitar o diagnóstico de um conflito que a criança está a viver, o brinquedo tem também uma função decorativa, funcionando como uma válvula, conduzindo à diminuição da ansiedade.

Axline (1984), a ludoterapia oferece à criança uma oportunidade de se libertar dos seus sentimentos e problemas e, em simultâneo, a criança resolve-os, falando. Desta forma, o *“brinquedo comum torna-se terapêutico, quando promove o bem-estar, psico-fisiológico, permitindo desenvolver habilidades necessárias para enfrentar situações de stress”* (Beltrand, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 97).

Neste sentido, as funções do jogo no hospital, *“na ocupação do tempo livre, podem converter-se numa experiência positiva que facilita a expressão de sentimentos e pensamentos; prepara a criança para determinados procedimentos; informa sobre a hospitalização; facilita a cooperação da criança; promove a compreensão da doença e o desenvolvimento da criança; minimiza os efeitos negativos da hospitalização; estabelece um elo de ligação com os profissionais de saúde e facilita a comunicação com a criança ao potenciar a confiança com os profissionais de saúde”* (Doverty, 2000, in Quiles e Carrillo, p. 97).

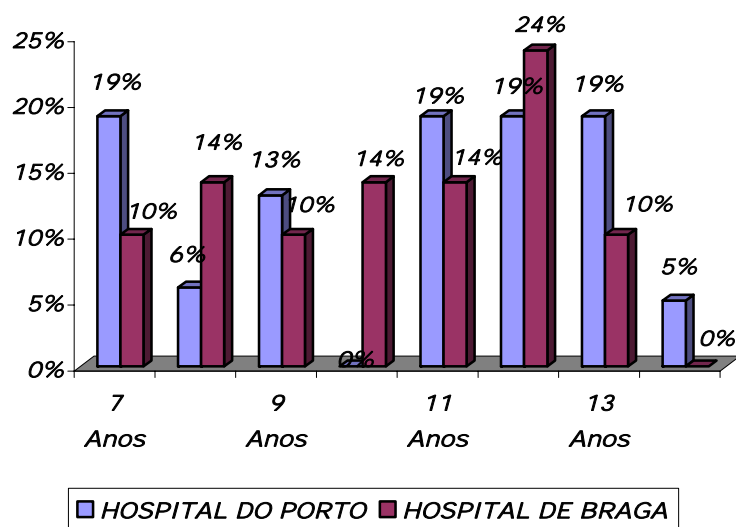
Com o grupo das crianças foi nossa intenção efectuar uma caracterização demográfica e auscultar como se processa o seu dia-a-dia no hospital, isto é, como ocupam o seu tempo livre, em actividades desejadas, preferidas e preteridas, em ambos os hospitais.



Fonte: Questionários

O universo das “crianças” (gráfico 38) a quem passámos o inquérito por questionário, no hospital do Porto, é dominado pelo sexo masculino com 69%. Por seu lado, em Braga, predomina o sexo feminino com 52%.

Gráfico 39 - Distribuição por Idades



Fonte: Questionários

O universo das crianças a quem passámos o inquérito engloba idades entre os sete e os treze anos (gráfico 39). No hospital do Porto, observamos que com 19% temos os grupos dos 7, 11, 12 e 13 anos e 0% o grupo com 10 anos de idade. Em relação ao hospital de Braga, onde a distribuição é praticamente uniforme em todos os grupos etários, entre os 10 e os 14% aproximadamente, verifica-se apenas um pico significativo no grupo dos 12 anos, com 24% do total das crianças.

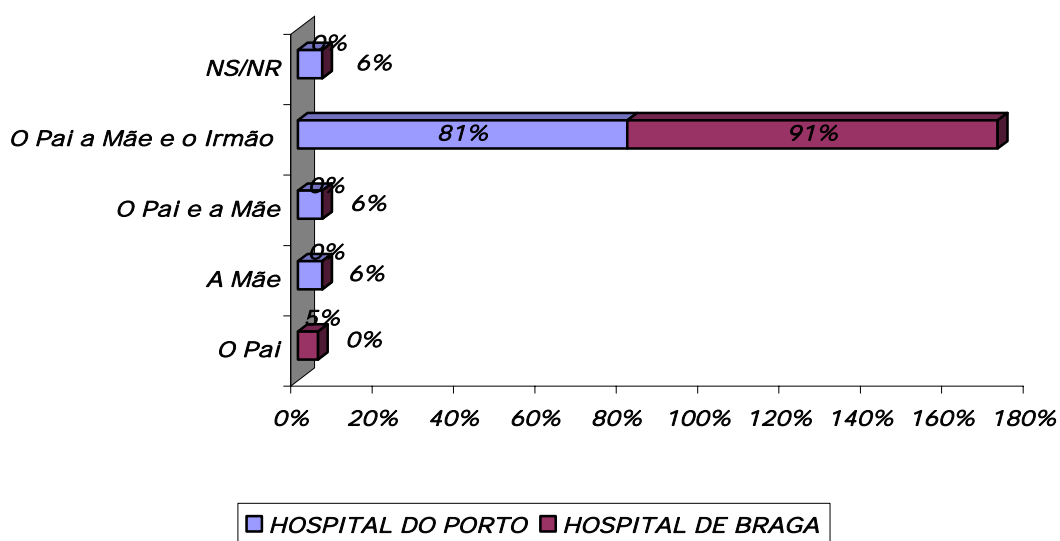
Quadro 6 - Distribuição por Grau de Escolaridade (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO	HOSPITAL DE BRAGA
1.º Ano	1	1
2.º Ano	2	2
3.º Ano	0	2
4.º Ano	8	3
5.º Ano	1	3
6.º Ano	1	5
7.º Ano	2	4
8.º Ano	1	0
	N = 16	N = 20

Fonte: Questionários

O grau de escolaridade prevalente (Quadro 6) no hospital do Porto é o do “4.º ano”, com 8 crianças, mais longe, surge o “2.º Ano” com 2 crianças neste nível, cerca de 12.5% do total das 16 crianças inquiridas. O “6.º ano” é o grau académico mais frequentado pelas crianças do hospital de Braga, em número de 5 crianças; 3 crianças frequentam os “4.º, 5.º e 7.º anos de escolaridade.

Gráfico 40 – Constituição do Agregado Familiar (Crianças)



Fonte: Questionários

A análise do gráfico 40 realça claramente a predominância no universo em estudo, pela grandeza das percentagens observadas, da existência de maior número de crianças que vivem com “O Pai a Mãe e o Irmão” com 81% para o hospital do Porto e 91% para o hospital de Braga.

Uma observação superficial leva-nos a inferir, pelo somatório das respostas: “pai”, “mãe”, com valor de 11% do total, que existem um número considerável de famílias monoparentais, facto que não acontece na realidade, pois reflectindo sobre estes dados, entendemos por bem cruzá-los com o estado civil dos acompanhantes (Quadro 3) e concluímos que em ambos os hospitais prevalecem as famílias nucleares, excepto em quatro situações, duas no Porto e duas em Braga.

Quadro 7 - Distribuição por Tempo de Internamento (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO	HOSPITAL DE BRAGA
1 Dias	0	1
2 Dias	4	6
3 Dias	2	5
4 Dias	1	2
5 Dias	3	4
7 Dias	1	0
8 Dias	1	0
15 Dias	2	0
24 Dias	0	1
30 Dias	0	1
65 Dias	1	0
	N = 16	N = 20

Fonte: Questionários

Segundo o tempo de internamento (Quadro 7), na sua maioria, e para o hospital do Porto, o tempo de hospitalização prevalecente é o de “2 dias” (cerca de 27%). Depois surgem 3 crianças internadas com “5 dias”, (exactamente 20%). Saliente-se que, em 3 dias de internamento e ainda 15 dias, existem 2 crianças (cerca de 13%). Notório se torna também pelo elevado número de dias de internamento, uma criança com “65 dias”. Em Braga, deparamo-nos com internamentos mais curtos, incidindo o seu número superior nos períodos de “2 dias” e “3 dias”, com 6 e 5 crianças, respectivamente, em cada uma dessas condições (a que corresponde 30% e 25%, respectivamente). Internadas há “5 dias” encontram-se 4 crianças (cerca de 19%).

Quadro 8 - Local da Brincadeira (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO	HOSPITAL DE BRAGA
Na Sala de Actividades	13	8
Na Enfermaria	1	8
No Quarto	0	2
Na Cama	1	2
NS/NR	1	0
	N = 16	N = 20

Fonte: Questionários

O local de brincadeira (Quadro 8) referido pelas crianças em ambos os hospitais, é sem duvida a “sala de actividades” com 13 crianças a mencioná-lo no

Porto e 8 crianças em Braga onde também a “enfermaria” foi mencionada por 8 crianças. Foram estes os locais mais salientes, sendo todos os outros considerados irrelevantes.

2.1. Ocupação do tempo livre da criança hospitalizada

A organização da vida quotidiana da criança hospitalizada é também preenchida, com a ocupação do seu dia a dia, em duas vertentes: satisfação das suas necessidades fisiológicas e básicas (higiene, alimentação, repouso, dormir) e satisfação das inerentes à sua situação de “doença”.

Paralelamente a estas rotinas torna-se necessário, no internamento, ocupar a criança no seu tempo livre com actividades lúdicas/pedagógicas, com o objectivo de minimizar os constrangimentos e os efeitos negativos a que esta situação conduz, transformando-a numa experiência positiva e profícua, para o seu futuro desenvolvimento psíquico e social.

Quadro 9 - Actividades Desejadas no Internamento (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO	HOSPITAL DE BRAGA
Jogar Futebol	4	3
Brincar	2	1
Jogar Computador	3	3
Jogar Jogos	2	2
Ler/Escriver/Desenhar	0	4
Actividades Domésticas	1	1
Diversos	3	5
NS/NR	1	1
	(N = 16)	(N = 20)

Fonte: Questionários

Durante o período de internamento (Quadro 9), as actividades desejadas pelas crianças, se tivessem possibilidade de o fazer, seriam, em primeiro lugar e no hospital do Porto, “jogar futebol” com 4 menções (25%), em segundo lugar, “jogar computador” e “diversos” (“ir para o monte”, “estar com a família e amigos”, “existência de uma cama para a mãe dormir”) com 3 respostas cada. Em “ex-aequo” surge o “jogar jogos” e “brincar” com 2 menções e, aproximadamente, 13%. Também

foram actividades referidas como sendo desejadas pelas crianças e obtiveram uma menção, “actividades domésticas” a que correspondem, aproximadamente, 6%.

“Diversos” (“conversar e falar com os amigos”, “sair do hospital/passear na rua”, “ouvir música e natação”) foram as actividades mais desejadas pelas 5 crianças de Braga, com 25%. Porém, “ler/escrever/desenhar”, surge em segundo lugar, com 4 menções (20%). “Jogar futebol” e “jogar computador” surge em terceiro lugar, com 3 menções cada (15%). “Jogar jogos” é referido por 2 crianças e as restantes actividades, como sejam, “brincar”, “actividades domésticas” foram mencionadas, “ex-aequo”, por uma criança.

Podemos verificar que de um modo geral, todas as actividades podem ser passíveis de se realizarem no internamento, quer no hospital do Porto, quer no hospital de Braga e, por conseguinte ir de encontro com os desejos das crianças de modo a proporcionar-lhe interesse e prazer nas suas actividades lúdicas durante o internamento.

Quadro 10 - Actividades Preferidas no Internamento (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO			HOSPITAL DE BRAGA		
	1. ^a Preferência	2. ^a Preferência	3. ^a Preferência	1. ^a Preferência	2. ^a Preferência	3. ^a Preferência
Jogar Computador	1	0	2	0	1	0
Ouvir Música	0	0	0	1	0	1
Ler/Escriver/Desenhar	1	1	2	6	6	4
Pintar	1	2	1	0	1	0
Construir Puzzles	2	2	0	1	0	2
Jogos	6	3	2	3	0	1
Ver Televisão	1	1	3	4	4	4
Conversar	1	0	0	3	0	2
Diversos	2	3	0	2	6	2
NS/NR	1	4	6	0	2	4
	(N = 16)	(N = 16)	(N = 16)	(N = 20)	(N = 20)	(N = 20)

Fonte: Questionários

Das actividades que são objecto de preferência pelas crianças (Quadro 10), nota-se que, no hospital do Porto, como “primeira preferência”, surge em primeiro lugar, jogar “jogos”, tendo 6 crianças mencionado esta actividade, a que correspondem cerca de 38%. Estas actividades incluem “jogar às cartas”, “damas”, “pauzinhos” e “playstation”. O que não acontece no hospital de Braga, onde a “primeira preferência”, com o mesmo número de menções (6), incidiu sobre o “ler/escrever/desenhar”.

Como “primeira preferência”, mas em segundo lugar, no hospital do Porto, temos 2 itens: “construir puzzles” e “diversos” (“brincar com os colegas” e “brincar com os carrinhos”). Por seu lado, no hospital de Braga, foi preferido o ver “televisão” com 4 menções (20%).

Por último, “conversar”, “televisão”, “jogar computador” e “ler/escrever/desenhar” foram, também, actividades preferidas no hospital do Porto e mencionadas pelas crianças com uma resposta cada (6%), enquanto que em Braga sobressai, em terceiro lugar, os “jogos” e “conversar” com 3 menções cada (15%).

É de salientar que, no hospital do Porto, como “segunda preferência”, as crianças referem as actividades de “jogos” e “diversos” (“brincar”, “brincar com as bonecas” e “brincar com soldados”) com 3 menções (15%), associadas a cada actividade, diferentemente ao hospital de Braga, onde surge o “ler/escrever/desenhar” e “diversos” (“brincar com casinhas”, “ficar acordado”, “brincar”, “brincar com as palavras”, “estar na escola”, “brincar com carrinhos”, “brincar com bonecas”) como sendo as mais preferidas e com 6 menções cada (30%).

Como “terceira preferência”, destacam-se 3 menções no ver “televisão”, no hospital do Porto. De igual modo esta actividade aparece também em primeiro lugar, no hospital de Braga, mas aqui em “ex-aequo” com o “ler/escrever/desenhar” com 4 menções cada, (20%).

Da leitura do gráfico podemos sem dúvida inferir que existe um inúmero leque de actividades preferidas e desenvolvidas pelas crianças no internamento e, concluir que é possível intervir e desenvolver actividades lúdicas no internamento, de tal forma que minimize os efeitos adversos à hospitalização e tais brincadeiras contribuam para que não haja um estagnar no seu desenvolvimento e seja um momento profícuo no seu processo de crescimento.

Quadro 11 - Actividades Preteridas no Internamento (Crianças)

	HOSPITAL DO PORTO	HOSPITAL DE BRAGA
Brincar	0	3
Ler/Escriver/Desenhar	3	0
Construir Puzzles	1	0
Inexistência de Actividades Preteridas	1	2
Actividades Inerentes ao Tratamento da Doença	8	14
NS/NR	3	1
	(N = 16)	(N = 20)

Fonte: Questionários

O depauperamento da saúde induz no indivíduo uma certa atonia, arrastando-o para uma nostalgia que, por vezes, o leva a rejeitar situações que normalmente lhe são aprazíveis.

Da apreciação do Quadro 11, ressalta o facto de crianças, na idade da brincadeira, porque encontram terreno propício à sua autonomia e interacção com os seus pares, apenas 3 crianças no hospital de Braga, preteriram actividade de “brincar”, ao passo que, a actividade lúdica mais preterida no hospital do Porto foi o “ler/escrever/desenhar”.

Perscrutando minuciosamente este Quadro, não obstante o estado de doença, das crianças, verificamos que não foram actividades lúdicas, que ocupam o seu tempo livre, as mais preteridas em ambos os hospitais. Antes pelo contrário, são as actividades inerentes ao tratamento da doença, que consistem em procedimentos necessários e obrigatórios à recuperação da sua saúde, que foram as mais rejeitadas, (8 e 14) nos hospitais do Porto e de Braga, a que correspondem as percentagens de 50% e 70%, respectivamente.

As actividades inerentes ao tratamento da doença, mencionadas pelas crianças, quer no hospital do Porto quer no hospital de Braga, incidem sobre os procedimentos evasivos necessários ao seu processo de cura e recuperação. Deste modo, emergiram das suas respostas os seguintes aspectos mais salientes: “fazer nebulização”, “estar com soro”, “ser picado”, “estar no serviço de adultos de neurocirurgia”, “estar na cama”, “tomar banho”, “comer”, “tomar medicação”.

Sumariamente podemos concluir que os programas de actividades lúdicas em contexto hospitalar pediátrico se tornaram prática corrente para colmatar os problemas psicológicos e sociais relacionados com a hospitalização e os cuidados médicos.

Através das actividades apropriadas para a idade minimiza-se a possibilidade de perturbar o desenvolvimento normal, criando oportunidades para um crescimento cognitivo, e de interacção social, com as necessárias adaptações para compensar a situação clínica da criança.

Tais brincadeiras permitem às crianças resolver os seus problemas de forma versátil e combater os resultados indesejáveis. É necessário conhecer e adaptar as necessidades específicas dos diferentes grupos culturais e em simultâneo prestar especial atenção às crianças com doença crónica, recém-nascidos hospitalizados e adolescentes (Shira e colaboradores, 1993). *“Para estas crianças o hospital transforma-se “no lar” e os desafios devem corresponder às necessidades de desenvolvimento e educação das crianças, permitindo-lhes viver uma vida tão normal quanto possível num meio essencialmente tecnológico”* (Shira e colaboradores, 1993, p. 229).

3. CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as dimensões analíticas consideradas para o estudo foi possível tecer algumas considerações após a caracterização dos hospitais e evocados alguns conceitos sobre a criança hospitalizada.

A análise e organização do trabalho, em torno da qualidade e bem-estar da criança hospitalizada, justifica desde logo a retaguarda das teorias que servem para enquadrar e suportar analiticamente este estudo.

Reconhecido que é o valor da qualidade e bem-estar da criança no hospital, podem-se apontar algumas das opiniões expressas pelas várias categorias dos profissionais e acompanhantes da criança internada quanto às necessidades e direitos da mesma.

A criança ocupa uma posição que lhe confere determinados direitos subjacentes à sua condição social de doente, direitos estes que o hospital põe em prática e que se destinam a todas as crianças independentemente da classe social a que pertencem.

O adaptar estratégias que proporcionem à criança internada, por um lado, a possibilidade de desfrutar de um ambiente acolhedor, de comunicar e de interagir com outrem, por outro, relegar para segundo plano sempre que possível, a dor, o sofrimento, a doença e o próprio internamento, deve estar presente na mente de todos aqueles que *cuidam* de crianças.

Apesar dos condicionalismos das estruturas observou-se todo um desdobrar de sinais alegóricos à criança e seus direitos, adaptados dentro do possível às condições institucionais. O espaço das unidades de pediatria, médica (Porto) e unidade de pediatria (Braga), pela sua configuração física e social é portador de grande valor sociológico, porque faculta a possibilidade de múltiplas relações provenientes de uma diversidade de actores sociais.

A análise central recai sobre a criança doente, daí que, o espaço que a ela se destina se organize de forma tão característica, consistindo esta no modo como os hospitais, para além de cumprirem e darem resposta à sua função técnica, que é servir os doentes e recuperar e/ou até curar, terem também subjacente uma preocupação humanitária, quanto ao bem-estar da criança internada. Esta preocupação é rigorosa nos dois hospitais quando nos reportamos à decoração do espaço que rodeia a criança.

No entanto, quando concentramos a nossa atenção nos equipamentos mobiliários e na sua adaptação às condições físicas e pessoais, observamos que na valência de pediatria médica (Porto), estes manifestamente, exibem sinais de utilização prolongada, mas em boas condições de limpeza e higiene. No que se refere à unidade de pediatria de Braga, os seus equipamentos mobiliários são recentes e encontram-se em bom estado de conservação, higiene e limpeza.

Assim, quer na valência de pediatria médica (Porto), quer na unidade de pediatria (Braga), os profissionais e acompanhantes das crianças atribuíram muita importância aos factores ambientais, isto é, ao mundo que rodeia as crianças, nomeadamente, o conforto da enfermaria, existência de equipamentos individualizados para cada criança, a organização do espaço que proporcione alguma privacidade e momentos para estar só e em sossego. Tal como opina Quilles e Carrilho (2000), a estratégia para prevenir a estimulação vegetativa excessiva, as cognições de desadaptação e, por seu lado, as condutas motoras inadequadas inerentes ao próprio *stress* que o hospital provoca é, na realidade, o ambiente, que deve ser agradável e descontraído, contemplado na arquitectura, mobiliário e decoração atractiva.

Apesar da reestruturação dos hospitais, constatamos que as enfermarias continuam pequenas, face à necessidade dos pais e/ou acompanhantes poderem permanecer durante as 24 horas do dia junto da criança, direito este que, devido às condições físicas dos serviços, não permite esta indispensabilidade, como consta da “Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada”. Porém, a unidade de pediatria de Braga, reúne melhores condições físicas e espaciais para este requisito (o que fica aquém das condições necessárias para o conforto do acompanhante), enquanto que, na unidade de pediatria médica do Porto, estas condições apenas respondem às necessidades mínimas, de modo a proporcionar às crianças e seus acompanhantes, tanto quanto possível, um bom acolhimento e conforto.

Foi possível compreender que todos os intervenientes, profissionais e acompanhantes, imputassem muita importância às condições que facilitem a permanência dos acompanhantes durante o internamento. É cientificamente reconhecido que os pais/accompanhantes desempenham uma função de apoio no processo de hospitalização e, por sua vez, bem notória a apreensão deste direito por parte de todos os inquiridos.

O tempo livre na hospitalização da criança é um valor reconhecido por todos, daí que, o papel terapêutico do brincar seja potencialmente confirmado pela necessidade que todos sentem no alargamento e flexibilização do horário para actividades lúdicas e pedagógicas durante o internamento e, é através do envolvimento nestas actividades que alicerçamos as noções tradicionais de saúde /doença, dando primazia à criatividade e desenvolvimento humano da vida.

Relativamente ao acompanhamento das crianças por parte de educadoras/professoras, os profissionais nos dois hospitais têm perspectivas diferentes quanto à necessidade do seu desempenho. Assim, na unidade de pediatria (Braga), referem que a sua participação na orientação e acompanhamento das crianças internadas é reconhecido como muito importante, enquanto que na pediatria médica (Porto) se atribui um menor grau de importância. Quanto aos acompanhantes, estes têm uma visão diferente em relação à existência deste grupo profissional, pois valorizam muito a sua presença como elementos integrados no hospital.

O grupo dos profissionais de ambos os hospitais sublinha que, no contexto da actividade lúdica, os materiais deveriam ser seleccionados e contemplando espaços físicos, de acordo com as idades, facto que se prende com os gostos e preferências das crianças em faixas etárias diferentes. No entanto, os acompanhantes não atribuem grande significado à necessidade de salas recreativas relacionadas com o grupo etário. Devemos, no entanto, considerar que a idade é uma variável que normalmente influencia a selecção de material lúdico e, por conseguinte, a necessidade de ocupação de espaços diferentes.

Atendendo a que o espaço pediátrico apresenta características físicas e sociais muito específicas face à presença de crianças doentes, isto é, desde toda a simbologia que o rodeia, ao seu funcionamento a nível de organização de trabalho e à prestação de cuidados de saúde até às normas que o regem, foi decorrente deste contexto que se pediu aos profissionais e acompanhantes que opinassem sobre as condições existentes relativamente à qualidade e bem-estar da criança hospitalizada, tendo em conta, por um lado, o serviço onde exercem funções e, por outro, os serviços onde as crianças se encontram internadas.

Relativamente às condições físicas, verificou-se que quanto ao conforto da enfermaria, na valência de pediatria médica (Porto), tanto os profissionais como os acompanhantes manifestam algum grau de insatisfação, embora para alguns dos

acompanhantes as condições de conforto da enfermaria sejam de certa forma adequadas. Na valência da unidade de pediatria (Braga), os profissionais são unânimes ao referirem que existe conforto na enfermaria, sendo, inclusive, esta opinião reforçada pelos acompanhantes.

No que concerne à presença de materiais de higiene e equipamentos individualizados, como sejam: vestuário, objectos de uso diário, etc., e outros —, denota-se que, em ambos os hospitais, há uma consonância de opiniões tanto nos profissionais como nos acompanhantes, ao referirem que este aspecto é contemplado e é muito adequado.

Se, no ponto anterior, existe consenso em ambos os hospitais, aqui e quanto à organização do espaço que proporcione privacidade e momentos para estar só, as expectativas ficam aquém das necessidades, isto é, quer os profissionais quer os acompanhantes, consideram que os serviços onde exercem funções e/ou têm as suas crianças internadas, o espaço existente não corresponde de modo algum à satisfação desta necessidade, não obstante na unidade de pediatria (Braga), os acompanhantes mostrem um maior grau de satisfação.

Acerca do funcionamento do serviço, quer os profissionais de saúde, quer os acompanhantes das crianças, foram de opinião idêntica, considerando que o serviço proporciona condições para a permanência dos pais. Igualmente, quer na valência de pediatria médica (Porto), quer na unidade de pediatria (Braga), os profissionais relatam que estas condições, embora existam, não serão as ideais para permitir qualidade na permanência dos acompanhantes; no entanto, na unidade de pediatria (Braga) referem existir melhores condições. Quanto à opinião dos acompanhantes face a este aspecto é ainda sentida como insuficiente, e até inexistente para alguns, na valência de pediatria médica (Porto), havendo sem dúvida, uma maior incidência na satisfação nas condições que facilitam a permanência dos pais, durante o período diurno na unidade de pediatria (Braga).

A assistência por parte de Educadoras/Professoras do quadro revelou-se insuficiente em ambos os hospitais, quer para os profissionais, quer para os acompanhantes. Ambos admitem ser insuficiente a existência deste grupo profissional face às necessidades da criança hospitalizada. Não obstante, os acompanhantes na unidade de pediatria (Braga) referem que é muito adequado o número existente.

Face às necessidades das crianças internadas, mais uma vez se verifica, que todos os intervenientes, de um modo geral, em ambos os hospitais, consideram o número deste grupo profissional insuficiente, facto que se verifica pela necessidade que estes apontam, na pretensão do alargamento do horário para actividades lúdicas/pedagógicas, ou seja, a sua flexibilização, com o intuito de proporcionar a ocupação do tempo livre da criança em actividades lúdicas e/ou pedagógicas, necessárias e profícuas, não só no internamento, como também inerentes ao seu processo de desenvolvimento.

É certo que, para haver o alargamento de horários para o desenvolvimento de actividades lúdicas e/ou pedagógicas, tal implicaria, não apenas a existência de maior número de profissionais como também espaços próprios, que em simultâneo, permitissem a divisão de salas recreativas por grupos etários. Porém, nenhum dos dois hospitais contempla espaço próprio para a divisão de salas recreativas divididas por grupos etários. Contudo, a unidade de pediatria, adolescentes (Braga), apresenta na sua estrutura um espaço destinado a este fim. Apesar de ser exíguo e não ter nenhuma educadora e/ou professora para acompanhar as crianças no internamento, este espaço foi, no entanto, considerado por alguns acompanhantes como existente no serviço onde a criança se encontra internada.

Após nos termos debruçado sobre a imagem dos actores sociais, profissionais e acompanhantes, perante a qualidade e bem-estar da criança hospitalizada e das condições que as duas instituições oferecem no internamento, é também necessário conhecer e reflectir sobre as suas opiniões, legitimando algumas referências que procuram focalizar a sua acção, sondando e dando “voz” à forma como se processa a ocupação do seu tempo livre no internamento, em actividades desejadas, preferidas e preteridas, o que constitui um tema de interesse específico.

A criança no internamento normalmente processa as suas actividades lúdicas na sala de actividades. As actividades lúdicas desejadas, à excepção do “jogar futebol” e “cozinhar”, são todas aqui passíveis de concretizar. Quanto às actividades lúdicas preteridas seria de esperar que estas e, devido ao estado de saúde da criança, fossem em maior número, o que na realidade não aconteceu, pois a maior incidência recai em ambos os hospitais, sob as actividades relativas ao tratamento em si mesmo das crianças.

Sucintamente, podemos inferir que existe um vasto leque de actividades preferidas pelas crianças, privilegiando-se o jogar no computador, ouvir música, ler, escrever, pintar, construir puzzles, jogos, sendo estas preferências, sem hesitação, marcadas pelos desejos das crianças de ambos os hospitais. Estas actividades proporcionam, por um lado, a ocupação do seu tempo e, por outro, viver o dia a dia no hospital através do estímulo das actividades lúdicas com diversos materiais, contribuindo deste modo, para que o momento que vive na hospitalização constitua um processo de recuperação do estado de saúde da criança.

Introduzir actividades lúdicas no hospital é de facto uma realidade que constitui um marco de referência, convertendo-se em elementos potencializadores das relações infantis com os pais e com os irmãos e com todas as pessoas estranhas que fazem parte da vida da criança durante o período de hospitalização (Costa e Romero, 2000, citado por Ferrer).

A partir deste estudo relativamente à qualidade e bem-estar da criança oferecida pelas referidas instituições hospitalares, pode verificar-se a inexistência de lacunas significativas em termos de actuação e procedimentos; existem contudo algumas questões dignas de reflexão no que concerne às condições da hospitalização das crianças que passamos a indicar:

- Com a recuperação de edifícios antigos, com o intuito de transformá-los em unidades hospitalares, conseguir-se-á dar resposta às necessidades de espaço com condições físicas suficientes para proporcionar qualidade e bem-estar à criança internada?
- Os hospitais não deveriam, aquando do seu projecto em relação ao futuro contemplar e integrar opiniões, quer dos profissionais, quer dos acompanhantes e, porque não perscrutar preferencialmente a “voz das crianças” internadas, a pensar num espaço Pediátrico mais adequado às necessidades das crianças?
- Será que os hospitais pediátricos devem continuar a ser encarados como meros locais que têm apenas uma função terapêutica, ou seja, “o tratar da doença” esquecendo que para isso é utilizado uma pequena parte do tempo de internamento?

- No caso da maior parte do tempo de internamento da criança ser ocupado em actividades lúdicas, não deveriam os serviços proporcionar espaços com o intuito de contemplar às crianças o maior número possível de actividades lúdicas, preferencialmente individualizadas por faixas etárias?
- Quando a criança, sujeita a um leito de uma enfermaria, não possa ela própria ser deslocada a uma sala de actividades num espaço exíguo, não terá também o direito de brincar? Neste caso, seria o “ludomóbil” (carro com diversos brinquedos) algo de difícil aquisição pela instituição hospitalar?
- “O Brincar”, num sentido mais abrangente, requerendo a colaboração de outros profissionais, nomeadamente artistas, vocacionados para a dinamização de actividades lúdicas, não deveriam fazer parte integrante do quotidiano hospitalar e não somente em datas pontuais?
- A escola não deveria ter um espaço intra hospitalar, a fim de poder continuar a proporcionar uma educação integrada à criança internada?
- As instituições não terão que reestruturar os serviços para possibilitar condições aos acompanhantes, para poderem permanecer junto das suas crianças 24 horas por dia, conforme consta da carta dos direitos da criança hospitalizada?
- Será que não deveriam ser aplicadas técnicas e procedimentos, no intuito de integrar e permitir uma comunicação mais activa e efectiva entre os profissionais e a família, afim de que a criança pudesse usufruir de melhores condições e afectivas durante o internamento hospitalar?

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M., (2002), *(des) Equilíbrios Familiares*, Coimbra, Edição quarteto, pp. 14 a 232.

ABREU, W., (2001), *Identidade Formação e Trabalho*, Lisboa, Editora Educa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

ABREU, W., (2001), *Identidade, Formação de Trabalho, Das culturas Locais às Estratégicas Identitárias dos Enfermeiros*, Lisboa, Editora Educa

ALMEIDA, E L. Freire, T., (1997), *Metodologia de Investimento em Psicologia e Educação*, Coimbra, Associação dos Psicólogos Portugueses.

ANDRÉ, M., (1995), *Etnografia do Prático Escolar*, Porto, Edições Elisa.

ARIES, P., (1978), *História Social da Criança e da Família*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

AXLINE, (1984), *Mesa Redonda: O Brinquedo e Assistência de Enfermagem à Criança*, *Enfermagem Actual*, Ano 2, 12, p. 7-16.

AZEVEDO, M., (1994), *Metodologia Científica*, Edição C., Azevedo, Porto.

BAPTISTA, M., (1998), *Análise Social do Espaço Pediátrico no Hospital de Guimarães*, Relatório de Estágio, do Curso de Licenciatura em Sociologia.

BARDIN, L., (1977), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

BARROS, A. (1995), *Teatroteca Espaço de Criatividade*, Projecto Desenvolvido no CESE no Ramo de Expressões Artísticas Integradas, Braga, Universidade do Minho.

BERGE, A., (1978), *A criança Hoje*, Lisboa, Morais Editores.

BERGER, P., e LUCKMAN, E., (1999), *A Construção Social da Realidade*, Lisboa, Dinalivro, pp. 9-45.

BERGMANN, T., e FREUD, A., (1978), *A Criança, a Doença e o Hospital*, Lisboa, Editora Morais.

BISCAIA, J., (1991), *In Memoriam*, “Revista Portuguesa de Pediatria”, 3 (22), pp. 150-152.

BORNAS, X., (1992), *La Autonomia Personal em la Infância*, Estratégias Cognitivas, Madrid, Siglo Veintiuno Editores, s.a..

BOWLBY, J., (1984), *Apego*, Martins Fontes, Brasil, S. Paulo.

BROUGÉRE, G., (1995), *Brinquedo e Cultura*, S. Paulo, Brasil, Cortez Editora.

CABRAL, I., (1996), *Estilo de Cuidar da Mãe e o Trabalho de Enfermagem*, Revista de Enfermagem, UER j, 3, pp 189-195.

CAPRA, F., (1995), *O Ponto de Mutação*, Editora Cultraix, São Paulo.

CARAPINHEIRO, G., (1986), *A Saúde no Contexto da Sociologia*, Revista Sociologia – Problemas e Práticas, 1, pp. 9-22.

CARAPINHEIRO, G., [1993 (1998)], *Saberes e Poderes do Hospital*, Porto, Edições Afrontamento.

CARDOSO, R., et al, (1998), *A Outra Metade da Medicina*, Lisboa, Climepsi Editore.

CARIFIAN, E., (2002), *A Força para Curar*, Porto, Campo das Letras.

CARMOY, R., (1997), *Le Psychologue Clinicien dans un Service de Clinique pour Enfant e Adolescents*, In *Le Metier de Psychologue Clinique*, Paris, Nathan.

CARVALHO, M., (1996), *A Enfermagem e o Humanismo*, Braga, Edição Luso-Ciência, Edições Técnicas e Científicas, Lda., p 420.

CASEY, A., e MOBBS, S., (1988), *Partnership in Practice*, *Nursing Times*, Volume 44, 84, pp. 67 a 68.

CHIAVENATO, I., (1981), *Administração de Recursos Humanos*, 2.ª Edição, 1º Volume, São Paulo, Editora Atlas.

CHORA, M. e MARQUES, I. ; (1999), *A Criança Hospitalizada*, O Petiz, Revista do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, Vol. I, 4, p. 9-17.

CIRCEÁ, (2002), *O Brinquedo e a Assistência de Enfermagem à Criança*, Mesa Redonda, *Enfermagem Actual*, p. 7-16.

CLEARY, J., (1992), *Caring for Children in Hospital*, Scutary Prese, London, p. 1-80.

COE, R., (1973), *Sociologia da Medicina*, Madrid, Alianza Universal, 1.ª Edição.

COL, R., (1985), *Sociologia de la Medicine*, Madrid, Alianza Universidad (1.ª Edição 1970).

COLIÉRE, M., (1989), *Promover a Vida*, Lisboa, Sindicato Enfermeiros Portugueses.

COOK, e REICHARDDOT, S., (1986), *Métodos Qualitativos Y Quantitativos em Investigação Evolutiva*, Madrid, Ediciones Morata, S.a..

CORDEIRO, J., (1994), *A Saúde Mental e a Vida, Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico*, 3ª Edição, Lisboa, Edições Salamandra, Ltda.

CORDEIRO, M., (1979), *A Presença das Mães Junto da Criança Hospitalizada*, Revista Portuguesa de Pediatria, 10, 6, pp. 321-323.

CORSARO, W., (1997), *The Sociology of Childhood*, Thousand Oaks, Pine Forge Press.

COSTA, A., (1986), *A Pesquisa de Terreno em Sociologia*, in Silva, Augusto Santos e Pinto, José (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais*, Texto Editora.

COSTA, J., (1999), *Psiconcologia e Manejo de Procedimentos Invasivos em Oncologia Pediátrica: uma revisão de literatura*, Psicologia, reflexão e crítica, 12 (1), pp. 107-118.

COUVREUX, C., (1999), *A Qualidade de Vida. Arte para Viver no séc. XXI*, Lisboa, Editora Lusociência.

CREFALDI, M., (1999), *Hospitalização na Infância, Representações Sociais da Família sobre a Doença e a Hospitalização de Seus Filhos* (taubate) São Paulo, Cabral.

CREPALDI, M., (1999), *Hospitalização na Infância, Representações Sociais da Família Sobre a Doença e a Hospitalização de Seus Filhos*, Taubaté, S.Paulo, Cabral.

DARBYSHIRE, P., (1993), *Parente, Nurses and Pediatric Nursing: a Critical Review*, Journal of Advanced Nursing, Volume 18, 11, pp. 1670 a 1680.

DEMPSEY, P. E. DEMPSY, A., (2000), *Using Nursing Research Process, Critical Evaluation and Utilization*, Fifth Edition, USA, Lippincott Williams & Wilkins.

DIAZ, H., (1993), *Câncer Infantil, Um Corte Radical en La Vida Familiar*, Apresentado en las I Jornadas Internacionales de Atencion Multidisciplinar al Niño com câncer, Valença, Espanha, pp 23-25.

DOVERTY, N. (1994), *Uso Terapêutico da Brincadeira no Hospital*, Revista Nursing, 73, pp 12-15.

DUMAZEDIER, J., (1988), *Revolution Culturel du Temps Libre*, Societes Meridiens Klincksieck, Paris.

DUMAZEDIER, J., (1994), *A Revolução Cultural do Tempo Livre*, Editora Studio Nobel.

EISER, C., (1985), *Chronic Childhood Disease*, New York, Springer, Verlah, pp 126, 61-68.

EISER, C., (1985), *The Psychology of Childhood Illness*, New York, Springer, Verlah, pp 41-80.

ELIAS, N., (1980), *Introdução à Sociologia*, Lisboa, Edições 70, pp 77-112.

ELIAS, N., (1989), *Sobre el Tiempo*, México, Madrid e Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

ELIAS, N., e DUNNING, E., (1992), *A Busca da Excitação*, Lisboa, Difel Difusão Editorial, Lda.

ÉTIENNE, J., et al, (1998), *Dicionário de Sociologia*, Edições Plátano, Lisboa, p 265.

FARRELLI, M., (1994), *Sócios nos Cuidados: o Modelo de Enfermagem Pediátrica*, Revista Nursing, Edição Portuguesa, Revista Técnica Portuguesa, 7 (74), pp. 14-17.

FERNANDES, A., (2000), *Crianças com Dor*, Coimbra, Edição Quarteto.

FERNANDES, M., (1988), *A Equipa de Enfermagem Face à Criança Hospitalizada*, Revista de Saúde Infantil, X, pp. 117-128.

FERNANDES, M., (1991), *Enquadramento Normativo*, in MOLEIRO, A., Humanizar o Atendimento à Criança, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, p. 43-48.

FERRARI, A., (1982), *Metodologia de Pesquisa Científica*, Regraw – Hill do Brasil, S. Paulo.

FERREIRA, V., (1986), in Silva Pinto, *O Inquérito por Questionários na Construção de Dados Sociológicos*, Metodologia das Ciências Sociais, 6.^a Edição, Porto, Edições Afrontamento, pp. 150-160.

FERRER, M., (2000), *El Juego y el Juguete en la Hospitalización Infantil*, Madrid, Nau Libres.

FESTAS, C., (1994), *Valorizar as Expressões da Criança durante a Hospitalização*, Revista SERVIR, Lisboa, 42, pp. 235-246.

FISHER, G., (1989), *Psychologie des Espaces de Travail*, Paris, Armand Colin.

FISHER, G., (1994), *Psicologia Social do Ambiente*, Lisboa, Instituto Piaget.

FONSECA, A., (2001), *Educar para a Cidadania*, Motivações, Princípios e Metodologias, Porto, Porto Editora.

FONSECA, E., (1998), *Aspecto da Ecologia da Classe Hospitalar*, Estudo apresentado na 20.^a ANPED, Caxambur.

FORMOSINHO, J., (1988), *Organizar a Escola para o Sucesso Educativo, Medidas que Promovam o Sucesso Educativo*, Braga, Universidade Minho.

FOUCAULT, M., (1975), *Surveiller et Punir*, Paris, Galinerd.

FOWLER, M.; E ARIFE, J., et al, (1987), *Ethique des Soins Enfermières*, Paris: Medsi/Mc-Graw, Free Press of Glencoe, pp 163-168.

FREIRE, T., (1989), *Lazer e Desenvolvimento Humano*, Lisboa, Jornal de Psicologia.

FREUD, A., (1978), *A Criança a Doença e o Hospital*, Lisboa, Editora Moraes.

GAMARO, M., (1999), *Sofrimento na Doença*, Coimbra, Editora Quarteto.

GIL, A., (1989), *Métodos e Técnicas de pesquisa Social*. 2ª ed., Editora Atlas, S. Paulo.

GIL, A., (1995), *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 5.ª Edição, São Paulo Editora Atlas, p. 207.

GOFFMAN, E., (1973a), *Les territoires du Moi la mise en Scène, de la vie Quotidienne*, Les Éditions de Minuit, pp. 43-72.

GOFFMAN, E., (1973b), *Les Regions et le Comportement Regional in la Rise en Scene de la Vie Quotidienne*, Paris, Les Editions de Remuit, pp. 100–130.

GOFFMAN, E., (1974), *Les Rites d'Intéraction*, Paris, Ler edicions du Minuit.

GOFFMAN, E., (1975), *A Representação do Eu na Vida Quotidiana*, Editores Vozes Ltda, Brasil, pp 70-120.

GOFFMAN, E., (1996), *Manicômios, Prisões e Conventos*, Brasil, Edição Perspectiva S.A.

GOMES P., (1985), *A Relação Mãe Filho*, Lisboa, Imprensa Nacional, Casa da Moeda.

GOMES P., (1999), *A Criança e a Nova Pediatria*, Lisboa, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

GOMES, M., (1995), *O Jogo como Meio de Desenvolver a Linguagem*, Braga.

GOMES, P., e BARBOSA, A., (1997), *Dor na Criança e no Jovem*, Lisboa, Permanyer Portugal.

GONÇALVES, A., (1998), *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Relatório apresentado à Universidade do Minho para um lugar de Professor Associado no grupo disciplinar de Sociologia.

GONÇALVES, P., (1980), *Introdução ao Estudo da Família numa Perspectiva Sistémica*, “O Médico”, 95, pp. 411 a 425.

GONZALEZ, O., (2000), *Las Necesidades Educativas del niño hospitalizado*, Revista Inclusão, 1, pp. 53-66.

GUIDDENS, A., [1989 (2000)], *Sociologia*, Lisboa, Edição Calouste Gulbenkian, pp 35-66.

GUIMARÃES, S., (1988), *A Hospitalização na Infância*, Psicologia: Teoria e Pesquisa, 4 (2), pp. 102-112.

HALL, E., (1986), *A Dimensão Oculta*, Lisboa, Relógio D' Água

HESBEEN, W., (2000), *Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*, Loures, Edição Luso-Ciência, pp. 1-40.

HESBEEN, W., (2001), *Qualidade em Enfermagem, Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*, Loures, Edição Luso-Ciência, pp. 38-113.

INE, (2003), *Anuário Estatístico de Portugal*, Estatísticas Gerais – Tema A, Portugal, p. 325.

ITURRA, R., (1997), *Imaginário das Crianças*, Mafra, Editora Rolo.

KRAMER, S., (2000), *Actas do Congresso Internacional, Os Mundos Sociais e Culturais da Infância*, Instituto dos Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, I, p 68.

LAKATOS, E., E MARCONI, M., (1992), *Metodologia do Trabalho Científico*, 2ª edição, São Paulo, Editora Atlas.

LEVY, M., (1991), *Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança*, in MOLEIRO, A., *Humanizar o Atendimento à Criança*, Lisboa, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, pp 13-17.

LEVY, M., (1996), *Os Direitos da Criança Hospitalizada*, Acta Pediátrica Portuguesa, 27, 4, pp. 655-657.

LOPES, M., (2000), *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral, Alguns Dados e Implicações*, Tese de dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

LOPES, N., (2001), *Recomposição Profissional da Enfermagem*, Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar, Coimbra, Quarteto.

MALTA, P., (2000), *Das relações entre tempo livre, lazer e turismo*, Cadernos do Noroeste, Série de Sociologia, Volume 13, (1).

MARTINEZ, C., (1990), *La comprensión Infantil da la Enfermedad*, Um Estudio Evolutivo, Barcelona, Anthropos.

MARTINS, A., (1991), *Alguns Aspectos Psicológicos da Humanização*, Revista de Pediatria, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa, 25, p. 42.

MASSA, P., (1990), *La educación de los Niños en un Mundo Cambiante*, Infancia Y Sociedad, 1, pp. 17-32.

MEAD, G., (1961), *The I and the Me*, In *Parsons et all*, Theories of Society, vol. II, 4, pp. 163-168.

MENEZES, R; E RIBEIRO, J. e SILVA, A., (2001), *Promoção de Qualidade Devida em Doentes Crônicos*, Psicologia Clínica e da Saúde Londrina, Edições VEL, Granada, APSICSA, pp 263-278.

MENLEY, K., (1989), *As Carências e o Apoio dos Familiares*, Nursing, Lisboa, 18, pp. 13-17.

MERRIAM, S., (1988), *Case Study Research in Education: Qualitative Approach*, S. Francisco, Jossey Bass.

MOLEIRO, A., (1991), *A Criança no Hospital*, Revista de Pediatria, Secção Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa, pp 19-23.

MORGAN, M.; CALNAN, M. e MANNING, N., (1993), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London, Routledge.

MULLER, et al, (1994), *Nursing Children*, Psychology, Research and Practice, Chapman & Hall, London, 1, pp. 46 – 53.

NETO, C., (1997), *Jogo & Desenvolvimento da Criança*, Lisboa, Edições Faculdade de Motricidade Humana.

NETO, C., (1997), *O Jogo e o Desenvolvimento da Criança*, Lisboa, Edições Faculdade de Motricidade Humana.

NETO, C., (1998), *O Desenvolvimento da Criança e a Perspectiva Ecológica do Jogo*, In Krebe, Rui; Colleti, Fernando e Beteau, Thais (Orgs.), *Discutindo o desenvolvimento infantil*, Brasil, Sociedade Internacional para o Estudo da Criança.

OLIVEIRA, M., (2000), *As Crianças, os Direitos, a Escola e a Voz, o Conhecimento e a acção*, Projecto do Curso de Estudos Superiores e Especializados em Educação Infantil e Básica Inicial, Braga, Universidade do Minho.

OLIVER, C., (1976), *A Criança e os Tempos Livres*, Lisboa, Europa-América.

OLWENS, D., (1993), *Bullying at Wchool, What We Know and What We Can Do*, Oxford, Blackwell.

PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A., e COL, C., (1990), *Desarello Psicológico y Educacion*, In *Psicologia Evolutiva*, Madrid, Alianza Editorial, S.A..

PALMER, S., (1993), *Care of Sick Children by Parents: A Meaningful Rol*, *Journal of Advance Nursing*, London, 18, pp. 85 a 91.

PARSONS, T., (1951), *El Sistema Social*, Madrid, Alinza, pp. 399-444.

PÁSCOA, A., E MARQUES, E., (1993), *A Criança e o Jogo*, *O Petiz*, Revista do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, V II, 3, pp. 12-14.

PÁSCOA, A., E MARQUES, E., (1997), *A Importância do Brinquedo no Desenvolvimento da Criança*, *Revista do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora*, V I, (2), pp. 28-30.

PATTERSON, J., (1988), *Cronic Illness in Children and the Impact on Families*, in Chilman, C. S. et (ed) *Cronic Inness and Desability Families*, in *Trouble Series*, Volume II, California, Sage Publication,

PENEFF, J., (2002), *O Hospital na Urgência*, Estudo para Observação Participante, Coimbra, Formasau.

PEREIRA, B., (1993), *A Infância e o Lazer*, Estudo da Ocupação dos Tempos Livres da Criança dos 3 aos 10 anos em Diferentes Contextos Sociais, Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.

PETERSON, G., (1990), *Deixem as Crianças Brincar*, Revista Nursing, 16, pp. 37-41.

PHIPPS, W., (1990), *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*, 1.^a Edição, Lisboa, Lusociência, Vol. 1 e 2, p..

PIAGET, J., (1979), *Problemas da Psicologia Genética*, Lisboa, Publicações D. Quixote.

PIAGET, J., e INHELDER, B., (1979), *A psicologia da Criança, do Nascimento à Adolescência*, Lisboa, Moraes Editores.

PINTO, M., (1995), *A Televisão no Quotidiano das Crianças*, Tese de Doutoramento em Ciências da Comunicação, apresentada à Universidade do Minho, Braga. p. 182-227.

PINTO, M., e SARMENTO, M. (1997), *As Crianças os Contextos e Identidades*, Braga, Universidade do Minho.

PINTO, M., e SARMENTO, M., (1999), *Saberes Sobre as Crianças*, Braga, Universidade do Minho.

PLANO DE ACTIVIDADES, (2002); do Hospital S. Marcos, Braga.

POLIT, D., e HUNGLER, B., (1992), *Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud*, 3.^a Edição México, Interamericana. Mc-Graw-Hill.

QUEIRÓS, A., (2001), *Ética e Enfermagem*, Quarteto, Coimbra, pp. 1-15e 83-100.

QUILES, J., e CARRILLO F., (2000), *Hospitalización Infantil*, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 3-50.

QUIVY, R., e CAMPENHOUDT, L., (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 1.^a Edição, Lisboa, Gradiva Publicações.

QUIVY, R., e CAMPENHOUDT, L., (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva Publicações.

RANNA, W., (1988), *Aspectos Psicossociais da Assistência à Criança Hospitalizada*, *Jornal de Pediatria*, pp 59-68.

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES, (2002), do Hospital Maria Pia, Porto.

RELVAS, A., (1995), *A Família, Desenvolvimento numa Perspectiva Sistémica*, no prelo.

RENLEY, K., (1989), *As Carências e o Apoio dos Familiares*, “Nursing”, Lisboa, 18, pp. 13-17.

RODRIGUES, V., (1999), *A Complexidade dos Problemas Humanos no Hospital*, *Vivências e Reflexões*.

SÁ, E., (1999), *Manual de Instruções para uma Família Feliz*, Lisboa, Fim de Século, Edições Lda.

SAMUEL, N., (1984), *Le Temps Libre: in Temp Social*, Paris, Livrarie des Meridiens.

SANTOS, B., (1999), *Encontro Nacional de Intervenção e Promoção da Saúde em Meio Escolar*, Lisboa.

SANTOS, B., et al, (1987), *Sociedade, Medicina e Saúde, O Estado e as Políticas de Saúde*, *Revista de Sociologia*, 23, pp 13 - 73.

SEGALEN, M., (1999), *Sociologia da Família*, Lisboa, Edição Terramar.

SHIRRA, et al, (1993), *Programa de Actividades Lúdicas Infantil*, Comissão para Cuidados Hospitalares, American Academie of Pediatrics (Edição Portuguesa), 1, pp. 227-229.

SILVA, A., e PINTO, J., (1986), *Metodologia das Ciências Sociais*”, Porto, Edições Afrontamento.

SOARES, M., (2002), *A Criança Hospitalizada: Análise de um Programa de Atividades Preparatórias para o Procedimento Médico de Inalação*, Tese Apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de S. Paulo, para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

SPITZ, R., (1987), *O Primeiro Ano de Vida*, S. Paulo, Martins Fontes.

STAKE, R., (1995), *De Art of Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.

STAKE, R., (1998), *Case Study*, in N. K., Denzin e Y. S. Lincoln (ed.) *Strategies of Qualitative Inquiry*, Thousand Oaks, Sage, pp. 86 a 109.

STRAUSS, A., (1978), *Negotiations*, S. Francisco, Jossey Bass.

STRAUSS, A; e FAGERHAUGH, S; SUCZECK, B; WIENER, C., (1985), *Social Organization of Medical Work*, Chicago, The University of Chicago Press.

SÚBTIL, C., (1995), *A Família, a Criança Com Doença Grave e os Pedidos Expressos em Cuidados de Enfermagem*, Tese de Mestrado em Ciências de Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

TEIXEIRA, E., (1994), *Recreação Infantil na Unidade de Internação*, Proposta de uma Sala de Recreação”, *Revista Enfermagem Moderna*, Volume 2, 2, p. 17-21.

TOSTA, R., (1997), *A Actividade Lúdica da Criança no Contexto da Intervenção*

TRAN, T., (1981), *Estádios e o Conceito de Estádio do Desenvolvimento da Criança na Psicologia Contemporânea*, Porto, Edições Afrontamento.

- TRIVIÑOS, A., (1992), *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa e Qualitativa e Educação*, S. Paulo, Editora Atlas.
- VALA, J., e SILVA, A., e PINTO J., (1986), *Análise de Conteúdo, Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento.
- VASCONCELOS, S., (2000), *Crianças Dilaceradas, Crianças Dilacerantes: Relevância Da Intervenção na Diminuição Trauma Causado pela Perda de Escolarizações por Hospitalização*, Anais de III Congresso Norte Nordeste de Traume, 25-28 de Outubro, Fortaleza, p. 112.
- VIANA, M., (1991), *A Criança e o Seu Internamento*, “Saúde Infantil”, XIII, p. 125-130.
- WALLEY, L.; e WONG, D., (1995), *Enfermagem Pediátrica, Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*, 2.^a Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara.
- WATCHER, E., e BLACKKE, F., (1976), *Enfermagem Pediátrica*, 9^a Edição, Rio de Janeiro Inter-Americana.
- WILLIS, D., ELLIO T., JAY, S. (1982), *Psychological Effects of Physical Illness and its Concomitants*, Handbook for the Practice of Pediatric Psychology. Nova Iorque, Willey.
- YIN, R., (1994), *Case Study Research, Design and Methods*, (2.^a Ed.) Thousand Oaks. Sage.

SITES NA INTERNET

<http://www.cfm.org.br/revista/biol/v3> Consentimento informado comitês de ética em pesquisa e na prática médica.

http://www.pucsp.br/clinica/boletim03_08.htm -a actividade lúdica em contexto hospitalar).

<http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed02/reports0.htm> -comunicação unifesp, saúde paulista.

<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=241> -a psicopedagogia hospitalar para crianças e adolescentes.

<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/oficinas/texto22.doc> -a interlocução entre saúde e educação no processo de inclusão escolar – construindo possibilidades entre a escola e o hospital.

<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/crianca.htm> -tema: recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança no ambiente hospitalar.

<http://www.iacrianca.pt/> -carta da criança hospitalizada.

ANEXOS

ANEXO I - Mapa da Localização do Hospital Maria Pia (Porto)

ANEXO II - Guia de Acolhimento do Hospital Maria Pia (Porto)

ANEXO III - Mapa da Localização do Hospital S. Marcos (Braga)

ANEXO IV - Regulamento das Visitas do Hospital S. Marcos (Braga)

ANEXO V - Esquema do Serviço de Pediatria Médica do Hospital Maria Pia (Porto)

**ANEXO VI - Esquema da Unidade de Pediatria Adolescentes, Piso 1, do Hospital S. Marcos
(Braga)**

ANEXO VII - Esquema da Unidade de Pediatria, Piso 3, do Hospital S. Marcos (Braga)

ANEXO VIII - Inquérito sobre a Qualidade do Internamento e Bem-Estar da Criança Hospitalizada Dirigida aos Profissionais

ANEXO IX - Inquérito sobre a Qualidade do Internamento e Bem-Estar da Criança Hospitalizada Dirigida aos Acompanhantes

ANEXO X – Inquérito às Crianças Internadas

ANEXO XI - Orientações aos Entrevistadores sobre o Preenchimento do Inquérito Dirigido às Crianças

**ANEXO XII - Pedido de Autorização e Autorização para a Realização do Estudo no Hospital
Maria Pia (Porto)**

ANEXO XIII - Pedido de Autorização e Autorização para a Realização do Estudo no Hospital S. Marcos (Braga)

ANEXO XIV - Consentimento Informado para a Autorização da Participação das Crianças no Estudo