



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**HISTÓRIAS INFANTIS COMO PROMOTORAS DE COMUNICAÇÃO EM  
PSICOLOGIA PEDIÁTRICA**

**Catarina Gomes Machado Castro**

*Brasília, outubro de 2008*



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**HISTÓRIAS INFANTIS COMO PROMOTORAS DE COMUNICAÇÃO EM  
PSICOLOGIA PEDIÁTRICA**

Catarina Gomes Machado Castro

**Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de Brasília,  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Mestre em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, área  
de concentração Psicologia da Saúde.**

**ORIENTADOR: PROF. Dr. ÁDERSON LUIZ COSTA JR**

*Brasília, outubro de 2008*

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Àderson Luiz Costa Júnior - Presidente  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira - Membro  
Universidade Federal do Pará

---

Prof. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Membro  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Elizabeth Queiroz - Suplente  
Universidade de Brasília

Brasília, outubro de 2008

Castro, Catarina Gomes Machado  
C355h Histórias infantis como promotoras de comunicação em  
Psicologia Pediátrica / Catarina Gomes Machado Castro. -- Brasília,  
2008  
xiv, 210 f. : il. ; 29 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de  
Psicologia, 2008

Orientador: Aderson Luiz Costa Junior

Banca examinadora: Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, Eliane  
Maria Fleury Seidl, Elizabeth Queiroz

Bibliografia

1. Humanização. 2. Psicologia Pediátrica. 3. Histórias Infantis. I.  
Título. II. Brasília - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia,  
Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento  
Humano e Saúde.

CDU 159.922.7

*“Livros não mudam o mundo,  
quem muda o mundo são as pessoas.  
Os livros só mudam as pessoas.”*

**Mário Quintana**

## Agradecimentos

A concretização deste sonho só é possível pela complexidade de muitas existências. Existência plural em um auto-processo de transformação, sem início e sem fim.

À minha mãe e à minha irmã - Tânia e Tatiana, minhas companheiras de vida, mulheres batalhadoras, essência que me permite as mais profundas e sublimes experiências, o meu muito obrigada pelo amor, pelo incentivo, pela força, pelos sorrisos, pela confiança e o meu pedido de desculpa por todas as minhas ausências. Vocês são a base e o suporte do meu caminhar, parte integrante de todas as minhas conquistas. À Francelina, ao meu pai José Augusto, aos meus irmãos Pedro, Luiza e Bruna, a todos das famílias Gomes, Machado e Castro, ao meu cunhado João Vicente, aos meus avós Augustinho e Dulcinéia, à Ana e todos aqueles que permitem a vivência de uma família. O meu muito obrigada por compartilharmos sonhos e valores. À Maria Gomes Pessanha Machado, em memória, por ter sido um dom, uma certa magia, uma força que alerta, uma dose forte e lenta, uma mistura de dor e alegria, uma mania de ter fé na vida.

A Wilson Bebel que me possibilitou ver a vida em suas várias nuances, tornado complexo e simples, concreto e abstrato todos os meus sentimentos. O meu muito obrigada pela entrega e por me ensinar a ver todas as belezas no que há de diferente. Obrigada em especial pelo enorme companheirismo na etapa de elaboração desta dissertação.

A todas as minhas companheiras de vida. Meu caminho é potencializado com a existência de cada uma de vocês. Aqui o meu pedido de desculpa pela necessidade de em muitos momentos precisar estar em isolamento. Obrigada queridos amigos. Obrigada Priscilla Caixeta, Paula Stein, Edith Cardoso, Juliana Cury, Joana Campos, Liane Viegas, Isabel Ribeiro e Marina Reis por todo o enorme apoio e amizade. Obrigada Isabela Leda por compartilhar o modo de ver o mundo e obrigada também a todas de nossa querida

cooperativa. Obrigada ainda Larissa Pedroza, Bruno Alcântara, Jaqueline Assis, Nayana Amorim, Ângela Ferreira e Tatiana Farias.

Em especial às cúmplices diretas desse caminhar. Parceiras de sonhos, desafios e realizações, o meu eterno agradecimento à Marina Kolsdorf, Camila Guerra, Marcela Abreu e Mariana Mendonça. Obrigada por subverterem ângulos, obrigada por ser infinito. Obrigada por darem significado a este caminhar. Obrigada por serem em muitos momentos a minha base. Base esta que foi ampliada em grande harmonia, o meu agradecimento à Karla Martins, Andréa Lino, Juciléia Souza, Camila Tokarski, Flávia Brasil, Caroline Branco e Paulo Vinícius. Nós pudemos nos impulsionar e aprendermos que juntos temos força para ultrapassar os mais diversos obstáculos. Não há palavras que representem todo esse convívio. Minhas parceiras e meu parceiro, meu saudoso muito obrigada.

Profissionalmente, o meu agradecimento àqueles que me ensinaram e que me permitiram uma caminhada conjunta em prol da Psicologia Pediátrica. O meu imensurável muito obrigada àquele que me permitiu o compartilhamento de todo o seu saber. Nossas diferenças me tornaram um profissional mais completo. Obrigada Áderson por todas as nossas parcerias nestes sete anos de convívio, obrigada pelo apoio, pelo constante exemplo e pelos inúmeros ensinamentos. Obrigada por potencializar minhas idéias. Obrigada por acreditar em mim. Obrigada por trazer cientificidade aos meus sonhos.

Às extraordinárias Sílvia Maria Coutinho e Maria de Fátima Correia, as quais em sua excelência profissional me permitiram grandes aprendizados. Obrigada por me trazerem, acima de tudo, o lado humano de um profissional. Vocês são verdadeiros exemplos profissionais e verdadeiros apoios pessoais. Obrigada por cada abraço, por cada orientação, por cada sorriso, por cada choro, por cada planejamento, por cada telefonema... obrigada.

Ao Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica da Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal, em nome da excepcional Dra. Ísis Maria Quesado Magalhães, dos mais

prestativos auxiliares administrativos Diel e Lurdes, da mais risonha professora Carol e de todos demais profissionais do Núcleo. Obrigada por acreditarem na pesquisa dentro da realidade de saúde. Obrigada por fazerem deste Núcleo uma realidade efetiva no contexto de saúde pública do Brasil.

A todos os professores de Psicologia da Universidade de Brasília que participaram dos diversos âmbitos de minha formação, em especial nesta etapa de pós-graduação. Obrigada Célia Maria Lana da Costa Zannon por ser nosso eixo central de formação em saúde por várias gerações. Obrigada pelo conhecimento, pela acessibilidade, pelos ensinamentos e pelo olhar detalhado ao meu projeto em sua fase inicial. Obrigada Denise Fleith por ter sido meu apoio direto emocional em um momento extremamente significativo dessa etapa. Obrigada por todos os ensinamentos e pela compreensão. Obrigada Maria Auxiliadora Dessen em especial pelo empenho e comprometimento de tornar esse programa de pós-graduação uma realidade promissora. Obrigada por ter permitido minha contribuição a este. Obrigada Eliane Seidl por trazer também além dos ensinamentos acadêmicos e do suporte para o desenvolvimento deste projeto, o incondicional apoio a soluções de problemas em diversos âmbitos. Obrigada Elizabeth Queiroz pelo exemplo acadêmico e pelo exemplo da perfeita combinação entre firmeza de conhecimento e delicadeza de relacionamento. Obrigada pelas contribuições no caminhar desse mestrado. Obrigada Tereza Cristina pela atenção aos nossos estudos de psicologia da saúde. Obrigada pelas contribuições ao meu projeto. A todos os funcionários que também acompanharam e permitiram este caminhar. Pela base da graduação, o excepcional Basílio e na pós-graduação, nosso companheiro, Luiz. Obrigada pelo convívio e por todo respeito existente.

Às doutoras Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (a qual veementemente possibilita a ponte entre a Universidade de Brasília e a Universidade Federal do Pará), Eliane Maria

Fleury Seidl e Elizabeth Queiroz pelas quais não há palavras que representem a minha admiração profissional. É uma grande honra tê-las na participação direta deste trabalho. Obrigada pela atenção e carinho. As considerações realizadas foram essenciais para a finalização desta etapa. Levarei comigo todos os ensinamentos que aprendi com vocês. Obrigada pela disponibilidade e pela contribuição à minha formação.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro em forma de bolsa de mestrado concedida para a realização deste estudo.

Agradeço também, em especial, toda dedicação de Isabela Léda, Larissa Tomasi, Joana Campos, Liane Viegas, Tatiana Castro, Priscilla Caixeta, Paula Stein, Bruno Silveira, Jamile Sallum, Érica de Paula e Leonardo Balbino pessoas estas que acreditaram e possibilitaram a realização deste sonho, participando muitos não só da minha vida pessoal, mas produzindo e apoiando a concretização de cada livro e de cada encontro com as crianças e seus familiares. A “Coleção Hospitalândia” foi um sonho idealizado por mim, mas construído por nós.

E o imensurável e mais profundo agradecimento àqueles que ampliaram o sentido do meu viver no mais amplo significado da palavra. Saudosamente e com muita emoção... Obrigada a todas às crianças e adolescentes do Núcleo, juntamente com seus familiares e/ou acompanhantes. Obrigada por construírem esse caminhar comigo. Obrigada por cada ensinamento e cada encontro. Obrigada pela verdadeira possibilidade de transformação. Em especial, à Brenda Fialho e ao Lucas Fernandes, que muito além do que é controlável ao ser humano, me ensinaram que a vida sempre está em seu momento certo.

O meu muito obrigada a todos vocês aqui referidos pelo meu múltiplo crescimento pessoal e profissional. Obrigada pela possibilidade de aprimoramento sobre o que sou capaz de refletir e construir.

## Resumo

Os avanços científicos e tecnológicos da área da saúde nas últimas décadas têm apontado a relevância de sistemas de comunicação e da disponibilização de informação ao paciente pediátrico, visando a aquisição e manutenção de um papel ativo durante todo o processo de desenvolvimento e, especialmente, durante períodos de exposição a contingências de tratamento de saúde. O presente estudo, estruturado em duas fases, teve como objetivo principal sistematizar um procedimento lúdico, por meio de livros de história direcionados ao contexto pediátrico, e avaliar essa sistematização como uma prática comunicativa que favoreça a interação da criança hospitalizada com seu ambiente de cuidados. Fase 01: elaboração de histórias infantis e de atividades diretivas complementares. Fase 02: descrição do repertório de comportamentos dos pacientes durante três sessões da sistematização proposta. Participaram do estudo 26 crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico, com idade entre quatro e 14 anos. Dos instrumentos desenvolvidos para coleta de dados, destaca-se a criação da “Coleção Hospitalândia”, com seis volumes de livros infantis abordando os seguintes temas: (1) hospitalização; (2) materiais hospitalares; (3) ambientes hospitalares e profissionais de saúde; (4) cuidados básicos de saúde; (5) sentimentos; e (6) dor aguda, bem como a elaboração da Folha de Registro de *check-list* com a definição de categorias de comportamento para estudo sobre a atividade, a interação, o conteúdo e a estrutura constituintes desse processo. Os participantes foram observados em 59 sessões ordenadas em quatro rotinas: (a) aquecimento; (b) leitura da história; (c) narração da história pela criança; e (d) oficina. Os resultados indicaram que livros infantis acompanhados de atividades diretivas possibilitam oportunidades de aprendizagem com a participação das crianças na construção de conhecimento. Os resultados da Fase 01, quanto aos padrões de conteúdo, apontaram que assim como as relações com os familiares, as relações com os profissionais de saúde também foram percebidas pelas crianças como suporte social afetivo; o suporte cognitivo de leitura dos livros foi uma eficaz intervenção quanto à aquisição de conhecimento sobre os nomes e funções dos profissionais de saúde e sobre a compreensão do sistema sensorial da dor; a função lúdica mostrou-se relevante para o contato e aproximação tanto com os ambientes quanto com os materiais hospitalares; os cuidados básicos de saúde conhecidos e executados pelas crianças estavam relacionados a fatores do ambiente de cuidados com o tratamento e a fatores culturais; sentimentos adversos foram vistos como efeito colateral relacionado aos comportamentos não colaborativos em situações inevitáveis e aversivas do tratamento. Os resultados da Fase 02, quanto à abrangência do material e da proposta estruturada, destacaram que a primeira sessão foi caracterizada como contato com a criança. Com a evolução até a terceira sessão, a rotina de aquecimento foi executada tanto em caráter de contato inicial quanto de trabalho com o tema, o relato da história pela criança caracterizado pela espontaneidade e a rotina de oficina pela inserção de informações contextualizadas ao tratamento. Sobre a interação, foram encontradas diferenças de padrões comportamentais quanto à rotina proposta e quanto à variável gênero. Sobre a categoria de conteúdo, as referências ao processo saúde-doença tiveram maior ocorrência nas rotinas de aquecimento e de leitura da história, com maior destaque às referências aos dados pessoais na rotina de oficina. O estudo indica que a criação e a estruturação de procedimentos de comunicação para a realidade pediátrica, além de possibilitar intervenções sistematizadas, amplia o papel do psicólogo da saúde, reforçando a relevância do desenvolvimento de contextos humanizados de tratamento médico e contextos promocionais de saúde.

**Palavras-Chave:** humanização, comunicação, psicologia pediátrica e histórias infantis.

## Abstract

Scientific and technological development in health care during the latest decades have pointed out the relevance of communication systems and information availability to pediatric patients, aiming the acquisition and maintenance of an active behavior during the development process and, specially during the exposition to health treatment contingencies. This study, which was structured in two phases, aims to systematize a playful procedure through children's storybooks and to evaluate this procedure as a communicative method that reinforces the interaction between the hospitalized child and its health care environment. Phase 01: elaboration of children's storybooks and complementary structured activities. Phase 02: description of patient's behavioral repertoire during the systematized proposal in three sessions. Twenty-six children and adolescents that were going through chemotherapy participated in this study, with ages varying between 4 and 14. Among the instruments developed for data collection, the creation of "Coleção Hospitalândia" should be emphasized: a six volume children's book collection that contemplates the following themes: (1) hospitalization; (2) hospital materials; (3) hospital environments and health care professionals; (4) basic health care behaviors; (5) feelings; and (6) acute pain. A checklist containing the definitions of behavior categories to study the activity, interaction, content, and structure of this process. Participants were observed during 59 sessions ordered in four routines: (a) warm-up; (b) storytelling; (c) narration of the story by the child; and (d) workshop. The results indicated that children storybooks together with directed activities make learning opportunities possible when there is a participation of the child during knowledge construction. The results in phase 01, in relation to content patterns, indicated that as well as the relationship among family members, the children perceived the relations with health care professionals as an effective social support. Cognitive support given by book reading was an efficient intervention in relation to the knowledge about health professional's name, function and their comprehension the pain sensorial system. Playful activities revealed to be relevant for contact and approximation to hospital environment and materials. Basic health care behaviors known and executed by the children were related to environmental and cultural factors. Negative feelings were seen as a collateral effect related to non-collaborative behaviors in inevitable and aversive treatment situations. The results from phase 02, related to the coverage of the material and structured proposal, showed that the first session characterizes a first contact with the child. Until the third session, the warm-up routine was executed aiming initial contact with the child and the working material. The children's' storytelling behavior is described by their spontaneity and the characterization of the workshop routine by the insertion of contextualized information into the treatment. The proposed routine and gender variable explains differences found in the interacted data. In the content category, the health care process was mostly mentioned during the warm-up and storytelling routines; personal data mostly mentioned during workshop' routine. The study indicates that the creation and structuring of communication procedures in pediatric context cannot only make systematic interventions possible; it can expand the role of health psychologists, reinforcing the importance of developing humanized medical treatment and promotional health contexts.

**Key words:** humanization; communication; pediatric psychology and children's stories.

## Índice

Agradecimentos .....	vi
Resumo .....	x
Abstract .....	xi
Índice .....	xii
Lista de Tabelas .....	xvi
Lista de Figuras .....	xvii
<b>Capítulo 01 - Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Capítulo 02 - Revisão de Literatura</b> .....	<b>6</b>
2.1- Psicologia da Saúde e Psicologia Pediátrica .....	6
2.1.1. Doenças crônicas .....	8
2.1.2. Câncer na Infância .....	10
2.2- Estratégias de Enfrentamento e Suporte Social em Psicologia Pediatria .....	13
2.2.1. Estratégias de enfrentamento .....	15
2.2.2. Suporte social .....	20
2.3- Informação e comunicação na construção de conhecimento .....	24
2.4- Histórias infantis como promotores de comunicação: aplicabilidade em Psicologia da Saúde .....	33
<b>Capítulo 03 – Justificativa do estudo</b> .....	<b>45</b>
<b>Capítulo 04 – Definição do problema e objetivos</b> .....	<b>47</b>
<b>Capítulo 05 – Método</b> .....	<b>49</b>
5.1- Contexto da coleta de dados .....	49
5.2- Participantes .....	51
5.2.1. Composição da amostra .....	51
5.2.2. Critérios de inclusão e de exclusão .....	51
5.2.3. Caracterização da amostra .....	52
5.2.4. Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do estudo .....	54
5.3- Material e instrumentos .....	55
5.4- Procedimento .....	57
5.4.1. Procedimento: Fase 01 .....	57
5.4.1.1- Elaboração de histórias infantis e atividades diretivas .....	57

5.4.1.2- Coleta e análise de dados: Fase 01 .....	61
5.4.2. Procedimento: Fase 02 .....	64
5.4.2.1- Descrição do repertório de comportamentos .....	64
5.4.2.2- Coleta e análise de dados: Fase 02.....	65
<b>Capítulo 06 – Resultados</b> .....	68
6.1- Resultados Fase 01 .....	69
6.1.1. Dados descritivos sobre o conteúdo dos volumes dos livros .....	69
6.1.1.1- Hospitalização: volume 01 .....	69
6.1.1.2- Materiais hospitalares: volume 02 .....	71
6.1.1.3- Ambientes hospitalares e profissionais de saúde: volume 03 ...	74
6.1.1.4- Cuidados básicos de saúde: volume 04 .....	76
6.1.1.5- Sentimentos: volume 05 .....	79
6.1.1.6- Dor aguda: volume 06 .....	82
6.1.2. Duração das sessões de intervenção .....	85
6.1.3. Desenvolvimento de um sistema de categorias .....	86
6.1.3.1- Categoria atividade .....	86
6.1.3.2- Categoria interação .....	87
6.1.3.3- Categoria conteúdo .....	88
6.1.3.4- Categoria estrutura .....	89
6.2- Resultados Fase 02 .....	90
6.2.1. Ordenação e duração das sessões de intervenção .....	90
6.2.2. Cumprimento dos objetivos considerando os ciclos de intervenção .....	94
6.2.3. Rotinas de intervenção de acordo com o sistema de categorias .....	98
6.2.3.1- Rotina de aquecimento .....	98
6.2.3.2- Rotina de leitura da história .....	102
6.2.3.3- Rotina de relato da história pela criança .....	105
6.2.3.4- Rotina de oficina .....	107
6.2.3.5- Considerações complementares sobre as rotinas .....	112
6.2.4. Figuras e relatos verbais como exemplo dos resultados da Fase 02 .....	114
6.2.4.1- Tema: hospitalização .....	115
6.2.4.2- Tema: materiais hospitalares .....	119
6.2.4.3- Tema: ambientes hospitalares e profissionais de saúde .....	120
6.2.4.4- Tema: cuidados básicos de saúde .....	122

6.2.4.5- Tema: sentimentos .....	124
6.2.4.6- Tema: dor aguda .....	126
<b>Capítulo 07 – Discussão</b> .....	129
7.1- Discussão: Primeira Fase .....	130
7.2- Discussão: Segunda Fase .....	140
7.3- Discussão: método adotado na Primeira e na Segunda Fase do Estudo .....	159
<b>Capítulo 08 - Conclusões e Implicações do Estudo</b> .....	165
<b>Referências</b> .....	171
<b>Anexos</b> .....	190
<b>Anexo 01-</b> Tabela demonstrativa de livros infantis, na realidade brasileira, que abordam conteúdos em saúde.....	191
<b>Anexo 02-</b> Tabela demonstrativa de coleções infantis, na realidade brasileira, que abordam conteúdos em saúde.....	192
<b>Anexo 03-</b> Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.....	194
<b>Anexo 04-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	195
<b>Anexo 05-</b> Roteiro de entrevista semi-estruturado para acompanhantes.....	196
<b>Anexo 06-</b> Protocolo de Registro de Dados do Prontuário Médico-hospitalar.....	197
<b>Anexo 07-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 01: “Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia” (hospitalização).....	198
<b>Anexo 08-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 02: “A viagem espacial, a viagem especial” (materiais hospitalares).....	199
<b>Anexo 09-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 03: “Viagem da Tictac” (ambientes hospitalares e profissionais de saúde).....	200
<b>Anexo 10-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 04: “Sujismundo: como limpar essa viagem?” (cuidados básicos de saúde).....	201
<b>Anexo 11-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 05: “Sentimuitamentos: a viagem dos sentimentos”	

(sentimentos).....	202
<b>Anexo 12-</b> Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 06: “Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor: que viagem é essa?” (dor).....	203
<b>Anexo 13-</b> Roteiro de Questões Elaborado às Crianças e aos Adolescentes.....	204
<b>Anexo 14-</b> Protocolo de registro de observação de comportamentos.....	205
<b>Anexo 15-</b> Folha de Registro de <i>check-list</i> : rotina de aquecimento, rotina de leitura da história, rotina de relato da história pela criança e rotina de oficina.....	207

## Lista de tabelas

<u>Tabelas</u>	<u>Pág.</u>
<b>Tabela 01</b> - Dados sócio-demográficos gerais dos participantes (N= 26).	53
<b>Tabela 02</b> - Resumo do conteúdo dos volumes da Coleção “Hospitalândia”.	59
<b>Tabela 03</b> - Resumo da proposta de intervenção para cada volume da Coleção.	61
<b>Tabela 04</b> - Tempo de duração (em minutos) das intervenções: fase 01.	85
<b>Tabela 05</b> - Tempo de duração (em minutos) da rotina de leitura das histórias: fase 01.	85
<b>Tabela 06</b> - Ordenação dos temas vide as necessidades psicossociais de cada participante.	91
<b>Tabela 07</b> - Tempo de duração (em minutos) da rotina de leitura das histórias: fase 02.	93
<b>Tabela 08</b> - Descrição dos objetivos das rotinas por sessão de intervenção.	94
<b>Tabela 09</b> - Descrição dos objetivos das rotinas segundo o volume do livro.	95
<b>Tabela 10</b> - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de atividade.	98
<b>Tabela 11</b> - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de interação.	99
<b>Tabela 12</b> - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de conteúdo.	101
<b>Tabela 13</b> - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de estrutura.	102
<b>Tabela 14</b> - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de interação.	103
<b>Tabela 15</b> - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de conteúdo.	104
<b>Tabela 16</b> - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de estrutura.	105
<b>Tabela 17</b> - Descrição da rotina de relato da história pela criança: ocorrência da categoria de atividade.	106
<b>Tabela 18</b> - Descrição da rotina de relato da história pela criança: ocorrência da categoria de interação.	107
<b>Tabela 19</b> - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de atividade.	108
<b>Tabela 20</b> - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de interação.	109
<b>Tabela 21</b> - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de conteúdo.	110
<b>Tabela 22</b> - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de estrutura.	111
<b>Tabela 23</b> - Questionamentos apresentados pelas crianças no decorrer das sessões de intervenção.	113

## Lista de figuras

<u>Figuras</u>	<u>Pág.</u>
<b>Figura 01</b> - Tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do estudo com cada participante: fase 01.	54
<b>Figura 02</b> - Tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do estudo com cada participante: fase 02.	55
<b>Figura 03</b> - Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 01.	70
<b>Figura 04</b> - Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 02.	73
<b>Figura 05</b> - Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças na rotina de leitura da história (H) - volume 04.	78
<b>Figura 06</b> - Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 05.	82
<b>Figura 07</b> - Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 06.	84
<b>Figura 08</b> - Frequência de aplicação de cada volume da Coleção de acordo com a ordem de sessões.	92
<b>Figura 09</b> - Auto-representações na rotina de aquecimento sobre a temática de hospitalização.	115
<b>Figura 10</b> - Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de hospitalização.	117
<b>Figura 11</b> - Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de materiais hospitalares.	119
<b>Figura 12</b> - Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de ambientes e profissionais de saúde.	120
<b>Figura 13</b> - Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de cuidados básicos de saúde.	122
<b>Figura 14</b> - Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de sentimentos.	124
<b>Figura 15</b> - Representações das crianças na rotina de aquecimento sobre a temática de dor.	126

## Capítulo 01 - Introdução

Um importante desafio da contemporaneidade é estabelecer uma concepção de ser humano dentro das instituições de saúde, de forma a destacar o conceito de humanização na filosofia e na realidade da prática profissional. Neste contexto, o tema do presente estudo refere-se à humanização do sistema de saúde com foco no processo de construção do conhecimento da criança enquanto indivíduo em desenvolvimento e paciente em tratamento médico.

Coerente com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, originária do, então, Plano de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o foco do trabalho se estabeleceu no estímulo aos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos em todo o sistema de saúde, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos e no respeito aos direitos dos usuários (Santos-Filho, 2007). É necessário, assim, considerar as doutrinas da universalidade, integralidade e igualdade, entre outras preconizadas pela Lei No. 8080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

De acordo com os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, aprovado pelo Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente<sup>1</sup> (CONANDA), a criança e o adolescente têm direito ao adequado conhecimento de sua enfermidade, dos cuidados a serem utilizados e do seu prognóstico, condicionados à condição de desenvolvimento e compreensão cognitiva correspondentes. Quando necessário, a disponibilização de amparo psicológico também é garantida pelo código de direitos (CONANDA, 41/95, artigo 8).

---

<sup>1</sup> Resolução 41, aprovada em 17 de outubro de 1995.

Deve-se destacar que o cumprimento dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado requer essencialmente o atendimento ao princípio da equidade entre todos os envolvidos no contexto de saúde-doença. Lolas (2002) destaca que a equidade, em termos da informação, deve reconhecer que o conhecimento, que é a informação articulada e organizada em torno de interesses e valores sociais, exige processos de comunicação que garantam a participação ativa de todos os envolvidos. Tal pressuposto implica no reconhecimento dos indivíduos como interlocutores válidos, que compartilham tarefas, informações e conhecimentos. Assim, para Lolas, a equidade do acesso ao conhecimento não consiste apenas em propagar informações úteis e verdadeiras, mas sim em propiciar reformulações no contexto daqueles que participam da construção do conhecimento.

Sendo concebida como um participante ativo desta construção de conhecimento, a criança em tratamento médico tem a oportunidade de ampliar as informações sobre si mesma (condições físicas, necessidades psicossociais e de cuidados, por exemplo) e de desenvolver as noções de autonomia e competência social, sendo estimulada a opinar sobre o seu tratamento, juntamente com familiares e profissionais de saúde (Tates & Meeuweesen, 2001). Ou seja, em contexto hospitalar pediátrico, é necessária a interação dialética entre a criança e o mundo, sustentando que a comunicação com o paciente pode aumentar a sua colaboração e diminuir sua passividade, o que potencializa a aquisição de autocontrole sobre o processo saúde-doença (Lapacó, Herran & Navari, 1996).

Desta forma, a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares no contexto de tratamentos de saúde tem sido objeto de estudos voltados à identificação, descrição e análise de fatores envolvidos na transmissão e compreensão da informação (Santos, 2001). Gabarra (2005) destaca que a análise da informação disponibilizada à criança e sua compreensão (pela criança) constitui um tema relevante de pesquisa, dada a incidência crescente de doenças crônicas na infância e suas implicações ao contexto de

desenvolvimento humano, incluindo-se: (a) a necessidade de monitoramento contínuo das condições de saúde da criança; (b) as restrições ambientais à criança em tratamento; (c) as dificuldades de comunicação entre os adultos/cuidadores e a criança.

Aldwin (2001) postula, entretanto, que apesar da importância de estabelecimento de processos comunicativos eficazes, é necessário que o profissional de saúde identifique também as estratégias de enfrentamento que cada paciente adota no decorrer de seu tratamento. Segundo Aldwin, nos casos em que a informação for contrária aos desejos e/ou interesses dos pacientes, sugere-se que o profissional de saúde atue como um facilitador na abordagem de temas potencialmente estressantes, tais como os relacionados a medos, expectativas ou dúvidas, por exemplo.

Desta forma, considerando a realidade do atendimento à saúde pediátrica, levanta-se a hipótese, neste estudo, de que uma forma eficaz de intervenção inclui o uso de materiais didáticos na forma de livros infantis, de modo a: (a) contribuir com a integração da comunicação entre paciente, família e equipe de saúde; (b) disponibilizar espaço para solução de dúvidas e clarificação de informações, por meio de atividades lúdicas; (c) estimular o desenvolvimento funcional (cognitivo, motor e social) da criança; (d) estimular o desenvolvimento do senso crítico do paciente quanto ao processo saúde-doença.

De acordo com Ribeiro (2006), em várias culturas e épocas distintas é possível encontrar a leitura como instrumento de auxílio aos cuidados com a saúde, sendo Benjamin Rusch, em 1802, o primeiro norte-americano a recomendar a leitura para pacientes em tratamento médico. Paula (2007) postula que o trabalho com literatura infantil tem-se mostrado um recurso relevante ao universo hospitalar, sendo utilizado em sentido terapêutico, educativo e lúdico. Ribeiro (2006) destaca que entre os benefícios da leitura no contexto hospitalar, o acúmulo de conhecimento e a identificação com as fontes de leitura, aumentam o prazer e a qualidade de vida e, ainda, incentivam o processo de escolarização

do paciente. No Brasil, todavia, percebe-se uma reduzida produção literária voltada a temas relacionados especificamente ao contexto de cuidados em saúde pediátrica. Alguns exemplos de livros e coleções literárias para crianças estão descritos nos Anexos 01 e 02, respectivamente (tabela demonstrativa de livros infantis e tabela demonstrativa de coleções infantis, na realidade brasileira, que abordam conteúdos em saúde).

Ferreira (2005), em um levantamento de materiais informativos (manuais, apostilas, cartilhas, outros), revela que em nenhum dos textos encontrados havia referência a investigações sistemáticas sobre a eficácia de sua utilização ou descrição de eventuais efeitos observados sobre o repertório de comportamentos dos pacientes e familiares que tiveram acesso aos conteúdos. Também não foram identificadas sugestões sobre sistemáticas de aplicação dos mesmos em condições de ambiente hospitalar. A falta destas informações, ainda segundo Ferreira, confirma a carência de estudos que avaliam os efeitos da utilização de materiais informativos, bem como que investigam alternativas funcionais de aplicação.

O presente estudo propõe-se assim a elaborar um conjunto de materiais didáticos, na forma de uma coleção de livros, e analisar os efeitos da sua aplicação (narração de histórias infantis acompanhadas de atividades interativas) como forma de interação da criança, em tratamento de patologias crônicas, especialmente no contexto da oncologia pediátrica, com seu ambiente de cuidados com a saúde. Para tanto, foi produzida a “Coleção Hospitalândia”, composta de seis volumes impressos que abordam os seguintes temas: (1) hospitalização; (2) materiais hospitalares; (3) ambientes hospitalares e profissionais de saúde; (4) cuidados básicos de saúde; (5) sentimentos; e (6) dor. Cada volume, coerente com o investimento à concretização de processos comunicativos, inclui rotinas específicas de aquecimento, leitura da história, narração da história pela criança e oficina interativa.

Em consonância à doutrina de equidade dos serviços de saúde e dos princípios teórico-filosóficos da ciência do desenvolvimento humano (Dessen & Costa Junior, 2005), este estudo assume os seguintes pressupostos:

(1) A construção de conhecimento junto ao paciente, sobre a doença e o tratamento, facilita o processo de adesão à terapêutica e de enfrentamento à doença;

(2) As informações são mais facilmente assimiladas, pelas crianças, por meio de formas lúdicas e conteúdos acessíveis;

(3) A participação ativa do paciente constitui elemento essencial à educação para a saúde e construção de conhecimento;

(4) Atividades interativas facilitam o contato com o paciente, promovem um processo de conhecimento conjunto e ainda possibilitam a realização de análises de comportamentos em função das intervenções executadas.

Tal estudo iniciou-se em 2005 com um projeto de estágio de bacharelado da pesquisadora sobre a necessidade de propostas de intervenções psicológicas que privilegiassem o processo de comunicação com crianças hospitalizadas. O pressuposto central do estudo baseou-se no uso de recursos lúdicos para a educação em saúde. Ainda em 2005, concebeu-se a proposta de confecção dos seis livros (“Coleção Hospitalândia”). Em 2006, foi definido o formato de aplicação e de avaliação dos volumes da coleção e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo 03), iniciando-se uma coleta de dados em caráter exploratório, correspondente a Fase 01. Em 2007, em decorrência do estudo exploratório, procedeu-se a uma reestruturação dos livros e foi elaborada uma nova forma de coleta e de avaliação dos dados. Em 2008, já como concretização do estudo na sua Fase 02, foi realizada uma segunda coleta e análise de dados, que se completa com a elaboração e defesa da presente dissertação de mestrado.

## Capítulo 02 - Revisão de literatura

### 2.1 - Psicologia da Saúde e Psicologia Pediátrica

De acordo com Carvalho e Begnis (2006), a Organização Mundial de Saúde [OMS] define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de doenças ou enfermidades orgânicas. Sob o ponto de vista da psicologia da saúde, a saúde e a doença são concebidas como condições dispostas em uma linha hipotética contínua e não podem ser entendidas como conceitos qualitativamente diferentes; são elementos essenciais do sistema de relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com a sociedade como um todo (Dessen & Costa Junior, 2005).

Nesse contexto, a psicologia da saúde, segundo conceituação adotada pela Divisão de Psicologia da Saúde (criada em 1978), da *American Psychological Association* (Matarazzo, 1980), constitui um agrupamento de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia com objetivos de: (a) promoção e manutenção da saúde; (b) prevenção e tratamento de doenças; (c) identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e suas respectivas disfunções; e (d) análise do sistema de assistência à saúde, bem como o desenvolvimento de políticas sanitárias eficientes. Desta forma, representa uma proposta teórico-metodológica que prioriza a promoção de repertórios de comportamento voltados à saúde enquanto fenômeno social, como uma forma de garantir a continuidade do processo de desenvolvimento humano, individual e coletivo (Costa Junior, 2005).

Conforme Costa Junior (1998), este posicionamento, segundo o modelo integral de saúde, caracteriza o usuário do sistema de saúde como um indivíduo biopsicossocial, focaliza a pessoa e não a doença, além de incentivar a equipe de saúde a desenvolver atividades interdisciplinares e a dar importância aos relatos e às vivências do indivíduo.

Seus principais objetivos são a diminuição do sofrimento provocado pela doença no indivíduo e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Desta forma, o foco é o indivíduo ativo e co-responsável pelo seu estado de saúde.

Destaca-se que uma visão interacionista amplia os horizontes da ciência para ângulos mais criativos e assimiladores da natureza complexa dos fenômenos referentes ao processo de desenvolvimento humano, exigindo, na prática, o emprego de uma abordagem multimetodológica e a adoção de uma postura ética e interdisciplinar (Dessen & Costa Junior, 2005). Considerar a doença dentro de um contexto de relações que envolvem o paciente, o meio social e os profissionais de saúde requer, então, uma postura sistêmica do fenômeno e a conseqüente análise das trocas discursivas entre os envolvidos, ressaltando-se que o tempo histórico e a inserção social dos participantes constituem elementos determinantes das representações sobre o adoecer e o curar-se (Flores & Costa Junior, 2004). Parece, portanto, impossível abordar um fenômeno humano sem o esforço preliminar de inserir o homem em seu contexto de desenvolvimento, no qual estão em interação sua história de vida e o ambiente atual de determinantes comportamentais (Zannon, 1991).

Nesta conjuntura, a psicologia pediátrica pode ser considerada uma sub-especialidade da psicologia da saúde que integra a assistência, o ensino e a pesquisa de questões relacionadas à saúde e aos problemas físicos, mentais e de desenvolvimento de crianças, adolescentes e seus familiares (Miyazaki, Domingos, Valério, Santos & Rosa, 2002). Em 1968, o termo Psicologia Pediátrica (*Pediatric Psychology*) foi proposto quando cientistas e profissionais, interessados nos cuidados à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, reconheceram a necessidade da construção de um corpo sistemático de conhecimentos acerca da integração entre as condições de desenvolvimento (pessoal, familiar, escolar) e de saúde; em 1996, foi criada a Divisão de Psicologia Pediátrica da

*American Psychological Association* (APA, 2008). No Brasil, todavia, não existe uma sociedade científica, formalmente constituída, de psicologia pediátrica. No entanto, os simpósios bienais da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP, 2004; 2008) contam, desde 2000, com a participação de um Grupo de Trabalho em Psicologia Pediátrica que tem contribuído para o avanço desse campo no país.

A psicologia pediátrica tem entre seus objetivos principais: (a) colaborar com a família na facilitação de atitudes promotoras de um estilo de vida mais saudável e programar ações preventivas aos problemas de saúde da criança e do adolescente; (b) facilitar a adaptação da criança, do adolescente, da família e da escola, e outros contextos de interação social, às situações de doença crônica ou prolongada, bem como para uma adesão ativa aos tratamentos e prescrições médicas; (c) facilitar a adaptação da criança e da família às situações de hospitalização, exposição a procedimentos médicos invasivos e interrupções do curso de vida; e (d) prevenir perturbações emocionais e comportamentais relacionadas aos diversos contextos de tratamento de saúde (Barros, 2003).

### ***2.1.1. Doenças crônicas***

Uma importante modificação presente no contexto de análise sobre o processo saúde-doença e que interfere diretamente na realidade da psicologia pediátrica, refere-se aos avanços científicos e tecnológicos da medicina, que têm permitindo que doenças, até então, consideradas fatais (Eiser, 1996) sejam gradativamente transformadas em patologias crônicas, clinicamente controláveis por maior tempo, aumentando os índices de sobrevivência dos pacientes.

De acordo com Vitorino, Linhares e Minardi (2005), mesmo vivendo cada vez mais tempo, a criança portadora de uma doença crônica encontra-se em condição de vulnerabilidade, enfatizada pelas adversidades decorrentes da própria enfermidade, dos

episódios de hospitalização e processo de tratamento, e estruturada como uma situação de múltiplo risco, que ameaça o processo de desenvolvimento da criança. Podem-se destacar, assim, alguns fatores apontados como potencialmente estressores da hospitalização infantil: (a) a própria doença e seus sintomas; (b) os episódios de dor associados a procedimentos médicos invasivos; (c) a exposição ao ambiente hospitalar pouco familiar e com normas rígidas; (d) a necessidade de separação dos pais e familiares; (e) a ansiedade manifestada pelos acompanhantes; (f) a perda de autonomia e controle pessoal frente aos eventos do tratamento (Costa Junior, 2005; Quiles & Carrilo, 2000).

Isso significa que crianças e adolescentes em tratamento de patologias crônicas têm o cotidiano significativamente alterado, destacando-se as limitações de oportunidades de convívio social e de escolarização (Vieira & Lima, 2002). Os tratamentos requerem ainda acompanhamento profissional por períodos prolongados, um sistema eficiente de prevenção de sequelas e a necessidade de efetiva adesão à terapêutica (Seidl & Zannon, 2004). Desta forma, para Rolland (1995), um importante passo na realidade de patologias crônicas, é acompanhar não só o processo de desenvolvimento do indivíduo e de grupos familiares, mas também identificar as fases de desenvolvimento da doença. Rolland destaca três fases:

(1) a inicial, considerada uma fase de crise, inclui desde o aparecimento de sintomas até o estabelecimento de um plano de tratamento. É um período marcado pela desestruturação e ajustamento na vida da criança/adolescente e da família. Sugere-se, nesta fase, a aquisição de informações sobre sintomas da doença, sobre o ambiente hospitalar, sobre os procedimentos terapêuticos e sobre o papel da equipe de saúde;

(2) na fase crônica, Rolland (1995) destaca que a característica mais significativa é a imprevisibilidade. Há busca por autonomia e reestruturação da vida, sendo uma das tarefas mais penosas a necessidade de conviver com incertezas, dado o curso clínico

variável das diversas patologias entre diferentes pacientes. Nestas condições, o estabelecimento de comunicação efetiva é essencial;

(3) por fim, questões de luto, morte e perda podem estar relacionadas à fase final, que tem início quando a morte parece inevitável. É um período no qual devem ser respeitados desejos e preocupações (Bromberg, Kovács, Carvalho & Carvalho, 1996; Rolland, 1995).

Atualmente, no entanto, é necessário criticar as fases descritas por Rolland, acrescentando que outros acontecimentos têm substituído, gradativamente, as ocorrências, então, típicas da terceira fase. Em oncologia pediátrica, por exemplo, referem-se à cura e ao período pós-tratamento, que apontam uma condição, cada vez mais presente, de melhor qualidade de vida, com um mínimo de sequelas físicas, sociais e emocionais (Silva, Teles & Valle, 2005).

### ***2.1.2. O Câncer na Infância***

Perante o quadro das doenças crônicas e respeitando as especificidades da amostra do presente estudo, é necessário considerar algumas características das neoplasias pediátricas. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008), o câncer é caracterizado por um conjunto de patologias que podem ocorrer em qualquer idade e em qualquer tecido humano e cuja característica básica é o desenvolvimento de alterações em processos de divisão celular, promovendo um crescimento anormal e geralmente mais rápido de células, apresentando-se como tumor sólido ou como patologia hemopática.

Diferentemente do câncer em adultos, o câncer pediátrico manifesta-se comumente nas células sanguíneas e em tecidos de sustentação, respondendo de forma mais eficaz aos recursos médicos recentes. Seu desenvolvimento envolve a interferência paralela e simultânea de elementos multifatoriais, sendo o conhecimento acumulado sobre fatores

etiológicos ainda não suficientemente compreendidos, o que leva a hipóteses de causas bastante diversas. Desta forma, o câncer representa um grupo heterogêneo de moléstias que diferem quanto à etiologia, frequência e manifestações. Atualmente, desde que sejam realizados diagnósticos precoces e que o tratamento seja efetuado em unidade especializada, cerca de 75% das crianças acometidas por algum tipo de neoplasia têm chance de cura e de sobrevivência após a conclusão do tratamento (INCA, 2008).

O tratamento do câncer pode ser realizado por meio de quimioterapia, cirurgia, radioterapia ou transplante de medula óssea, ocorrendo, em muitos casos, uma combinação dessas modalidades. Destes, a quimioterapia é um importante componente terapêutico, todavia é um dos eventos que mais provoca sofrimento, dor, ansiedade e estresse (Lemos, Lima & Mello, 2004). Os principais efeitos da quimioterapia incluem a alopecia (queda de cabelo), mucosites, infecções por germes oportunistas e síndromes hemorrágicas (INCA, 2008).

Segundo Butler e Mulhern (2005), as consequências da quimioterapia em crianças e adolescentes têm sido extensivamente descritas, com a maior parte das pesquisas destacando efeitos psicológicos e neurocognitivos, sendo estes últimos presentes principalmente em casos de tumores cerebrais ou em casos de exposição a altas doses de medicamentos. De acordo com Lemos, Lima e Mello (2004), apesar da crescente eficácia da quimioterapia no que se refere à curabilidade, o grande desafio está na busca pelo tratamento de suporte para atingir um maior controle das complicações, especialmente as infecções e os distúrbios hemorrágicos.

Além dos efeitos colaterais citados da quimioterapia, o tratamento requer também o acesso a novas informações complexas, nem sempre apresentadas de um modo compreensível à criança. Por exemplo: (a) a necessidade de tomada de decisões sucessivas sobre o andamento do tratamento; (b) a convivência com o medo de recidivas; e (c) a

percepção da morte, são algumas situações que podem interferir significativamente sobre a qualidade de vida dos pacientes e das famílias desse contexto (Camargo & Kurashima, 2007).

Servantes (2002) ratifica que as reações emocionais, frequentemente desencadeadas pelo paciente frente aos temores em relação à doença, às crenças de sofrimento e à possibilidade de óbito, podem ocasionar alterações de comportamentos comprometedoras à adaptação ao ambiente e às etapas do tratamento, além de interferir sobre sua receptividade e relacionamento social com os profissionais de saúde. Para Ferreira (2005), tanto a integridade física quanto a integridade psicológica do paciente oncológico são diretamente afetadas, além do quadro clínico da doença e de seus sintomas, por alterações de rotina de vida, por frequentes idas ao hospital, por episódios periódicos de internação e o consequente distanciamento do ambiente doméstico, por ausência de familiares e amigos durante as hospitalizações e por restrições ambientais impostas pela doença e tratamento. Nesse contexto, as principais sintomatologias presentes se referem ao desconforto, à fadiga, à ansiedade, à introversão, ao medo, à raiva, à tristeza e ao isolamento social.

De acordo com Pyke-Grimm, Stewart, Kelly e Degner (2006), as características que envolvem o diagnóstico de câncer na infância, a emergência em tomadas de decisões, assim como a possibilidade de morte, entre outros, podem significar aos pacientes e familiares que as escolhas são limitadas e que eles devem confiar incondicionalmente nos profissionais de saúde. Desta forma, o tratamento da criança e do adolescente com câncer deve ser abrangente, merecendo atenção às necessidades físicas e, também, às demandas psicológicas e sociais, incluindo personalização da assistência médica e psicológica e direito à informação contínua (Lemos, Lima & Mello, 2004).

No estudo de Landolt, Vollrath, Niggli, Gnehm e Sennhauser (2006), avaliou-se a qualidade de vida de crianças em tratamento de câncer na sexta semana após o diagnóstico

e, em um segundo momento, um ano após o diagnóstico. O principal instrumento utilizado foi uma versão reduzida, e com validação alemã, do inventário TACQOL (*TNO-AZL Children's Quality of Life*), o qual avalia cinco domínios (desenvolvimento físico, desenvolvimento motor, autonomia, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento social), além de escalas de avaliação do comportamento emotivo. Como resultado, nas seis semanas após o diagnóstico, os pacientes relataram grande quantidade de queixas físicas, redução das atividades motoras e de autonomia, bem como funcionamento emocional prejudicado, sendo este quadro mais presente no caso de leucemias. Apesar de melhores indicadores de qualidade de vida apontados com o passar do tempo, prejuízos funcionais, motores e emocionais, ainda persistiram após um ano. Na análise, após esse tempo, pacientes com tumores cerebrais queixaram-se mais sobre os sintomas físicos do que outros grupos de pacientes.

De acordo com Last e Grootenhuis (2008), a incerteza sobre o futuro em relação à própria doença e as implicações psicossociais adversas do câncer infantil, exige a necessidade de intervenções psicológicas de caráter educacional, de suporte social e de incentivo emocional, com um comprometimento à melhoria das condições de desenvolvimento cognitivo dos sobreviventes de câncer na infância. Last e Grootenhuis destacam que a maior parte dos autores sugere um acompanhamento de longo tempo às crianças sobreviventes de câncer para detectar e executar intervenções voltadas às dificuldades cognitivas e comportamentais e às consequências sociais da exposição à experiência de tratamento médico.

## **2.2 - Estratégias de Enfrentamento e Suporte Social em Psicologia Pediátrica.**

Sob a perspectiva de doenças crônicas, Silveira e Ribeiro (2005) afirmam que o tratamento psicológico do paciente deve instrumentalizá-lo para que, por meio de seus

próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde-doença, de modo a identificar e prevenir complicações e agravos biopsicossociais ao longo do tempo. O trabalho psicossocial deve atender, então, a três objetivos integrados: recreativo-educacional-terapêutico (Vitorino, Linhares & Minardi, 2005). Ou seja, através do brincar, do aprender e da reflexão dos sentimentos da criança, com suporte psicológico focal, deve-se favorecer o desenvolvimento, a aprendizagem e a adaptação da criança ao ambiente de cuidados. Isso significa promover não só o processo de desenvolvimento, mas, sobretudo, criar uma rede de mediação que funcione como mecanismo de proteção para neutralizar adversidades inerentes à hospitalização (Vitorino & cols., 2005).

Segundo Straub (2005), intervenções psicossociais eficazes aumentam o conhecimento que o paciente tem da doença e dos eventos do tratamento e ampliam a percepção de controle de sua vida, além de oferecerem um ambiente social mais eficiente de apoio a medos e preocupações. De acordo com Costa Junior (2001), o profissional de saúde deve priorizar a promoção de mudanças de comportamentos relacionadas à saúde do indivíduo. A experiência de tratamento deve se constituir em uma condição de aprendizagem sócio-comportamental e cognitiva para o paciente; cabe ao psicólogo demonstrar que os repertórios de comportamentos adquiridos no contexto do tratamento podem ser úteis em diversas situações de risco, mesmo aquelas distantes do contexto de doenças e tratamentos médico a que o indivíduo for submetido. A observação das estratégias de enfrentamento, adotadas pelos pacientes em diferentes momentos do tratamento, pode indicar as necessidades e vulnerabilidades a serem abordadas pela intervenção psicológica, destacando-se, por exemplo, o desenvolvimento de melhores condições de suporte social ao paciente e seus familiares e a disponibilização de informação por membros da equipe.

### ***2.2.1. Estratégias de Enfrentamento***

O conceito de enfrentamento (tradução do original, em inglês, *coping*) compreende os esforços cognitivos e comportamentais voltados ao manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLonguis, 1986). As respostas de enfrentamento têm sido classificadas quanto à função em duas categorias gerais: (a) enfrentamento focalizado no problema, no qual há manejo ou modificação da situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio; são estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, tais como solução de problemas, planejamento, reavaliação e ressignificação do problema; e (b) enfrentamento focalizado na emoção, o qual apresenta como função principal a regulação da resposta emocional provocada pelo estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo incluir respostas de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, tais como negação, fuga ou esquiva (Seidl, Tróccoli e Zannon, 2001, p. 225).

Todavia, diversos desdobramentos (Folkman & cols., 1986; Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig & Pastor, 1992) são possíveis sobre estas duas grandes categorias - focalização no problema e na emoção - em fatores representativos de funções: alguns indicando uma aproximação ou uma ação direta em relação ao estressor (confrontação, planificação de soluções, pensamento positivo, contabilização de vantagens e busca de apoio social) e outros indicando afastamento ou falta de ação em relação ao estressor (distanciamento, evitação-fuga, autculpa, culpabilização de outros e repressão emocional). Destes, Seidl, Troccoli e Zannon (2001) enfatizam as estratégias de enfrentamento que são consideradas complementares e tão importantes quanto os fatores de enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção, que são as modalidades de busca por suporte social (procura de apoio social, emocional ou

instrumental para ajudar a lidar com o problema) e busca por religiosidade e/ou pensamentos fantasiosos (apego a pensamentos e comportamentos religiosos como modo de manejo dos eventos estressores e alívio de tensões).

Destaca-se que, independentemente da classificação, as categorias de estratégias de enfrentamento não são excludentes e podem ser compreendidas tanto como adaptativas ou não-adaptativas, partindo-se do princípio de que as respostas de enfrentamento, apresentadas por uma pessoa, podem mudar ao longo do tempo, em função das necessidades do indivíduo e/ou das exigências do contexto (Kupst & Bingen, 2006). Nessa concepção, um mesmo indivíduo pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento em situações distintas (Lazarus & Folkman, 1984). É necessário considerar que os diferentes eventos a que são expostos os indivíduos são interpretados de acordo com os significados atribuídos por cada um. Desta forma, o que torna uma experiência estressante não é o evento em si, mas as avaliações que a pessoa faz da situação, o que significa que a mediação cognitiva influencia diretamente o modo como ocorre o processo de enfrentamento (Antoniazzi, Dell' Aglio & Bandeira, 1998).

Em suma, de acordo com Gimenes (1997), o modelo de enfrentamento de Lazarus e Folkman apresenta como principais pressupostos: (a) ênfase nos resultados adaptativos e não em aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento; (b) valorização das diferenças individuais, tanto na avaliação quanto na adoção das estratégias de enfrentamento; (c) compreensão do enfrentamento no contexto da situação específica e das demandas particulares do indivíduo; (d) ênfase à noção de processo e ao seu caráter flexível, minimizando aspectos disposicionais ou de estilo(s) de enfrentamento. No caso das habilidades de enfrentamento infantil, estas tendem a ser diferentes das habilidades dos adultos, especialmente porque as crianças têm repertórios comportamentais limitados a condições e estágios de desenvolvimento que implicam em menor experiência quando

comparados a adultos (Trianes, 2002). Conforme Compas (1987) são necessárias outras formulações para aplicar as noções de enfrentamento às ações de crianças, já que precisam ser consideradas a dependência da criança em relação ao adulto e as condições de desenvolvimento cognitivo e social.

Ryan-Wenger (1992) também defende a necessidade de subsídios teóricos de enfrentamento específicos para crianças, dada a percepção diferenciada de estressores e condições de risco ambiental, bem como a maior dificuldade para o planejamento de ações baseadas em evidências. Neste estudo foi sugerida uma taxonomia que identificou 145 estratégias de enfrentamento agrupadas em categorias, de acordo com características comuns. Foram estabelecidas as seguintes categorias: atividades agressivas, comportamento de evitação, comportamento de distração, evitação cognitiva, distração cognitiva, solução cognitiva de problemas, reestruturação cognitiva, expressão emocional, resistência, busca de informação, atividades de isolamento, atividades de autocontrole, busca de suporte social, busca de suporte espiritual e tentativa de modificação do estressor. O agrupamento em categorias pode facilitar uma análise funcional dos comportamentos das crianças expostas a tratamento médico, identificando-se a relação entre aspectos específicos do ambiente de cuidados (com a saúde, considerada integralmente) e o repertório de comportamentos dos pacientes e familiares.

Um aspecto interessante da pesquisa sobre estratégias de enfrentamento entre crianças em tratamento médico diz respeito às diferenças relacionadas ao gênero e à idade (Dell'Aglio & Hutz, 2002). Segundo Lopez e Little (1996), verificou-se que meninos e meninas podem apresentar respostas de enfrentamento diferenciadas em função de processos de socialização a que são expostos; enquanto meninas tendem a ser preferencialmente socializadas para o uso de estratégias pró-sociais e respostas colaborativas, os meninos são treinados para serem mais independentes e adotar estratégias

de enfrentamento mais competitivas. Em contrapartida, Landolt, Vollrath e Ribi (2002) investigaram as estratégias de enfrentamento adotadas por crianças diagnosticadas com câncer e diabetes. Um mês após os diagnósticos, apesar de grande variedade de estratégias presentes, não se observou correlação entre o tipo de diagnóstico e o gênero da criança.

Para Landolt e colaboradores (2002), a idade da criança e a posição social são os principais preditores das estratégias de enfrentamento. Crianças pequenas apresentaram menor uso de estratégias de enfrentamento ativas ou busca de suporte. Da mesma forma, pacientes em condições socioeconômicas mais baixas adotaram mais estratégias ligadas à religiosidade. Quanto à idade, Compas, Banez, Malcarne e Worsham (1991) apontam que as habilidades para enfrentamento focalizado no problema parecem ser adquiridas após os anos pré-escolares, uma vez que dependem de compreensão cognitiva mais elaborada. Já habilidades focalizadas na emoção tendem a aparecer mais cedo, em idade pré-escolar.

O estudo de Dell’Aglío e Hutz (2002) indica a necessidade de considerar a influência do tipo de interação ocorrida entre os participantes de um evento sobre as estratégias de enfrentamento adotadas pelas crianças. Segundo o estudo, as estratégias de ação agressiva e apoio social ocorrem mais quando a interação se dá entre os pares, demonstrando que nas situações de conflito com outras crianças é mais comum atitudes agressivas ou a busca de alguém que possa ajudá-la a enfrentar a situação. Em contrapartida, nos eventos das crianças com a presença de adultos, observa-se predominantemente a utilização de estratégias de ação direta, provavelmente empregadas quando há condições de negociação com o adulto envolvido, ou, então, a utilização das estratégias de evitação ou inação, quando a negociação não é possível. Desta forma, os autores sugerem que na avaliação sobre estratégias de enfrentamento na infância seja investigada, entre outros, a percepção de controle sobre o evento estressante e o tipo de interação desenvolvida entre os participantes. Os dados obtidos por Dell’Aglío e Hutz

permitem levantar a hipótese de que, em contexto de tratamento médico, informações disponibilizadas à criança, adequadas à sua condição de desenvolvimento, poderiam aumentar a percepção de controle sobre eventos do tratamento, ampliando o repertório instrumental de comportamentos da criança.

Eiser (1996) aponta que os estudos sobre o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento entre crianças em tratamento médico devem considerar os seguintes elementos: (a) a criança é capaz de exercer controle apropriado das emoções, pode aprender a expressar a frustração e a raiva associadas à doença de maneira socialmente aceitável e em ocasiões apropriadas; (b) funções cognitivas de memória, linguagem e pensamento permitem que a criança esteja apta a aceitar as limitações impostas pela doença, assumir a responsabilidade de seu próprio cuidado e cooperar com o tratamento; (c) atividades compensatórias, físicas e intelectuais, podem facilitar o desenvolvimento de comportamentos adaptativos à condição de tratamento ou hospitalização; (d) estratégias de negação do problema associadas à doença podem ser temporariamente úteis quando a criança é exposta a alguma situação extremamente ansiogênica; e (e) o incentivo à participação em atividades sociais reduz a probabilidade de comportamentos de retração ou de isolamento funcional.

Deste breve panorama, pode-se afirmar que as estratégias de enfrentamento adotadas por crianças em tratamento médico estão relacionadas funcionalmente, entre outras variáveis, à existência e ao tipo de suporte social, sendo este tema particularmente relevante quando abordamos as contingências associadas ao tratamento de patologias crônicas. Para tanto, seguem algumas especificações de modo a caracterizar o suporte social como variável preditora de enfrentamento.

### ***2.2.2. Suporte Social***

Alguns estudos já apontavam uma relação funcional entre as condições de suporte social do indivíduo e o desenvolvimento e manutenção de diversos constructos psicológicos, tais como a auto-estima, auto-eficácia e estilos de enfrentamento (Bandura, 1986; Mccoll, Lei & Skinner, 1995). Martins (2005) destaca que, sobre a relação entre enfrentamento e suporte social, as diferentes contingências sociais a que as crianças são expostas e o papel que ocupam sobre o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento permitem maiores ou menores adaptações comportamentais ao contexto de tratamento médico, e, conseqüentemente, à percepção de bem-estar e qualidade de vida.

Para McNally e Newman (1999), bem como para Weinert e Tilden (1990), o suporte social pode ser considerado como uma construção multidimensional, que envolve componentes variados e distintos, relacionando-se a mediadores entre o ambiente e seus efeitos sobre os comportamentos, o bem-estar e a saúde geral/mental. Cobb (1976), em um texto clássico, define suporte social como a informação pertencente a uma de três classes: (a) informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; (b) informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; e (c) informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Rintala, Young, Spencer e Bates (1996) relatam três tipos de suporte social relevantes: (a) instrumental, que consiste no oferecimento de serviços tangíveis; (b) afetivo ou demonstrativo de preocupação, afeto e interesse pelo outro; e (c) cognitivo, que se refere ao oferecimento de informação e esclarecimentos de recursos internos e externos.

Na mesma linha, Helgeson (2003) explica que o suporte instrumental envolve a disponibilização de recursos materiais, como transporte e assistência social. Este tipo de suporte auxilia os pacientes e os familiares possibilitando o uso de recursos que aumentam

a percepção de controle sobre a experiência. Ainda de acordo com a autora, o suporte emocional envolve a comunicação verbal e não-verbal de cuidados e preocupações, podendo auxiliar a auto-estima e a redução de sentimentos de inadequação pessoal. Permite, também, a expressão de sentimentos e provê um propósito ou significado para a experiência de adoecer. Já o suporte cognitivo, por sua vez, envolve a construção de informação, auxiliando a percepção de controle e indicando aos pacientes os caminhos para lidar com a doença. Através do suporte cognitivo, é possível a busca do entendimento sobre as causas da doença e sobre o curso do tratamento.

Seidl e Tróccoli (2006) explicam o suporte emocional como a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional, sendo o suporte instrumental caracterizado como a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou na resolução de questões operacionais do tratamento, ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira. Nesse contexto, é importante ressaltar que a família constitui a primeira fonte de suporte social, a qual tem importância significativa para a adaptação e manejo de ambientes de tratamento médico. Pais que fornecem maior suporte social para atividades de cuidado com a saúde, por exemplo, têm crianças e adolescentes com maiores índices de adesão ao tratamento (La Greca, 1990).

Sherbourne e Stewart (1991) referem algumas características do suporte social, relevantes à consideração por profissionais de saúde: (a) o suporte emocional consiste no incentivo à expressão de afeto positivo, compreensão empática e encorajamento da expressão de sentimentos; (b) o suporte informacional, orientação ou *feedback*, ajuda a encontrar uma solução para o problema (que pode ser o enfrentamento de um tratamento, por exemplo); (c) o suporte tangível inclui o fornecimento de ajuda material ou de assistência social e financeira; (d) a interação social positiva, ou a existência de outras

pessoas com quem se possa desenvolver atividades interessantes e prazerosas, constitui um redutor potencial de estresse; e (e) o suporte afetivo envolve a expressão de amor e afeto.

Nos casos específicos da infância e adolescência, Cupertino e colaboradores (2006) apontam 11 tipos de estressores diretamente relacionados ao suporte social: problemas financeiros dos pais, estar separado dos pais por mais de um mês, separação definitiva dos pais, perder o pai ou a mãe, perder algum parente próximo, ficar severamente doente, ficar de quarentena, ter sofrido algum acidente, possuir irmão gravemente doente, mudar de residência e mudar de cidade. É importante ressaltar que em condições de hospitalização infantil, além de problemas secundários à patologia crônica, diversos destes estressores ocorrem concomitantemente, potencializando efeitos deletérios ao processo de desenvolvimento.

Segundo Coutinho, Costa Junior e Kanitz (2000), os profissionais de saúde podem disponibilizar melhores condições de suporte social se modificarem o ambiente hospitalar, adaptando-o aos eventos do tratamento, especialmente no que se refere: (a) a um ambiente ecologicamente voltado ao processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes, com configurações de estímulos, físicos e sociais, que auxiliem a minimização do caráter estressante e potencialmente aversivo atribuído à permanência em contextos de internação hospitalar; (b) à linguagem utilizada na comunicação entre profissionais de saúde e crianças, disponibilizando materiais lúdicos e didáticos que expliquem, conforme o nível de compreensão da criança, as situações que ela está vivenciando, com incentivo de sua livre expressão emocional e cognitiva; e (c) à interação da equipe profissional com os familiares da criança, possibilitando que os próprios familiares atuem como facilitadores do tratamento de seus filhos. É essencial que os profissionais saibam reconhecer situações potencialmente estressantes e demandas psicológicas pontuais para introduzir intervenções apropriadas e garantir a continuidade do processo de desenvolvimento de crianças e

adolescentes (Castro, 2007), todavia, tais contingências somente são operacionalizadas com um sistema eficiente de comunicação entre profissionais e usuários (Lemaneck, Kamps & Chung, 2001).

Todas estas ações são justificadas sob o olhar do próprio desenvolvimento infantil, no qual a criança explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca. Por meio desta interação, à medida que características ambientais sejam favoráveis e oportunidades oferecidas, ocorrem modificações em seu repertório comportamental e na natureza funcional do meio (Guimarães, 1988). Estudos sugerem que a sensibilidade comportamental da criança a arranjos ambientais específicos aumenta a probabilidade de modificação de comportamentos, possibilitando o estabelecimento de respostas diferenciadas (Soares & Bomtempo, 2004) em termos de adesão ao tratamento, comportamentos colaborativos e/ou participação ativa em processos de tomada de decisão (Adams-Greenly, 1991; Bearison & Mulhem, 1994; Carpenter, 1990; Zannon, 1991). Ou seja, a vulnerabilidade da criança e os fatores de risco podem ter seus efeitos adversos atenuados por meio da ativação de recursos da própria criança e de mecanismos de proteção advindos do ambiente, como evidenciam Yunes e Szymanski (2001).

Conforme Bandura (1986), o suporte social é um meio de influência fundamental no comportamento das pessoas, já que auxilia na determinação de quais comportamentos serão desenvolvidos ou ativados, mediante interações entre o meio social e o indivíduo. Além disso, a compreensão que a criança tem de sua doença é um dos fatores promotores de sua adaptação à situação de internação (Trianes, 2002). Assim, o ambiente circundante, provedor de estímulos e oportunidades de aprendizagem, de acordo com Linhares e Minardi (1999), é fundamental para o desenvolvimento psicológico da criança hospitalizada.

Em relação a estas conceituações, verifica-se que o grau de satisfação com o suporte social tem um papel crucial na percepção de qualidade de vida (Ribeiro, 1999). Cramer, Henderson e Scott (1997) designam o suporte social percebido como o recurso que o indivíduo percebe como disponível se ele precisar, enquanto o suporte recebido descreve o recurso social que efetivamente foi recebido por alguém. Wethington e Kessler (1986) apontam que os resultados de saúde são melhor explicados pela existência do suporte social percebido do que pela existência de suporte social tangível.

Pereira e Lopes (2002) indicam, também, que a percepção de suporte social tem efeito direto sobre o bem-estar psicológico que, por sua vez, influencia a capacidade do paciente de adotar estratégias de enfrentamento mais adequadas. O suporte social oferecido ao paciente e a forma como ele o percebe são preditores do desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento que o auxiliem na preservação da qualidade de vida (Pedroso & Sbardelloto, 2008). Para essas autoras, avaliar o nível de suporte social percebido pelos pacientes significa proporcionar informações relevantes ao conhecimento das variações, no que se refere ao bem-estar psicológico, relacionadas à percepção de saúde e doença e, também, de qualidade de vida.

### **2.3 - Informação e comunicação na construção de conhecimento**

Ao se tratar da ciência da comunicação, instrui-se que uma comunicação se faz eficaz quando proporciona uma aquisição de destrezas, atitudes e capacidades aos participantes. Silva (2000) afirma que a comunicação não só transmite informações, como também estipula comportamentos.

Segundo Buckman (2001), embora as habilidades de comunicação sejam frequentemente atribuídas a aptidões inatas ou intuitivas, muitos estudos indicam que técnicas de comunicação podem ser ensinadas e que a aprendizagem destas técnicas tem

impacto sobre as habilidades de comunicação em diferentes contextos de desenvolvimento. A comunicação humana, na verdade, corresponde a miríades de formas, através das quais os homens transmitem e recebem idéias, impressões e imagens de toda ordem, considerando que alguns desses símbolos, embora compreensíveis, nem sempre são expressos por palavras (Penteado, 1986). Desta forma, é preciso extrapolar o aspecto cognitivo que a comunicação se propõe, enfatizando uma visão múltipla, de forma a abordar variáveis de caráter social, cultural, biológico, emocional e comportamental.

No contexto de tratamentos de saúde, a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares tem sido objeto de muitos estudos voltados à identificação, descrição e análise de fatores envolvidos na transmissão e compreensão da informação (Santos, 2001). A troca de informações na realidade de tratamento hospitalar ocorre em um contexto que abrange: (a) a situação, caracterizada pela organização temporal, local e papéis socialmente definidos por regras específicas; (b) os participantes, com suas características pessoais, como sexo, idade, grupo étnico, tipo de doença e traços que caracterizam sua função; (c) a relação, definida pela natureza do serviço prestado: tratar, curar, aliviar, prevenir, promover ou educar; e (d) a plataforma comunicativa comum, constituída pelos saberes partilhados. Com isso, é necessário que as estratégias de comunicação com o paciente e seus familiares sejam concebidas como ações sistematizadas de intervenção, com aplicação efetiva para alcançar os objetivos primários de esclarecer ao paciente e seus familiares sobre a doença, o tratamento, o prognóstico e os cuidados que devem ser prestados.

Das possibilidades de processos comunicacionais efetivos, eficientes e empáticos na realidade de saúde infantil, Levetown (2008) destaca que uma efetiva comunicação respeita e focaliza as necessidades do paciente e de sua dinâmica familiar. Para a autora, processos de comunicação efetivos em saúde constituem uma ferramenta essencial para um diagnóstico metódico e para o desenvolvimento de planos de tratamento com sucesso.

Para tanto, deve-se considerar a quantidade e a qualidade da informação, o comportamento afetivo que reflete a atenção da equipe aos sentimentos e interesses da criança e da família e, por fim, a extensão na qual o profissional convida os participantes a apresentarem suas perspectivas e sugestões.

O acesso a informações apropriadas a respeito da doença, da hospitalização e dos procedimentos envolvidos influencia positivamente o bem-estar psicológico de pacientes, relacionado com o aumento de conhecimento do paciente e com a melhora em respostas psicológicas e comportamentais (Levetown, 2008). O aproveitamento da informação disponibilizada ao paciente constitui um dos principais preditores da promoção de comportamentos de saúde de pacientes e seus acompanhantes e, conseqüentemente, de melhores índices de adesão ao tratamento (Ford, Hall, Ratcliffe & Fallowfield, 2000). Nesse sentido, Sabatés e Borba (2005) afirmam que o estabelecimento de comunicação com os pais também pode reduzir a ansiedade e aumentar a adaptação à situação de doença e de hospitalização, facilitando o regime de tratamento e favorecendo o processo de enfrentamento da doença.

A compreensão que a criança adquire dos procedimentos médicos a que é exposta pode melhorar seu autocontrole e sua disposição para colaborar com o tratamento (Costa Junior, 2005). O acesso a informações adequadas também modifica respostas motoras, psicofisiológicas e cognitivas. A preparação e o fornecimento de informações antecipadas são métodos significativos para aliviar o medo, a dor e a ansiedade, procurando-se minimizar necessidades de restrição física (Rushforth, 1999). Neste mesmo sentido, disponibilizar informações acerca da doença e do tratamento pode interferir sobre a redução da dor (se dor for uma experiência relevante no contexto de tratamento, por exemplo) e do tempo de recuperação, possibilitando, além disso, o aumento na satisfação

com os cuidados recebidos, na adesão ao programa de tratamento e na qualidade de vida dos envolvidos.

Para Araujo e Arraes (2000), a informação, no contexto de construção de conhecimento, atua aumentando a previsibilidade dos eventos, na medida em que amplia as relações sociais entre profissionais de saúde e pacientes e proporciona esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos médicos e seus efeitos, consistindo, assim, em um método potencialmente efetivo de facilitação do funcionamento adaptativo da criança ao ambiente hospitalar e de tratamento de saúde. Uma comunicação aberta e clara tem sido entendida como política essencial para pacientes e familiares, vide que proporciona uma melhora de conhecimento e compreensão sobre aspectos da doença, além de ser um potencial redutor de ansiedade e depressão (Sobo, 2004). De acordo com Varni, Burwinkle e Lane (2005), na prática pediátrica, a comunicação pode ser vista como uma questão central, especialmente se alguns pacientes não possuem as habilidades de linguagem verbal necessárias para comunicar seus sintomas e sentimentos. A eficaz comunicação é capaz, então, de reduzir conflitos e promover comportamentos de coesão e apoio social (Penna, 2004).

Goulart e Sperb (2003), em um estudo sobre o modo como crianças constroem os significados de suas doenças, utilizaram narrativas como meio de buscar significações. Os dados obtidos indicaram que o ambiente hospitalar pode constituir um recurso para que a criança obtenha informações sobre as especificidades de sua patologia, os cuidados que precisa ter e, também, para que possa resgatar seus aspectos sadios e dar significação à doença dentro do contexto mais amplo de sua vida. Os autores ainda destacam a necessidade de que as crianças tenham um espaço para a comunicação de suas vivências em relação à doença, de modo que haja monitoramento contínuo sobre a maneira como as informações são significadas.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Stewart (1995), muitos dos estudos demonstram correlação entre comunicação efetiva e melhora nos resultados de saúde dos pacientes, entre eles, saúde emocional, resolução de sintomas e alterações em medidas fisiológicas. O estudo de Last, Stam, Nieuwenhuizen e Grootenhuis (2007), por exemplo, com 109 crianças com diferentes doenças crônicas, baseado nos princípios da terapia cognitivo-comportamental e na importância da informação para a aquisição de estratégias de enfrentamento, priorizou o desenvolvimento de estratégias de comunicação, com parâmetros educacionais, em grupo. Dados do estudo apontam a correlação entre a qualidade da informação disponibilizada às crianças e a aquisição de comportamentos indicadores de competência social, busca crescente por informação e relaxamento. A comunicação com os pacientes é, assim, um componente central do tratamento de saúde, um importante mediador entre os cuidadores e os cuidados a serem exercidos.

No caso de doenças crônicas, deve-se destacar que algumas adversidades impostas ao paciente podem dificultar, ou impedir, o desenvolvimento do processo de comunicação entre o paciente e seus cuidadores. Observa-se que quanto maior o nível de estresse vivenciado, maiores são as chances de ocorrerem falhas na comunicação (Sobo, 2004; Steffen & Castoldi, 2006). Nestes casos, uma relação eficiente entre os profissionais de saúde, o paciente e seus familiares, com busca de contínuas adaptações às necessidades de cada um, garantindo a inserção da criança em todas as etapas de comunicação (De Civita & Dobkin, 2004), e, ainda, evitando uma ação de demasiada proteção dos adultos à criança doente (Odigwe, 2004) pode proporcionar uma maior integração social entre os envolvidos. Rollins (2005) relata que as pesquisas atuais reconhecem a necessidade do desenvolvimento de métodos apropriados para auxiliar as crianças a comunicarem suas experiências, vivências, medos e expectativas. Mais do que isso, Rollins destaca a necessidade de pesquisas que busquem informações diretamente com as crianças, por isso,

a emergência de métodos apropriados, tais como o uso de desenhos e a narração de histórias infantis.

No sentido desta inserção, Mack, Wolfe, Grier, Cleary e Weeks (2006) relataram uma associação positiva entre a presença do paciente durante as consultas pediátricas e a sua idade. Os pacientes que já possuem certo grau de desenvolvimento cognitivo acreditam que os responsáveis, pais ou familiares, são essenciais na assistência e afetam diretamente o processo decisório; todavia, acreditam que eles mesmos (os próprios pacientes) são responsáveis pelas decisões. Para os autores, isso distingue a prioridade decisória da autoridade de decisão. Segundo Whitney e colaboradores (2006), a pessoa que possui prioridades de decisão conduz o processo de escolha entre as opções de tratamento, resultando em uma recomendação ou solicitação que prepara o contexto de tomada de decisão. A decisão de aceitar ou rejeitar a opinião proposta é da pessoa que possui autoridade de decisão. Os participantes do estudo acreditam que apesar da importância dos responsáveis em relação à prioridade de decisão, os próprios pacientes pediátricos devem ter autoridade de decisão.

Esse posicionamento é compartilhado por Tates e Meeuwesen (2001), os quais consideram que o papel da criança na consulta médica, por exemplo, deveria ser tão relevante quanto o do responsável, tornando-se essencial o envolvimento dos pacientes infantis nas tomadas de decisão quanto à sua própria saúde. De acordo com os autores, diversas pesquisas sobre comunicação focalizam apenas a relação entre adultos, sem ponderar o papel da criança. No estudo, observou-se que a maioria das informações do médico era direcionada a pais e familiares, enquanto às crianças eram destinados apenas comportamentos de ordem afetiva e emitidos em tom infantilizado, havendo correlação positiva entre comportamento afetivo dos clínicos para com as crianças e a satisfação dos pais. Françoso (2001) especifica que a possibilidade de morte no contexto pediátrico

associado à perspectiva de finitude seria a base dos problemas relacionados à comunicação com as crianças.

Para Patenaude e Kupst (2005) é crescente a crença de que as crianças devem receber tanta importância quanto seus responsáveis no contexto de comunicação em saúde, com contribuição direta sobre o processo de tomada de decisão de seu próprio tratamento. Na busca pela efetiva comunicação com crianças e adolescentes, Deering e Cody (2002) estruturam uma pesquisa na qual indicam que os adolescentes (13 a 18 anos) costumam desacreditar que os adultos podem compreender seu ponto de vista, sendo necessário trabalhar com aspectos relacionados à confiança. Em relação aos pré-escolares e escolares (2 a 12 anos), acreditam existir nesta fase um grande equívoco em direcionar os aspectos comunicacionais apenas aos responsáveis e não à criança. E por fim, a comunicação com crianças de até dois anos de idade deveria priorizar os órgãos dos sentidos. Para estes autores, as principais falhas de comunicação entre adultos e crianças estão em não se reconhecer o convite ou a recusa da criança à interação.

Segundo Zwaanswijk e colaboradores (2007), orientações em psicologia pediátrica incentivam os prestadores de cuidados a partilhar informações relevantes com os pacientes e seus familiares de modo a permitir sua participação ativa na tomada de decisões, porém, muitas vezes, não medem em qual extensão estão as preferências dos participantes dos processos comunicacionais. É necessária atenção ao equilíbrio entre os conflitos referentes às preferências dos pacientes, em oposição às preferências de seus pais. Neste estudo, os participantes pacientes pediátricos indicaram a importância dos vários aspectos interpessoais e informativos de comunicação, destacando características de honestidade e suporte social, bem como a necessidade de serem plenamente informados e a possibilidade de terem espaço para o esclarecimento de dúvidas e formulação de perguntas.

Os dados obtidos por Zwaanswijk e colaboradores (2007) apontaram que os pacientes relatam preferências quanto a executarem um papel colaborativo na tomada de decisões médicas, incluindo a necessidade de serem informados sobre as razões das ações tomadas. Houve o desejo sobre o acesso a informações, todavia, informações sobre chances de sobrevivência e prognóstico foram mencionadas como tópicos que nem todos os pacientes desejam ser informados. O foco deve estar em clarificar informações sobre a doença e sobre o tratamento, com preferência por receber informações gerais no momento do diagnóstico, seguida por informações mais detalhadas com o decorrer do tratamento. Foi apontado como fator importante a repetição de informações, sempre que solicitada ou percebida pelo profissional de saúde.

As crianças do estudo de Zwaanswijk e colaboradores (2007) ainda relataram preferências quanto ao estabelecimento de diálogos com os profissionais de saúde que não tratem unicamente de aspectos da doença ou do tratamento, o que lhes dá a impressão de não serem sempre tratados como pacientes, mas como pessoas. Houve preferência, também, por manter contato com uma única equipe de saúde de modo a estabelecer uma relação em termos únicos, evitando a repetição de informações evocadoras de sofrimento por parte do paciente e seus familiares e a prevenção de potenciais divergências de comunicação entre diversas equipes. Portanto, uma boa comunicação referente aos cuidados de saúde implica no cumprimento de, pelo menos, três pressupostos: (a) a construção de uma relação interpessoal, resultante de respeito mútuo, verdade e empatia; (b), a possibilidade de troca contínua de informações; e (c) a participação no processo decisório de acordo com níveis desejáveis e possíveis de relacionamento (Makoul, 2001).

Apesar de todo o reconhecimento de que a disponibilização de informação qualificada desempenha papel relevante no processo de adaptação à hospitalização, desde a admissão e por todo o período de permanência e convívio com a instituição de saúde e seus

profissionais, percebe-se, na prática, que os esforços para que pacientes e familiares compreendam suas doenças e tratamentos ainda são pouco evocados (Quiles & Carrillo, 2000). Muitas vezes, pacientes e familiares não recebem informações mínimas e/ou necessárias que permitam a aquisição e manutenção de um repertório de comportamentos compatível com a demanda exigida por regras institucionais, habitualmente rígidas, e por profissionais de saúde nem sempre sensíveis às necessidades psicossociais dos usuários (Anderson & Collier, 1999; Ferreira, 2005; Nelson & cols., 2007).

Dessa maneira, para estabelecer uma comunicação, baseada na realidade pediátrica, são imprescindíveis mais estudos que identifiquem sistematicamente as necessidades e preferências de pacientes e familiares. Isso inclui não apenas a validação de resultados em grandes escalas, mas a realização de pesquisas multicêntricas que analisem a associação entre variáveis sócio-demográficas, doenças, contextos de tratamento e as preferências dos participantes no processo de comunicação (Decker, Phillips & Haase, 2004). De acordo com Stewart (1995), é necessário, também, que os componentes de uma efetiva comunicação sejam utilizados tanto na formação profissional como em programas educacionais com os pacientes.

Na literatura, são diversos os estudos que relatam a falta de rigor científico quanto aos processos comunicacionais propostos aos pacientes (Costa Junior, 2005; Coulter, Entwistle & Gilbert, 1998; Santos, 2001). São necessárias investigações mais sistemáticas, que possibilitem o estabelecimento de um corpo de conhecimento que possa instrumentar os profissionais a atuarem mais consistentemente em relação às demandas psicossociais de pacientes e familiares, especialmente no que se refere: (a) aos mecanismos que podem ser disponibilizados para facilitar a transmissão e a compreensão de informações do profissional de saúde ao paciente (e/ou familiar) e (b) em que medida a transmissão adequada de informação contribui para o desenvolvimento de estratégias eficientes de

enfrentamento do tratamento e em cuidados dispensados pelo acompanhante ao paciente (Ferreira, 2005).

Um sistema eficiente de intervenção em comunicação deve englobar a construção de conhecimentos junto com os pacientes, de modo a ensinar novos conteúdos e permitir a estruturação de significados importantes que fazem parte da experiência de hospitalização de cada indivíduo. O uso de histórias infantis constitui uma destas possibilidades.

#### **2.4 - Histórias infantis como promotores de comunicação: aplicabilidade em Psicologia da Saúde.**

Conforme Françoso (2001), constitui uma tendência crescente, observada nos centros e serviços pediátricos do Brasil e do mundo, a elaboração de folhetos, livros, manuais e material áudio-visual com informações sobre as doenças e seus tratamentos, voltado às necessidades das crianças e seus familiares. Desde a primeira metade do século XIX, médicos norte-americanos já indicavam a leitura como uma das melhores intervenções para pacientes hospitalizados (Moreno, Diniz, Magalhães, Souza & Silva, 2003). Tais materiais podem implementar o desenvolvimento de estratégias mais eficientes de enfrentamento à criança hospitalizada e/ou em tratamento médico.

Pedrosa, Monteiro, Lins, Pedrosa e Melo (2007) indicam que o brincar e a leitura são práticas próprias da infância, nas quais a criança descobre, experimenta, inventa, exercita e confere suas habilidades, além de ser estimulada a iniciativa e a autoconfiança. A importância do lúdico no desenvolvimento infantil foi abordada por Moraes (2006) ao afirmar que as atividades lúdicas constituem um espaço de direito de toda criança para o exercício da relação afetiva com o mundo, com as pessoas e com os objetos, além de serem atividades indispensáveis à manutenção da saúde física, emocional e intelectual da criança. Dessa forma, Gil e Rose (2003) explicam ser a comunicação com crianças e jovens

facilitada pela utilização de recursos lúdicos, pois o comportamento de brincar possibilita o desenvolvimento de um amplo repertório, incluindo aspectos éticos valorizados pela sociedade.

Nesta linha de análise, de acordo com Vygotski (1984), o brinquedo e as brincadeiras, e, neste caso, também o livro infantil, atuam como elo entre o objeto real e a situação imaginária. Para o teórico, ao fazer de conta, a criança separa os objetos e as ações de seus significados habituais e lhes atribui novos significados, dados pela situação imaginária. Com essa atribuição de novos significados aos objetos, a criança tem a oportunidade de compreender a natureza arbitrária dos signos, desenvolvendo seu pensamento abstrato e a possibilidade de agir a partir de uma situação imaginada, o que leva ao controle voluntário e crescente de suas ações. Vê-se perante esta proposta teórica de Vygotski, que são as experiências vividas pelo indivíduo que fornecem elementos relevantes à atividade de imaginar. No estudo de Fontenele e colaboradores (2000) vê-se um exemplo dessa proposta, com o qual o intercâmbio entre fantasia e realidade, existente nas histórias infantis, possibilitou a compreensão de várias das falas das crianças contingentes às experiências que vivenciavam.

Para Vasconcelos (2005), a iniciação à leitura de histórias infantis possibilita o desenvolvimento de diferentes áreas que poderão resultar em uma criança observadora, reflexiva, crítica, sensível às necessidades do outro, capaz de expressar seus sentimentos e pensamentos, entre outros benefícios. De acordo com Vasconcelos, a literatura é um meio eficiente de transmissão de cultura de um povo, vide o trabalho com valores, crenças, mitos e outros padrões comportamentais específicos. É uma atividade capaz de mudar o indivíduo e suas relações com o mundo, favorecendo a possibilidade de transformações, pois estimula a reflexão, a crítica e permite questionamentos próprios ou coletivos (Ferreira & Dias, 2002).

A leitura e a narração de histórias contribuem para o desenvolvimento de aspectos como afetividade, raciocínio, senso crítico, imaginação e criatividade (Dohme, 2003). Ao ler, o indivíduo constrói os seus próprios significados, elabora suas próprias questões e rejeita, confirma e/ou reelabora suas respostas. A literatura infantil, segundo Moreno e colaboradores (2003), através de sua ficção e linguagem poética, pode ser instrumento determinante para encontros e trocas na vida de uma criança. Se a leitura ocorrer em ambiente coletivo, o indivíduo ainda compartilha sentimentos e pensamentos com outros indivíduos expostos às mesmas condições.

Para Pereira (1987), a leitura é considerada um elemento de ajuda psicológica, técnica e de entretenimento, podendo ser utilizada com crianças não alfabetizadas, criando, inclusive, condições preparatórias para o desenvolvimento do gosto e do hábito de leitura. O ato de ouvir histórias é o primeiro passo para ser um leitor, para descobrir que, através do livro, é possível encontrar idéias, satisfazer a curiosidade, encontrar soluções para um problema, descobrir a realidade cercada por conflitos, solucionar impasses e superar dificuldades (Bueno & Stendel, 2006). Segundo Abramovich (1994), o processo natural de contato da criança com o texto literário passa pelas fases de ouvir histórias, ver ilustrações e fazer a associação/ligação dos signos, no sentido do contato proporcionar o desenvolvimento de um potencial crítico, ou seja, atuar sobre as ações de pensar, perguntar e questionar.

No estudo de Bueno e Steindel (2006) sobre estimulação do processo lúdico através do livro, a metodologia consistiu em análise dos cadernos de planejamento e registros dos profissionais responsáveis por práticas educativas, com foco nas atividades relacionadas à narração de histórias. De acordo com os dados obtidos, a expressão oral e o recurso visual são a base deste processo, passando para a dramatização como recurso de compreensão e construção textual dos livros explorados, até o alcance de autonomia da criança. Desta

forma, para Bueno e Steindel, o lúdico não está apenas no ato de brincar, mas também no ato de ler, no apropriar-se da literatura como forma natural de descobrimento e compreensão do mundo. Já a história pode ser vista como uma forma de ligação entre o que a criança está fazendo e o que ela poderia fazer, possibilitando com o seu uso que se evite a alta frequência de mandos - instruções, pedidos ou conselhos - o que poderia resultar em um tipo de contracontrole (Vasconcelos, 2005).

Soares (2002), em estudo sobre intervenção psicológica para promover modificação de comportamentos de pacientes em situação de hospitalização, propôs procedimentos observacionais e experimentais para avaliação de um programa de atividades preparatórias para a execução do procedimento médico de inalação. Na primeira etapa deste estudo, intitulada “Livros infantis”, houve: (a) leitura de livro elaborado pela equipe; (b) solicitação para que a criança contasse ou representasse a história do livro ou sua própria história; (c) explicitação de questões relacionadas à expressão de sentimentos; (d) leitura de livros sobre temas relacionados à saúde, à doença, ao medo, à raiva e a expressão de sentimentos; e (e) disponibilização da figura com desenho do corpo humano. Na segunda etapa, “Brincar de médico”, focou-se a descrição dos procedimentos médicos relevantes ao grupo, a verbalização das crianças sobre seus sentimentos referentes a tais procedimentos, o treinamento de comportamentos de adesão e a intensificação da relação entre profissional e paciente. Na terceira etapa, “Relaxamento e fantasia”, foram propostas atividades para alívio da tensão muscular, produção de imagens relaxantes, análise funcional do comportamento, identificação de variáveis controladoras e formas de intervenção eficazes. Os participantes deste programa apresentaram padrões comportamentais mais adaptativos, com diferença significativa entre a fase de pré e de pós-teste. Houve redução de comportamentos concorrentes ao tratamento, tais como choramingar, comporta-se de modo nervoso e protestar, e aumento da ocorrência de respostas de falar, solicitar informação,

olhar para o outro estímulo (distrativo) e auxiliar a execução do procedimento médico. Soares destaca a maior efetividade do aumento na frequência de comportamentos de adesão do que a redução da frequência de comportamentos concorrentes.

O resultado do estudo de Soares (2002) sustenta a hipótese de Christophersen (1994), na qual se considera que um programa de intervenção psicológica constitui uma oportunidade para que o paciente adquira conhecimentos sobre os procedimentos médicos, aumentando a probabilidade da apresentação de comportamentos adaptativos e diminuindo a probabilidade de comportamentos não-adaptativos. Desta forma, o acesso à literatura aumenta a capacidade de compreensão do indivíduo e reduz a percepção de aversividade de alguns tratamentos. Tais aspectos são corroborados pelo posicionamento de Vasconcelos (2005), no qual se postula que em momentos de crise de uma criança, o contar uma história pode fazê-la tornar-se atenta a novos padrões de comportamentos contrários ao gritar, maldizer ou chorar.

Pedrosa e colaboradores (2007) em pesquisa descritiva sobre atividades lúdicas em enfermaria pediátrica, com coleta de dados por observação e aplicação de questionários, apontaram uma correlação positiva entre as etapas do desenvolvimento infantil e os instrumentos lúdicos utilizados como recurso para minimizar os efeitos adversos do processo de hospitalização. Para os autores, os livros infantis auxiliam o reconhecimento da delimitação do espaço e do tempo e o respeito às regras por parte das crianças, vide as restrições presentes com o tratamento, sendo essencial, na primeira infância, a participação e colaboração de um acompanhante nas atividades relacionadas à leitura. Ferreira (2005), em estudo sobre os efeitos da aplicação de um manual educativo em oncologia pediátrica, destaca o aumento significativo de informações dos pais sobre a doença e o tratamento, bem como o fato de que os pais tornaram-se mais ativos em consultas médicas e outros

episódios de interação com os profissionais de saúde e mais atentos em relação aos cuidados dispensados às crianças em tratamento.

Moreno e colaboradores (2003), em um estudo sobre a narração de histórias como estratégia de humanização, integrante do projeto do Ministério da Saúde denominado “Biblioteca Viva em Hospitais”, indicam que há poucos dados qualitativos ou quantitativos na literatura relacionados a reações, sensações, impressões e/ou efeitos com pacientes pediátricos hospitalizados da leitura mediada. O estudo apontou benefícios da leitura mediada e sua ação sobre o bem-estar de pacientes hospitalizados, com alívio de tensões e ansiedades, maior aceitabilidade de procedimentos dolorosos, aumento da auto-estima e maior engajamento em atividades de entretenimento, favoráveis à evolução clínica satisfatória. Em alguns casos, o estudo também conseguiu potencializar comportamentos familiares, tornando os membros da família co-participantes ativos do processo de tratamento da criança e não apenas meros espectadores.

Outro estudo realizado com o objetivo de humanizar o processo de tratamento médico de crianças foi realizado por Caldin (2002) e utilizou a leitura de histórias em grupo e a leitura individual, esta última para crianças restritas ao leito hospitalar. Neste estudo, devido a não alfabetização das crianças, a ausência do hábito de ouvir histórias e a baixa idade da maior parte dos participantes, foram utilizados recursos de apoio à leitura como música, dramatização e gravuras. A interação da criança foi focalizada tanto no sentido de facilitação da comunicação com a equipe de saúde como na socialização entre crianças hospitalizadas. Caldin destaca a implementação das condições de suporte social, com destaque a importância quanto ao incentivo às crianças para o relato de suas impressões acerca das histórias e à busca pelas referências diretas das crianças sobre a percepção de alívio da dor e ao resgate do imaginário.

No estudo de Françaoso (2001), sobre as vivências de crianças com câncer em grupo de apoio psicológico, a investigação foi focalizada na opinião da própria criança em relação ao significado de estar doente. Para tanto, foram realizados encontros grupais (30 sessões de grupo) para propiciar a livre expressão de preocupações, dúvidas, sentimentos e experiências das crianças participantes. Em um segundo momento (15 sessões de grupo), foi criado um livro informativo das crianças pelos próprios pacientes e seus irmãos, com referência a quatro eixos apontados como necessários ao processo de comunicação em contexto de saúde: (a) o que é a doença e o que ocorre durante o tratamento; (b) orientações para a criança durante o tratamento; (c) orientações para os cuidadores; e (d) a escola: como e por que continuar. Françaoso observou que o livro permitia que as crianças fossem informadas e recebessem informações a respeito do que lhes acontecia, sendo incentivadas a pensar, refletir, assimilar e integrar conhecimentos.

Na tentativa de fomentar o exercício da cidadania, Teixeira (2000) sugere a necessidade da concepção de um espaço para o estabelecimento de atividades de leitura e de outras atividades afins, como jogos, brincadeiras, música e arte. Como metodologias de pesquisa foram escolhidas técnicas de observação das enfermarias e de aplicação de questionário-entrevista a sete crianças hospitalizadas (idade entre 4 a 12 anos). Os dados obtidos reforçam a sugestão de que o desenvolvimento de atividades de leitura deve ocorrer, prioritariamente, na própria enfermaria, incentivando-se a realização de atividades conjuntas de brincadeiras e a troca ativa de experiências entre as crianças.

Ainda segundo Teixeira (2000), das escolhas por leitura, as crianças indicaram preferência por gibis, livros religiosos e livros de pintar, seguidos por livros de versos, histórias de amor, histórias de fadas e histórias de viagens. Outra escolha foi por livros com formas combinadas que incluíam tanto textos quanto figuras. Em relação aos brinquedos, preferência pelo brinquedo 'Lego' e por bolinhas de sabão, seguidos por

boneca(o), bola de futebol, pião, quebra-cabeças e vídeo-game. Das brincadeiras, a preferência foi por esconde-esconde, amarelinha, desenho pintura. Dos jogos, observou-se escolha por 'adadonha', jogo de varetas e jogo de botões. Por fim, das atividades lúdicas, o interesse por mímica, teatro de bonecos e narração de histórias foram destaques.

Desta forma, a mediação de leitura, respeitando a escolha do indivíduo, entre elas em receber ou não a história, em brincar com o livro e utilizar, de forma lúdica e criativa, as imagens e conteúdos, possibilita a expressão e a comunicação da criança em tratamento médico. Esse aspecto interativo é assim justificado pela necessidade da existência do papel de mediador ativo do processo de aprendizagem das crianças, tal como descrito por Vygotski (1984) através da zona de desenvolvimento proximal, caracterizada como a distância entre o nível do que a criança é capaz de realizar independentemente e o nível determinado por meio do que ela pode realizar guiada pelo adulto ou por uma criança mais capaz.

Ceribelli (2007) investigou em que medida uma estratégia de mediação de histórias infanto-juvenis poderia ser um recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados. Para tal, realizou observação de sessões de leitura e entrevista semi-estruturada com os mediadores e as crianças maiores de sete anos. Como resultado, os temas de análise foram classificados em: (a) aprendendo com as histórias; (b) as histórias e as possibilidades terapêuticas; e (c) comunicação e narração de histórias. A autora constatou ainda que a mediação de leitura facilita os diálogos e o estabelecimento de comunicação durante o processo de hospitalização.

É interessante destacar que no estudo de Ceribelli (2007), buscou-se o aumento da aceitabilidade da criança e do adolescente ao tratamento e à hospitalização; tal mediação possibilitou: (a) uma agregação de situações estimuladoras ao processo de cura, com reconstituição de um espaço de vitalidade; (b) o alívio de tensões emocionais; (c) a

integração das crianças e de seus familiares com os profissionais de saúde; e (d) a ampliação do espaço de leitura para populações com menos acesso e menores possibilidades de aquisição de livros. Essas possibilidades também foram descritas por Oliveira (2006) ao afirmar que incorporar na rotina hospitalar a atividade de mediação de leitura permite, entre outras vantagens, amenizar as situações estressantes e contribuir para uma melhor integração dos pacientes e seus familiares com profissionais de saúde, além de propiciar o desenvolvimento do hábito de leitura.

Com isso, dispor de um material educativo e instrutivo facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, além de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entenderem o processo de saúde-doença (Echer, 2005). De acordo com Schlenker (1999), podem ser distinguidos três tipos de utilização da leitura em contextos e tratamento de saúde: (a) a leitura de crescimento, que tem como principal objetivo divertir e educar; (b) a factual, que informa e prepara o paciente para o tratamento hospitalar; e (c) a imaginativa, cujo objetivo é explorar os sentimentos e tratar os problemas emocionais. No mesmo sentido, também podem ser explorados, com a atividade de histórias infantis, o tripé de fins informativos, distrativos e de desenvolvimento de estratégias enfrentamento.

Para Bueno e Steindel (2006) a atividade de contar história deve incentivar a reflexão sobre o que foi lido, o enredo, os personagens e o próprio entendimento da história, buscando discutir também o que o leitor percebeu e as sensações que foram provocadas, ou seja, sugerem espaço para trabalhar com o que o livro traz de informações, além da própria história. Vasconcelos (2005) sugere que as principais contingências de uma história sejam discutidas através de reflexões dos temas com atividades lúdicas diretas, como uso de fantoches, jogos, músicas, entre outros, com incentivo à participação ativa das crianças.

Coerente com os autores mencionados, alguns estudos demonstram, por exemplo, que em programas de preparação psicológica para procedimentos médicos invasivos, as atuações baseadas unicamente no fornecimento de informação se mostram menos eficazes do que as que envolvem uma combinação com outros procedimentos, tais como técnicas de relaxamento, distração, simulação e fornecimento de informações (Caminiti, Scoditti, Diodati & Passalacqua, 2005). Destaca-se que procedimentos informativos e distrativos podem ser combinados; ao associar um jogo ou uma brincadeira ao fornecimento de informação, permite-se à criança a expressão de sentimentos e pensamentos da forma que lhe é própria, de modo que o profissional de saúde dê atenção aos aspectos percebidos como mais estressantes pela criança (Costa Junior, Coutinho & Ferreira, 2006).

O estudo de Fontenele e colaboradores (2000) avaliou os efeitos da leitura associada a outros recursos lúdicos, como instrumento eficaz na conquista de uma melhor qualidade de vida de crianças hospitalizadas. Os autores consideraram insuficiente o trabalho apenas com a leitura da palavra escrita. Comentários feitos sobre o texto e o uso de objetos lúdicos ajudaram o estabelecimento da comunicação e criaram um vínculo no qual havia espaço para expressão. E ainda, o rico intercâmbio entre fantasia e realidade existente nas histórias infantis possibilitou a compreensão de vários aspectos apresentados às crianças e a expressão de suas próprias opiniões, contribuindo para a maior interação social. Portanto, o desenvolvimento de instrumentos que possam ser utilizados na educação infantil e juvenil que facilitem a formação ampla do indivíduo, incluindo seu repertório emocional, faz parte da sobrevivência do homem contemporâneo (Vasconcelos, 2005).

Desta forma, a elaboração de estratégias de comunicação mais eficazes entre profissionais de saúde e pacientes implica em assumir uma condição mais justa e funcional da atuação em saúde (Mendonça, 2007). Segundo Costa Junior (1999), os estudos devem buscar intervenções ambientais que promovam condições favoráveis ao enriquecimento ou

à reabilitação comportamental das crianças em situação de hospitalização, mesmo quando submetidas a contingências aversivas. Worchel, Copeland e Baker (1987) ressaltam que não é a quantidade, mas a qualidade da estratégia comportamental que permite uma melhor adaptação à situação estressante; uma ou duas técnicas comportamentais, consistentes e bem utilizadas, poderiam ser aplicadas a uma variedade de situações potencialmente geradoras de efeitos estressantes. Zannon (1991) considera relevante o incremento de pesquisas que enfoquem o desenvolvimento de repertórios comportamentais e a relação funcional entre organismo e ambiente, considerando o arranjo de oportunidades combinadas entre diversos aspectos e estímulos.

Além disso, há na atualidade uma necessidade de aplicar de maneira mais eficiente os resultados de pesquisa em psicologia da saúde à prática clínica e às políticas de saúde, e vice-versa (Remor, 1999; Suls & Rothman, 2004). Os obstáculos que interferem na aplicação prática dos conhecimentos obtidos em investigações científicas, de acordo com Nicassio, Meyerowitz e Kerns (2004), são: (a) a falta de conhecimento por parte dos pesquisadores sobre a aplicabilidade e a relevância clínica das intervenções que estruturam; (b) a resistência dos profissionais em aceitar o valor efetivo de intervenções baseadas em teorias científicas; e (c) as diversas barreiras institucionais, como a falta de pessoal apropriado para levar adiante os projetos, as limitações financeiras e a falta de ambientes ecologicamente voltados às necessidades infantis.

Desta forma, de acordo com Bowling (2002), o objetivo primordial da pesquisa em saúde deve incluir a compreensão sobre como as pessoas adoecem, suas percepções, comportamentos e experiências relacionadas à saúde e aos efeitos da doença, e sua experiência com os serviços de saúde. Ulna e Remor (2003) indicam razões pelas quais o psicólogo da saúde deve realizar pesquisas sistemáticas em ambiente hospitalar: (a) implementar melhores condições de atenção aos doentes e certificar-se de que as

intervenções realizadas sejam as mais eficazes; (b) diminuir os custos em recursos materiais e humanos; e (c) aumentar o conhecimento sobre o comportamento humano em contextos de tratamento de saúde. Com isso, Nicassio e colaboradores (2004) defendem que o impacto e o significado da psicologia dependem da efetividade do trabalho dos pesquisadores e dos clínicos e das políticas públicas resultantes destes trabalhos. O significado da psicologia também depende da habilidade para integrar a avaliação e o manejo da saúde física e mental aos cuidados médicos (Smith, Kendall & Keefe, 2002).

### Capítulo 03 - Justificativa do estudo

O conhecimento é fruto da interação e cooperação entre sujeitos que são diferentes em termos de desempenho de papéis, que trazem experiências, interesses, desejos, motivações, valores e crenças que são únicas, singulares, mas que são, ao mesmo tempo, plurais, e, por isso, diversas. Para isso, é necessário, segundo o Ministério da Saúde, uma relação dialógica, uma comunicação emancipadora, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, informativa e criativa. Parte-se, assim, do pressuposto, como apresentado por Nogueira-Martins e Bógus (2004), que o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto em uma relação dialética.

Nessa perspectiva, a hipótese central do presente estudo é que em contextos de tratamento de saúde os planos de comunicação, em sua maior parte, consideram apenas o estímulo informativo direcionado ao indivíduo (geralmente o paciente ou o usuário dos serviços de saúde), caracterizando assim um foco unidirecional de transmissão de informação, sem considerar a inserção do próprio indivíduo na construção de conhecimento, suas estratégias de enfrentamento e o(s) tipo(s) de suporte existente.

Tal hipótese se justifica pelo fato da unidirecionalidade de informação desconsiderar alguns mediadores cognitivos dos comportamentos relacionados com saúde, tais como os mediadores enfatizados por Bennett e Murphy (1999), ou seja, (a) a ação-resultado dentro da teoria da aprendizagem social, isto é, a crença do indivíduo que a ação conduz a um resultado particular; (b) a auto-eficácia, que é a capacidade percebida pelo sujeito para praticar o comportamento desejado; (c) o locus de controle, que se refere à crença do indivíduo quanto à motivação interna ou externa determinar a ação a ser tomada, além de delimitar fatores facilitadores e inibidores da ação; (d) a aprendizagem vicariante e modelagem, modelos de comportamento do indivíduo que permitem a aprendizagem por

observação e auxiliam na determinação de resultados e no estabelecimento de expectativas de eficácia; e (e) o modelo de crenças de saúde, que engloba a percepção do indivíduo quanto à suscetibilidade e à gravidade antecipada, permitindo o julgamento de benefícios e os custos da ação.

Desta forma, para minimizar estes problemas, são essenciais estudos que avaliem no contexto de saúde, em especial, em saúde pediátrica, não apenas o estímulo informativo direcionado ao indivíduo, mas também a participação do indivíduo com a possibilidade de agregar alguma resposta a esse estímulo, dando possibilidade para que seja gerado um processo de construção de conhecimento, onde a informação seja o dado básico com o qual o indivíduo interage, alterando seu papel de mero receptor para um participante efetivo. Nessa linha, são necessários estudos que investiguem a comunicação como um processo ativo, incluindo a compreensão e a atribuição de significados, sendo consideradas as experiências e o histórico-cultural do indivíduo com suas interações. Como apontado pelo próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2002), através da Secretaria de Políticas de Saúde, o conhecimento deve ser tratado como algo que é construído e apropriado e não como algo a ser apenas transmitido.

## Capítulo 04 - Definição do problema e objetivos

Este trabalho foi idealizado a partir das atuais discussões sobre humanização em saúde. Nessa perspectiva, autores como Deslandes (2004) tem argumentado que a humanização do atendimento vai além do reconhecimento dos direitos do paciente, da melhoria na qualidade dos cuidados técnicos e da valorização dos profissionais de saúde. A humanização é compreendida como intimamente ligada à qualidade da comunicação e das relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários.

Campos (2003) sugere o aprimoramento da comunicação e melhoria dos relacionamentos, criando na realidade de saúde espaços coletivos de encontro e reflexão. Mendonça (2007) recomenda a realização de estudos de caracterização do processo de comunicação e o desenvolvimento de estratégias de intervenção sistematizadas que sejam aplicadas e que tenham sua eficácia avaliada conforme critérios científicos de rigorosidade e sistematicidade. Rollins (2005) relata que as pesquisas atuais reconhecem a necessidade de desenvolvimento de métodos apropriados para auxiliar crianças a comunicarem suas experiências, vivências, medos e expectativas. Diante deste contexto, este estudo foi realizado com os seguintes objetivos:

### ***Objetivo geral:***

Sistematizar uma estratégia de intervenção baseada em histórias infantis acompanhadas de atividades diretivas no contexto pediátrico, como prática comunicativa que focalize a participação ativa da criança hospitalizada favorecendo a sua interação com seu ambiente de cuidados.

***Objetivos específicos referentes à Fase 01 do estudo:***

1. Elaborar histórias infantis em contexto pediátrico.
2. Desenvolver uma proposta de intervenção comportamental, com rigor científico, destinada a crianças em contexto hospitalar e baseada em diretrizes de humanização em saúde.
3. Desenvolver uma proposta de intervenção comportamental, com rigor científico, que possa subsidiar a instrumentalização dos profissionais de saúde em relação ao estabelecimento de comunicação na atuação pediátrica.

***Objetivos específicos referentes à Fase 02 do estudo:***

4. Identificar o repertório de comportamentos dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde durante episódios formais de relato de histórias e realização de atividades diretivas.
5. Analisar a aplicação sistematizada de material elaborado em seis volumes de livros infantis e de proposta de intervenção estruturada com atividades diretivas específicas de aquecimento, leitura da história, relato da história pela criança e oficina.

## Capítulo 05 – Método

### 5.1 - Contexto da coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada nas dependências do Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, incluindo o Hospital de Apoio de Brasília (HAB) e o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), sendo que a mesma equipe médica deste Núcleo atende aos dois Hospitais. O Núcleo integra a rede pública de atendimento especializado à Onco-Hematologia Pediátrica no Distrito Federal.

O HBDF é um hospital de nível terciário de atenção à saúde e principal unidade hospitalar da rede pública de saúde do Distrito Federal, incluindo atendimentos emergenciais, ambulatoriais, cirúrgicos e de internação prolongada, bem como vários procedimentos médicos de alta complexidade, como serviços de radioterapia, enfermaria de isolamento e unidade de terapia intensiva. O HAB é um hospital de nível quaternário de atenção à saúde, composto por três unidades de atendimento: (a) adultos portadores de lesão medular em processo de reabilitação; (b) cuidados paliativos em oncologia de adultos; e (c) onco-hematologia pediátrica. No HAB são realizados atendimentos ambulatoriais, consultas e procedimentos diagnósticos, consultas de seguimento, internações de curta duração para administração de quimioterapia, bem como exames de avaliação e acompanhamento do tratamento.

Ainda quanto à descrição do Núcleo, Kohlsdorf (2008) especifica que as atividades desta rede são distribuídas em: (a) Internações de longa duração (Unidade de Pediatria e Unidade de Cirurgia do HBDF), com atendimento a pacientes recém-diagnosticados para o início de quimioterapia, episódios hemorrágicos, neutropenia febril, exames diagnósticos de imagem, procedimentos cirúrgicos terapêuticos e diagnósticos; (b) Ambulatório (ambulatório da Unidade de Hematologia e Hemoterapia HBDF), para atendimento de

pareceres, consultas de triagem e procedimentos diagnósticos preliminares; e (c) Ambulatório-Dia (Núcleo de Oncologia e Hematologia Pediátrica- HAB), no qual são oferecidas consultas médicas de seguimento, atendimento multidisciplinar, exames hematológicos, de bioquímica e coagulação, procedimentos diagnósticos, quimioterapia ambulatorial, programas transfusionais e internações de curta duração.

Quanto aos serviços de Psicologia, destaca-se o trabalho estruturado na unidade de onco-hematologia pediátrica do Hospital de Apoio, como indicado por Kohlsdorf (2008):

(1) Admissão hospitalar por meio de entrevista estruturada: coleta de dados sócio-demográficos e estabelecimento de vínculo inicial da equipe de saúde com paciente e seus cuidadores/ familiares;

(2) Recreação dirigida: atividades com foco lúdico-recreativas realizadas na sala de espera com o objetivo de oferecer aos pacientes oportunidades de socialização e estimulação de seu processo de desenvolvimento;

(3) Ronda de estimulação: atividades lúdicas de estimulação sensorial, motora, social e cognitiva baseadas em técnicas cognitivo-comportamentais, realizadas nas enfermarias de interação. Atividades focadas no repertório comportamental relacionado ao processo de desenvolvimento e reabilitação dos pacientes;

(4) Uso de manuais educativos: são utilizados manuais lúdicos e explicativos que abordam procedimentos médicos invasivos, ação do tratamento quimioterápico e possíveis efeitos colaterais, com objetivo de disponibilizar informação qualificada e preparar os pacientes e os acompanhantes para contingências do tratamento;

(5) Atendimento psicoterápico individual: solicitado pelo paciente ou acompanhante, ou por encaminhamento de algum membro da equipe de saúde.

Em ambos os Hospitais, os dados foram coletados apenas nos contextos de enfermaria, as quais podem ser caracterizadas, cada uma, por serem compostas, no

mínimo, por três leitos de internação com seus respectivos leitos para acompanhantes, um aparelho de televisão e um banheiro coletivo.

## **5.2 - Participantes:**

### ***5.2.1. Composição da amostra:***

A amostra do estudo foi composta por 26 crianças e adolescentes, sendo 14 participantes da Primeira Fase (estudo exploratório) e 12 da Segunda Fase do estudo.

### ***5.2.2. Critérios de inclusão e de exclusão:***

Os participantes foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão:

(1) necessidades psicossociais específicas de intervenção, relacionadas aos temas apontados neste estudo como prioritários no contexto de tratamento médico (hospitalização, materiais hospitalares, ambientes hospitalares e profissionais de saúde, cuidados básicos de saúde, sentimentos e/ou dor). Tais necessidades foram identificadas pelos psicólogos, assistentes sociais, médicos e equipe de enfermagem do Núcleo;

(2) período do tratamento, priorizando-se crianças em tratamento há menos de seis meses. Critério estabelecido visto que a crescente familiarização com a doença e com o tratamento poderia interferir no processo de aquisição de informações sobre os temas;

(3) periodicidade nos ciclos de internação, priorizando-se vindas quinzenais ao hospital. Critério definido com o objetivo de priorizar o acompanhamento do participante e estabelecer um tempo mínimo para inserção do tema trabalhado na rotina do paciente.

Como critério de exclusão, crianças com as quais foram feitas, pelo menos, duas tentativas consecutivas e insatisfatórias de interação social com o pesquisador em relação ao desenvolvimento específico da atividade de leitura de um dos volumes das histórias.

Esse critério foi adotado para evitar que a sistematização proposta fosse considerada pelos participantes como as atividades prévias já estruturadas da Unidade.

### ***5.2.3. Caracterização da amostra:***

Inicialmente, o estudo contou com a participação de 15 crianças na Primeira Fase e 14 crianças na Segunda Fase. Todavia, um participante foi excluído da Primeira Fase por não responder às rotinas propostas por duas sessões consecutivas e outros dois participantes foram desconsiderados do processo, na Segunda Fase, em razão de novas configurações do tratamento que impediram o encontro dos mesmos com a pesquisadora.

#### **Primeira Fase**

A amostra do estudo exploratório foi composta por 14 crianças e adolescentes de ambos os sexos (08 meninas e 06 meninos), com idades entre quatro e 12 anos. Destas, três não possuíam iniciação escolar, três estavam na pré-escola e oito estavam no ensino fundamental, sendo que dos participantes em fase escolar, três apresentavam um ano de atraso escolar por complicações referentes ao tratamento médico.

Em relação ao diagnóstico, cinco crianças eram portadoras de leucemia linfóide aguda (LLA) e duas crianças eram portadoras de leucemia mielóide aguda (LMA). Das demais crianças, duas tratavam de rhabdomyosarcoma e havia uma criança para cada um dos seguintes diagnósticos: Linfoma Não-Hodgkin, Tumor de Wilms, neuroblastoma, meduloblastoma e tumor rabdóide. Todos os pacientes eram acompanhados por suas mães.

#### **Segunda Fase**

A amostra referente à Segunda Fase do estudo foi composta por 12 crianças e adolescentes entre quatro e 14 anos de idade, de ambos os sexos (07 meninas e 05

meninos), sendo uma sem iniciação escolar, três pré-escolares e oito escolares (ensino fundamental). Dos participantes em fase escolar, novamente, três apresentam um ano de atraso escolar por complicações referentes ao tratamento médico.

Em relação ao diagnóstico, seis crianças eram portadoras de leucemia linfóide aguda (LLA), três de linfoma Não-Hogdkin, uma de Tumor de Wilms, uma de Neuroblastoma e uma de Meduloblastoma. Dez participantes eram acompanhados por suas mães, um era acompanhado pela avó materna e outro acompanhado pela mãe ou pelo pai.

Informações sobre dados sócio-demográficos referentes à amostra do estudo, em suas duas fases, encontram-se na Tabela 01, a seguir:

Tabela 01 - Dados sócio-demográficos gerais dos participantes (N= 26).

<i>Dado</i>	<i>Ocorrência total</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>
<b>Idade</b>			
2-4	3	1	2
5-7	10	8	2
8-10	6	3	3
11-13	6	2	4
14-16	1	0	1
<b>Sexo</b>			
Feminino	15	8	7
Masculino	11	6	5
<b>Diagnóstico</b>			
LLA	11	5	6
LMA	2	2	0
Linfoma Não-Hogdkin	4	1	3
Tumor de Wilms	2	1	1
Neuroblastoma	2	1	1
Meduloblastoma	2	1	1
Rabdomiosarcoma	2	2	0
Tumor Rabdóide	1	1	0
<b>Escolaridade</b>			
Sem iniciação escolar	4	3	1
Pré-escola	6	3	3
Ensino Fundamental	16	8	8

#### 5.2.4. Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do estudo:

Em relação ao tempo decorrido entre a conclusão do diagnóstico de cada participante e o início das intervenções propostas, na Primeira Fase, o tempo mínimo deste intervalo foi de um mês e o máximo de 31 meses. A maioria dos casos (10) situou-se entre um e cinco meses de diagnóstico. Nos casos dos participantes da primeira fase em que a diferença estava acima de cinco meses, um referiu-se a uma criança em tratamento prolongado devido a complicações médicas (P1.FI) e três se referiram a casos de recaída (P6.FI, P9.FI e P13.FI), nos quais o diagnóstico inicial tinha ocorrido há mais de dois anos, porém, os episódios de recaída eram recentes, com menos de seis meses.

A Figura 01 exemplifica o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do estudo de cada participante.

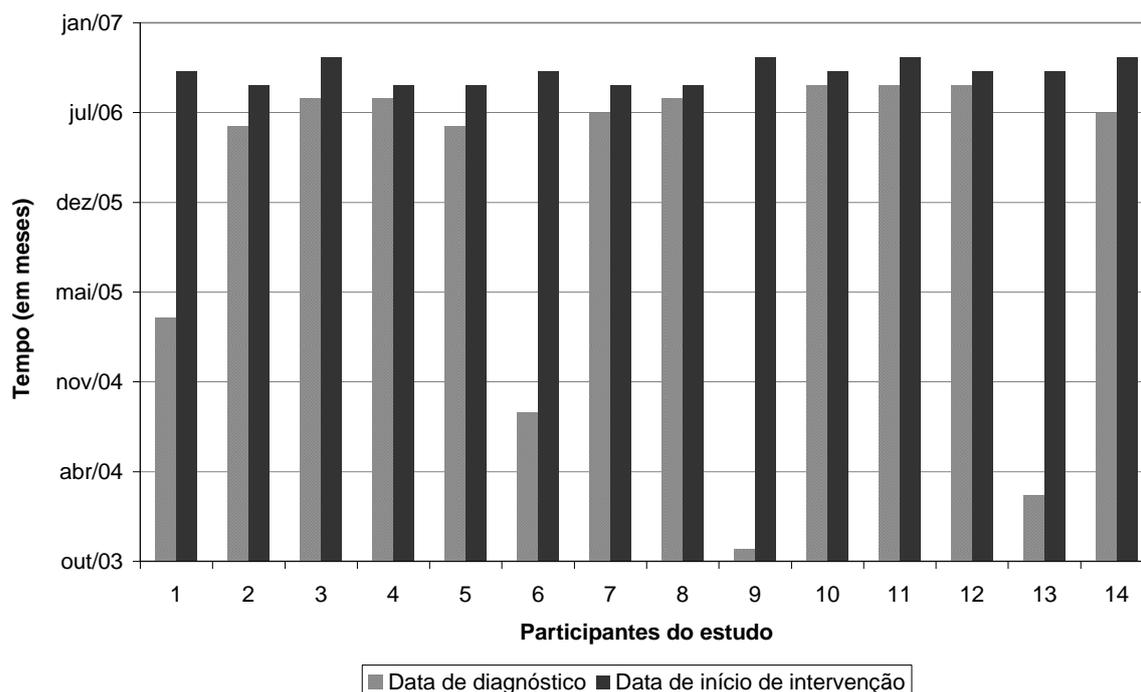


Figura 01 - Tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do estudo com cada participante: fase 01.

Nos casos referentes à Segunda Fase, o intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do estudo variou entre o mínimo de menos e um mês e o máximo de

17 meses. A maioria (08 casos) deste intervalo de tempo esteve entre um e cinco meses. Dos demais, um participante teve o tratamento interrompido e retomado, mais tarde, por decisão dos familiares (P12.FII); dois recuperavam-se de tratamentos com complicações médicas de neuroblastoma e de meduloblastoma (P7.FII e P8.FII respectivamente) e um apresentou episódio de recaída há menos de seis meses do início do estudo (P3.FII).

A Figura 02 exemplifica o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do estudo de cada participante.

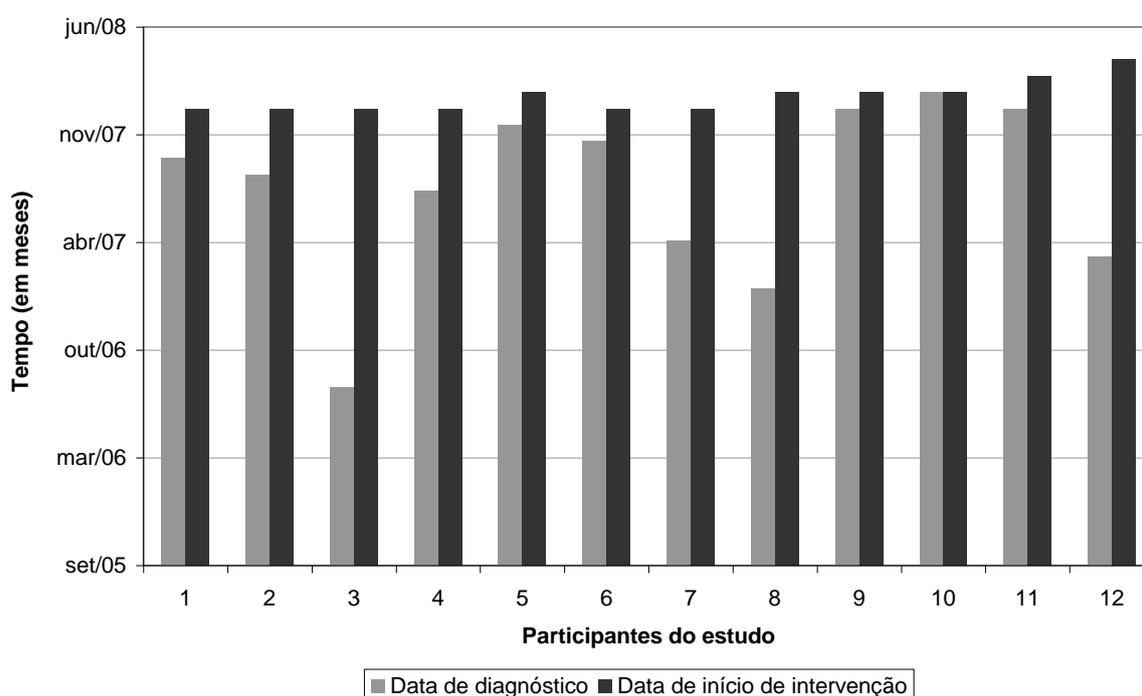


Figura 02 - Tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do estudo com cada participante: fase 02.

### 5.3 - Material e Instrumentos:

Foram utilizados no presente estudo:

(1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais/acompanhantes ou responsáveis pelos pacientes (Anexo 04). Optou-se pelo termo de consentimento apenas

para os responsáveis, todavia, este somente foi assinado depois de explicações prévias da pesquisadora às crianças e manifestação verbal das mesmas de acordo com a participação.

(2) Roteiro de entrevista semi-estruturado para acompanhantes (Anexo 05). Este protocolo foi elaborado visando avaliação do processo de hospitalização da criança, previamente à intervenção, de modo a mapear as principais necessidades de intervenção psicossocial na percepção dos responsáveis e, ainda, levantar um histórico da doença e das relações familiares.

(3) Protocolo de registro de dados do prontuário médico-hospitalar de pacientes participantes do estudo (Anexo 06). Os documentos presentes no prontuário foram consultados para complementação de informações sobre diagnóstico, evolução de quadro clínico e prognóstico dos pacientes.

(4) Coleção Hospitalândia. Trata-se de uma coleção de livros, criada com o objetivo de abordar o processo de comunicação no contexto da psicologia pediátrica. Esta coleção é composta por seis volumes: (01) “Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia” (Anexo 07), com ênfase sobre a hospitalização; (02) “A viagem espacial, a viagem especial” (Anexo 08), com destaque para materiais hospitalares; (03) “Viagem da Tictac” (Anexo 09), com foco em ambientes hospitalares e profissionais de saúde; (04) “Sujismundo: como limpar essa viagem?” (Anexo 10), com destaque aos cuidados básicos de saúde; (05) “Sentimuitomentos: a viagem dos sentimentos” (Anexo 11), com abordagem aos sentimentos; e (06) “Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor: que viagem é essa?”, que explora a experiência de dor aguda (Anexo 12).

(5) Perguntas semi-estruturadas à criança (Anexo13). Roteiro criado com o objetivo de avaliar as informações que o participante possuía previamente ao momento de leitura da história.

(6) Protocolo de Registro Cursivo de Observação de Comportamentos (Anexo 14) que ocorreram durante a aplicação dos livros da Coleção Hospitalândia na Primeira Fase do estudo.

(7) Folha de Registro de *check-list* (Anexo 15) de comportamentos que ocorreram durante a aplicação dos livros da Coleção Hospitalândia na Segunda Fase do estudo.

## **5.4 - Procedimento:**

### ***5.4.1. Procedimento: Fase 01***

A primeira fase do estudo referiu-se ao trabalho de elaboração de histórias infantis em contexto pediátrico, dando origem à Coleção Hospitalândia, composta por seis volumes de livros. Em seguida, desenvolveu-se uma proposta de sistematização de intervenção com os volumes da Coleção. Para tanto, procedeu-se a uma coleta de dados em caráter exploratório.

#### 5.4.1.1- Elaboração de histórias infantis e de atividades diretivas complementares em contexto pediátrico

Esta fase teve como objetivo inicial desenvolver uma proposta de intervenção comportamental que pudesse ser executada pelos profissionais de saúde do Núcleo de Onco-hematologia Pediátrica do Distrito Federal. A elaboração de histórias infantis se justifica, especialmente, pela carência de material apropriado existente e por constituir recurso didático potencialmente útil à abordagem de fatores facilitadores do processo de enfrentamento da doença e do tratamento, conforme explicitado na revisão de literatura deste trabalho.

Em maio de 2004, a pesquisadora, seu orientador e uma aluna de graduação do curso de psicologia participaram, como alunos, de um curso de extensão, executado pela

Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, intitulado “*La creatividad em el trabajo com niños hospitalizados*”, e ministrado pela Professora Dra. Verónica Violant Holz, da Universidade de Barcelona, Espanha. Como produto final do curso, foi elaborada, pela equipe citada, uma primeira história com foco na apresentação e explicação das funções de alguns materiais hospitalares utilizados no contexto de tratamento médico. Posteriormente, essa história foi estruturada como um dos volumes da Coleção Hospitalândia: “A viagem espacial, a viagem especial”.

A partir da criação desta história, houve o interesse da pesquisadora pelo levantamento de necessidades psicossociais dos pacientes pediátricos visando a definição de temas que poderiam ser desenvolvidos na forma de histórias. Tal levantamento foi efetuado com base em: (a) dados de entrevistas de admissão e de acompanhamento psicológico disponíveis no Núcleo de Onco-hematologia Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília; (b) fatores apontados pela literatura como potencialmente estressantes ao contexto de hospitalização infantil, em oncologia; e (c) entrevistas informais realizadas com membros da equipe de saúde do Núcleo.

Definidos os temas centrais a serem abordados, efetuou-se um levantamento de literatura na internet e um levantamento de campo em livrarias especializadas com seção direcionada ao público infantil (vide anexos 01 e 02). Também foi realizado levantamento de literatura na internet sobre livros científicos que abarcassem tais temas. Em ambos os casos o objetivo foi de auxiliar a elaboração de um texto específico para cada história. Após tal pesquisa, a pesquisadora e uma equipe de cinco auxiliares (estudantes de graduação em psicologia da Universidade de Brasília selecionados para participar do projeto de pesquisa) elaboraram os seis volumes da Coleção Hospitalândia. A Tabela 02 ilustra um resumo de conteúdo e dos principais personagens de cada um destes volumes.

Tabela 02 - Resumo do conteúdo dos volumes da Coleção “Hospitalândia”.

VOLUME	CONTEÚDO
<p><b>Volume 01</b> TEMA: Hospitalização NOME: <i>Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia.</i></p>	<p>O volume 01 apresenta o adoecer e mudanças de cotidiano em decorrência da hospitalização. O participante é convidado a realizar viagens ao “Planeta Hospitalândia” junto aos “guias do Hospitalândia” (responsáveis por contar a história). Em decorrência das viagens, são apresentadas alterações de contexto referentes à família, aos amigos, à escola, às brincadeiras, à necessidade de medicação e ao esclarecimento de dúvidas, entre outros.</p>
<p><b>Volume 02</b> TEMA: Materiais hospitalares NOME: <i>A viagem espacial, a viagem especial.</i></p>	<p>No volume 02 a viagem ocorre em um foguete, o qual é uma “Fábrica Secreta de Instrumentos”. Os instrumentos hospitalares são tripulantes do foguete para auxílio na manutenção do corpo humano. As luvas são apresentadas como “Sr. Capitão e Sra. Capitã”, o esparadrapo como “Identificação”, o palito como “Seu Paliton”, a seringa como “Dona Seringueira”, “Serintex” e “Seringula”, o algodão como “Sra. Algodonita”, a gaze como “Gazilda”, a máscara como “Sr. Mascarito” e o pote de coleta como “Potelino”.</p>
<p><b>Volume 03</b> TEMA: Ambientes hospitalares e profissionais de saúde NOME: <i>Viagem da TICTAC.</i></p>	<p>No volume 03 ocorre uma viagem de trem, na qual há auxílio pelo maquinista “Sr. Maquinildo” e pelo ajudante “Sr. João”. Nessa viagem são conhecidos como pontos turísticos a recepção, a sala de espera, o consultório, o ambulatório, a internação, a sala de procedimentos cirúrgicos e a unidade de terapia intensiva. Os profissionais de saúde apresentados são recepcionista, agente de portaria, palhaço, médico, professor, nutricionista, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social.</p>
<p><b>Volume 04</b> TEMA: Cuidados básicos de saúde. NOME: <i>Sujismundo: como limpar essa viagem?</i></p>	<p>No volume 04 o convite da viagem para o “País Quartolândia” é realizado por “Meirinha” para que o participante ensine a outras crianças cuidados básicos de saúde. São abordados comportamentos diretamente relacionados a lavar as mãos, tomar banho, comer frutas e verduras, não guardar as refeições servidas no hospital para posterior alimentação, escovar os dentes, dormir por períodos adequados, andar calçado, usar roupas adequadas ao clima e limpas.</p>
<p><b>Volume 05</b> TEMA: Sentimentos NOME: <i>SentiMUITOmentos: a viagem dos sentimentos.</i></p>	<p>No volume 05 os participantes são convidados a viajar junto à personagem “Memoriazona” e, sem perceberem, pegam o ônibus errado e chegam ao destino do “País Sentimuitomentos”. Nesse país conhecem o Rei Sentimento e a Rainha Emoção e são apresentados para os vários príncipes e princesas desse país: alegria, tristeza, amor, ciúme, ansiedade, saudade, medo, raiva, esperança, tédio e inveja.</p>
<p><b>Volume 06</b> TEMA: Dor aguda NOME: <i>Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor: que viagem é essa?</i></p>	<p>No volume 06 a viagem realizada é para a “Ilha Dorlândia” para um encontro com “Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor”. A dor, que nasceu na Cidade das Sensações, mas não era desejada ou entendida, resolveu ir morar na “Ilha Dorlândia” e nesta Ilha conta sua história, com a descrição do que ela é, qual a sua função, como aparece e em que intensidade, e quais estratégias de enfrentamento podem ser realizadas para a personagem ajudar o participante.</p>

Por fim, para cada volume da coleção, a pesquisadora sistematizou um modelo de intervenção estruturado com o uso das histórias infantis criadas e de atividades diretivas, programadas para ocorrer em quatro rotinas na seguinte ordem:

(1) Aquecimento: atividades propostas com objetivo de avaliar o conhecimento da criança acerca do tema específico a ser abordado, bem como incentivar a criança a focalizar sua atenção na história e familiarizá-la com os membros da equipe de aplicação dos livros. Foi planejado para durar, no máximo, 20 minutos.

(2) Leitura da história: narração, pelo(a) pesquisador(a) ou profissional responsável pela intervenção, para a criança, da respectiva história de cada volume. Atividade planejada para durar, no máximo, 30 minutos.

(3) Narração da história pela criança: narração da história, pela criança (que acabou de ouvi-la) para o(a) pesquisador(a) ou para o profissional responsável pela intervenção. Esta atividade permite uma avaliação imediata do nível de informação adquirido e foi estruturada para durar, no máximo, 15 minutos.

(d) Oficina: atividades propostas para a reflexão da criança em relação ao tema abordado, avaliando-se a qualidade da informação retida pela mesma e a possibilidade não apenas de significação do conteúdo na realidade da criança, como a busca de generalização para outros contextos; planejada para durar, no máximo, 20 minutos.

A Tabela 03 ilustra as atividades propostas para desenvolvimento com os participantes em cada um dos seis volumes. As atividades de aquecimento e oficina foram escolhidas de acordo com o objetivo de cada rotina, todavia, é possível que ocorram mudanças quanto a estas no momento das intervenções visto ser essencial o caráter de interação do pesquisador com o participante, desde que as diretrizes aqui apontadas sejam seguidas. É essencial que a ordem do modelo estruturado quanto as suas rotinas e os

objetivos descritos sejam concretizados para a formalização desta intervenção como possibilidade de construção de conhecimento.

Tabela 03 - Resumo da proposta de intervenção para cada volume da Coleção.

<b>VOLUME</b>	<b>AQUECIMENTO</b>	<b>HISTÓRIA</b>	<b>OFICINA</b>
<i>Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia.</i>	A criança deve se desenhar e representar as pessoas e coisas importantes de sua vida.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Criação de calendário de atividades a serem cumpridas pela criança.
<i>A viagem espacial, a viagem especial.</i>	Manipulação dos materiais hospitalares de forma a explorar os conhecimentos da criança.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Construção de brinquedos com materiais hospitalares.
<i>Viagem da TICTAC.</i>	Representação (por massinha de modelar ou por desenho) dos profissionais de saúde que trabalham no hospital.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Desenho ou colagem dos profissionais de saúde e de ambientes de um hospital que a criança fosse dona.
<i>Sujismundo: como limpar essa viagem?</i>	Jogo ou brincadeira com temática de cuidados básicos de saúde. Explorar temas apresentados.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Reprodução ou criação de mandamentos de saúde.
<i>SentiMUITOmentos: a viagem dos sentimentos.</i>	Apresentação de imagens com diferentes expressões faciais. Exploram-se os sentimentos relacionados.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Representação dos sentimentos mais importantes na opinião da criança.
<i>Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor: que viagem é essa?</i>	Desenhar o contorno da criança para ela identificar e descrever as partes que conhece do seu corpo.	- Leitura do livro - Narração da história pela criança.	Técnicas de relaxamento e procedimentos de visualização cognitiva.

Efetuada a estruturação dos volumes da Coleção, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo 03).

#### 5.4.1.2- Coleta e análise de dados: Fase 01

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os volumes da Coleção foram apresentados aos profissionais de saúde do Núcleo, solicitando-se que médicos, equipe de

enfermagem, assistentes sociais e psicólogos procedessem ao encaminhamento de crianças ao projeto, conforme os critérios de inclusão estabelecidos.

Seguindo tais indicações, a pesquisadora convidava a criança ou adolescente a participar do estudo por meio de uma conversa explicativa informal. Nos casos de concordância, ocorria a apresentação do projeto aos cuidadores, com posterior leitura e solicitação de assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Em seguida, os cuidadores eram convidados a responder à entrevista semi-estruturada que investigava a contextualização da hospitalização da criança. Após a entrevista, procedia-se à coleta de dados do prontuário médico-hospitalar do paciente participante da pesquisa.

Os dados disponíveis com o encaminhamento dos profissionais de saúde, bem como os dados obtidos por meio de entrevista e levantados no prontuário médico-hospitalar foram utilizados para avaliação da pesquisadora visando a caracterização de um perfil de necessidades psicossociais de cada criança, indicando-se os temas preferenciais da Coleção a serem abordados com cada uma. Dessa forma, a ordenação de apresentação das histórias não seguiu a ordem natural dos volumes dos livros (de um a seis), mas uma ordem baseada na avaliação de necessidades de cada criança.

A aplicação de cada volume às crianças e adolescentes foi realizada individualmente, nas respectivas enfermarias em que estavam internados. Quanto à periodicidade, buscou-se um intervalo mínimo de uma semana entre cada encontro, pois como especificado entre os critérios de inclusão dos participantes, priorizou-se o acompanhamento destes e foi estabelecido um tempo mínimo para inserção do tema trabalhado na rotina de cada criança ou adolescente. Todas as intervenções seguiram a ordem proposta de atividades diretivas de aquecimento, leitura da história pelo pesquisador, narração da história pela criança e atividades diretivas de oficina. A todos os

participantes foram formuladas as perguntas semi-estruturadas previamente planejadas (Anexo 13), as quais eram relativas aos conteúdos abordados.

Quanto à coleta de dados, durante a aplicação dos volumes da Coleção, optou-se pelo registro comportamental cursivo, dada a necessidade de realização de um estudo descritivo do contexto, que permitisse uma análise sobre a sistematização da proposta de aplicação dos livros. Foram realizadas, com as 14 crianças participantes, 29 sessões de intervenção, nas quais se focalizou as respostas verbais e de interação social dos participantes, durante os episódios formais de relato das histórias e realização das atividades diretivas. Para registro dos dados, as crianças foram acompanhadas por uma dade treinada em observação de comportamentos, que efetuava os registros em protocolo (Anexo 14), sendo as intervenções realizadas pela pesquisadora e o registro dos comportamentos efetuado por auxiliar de pesquisa.

Os dados desta etapa foram organizados em função dos volumes dos livros, ou seja, foram descritos procurando-se relacionar e agrupar as informações obtidas nas entrevistas com as crianças e nas sessões de observação até que padrões de conteúdo das temáticas abordadas (hospitalização, materiais hospitalares, profissionais e ambientes hospitalares, cuidados básicos de saúde, sentimentos e dor) se tornassem claros, priorizando-se situações e aspectos representativos e relevantes para o objetivo do estudo.

Ainda em relação à Fase 01, obteve-se a descrição de aspectos referentes à duração das sessões de intervenção e foi elaborada uma Folha Registro de *check-list* (Anexo 15) para categorização das sessões com base nos estudos de Vitorino, Linhares e Minardi (2005), bem como de Ferreira e Mettel (1999). O sistema de categorias desenvolvido, que embasou a execução do *check-list*, é apresentado na seção de Resultados da Fase 01 com a descrição de suas dimensões: (1) Atividade, (2) Interação, (3) Conteúdo e (4) Estrutura, e as suas subcategorias. Tal forma de registro foi utilizada na Segunda Fase do estudo.

#### **5.4.2. Procedimento: Fase 02**

A segunda fase do estudo referiu-se à descrição do repertório comportamental dos participantes que foram expostos à aplicação de volumes da Coleção Hospitalândia. Nesta fase, procedeu-se a uma nova coleta de dados.

##### 5.4.2.1- Descrição do repertório de comportamentos dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde durante episódios formais de relato de histórias e realização das atividades propostas.

A partir dos resultados da Primeira Fase, os volumes dos livros foram submetidos a uma reestruturação, tanto em relação à formatação gráfica como em relação à adequação de conteúdos. As alterações gráficas ocorreram em função da necessidade de ajustamento para impressão (o uso de imagens com autorização e a amenização visual do *layout* de cores, por exemplo) e da busca por uma maior interação dos indivíduos com os volumes da Coleção (o tamanho inicial de cada volume era 21cm de largura por 14,4cm de comprimento, passando para 21cm de largura por 28,5cm de comprimento).

Sobre os conteúdos, sugestões de modificação, efetuadas por membros da equipe médica, em especial a maneira de explicar como ocorrem as doenças foram providenciadas. Ajustes no tamanho das histórias também foram realizados visando uma maior uniformidade entre os volumes da Coleção. Os dois volumes com maiores discrepâncias entre as médias referiam-se às temáticas de hospitalização e cuidados básicos de saúde. Com a análise da pesquisadora sobre o material, levantou-se a hipótese de uma baixa uniformidade, visto que estes textos apresentavam conteúdos expressos apenas na forma de citação da ação. A reestruturação destas histórias baseou-se na descrição das ações presentes, com maior detalhamento de conteúdo. Por fim, o outro volume que sofreu alterações referiu-se à temática de dor, simplificando a abrangência de aspectos levantados

na história, de modo a focalizar a descrição de como a dor ocorre e como pode ser enfrentada.

Esta nova fase de quantificação da ocorrência de comportamentos dos participantes teve como objetivo analisar os efeitos da aplicação dos volumes da Coleção sobre o repertório comportamental das crianças. O foco esteve sobre a análise das regularidades dos casos em termos de conhecimento e percepção de mudanças de comportamentos relacionados ao contexto de enfrentamento da doença e dos episódios de hospitalização de cada criança. Com isso, foi possível a obtenção de informações sobre efeitos da aplicação das histórias sobre o repertório de enfrentamento dos participantes.

#### 5.4.2.2- Coleta e análise de dados: Segunda Fase

Seguindo a padronização estabelecida na primeira fase do estudo, os participantes também foram indicados, pelos membros da equipe de saúde, conforme os critérios de inclusão explicitados. Procedeu-se à mesma sistemática adotada na Primeira Fase, com convite à participação no estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entrevista semi-estruturada com o(a) cuidador(a) para contextualização da hospitalização do participante infantil, coleta de dados do prontuário médico-hospitalar e posterior delineamento de perfil das necessidades psicossociais de cada participante. Todavia, como agora se buscava o acompanhamento do repertório de comportamentos dos participantes e suas mudanças em função do ambiente de cuidados (aplicação dos livros), planejou-se a escolha de três temas mais relevantes às necessidades de cada participante.

Foram realizadas 30 sessões com a aplicação dos livros: oito participantes concluíram o estudo com a realização de três sessões de intervenção, dois concluíram com duas sessões e outros dois com uma sessão. Dos quatro participantes que não completaram o ciclo previsto de três livros, três passaram por mudanças de protocolo médico, com

interrupção do sistema de ciclos de internação em enfermaria; e um participante, devido ao uso da medicação *Decadron*, apresentou como efeito colateral significativa mudança comportamental de interação social, com alta frequência de irritabilidade e impedimento de sua continuidade no estudo.

A aplicação de cada volume às crianças foi planejada para ser realizada individualmente, nas respectivas enfermarias em que estavam internadas. Entretanto, ao longo das sessões de aplicação dos livros, alguns participantes explicitaram verbalmente o desejo de que as intervenções ocorressem em grupo ou em duplas, sendo esta nova metodologia testada nos casos em que havia compatibilidade de ciclo de quimioterapia com as necessidades psicossociais dos participantes. Mesmo com esta mudança, os seguintes fatores estiveram sob controle: (a) garantia de intervalo mínimo de uma semana entre cada encontro; (b) seguimento da ordem proposta de atividades diretivas de aquecimento, leitura do livro pelo pesquisador, narração da história pela criança e atividades diretivas de oficina; e (c) realização das perguntas semi-estruturadas aos participantes relativas aos conteúdos abordados, conforme planejado na Primeira Fase.

Quanto à coleta de dados, foi realizada por díades, sendo as intervenções executadas por um dos auxiliares de pesquisa e o registro de comportamentos efetuado pela pesquisadora. Esta escolha se justifica pelo fato de que os auxiliares de pesquisa desta fase eram novos e por conta da pesquisadora já ter participado da primeira aplicação da Coleção, com trabalho direto de leitura das histórias. Com isso, optou-se por garantir com esta nova configuração um controle único sobre a forma de registro das observações comportamentais em forma de *chek-list*.

O foco da observação continuou sobre as respostas verbais e de interação social dos participantes durante episódios formais de relato de histórias e realização das atividades diretivas, todavia, como descrito anteriormente, optou-se nesta fase pelo registro com o

protocolo de *check-list*. As análises dos dados englobaram a descrição de aspectos referentes à duração e à ordenação das sessões de intervenção, além de um olhar quantitativo sobre os comportamentos observados nas sessões de aplicação da Coleção.

## Capítulo 06 – Resultados

A seção de resultados foi dividida de acordo com suas duas fases de estudo. Os resultados da Fase 01 se referem à análise das 29 sessões individuais de aplicação dos volumes dos livros com observação de comportamentos verbais e de interação social dos participantes, objetivando identificar e descrever os padrões de conteúdo existentes em função do material estruturado e da proposta de intervenção sistematizada.

Os dados da Primeira Fase, como exposto na seção de Método, foram então organizados em função dos temas de cada volume. Apesar dos volumes 01, 02, 03, 04 e 06 terem sido aplicados, cada um, a cinco crianças e o volume 05 aplicado a quatro, a análise de conteúdo foi efetuada considerando a ocorrência de cada tema, com apresentação dos dados obtidos neste estudo exploratório do modo mais fidedigno possível, evitando o uso de interpretações.

Obtiveram-se, ainda, dados referentes à duração das sessões de intervenção de acordo com as rotinas propostas em cada um dos volumes e dados de duração especificando a rotina de leitura da história. Por fim, foram definidas operacionalmente as categorias e as subcategorias referentes ao sistema de registro de episódios comportamentais, entre as quais podem ser citadas: atividade (contemplação do objetivo estipulado, realização da atividade planejada, realização de outra atividade, não realização da atividade), interação (realização individual, realização em díade, participação conjunta, tipo de participação), conteúdo (referência a dados pessoais, referência ao processo saúde-doença) e estrutura (esclarecimento de dúvidas, interrupção temporária, interrupção total).

Em relação à Fase 02, foram realizadas 30 sessões de aplicação dos volumes, com cada um tendo sido apresentado a cinco diferentes crianças. Como resultado desta fase, primeiramente foi realizado uma apreciação sobre a ordem dos temas e sobre a duração das diversas rotinas de leitura da história, garantindo uma análise sobre o modo de aplicação da

Coleção e seus aspectos mais relevantes. Em seguida, estipulou-se a descrição dos dados quanto à ocorrência de comportamentos, de acordo com as categorias sistematizadas de cada rotina, comparando-se os resultados ao longo das três sessões de intervenção. Por fim, foram escolhidos figuras e relatos das crianças como ilustrações representativas dos resultados da Fase 02.

## **6.1 - Resultados Fase 01:**

Os resultados desta Fase foram agrupados em três tópicos: (a) dados descritivos sobre conteúdo dos volumes dos livros; (b) duração das sessões de intervenção; e (c) proposta de um sistema de categorias.

### ***6.1.1. Dados descritivos sobre conteúdo dos volumes dos livros***

#### **6.1.1.1 - Hospitalização: volume 01 (n=5)**

Dos temas levantados sobre hospitalização, em relação ao que se gosta no hospital, foi unânime a preferência por brincadeiras e brinquedos. Em referência ao que não se gosta, o elemento mais referido foi a agulha (relatado por quatro crianças), sempre associada a procedimentos médicos: tomar remédio, tomar soro intravenoso e submeter-se à punção lombar. O único outro aspecto referente ao não gostar de estar no hospital foi em relação à alimentação. O que mais mudou desde o início do tratamento, no cotidiano das crianças, foi a impossibilidade de frequentar regularmente a escola (quatro relatos), seguida pela queda de cabelo (três relatos) e, ainda, a necessidade de realização de tratamento em cidade diferente da cidade de origem (um relato). Das explicações sobre os motivos da permanência no hospital, quatro das cinco crianças, referiram suas condições clínicas (estar doente, tomar remédio ou tomar quimioterapia para ficar boa) e uma não soube explicar.

Exemplo:

“*Eu estou aqui porque estou doente, meu olho dói. Eu tenho enfermidade.*” (P3.FI, 9 anos)

Em relação às observações dos participantes durante a execução das atividades diretas, na rotina de aquecimento, destacou-se o tema de suporte social, com representação da família (3), da casa (2), da escola (1) e dos amigos (1). Referências também ocorreram à natureza (2) e à perda de cabelo que foi destacada por três das quatro meninas participantes deste volume. Na rotina de leitura da história, destacou-se o relato das preferências das crianças (4) pela mãe no papel de acompanhante no hospital e o relato pelas brincadeiras mais prazerosas. Na rotina de narração da história pela criança, destaque às referências aos remédios (5), ao símbolo da coleção - Planeta Hospitalândia (4) e à família (4). A Figura 03 apresenta os temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC), no volume 01 dos livros.

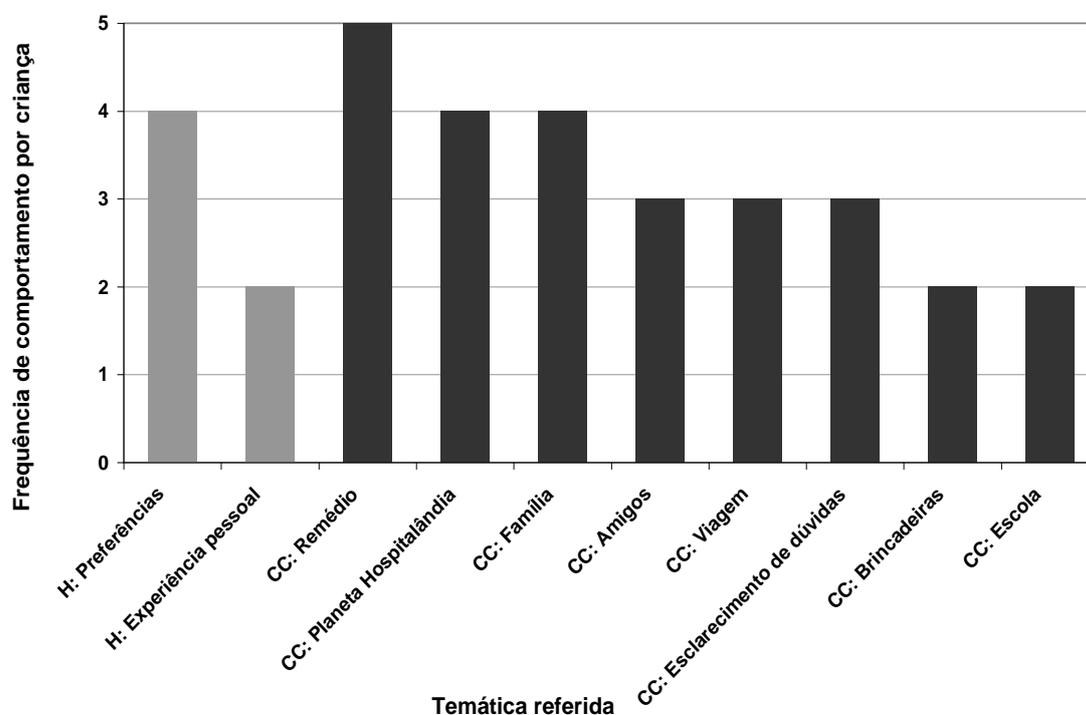


Figura 03. Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 01.

Os temas de maior ocorrência na rotina de oficina de confecção de calendários foram aspectos da rotina diária da criança (3), independentemente do processo de hospitalização, datas comemorativas (2) e escola (2). Sobre o contexto da doença foram referidos a internação (3) e os remédios (2). Destaca-se, ainda, a referência ao dia de leitura dos livros da Coleção, que três crianças inseriram em seus calendários.

Duas crianças, em encontros posteriores, relataram a utilização dos calendários em casa, sendo que uma das mães explicou que a filha afixou o calendário na parede do quarto e diariamente conferia as atividades cumpridas e programava novas tarefas:

Exemplos:

*Verbalização da mãe: “É como se fosse um compromisso mesmo dela.” (mãe de P10.FI)*

*Verbalização das crianças: “E como eu vim ficar aqui no hospital, já risquei hoje e amanhã nos dias do calendário.” (P10.FI, 7 anos)*

*“Eu completei o meu calendário em casa. Coloquei carinhas tristes nos dias desta internação.” (P2.FI, 9 anos)*

#### 6.1.1.2 - Materiais hospitalares: volume 02 (n=5)

Sobre as explicações realizadas em relação à função dos instrumentos hospitalares verificou-se que três das quatro crianças que cumpriram a atividade planejada apresentaram explicações reais dos objetos e uma, explicações lúdicas.

Exemplos:

*“A seringa serve para aplicar medicação.” (P10.FI, 7 anos)*

*“Eu uso pra jogar água nas pessoas.” (P8.FI, 7 anos)*

*“O pediatra examina a boca por dentro.” (P2.FI, 9 anos)*

*“É um palito de picolé sabor madeira.” (P8.FI, 7 anos)*

Os instrumentos menos identificados foram a gaze e o pote de coleta, apenas uma criança referiu o uso da gaze pelo dentista para limpeza da boca e outra o uso do pote de coleta para fazer exame de urina. Quanto às respostas das crianças sobre gostar, ou não, de algum instrumento, dois padrões distintos estiveram presentes. Enquanto respostas de gostar variaram entre cinco diferentes instrumentos (algodão, máscara, gaze, luva e pote de coleta) com todas as justificativas de escolhas baseadas em explicações referentes à aparência visual dos objetos, as respostas de não gostar foram unânimes em relação à seringa de injeção, sendo todas as explicações baseadas na realidade do contexto da doença e tratamento.

Exemplos:

*“Gosto do algodão porque ele é fofo e limpa as pessoas.” (P10.FI, 7 anos)*

*“A seringa serve para furar e que quando fura dói e eu choro. Dentro da seringa tem remédio.” (P6.FI, 6 anos)*

*“Essa é a pior parte. Serve para tirar sangue e eu não gosto porque às vezes dói.” (P2.FI, 9 anos)*

Com a atividade de aquecimento de manuseio de instrumentos hospitalares, as cinco crianças realizaram a simulação de situações médicas e quatro apontaram o próprio objeto em seu contexto imediato. Destaca-se que quatro crianças relataram que choram quando expostas a procedimentos médicos invasivos. Na rotina de leitura da história, entre outros temas, todas as crianças relataram suas experiências com a doença, associando os materiais às intervenções médicas realizadas ou às limitações impostas, como realização de cirurgia e necessidade de evitar contato com poeira. Na rotina de narração da história pela criança, as cinco se referiram à seringa, ao algodão e ao palito, e quatro referiram a

máscara e o esparadrapo, entre outros, conforme apresentado na Figura 04. O esparadrapo e a luva foram os únicos materiais citados em sua função lúdica (de passaporte e de comandante da viagem, tal como descrito na história). Os demais instrumentos foram referidos conforme sua função real de uso hospitalar.

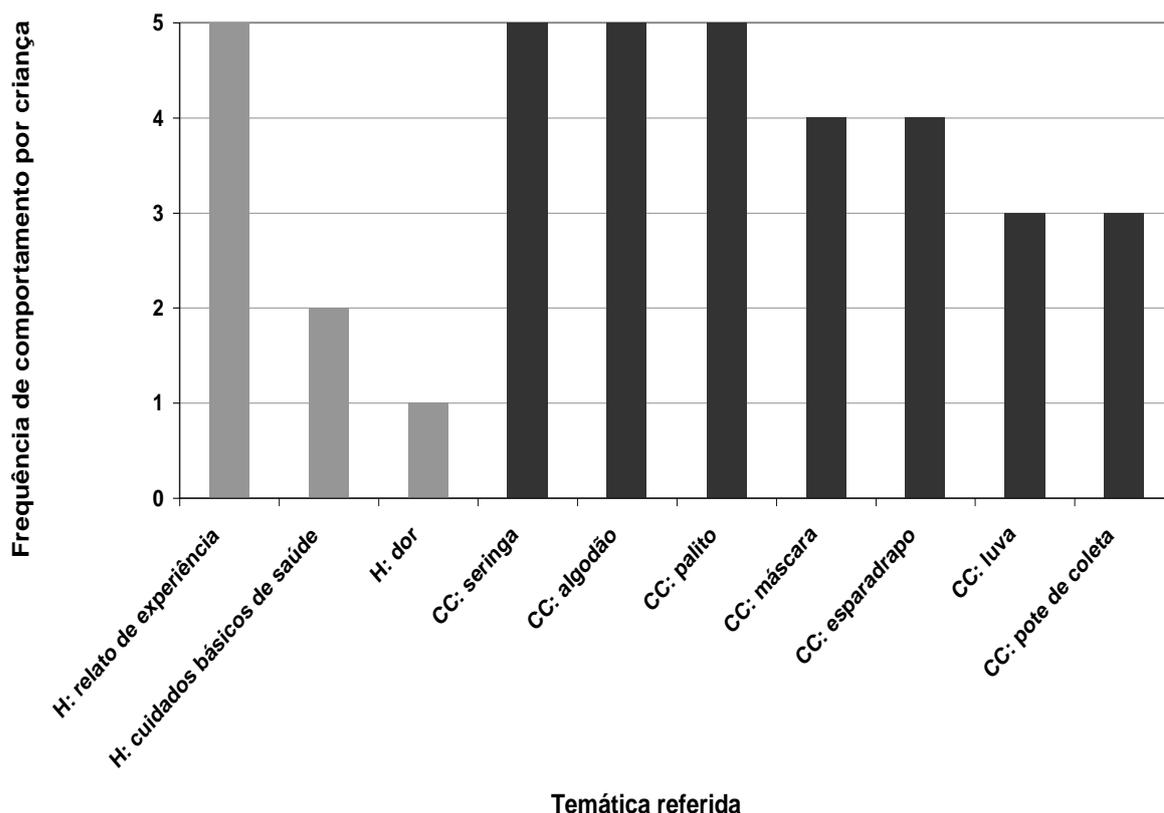


Figura 04. Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 02.

Sobre o material para a construção de seu próprio brinquedo na oficina, entre os escolhidos com maior frequência, a máscara foi escolhida quatro vezes, o pote de coleta duas vezes e o abaixador de língua uma vez. Três crianças acrescentaram à construção de seus brinquedos uma especificação deste volume que era a necessidade dos personagens

possuírem um passaporte/uma identificação, o que permitia participar da história (representado, na história, pelo esparadrapo).

#### 6.1.1.3 - Ambientes hospitalares e profissionais de saúde: volume 03 (n=5)

Neste volume, apenas duas crianças seguiram o tema proposto na atividade de aquecimento, sendo que uma representou o hospital e a outra os materiais hospitalares; as demais crianças utilizaram o material de massinha de modelar para diversos temas, tais como a representação de um bolo, de um barco com um boneco e de uma flor. Desta forma, das perguntas semi-estruturadas apenas foi possível verificar o lugar de preferência no hospital: quatro das cinco crianças afirmaram que a sala de espera era o local que mais gostavam pelo fato de participarem de atividades recreativas (brincar, desenhar, assistir televisão, entre outras).

Sobre os ambientes disponíveis no hospital e os profissionais de saúde, foram apresentadas as imagens do livro (fotos dos ambientes e foto dos profissionais representados por bonecos de massinha) às crianças, solicitando-se a referência ao nome e função. Após a descrição da criança sobre cada aspecto apresentado é que o pesquisador fez o relato da história, com a função primordial de complementação de informações. Sobre os locais, destaca-se que quatro crianças referiram a sala de quimioterapia com as devidas explicações sobre procedimentos médicos invasivos lá executados, isto é, contemplando o nome do ambiente e sua descrição quanto à função. A recepção também foi referida por quatro crianças, como o local onde fica o agente de segurança ou o local em que se deve apresentar o cartão de consulta. Destaca-se, no entanto, que apenas duas crianças souberam especificar o nome da recepção. Os outros ambientes referidos (cada um citado por três crianças) foram a sala de espera, os consultórios, as enfermarias e a sala de cirurgia. Com exceção da sala de cirurgia, os demais foram referidos apenas em relação

às suas funções. Nenhuma criança soube o nome ou a função da unidade de terapia intensiva. Ainda na rotina de leitura da história, com a descrição dos ambientes hospitalares, três crianças apresentaram dados sobre hospitalização (medicação que tomavam, expressão de medo de sentir dor e explicação sobre a necessidade de ficar internado para voltar a ficar forte).

Duas crianças ainda relataram, detalhadamente, suas experiências em relação à exposição a procedimentos médicos invasivos.

Exemplo:

*“Eu fui enganado na minha cirurgia. Não me falaram que eu iria ‘apagar’, falaram apenas para encher o balão. Quanto eu acordei, eu estava pelado e com sonda. Aí arranquei a sonda e até hoje estou machucado.”* (P8.FI, 7 anos)

Outro ponto referido, por duas crianças, foi a identificação de mudanças no contexto hospitalar em relação ao estímulo apresentado nos livros.

Exemplo:

*“É onde eu tomo injeção; mas essa sala não está mais tão bonita quanto a da foto. Agora as cadeiras estão quebradas.”* (P13.FI, 7 anos)

Na apresentação dos profissionais de saúde, três crianças associaram as profissões aos nomes dos profissionais que convivem com elas no hospital. Em referência aos nomes e funções, foram destacados o médico (mencionado por três crianças), o agente de segurança e o palhaço (citado por duas crianças). Embora tenham mencionado o médico, as crianças não foram capazes de diferenciar as atividades destes das atividades das enfermeiras ou dos auxiliares de enfermagem. Sem especificar o nome, a professora, a nutricionista e o dentista apresentaram maior número de descrições de função pelas

crianças (quatro citações para cada), seguida pelo profissional de psicologia (3). O nome e a função menos reconhecidos foram em relação às assistentes sociais.

Na rotina de narração da história pela criança, os locais mais citados, com nome e detalhamento da utilização, foram as salas de espera e de cirurgia (três cada), seguidas pelo consultório médico (2), sala de procedimentos (2) e recepção (2). A enfermaria e a sala de quimioterapia também foram referidas duas vezes cada. A função da unidade de terapia intensiva foi referida por quatro crianças, mas apenas uma lembrava o nome. Associado a descrição destes locais, todas as crianças relataram aspectos da doença e das medicações.

Dos profissionais, o médico, a enfermeira e o agente de segurança foram citados por quatro crianças cada, seguidos pela recepcionista, nutricionista, assistente social, professora e dentista (três cada). Destes, três crianças relatam preferência pelo médico, justificando os cuidados dos médicos com a administração de medicação. O palhaço foi referido duas vezes nas preferências por fazer brincadeiras, o agente de segurança também foi referido duas vezes por ser empático. Obteve-se referência, ainda, à enfermeira e à equipe de enfermagem, por ajudarem na medicação; à equipe de psicologia por estar próxima e à equipe do serviço social por auxiliar o acompanhante. Na rotina de oficina, a opção mais representada foi o palhaço, tendo sido escolhido por duas das três crianças que finalizaram a atividade de desenho de um personagem. Como este volume do livro tinha como estímulo visual fotos do ambiente hospitalar, duas crianças apresentaram, espontaneamente, o seu álbum pessoal de fotos.

#### 6.1.1.4 - Cuidados básicos de saúde: volume 04 (n=5)

O relato das crianças apontou como atividades mais praticadas: escovar os dentes (5 referências), comer frutas (4), tomar banho (4) e andar calçado (4). Destaca-se que nos

temas sobre alimentação e tomar banho, foram apresentados relatos de experiência pessoal das crianças e foram referidas algumas restrições.

Exemplos:

*“Fruta pode, o tanto que quiser! Não poso comer é linguiça de porco.”* (P7.FI, 7 anos)

*“Não vou tomar banho hoje no hospital, só vou tomar amanhã, quando eu chegar em casa.”* (P6.FI, 6 anos)

*“Eu tomo banho umas quarenta vezes por dia. Desde ontem que eu não tomo banho porque internei.”* (P13.FI, 7 anos)

Em oposição, lavar as mãos (2) e dormir um tempo adequado (1) foram os temas menos referidos. Seguir restrições alimentares quanto a doces foi o tema com menos adesão de comportamento, apenas uma criança relata que não pode comer muito chocolate:

Exemplos:

*“Bolo, bala... é pra comer tudo.”* (P6.FI, 6 anos)

*“Pode comer muito chocolate, e é melhor do que comer fruta.”* (P13.FI, 7 anos)

Na rotina de aquecimento desse volume, duas crianças realizaram jogo de memória com temática de cuidados básicos de saúde e três pediram para desenhar e brincaram de adivinhação com o pesquisador, sendo os temas mais referidos a alimentação (4) e escovar os dentes (2). Os jogos foram importantes para o trabalho concomitante com regras, enquanto que com os desenhos verificaram-se relatos de experiências pessoais.

Exemplos:

*“No banho, tem vezes que o cabelo cai no chuveiro.”* (P7.FI, 7 anos)

*“Eu uso fralda para dormir.”* (P14.FI, 5 anos)

“Gosto de arroz, feijão e carinha.” (P6.FI, 6 anos)

“Esse do desenho sou eu [a criança desenha um menino trabalhando no lixo].

Quando sair daí, vou tomar sopa.” (P3.FI, 9 anos)

Na rotina de leitura da história, tomar banho foi referido seis vezes, dormir foi referido cinco vezes, comer frutas foi referido quatro vezes e por fim, escovar os dentes e andar calçado, quatro vezes cada. Essas verbalizações foram agrupadas quanto à criança explicar a ilustração do livro apresentado ou quanto à criança relatar suas experiências pessoais, conforme ilustrado pela Figura 05.

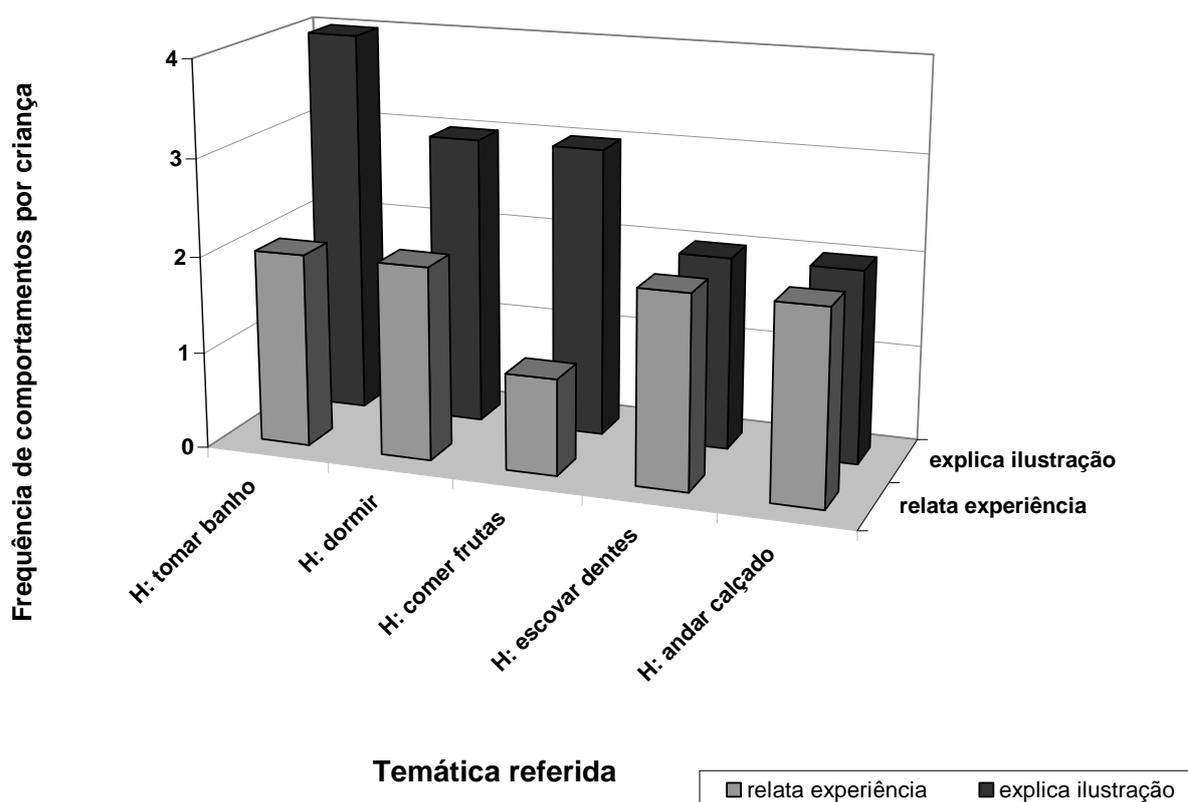


Figura 05. Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças na rotina de leitura da história (H) - volume 04.

Na rotina de relato da história pela criança, escovar os dentes, andar calçado, comer em momentos adequados, comer frutas e dormir foram citados cinco vezes cada um. Todavia, enquanto escovar os dentes, andar calçado e alimentar-se foram descritas em termos das ações (três vezes) e referidos os objetos (duas vezes), comer frutas e dormir receberam mais citações da ação do que suas descrições.

Na oficina, o desenho mais presente foi o de frutas (4), seguido pela representação de doces (2), dormir (2) e tomar banho (2). Duas crianças justificam suas dificuldades em executar tal atividade de oficina: uma relatou que nunca havia frequentado a escola e a outra tinha sido exposta à punção venosa, naquele dia, na mão com que escreve.

#### 6.1.1.5 - Sentimentos: volume 05 (n=4)

Na rotina de aquecimento, as explicações das crianças quanto aos sentimentos não se referiram, em momento algum, ao contexto da doença ou do tratamento que, por outro lado, esteve presente em todas as demais atividades do volume. Sobre os sentimentos atribuídos às figuras de expressões faciais, verificou-se um padrão quanto à escolha das crianças em relação a dois sentimentos: felicidade e tristeza. Outro sentimento que foi referido por duas crianças foi o susto.

Exemplos:

*“Ela está feliz porque está namorando.”* (P5.FI, 11 anos)

*“O menino está triste porque levou uma palmada e está de castigo.”* (P10.FI, 7 anos)

*“Essa mulher se olhou no espelho e é tão feia que levou um susto.”* (P9.FI, 10 anos)

Sobre os temas relacionados aos sentimentos no contexto da doença, foi preciso inserir as perguntas semi-estruturadas na rotina de relato da história, em função do conteúdo presente no aquecimento. Desta forma, permanecer no hospital foi associado ao tédio, à saudade, ao medo e à raiva. Destes sentimentos levantados, todas as crianças mencionaram saudade da família e medos, duas crianças referiram medo de agulhas e uma referiu medo do tratamento, tendo frequentes pesadelos. O medo de animais também foi relatado por três das quatro crianças.

Exemplos:

- Saudade: *“Tenho saudade da minha família, do meu pai. Ele vai vir me visitar.”*

(P10.FI, 7 anos)

*“Eu estou ansiosa, ‘to’ querendo ir embora. Saudade da minha casa”.* (P8.FI, 7

anos)

- Medo: *“Tenho medo de agulha, muitas pessoas têm que me segurar.”* (P10.FI, 7

anos)

*“Tenho medo de agulha porque fura demais. Não quero falar mais disso agora.”*

(P9.FI, 10 anos)

*“Tenho medo toda noite. Desde que eu comecei o tratamento não durmo bem e*

*tenho pesadelos.”* (P9.FI, 10 anos)

- Raiva: *“Fico com raiva quanto tenho que tomar remédio na veia. A minha*

*vontade é quebrar tudo.”* (P5.FI, 11 anos)

- Tédio: *“O tempo muitas vezes não passa. Eu fico aqui sem conversar.”* (P5.FI, 11

anos)

Em contraposição, ir embora do hospital representava felicidade. Uma das crianças não soube apresentar um sentimento quando ia embora do hospital, justificando tal

momento com a ação de poder comer a comida de casa. Dos sentimentos que não gostavam, duas crianças mencionaram a raiva, uma referiu o tédio e outra a inveja. Dos sentimentos preferidos, todas (4) citaram a esperança, seguida pelo amor (3) e pela felicidade (1).

Exemplo:

*“Gosto da esperança porque eu estou aqui lutando ‘para caramba’ para algo acontecer. Gosto também do amor, de ficar perto dos meus pais e da minha irmã. Não gosto da raiva. Sinto raiva quando tomo remédio.”* (P5.FI, 11 anos)

Na rotina de relato da história, as quatro crianças participantes referiram-se a sentimentos do cotidiano e três a sentimentos específicos do contexto da doença. Entre outros, um novo tema que apareceu referiu-se à religião, como pode ser visto na Figura 06. Na rotina de narração da história pela criança, os sentimentos referidos com maior frequência foram a alegria, o amor e a saudade (cada um citado três vezes), e ainda, tristeza (2), ciúmes (2), medo (2) esperança (2). Um dos sentimentos de esperança referiu-se à estratégia de enfrentamento da criança em relação à necessidade de cortar o cabelo:

Exemplo:

*“Eu tenho muita vontade de comprar uma bicicleta. Estou juntando dinheiro no cofre há cinco meses para comprar. Aí eu tive que cortar o cabelo por causa do tratamento, aproveitei pra vender por R\$ 40,00 reais e vou usar esse dinheiro para a minha bicicleta.”* (P9.FI, 10 anos)

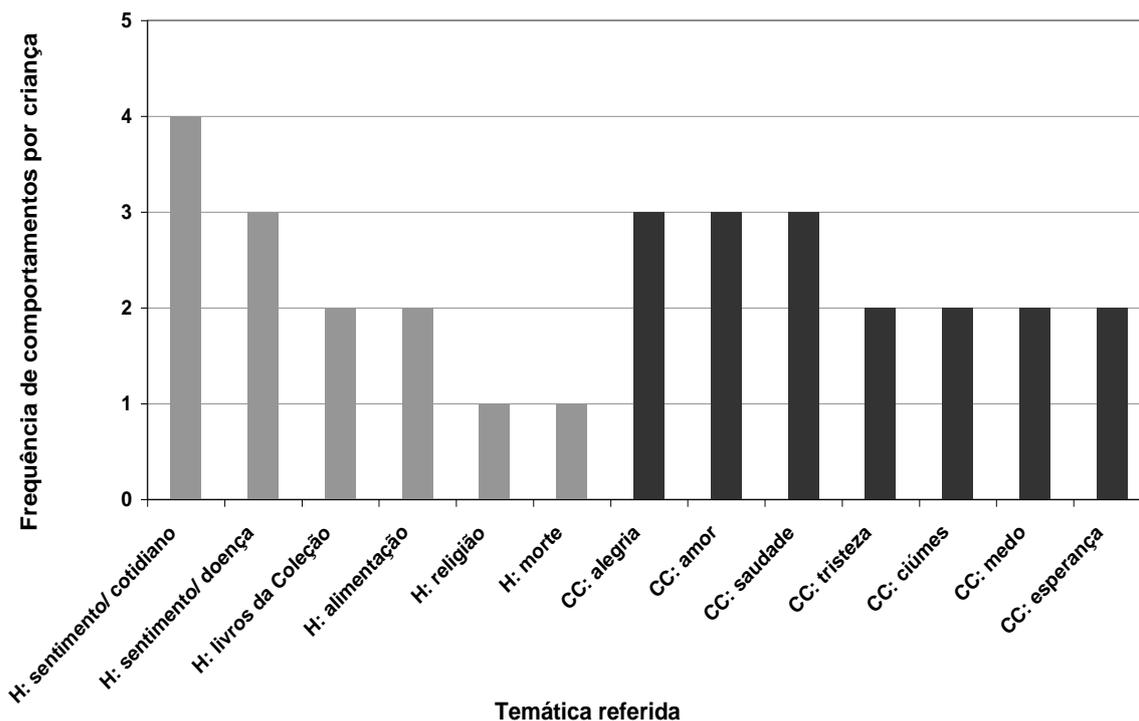


Figura 06. Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 05.

Dos sentimentos em comum, representados pelas crianças na atividade final de oficina, houve referência à esperança, felicidade e saudade. Os outros sentimentos representados foram o amor, o medo, a raiva e a inveja. Verificou-se, ainda, o relato de uma mãe remetendo o sentimento da criança sobre atividades desenvolvidas:

Exemplo:

*“Quando nós fomos para Barretos fazer radioterapia, ele [a criança] ficou triste e sentiu falta dessa atenção que está sendo dada.”* (P8.FI, 7 anos)

#### 6.1.1.6 - Dor aguda: volume 06 (n=5)

Todas as crianças referiram sentirem dor em situações relacionadas a contextos do tratamento (especialmente quando expostas à punção venosa e punção lombar).

Exemplo:

*“Só dói na hora [referindo-se à punção lombar] e depois passa. Quando eu estou ruim de veia tem que furar e furar, aí dói.”* (P1.FI, 12 anos)

Três crianças referiram que sentiam dor quando brigavam com colegas ou familiares e duas relataram dor quando se machucavam, quando caíam ou quando ocorria mudança de temperatura ambiental. Em relação às estratégias adotadas em episódios de dor, as ocorrências relacionaram-se aos comportamentos de chorar (referido por duas crianças), tomar remédio (1), pegar um pano e apertar (1), gritar (1), fechar os olhos (1) e contar números (1).

Exemplo:

*“Quando eu estou estressada, com dor, eu conto até 10.”* (P10.FI, 7 anos)

Na rotina de aquecimento, foram retratados como parte do corpo humano, o coração, o pulmão, os ossos, o sangue, a barriga e a cabeça. Apesar de terem sido citados os nomes, apenas uma criança foi capaz de dar explicações sobre a função, no caso, sobre o coração. As demais crianças não souberam descrever o corpo humano e seus órgãos.

Exemplo:

*“Tem tanta coisa que eu nem sei onde fica.”* (P8.FI, 7 anos)

Outros temas que surgiram foram relatos de histórias de volumes anteriores (2) e relatos de experiência pessoal (3) ou da família (2) em relação aos órgãos do corpo.

Exemplos:

*“Eu já tive falta de ar no pulmão.”* (P4.FI, 6 anos)

*“Minha avó tem dor no coração. Mas eu não sei como é a dor, porque é dela.”*

(P8.FI, 7 anos)

Na rotina de leitura da história, todas as crianças mencionaram o nome da personagem e três explicaram o funcionamento do sistema sensorial.

Exemplo:

*“Poderia ser Doramor [referindo-se ao nome de Dor Doralite], porque só dor parece que ela sente dor. Doramor tem dor e amor.” (P1.FI, 12 anos)*

Três crianças apresentaram detalhamento quanto à intensidade de suas dores, conforme ilustrado na Figura 07. Na rotina de narração da história pela criança, apesar de todas se referirem à dor como um evento desconfortável, as cinco apresentaram explicações sobre a função da dor aguda enquanto resposta do organismo em associação com um estímulo nocivo. Também foram referidos aspectos lúdicos do texto: quatro citaram o nome completo da personagem e três relataram sobre o local de moradia da personagem. Duas crianças demonstram seus sentimentos quanto à sensação de dor.

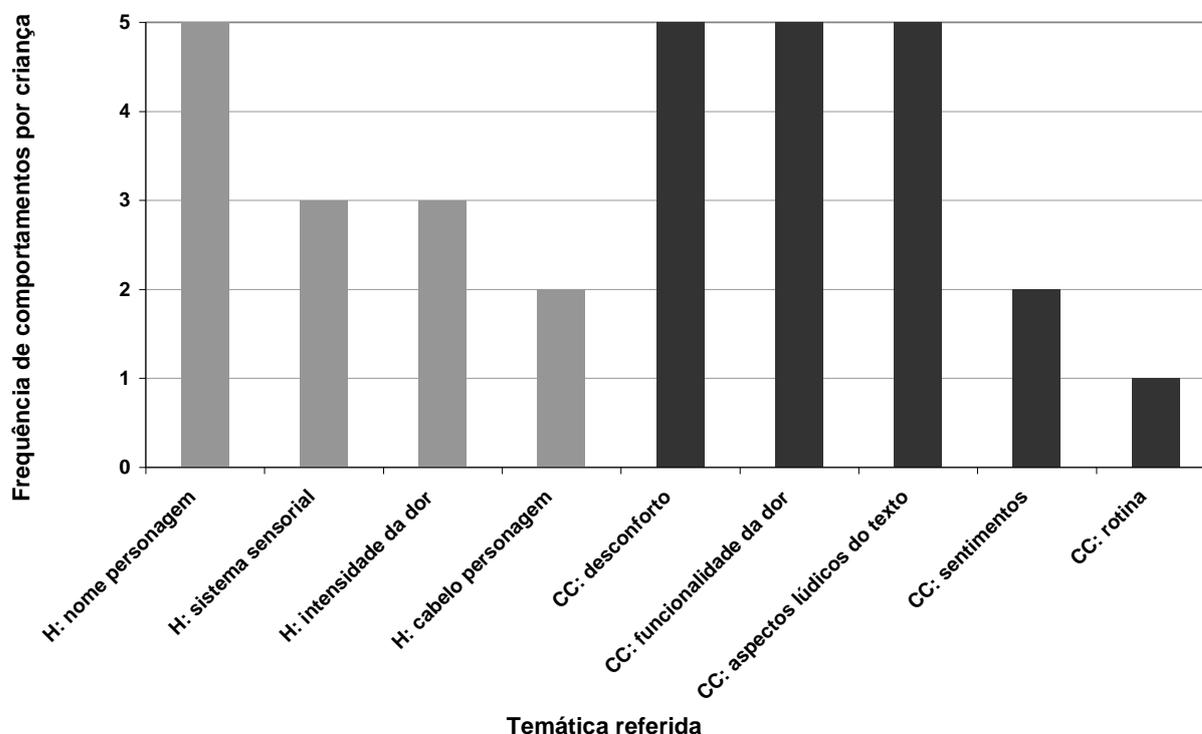


Figura 07. Comportamentos verbais: temas referidos pelas crianças nas rotinas de leitura da história (H) e de narração da história pela criança (CC) - volume 06.

Na oficina, três crianças fizeram desenhos relacionados a aspectos da história narrada e duas referiram estratégias de enfrentamento, tais como (a) aprendizagem da técnica de relaxamento e (b) engajamento em atividades de cantar.

### 6.1.2 - Duração das sessões de intervenção

O tempo de duração de cada intervenção variou entre 25 e 85 minutos, com média de 59 minutos (DP= 18,08). A parte de maior duração relacionou-se à rotina de oficina, com média de 23 minutos e à rotina de leitura das histórias, com média de 19 minutos. A rotina de aquecimento teve duração média de 14 minutos e a rotina de narração da história pela criança teve média de duração de oito minutos, conforme ilustrado na Tabela 04.

Tabela 04 - Tempo de duração (em minutos) das intervenções: fase 01.

	TEMPO TOTAL	AQUECIMENTO	HISTORIA	CRIANÇA CONTA	OFICINA
Média	<b>59</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>23</b>
Desvio padrão	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
Mínimo	25	5	8	4	7
Máximo	85	55	32	24	56

Visando a possibilidade de um maior detalhamento de avaliação da coleção de livros, é que se optou por realizar uma análise da média e do desvio padrão do tempo de duração da atividade de leitura das histórias de cada volume. Verificaram-se discrepâncias quanto ao tempo de dois volumes (o primeiro e o quarto), enquanto os demais apresentaram média de 20 a 23 minutos, conforme dados da Tabela 05.

Tabela 05 - Tempo de duração (em minutos) da rotina de leitura das histórias: fase 01.

	VOLUME 01	VOLUME 02	VOLUME 03	VOLUME 04	VOLUME 05	VOLUME 06
Média	<b>11,75</b>	<b>20,20</b>	<b>23,20</b>	<b>10,80</b>	<b>22,50</b>	<b>22,40</b>
Desvio padrão	<b>4,35</b>	<b>7,53</b>	<b>6,26</b>	<b>2,17</b>	<b>8,66</b>	<b>2,51</b>
Mínimo	8	13	18	8	15	20
Máximo	18	32	30	14	30	25

### ***6.1.3 - Desenvolvimento de um sistema de categorias***

Como descrito na seção de método, a Segunda Fase do estudo foi estruturada com base nas categorias elaboradas a partir dos resultados da coleta de dados da Primeira Fase.

O sistema de categorias elaborado englobava as seguintes dimensões:

- (I) Atividade: corresponde ao detalhamento da ação de cada rotina;
- (II) Interação: corresponde às relações de interação social entre os participantes da atividade;
- (III) Conteúdo: corresponde à natureza das verbalizações ocorridas durante a ação;
- (IV) Estrutura: corresponde à natureza dos comportamentos do participante na interação entre este e a rotina proposta.

Em relação ao aquecimento e à oficina, como ambas as rotinas foram estruturadas como atividades diretivas, as análises seguem as mesmas categorias, havendo apenas diferenciação quanto às especificações de seus objetivos, vide o detalhamento a seguir.

#### 6.1.3.1 - Categoria atividade (I):

(I.1) Contemplação do objetivo estipulado: na rotina de aquecimento, o objetivo refere-se ao contato inicial e/ou trabalho com o tema. Na rotina de oficina, o objetivo torna-se a contextualização das informações abordadas, de forma a contemplar a construção de conhecimento e/ou fechamento da atividade.

(I.2) Realização da atividade planejada: de acordo com a proposta metodológica, a atividade é realizada: (a) com participação colaborativa da criança (após explicado o objetivo da atividade e como realizá-la, a criança apresenta comportamentos espontâneos e colaborativos); ou (b) participação com resistência (a criança se contrapõe momentaneamente ou apresenta algum obstáculo, possível de superação, à realização da

atividade. Neste caso, a criança realiza a atividade, porém, com alguma resposta de oposição ou com alguma restrição ambiental).

(I.3) Realização de outra atividade: a atividade realizada não se refere à atividade proposta na rotina, mas cumpre ao mínimo um dos objetivos do aquecimento. Como iniciativa de alteração da atividade metodologicamente proposta, pode ocorrer interferência por parte do pesquisador ou interferência de outra criança.

(I.4) Não realização da atividade: refere-se a não realização de qualquer tipo de atividade de aquecimento. Como justificativa desta opção, a falta de interesse da criança pela atividade (a criança verbaliza que não deseja realizar a atividade), a falta de interesse da criança pelo tema (a criança verbaliza que não deseja abordar o tema), intercorrências de saúde (a criança apresenta alguma intercorrência de saúde, tal como náusea ou vômito, que a impede de realizar a atividade), falta de conduta apropriada do pesquisador (o pesquisador não motiva a criança a participar ou apresenta alterações na proposta inicial que não são compatíveis com a atividade) ou, ainda, falta de condições ambientais adequadas (a criança encontra-se em espaço com muito ruído ou muita movimentação, ou ainda, outra atividade paralela está sendo desenvolvida).

#### 6.1.3.2 - Categoria interação (II):

Ainda referente às rotinas de aquecimento e oficina, as categorias de classificação foram as seguintes:

(II.1) Realização individual: a criança não compartilha, não pede ajuda e não interage socialmente com o pesquisador e nem com as demais pessoas presentes na enfermaria. Após receber as instruções, realiza atividade sozinha.

(II.2) Realização em díade - criança e pesquisador: atividade realizada em conjunto, pela criança e pelo pesquisador, seguindo a proposta do projeto.

(II.3) Participação conjunta: atividade realizada pela criança ou pela díade criança-pesquisador com participação externa, a qual pode ser executada com: (a) participação de profissionais de saúde e/ou, (b) participação de outras crianças, e/ou (c) participação dos cuidadores. Considera, também, se tal interação é iniciada pela criança ou pelo membro externo à díade.

(II.4) Tipo de participação: quando um membro externo participa da ação, esta pode ser desenvolvida como atividade conjunta (interação visando o desenvolvimento de uma única atividade), atividades complementares (interação visando o desenvolvimento de mais de uma atividade, as quais apresentam temas complementares) ou, ainda, atividades concorrentes (interação visando o desenvolvimento de mais de uma atividade, as quais apresentam temas não complementares).

#### 6.1.3.3 - Categoria conteúdo (III):

(III.1) Referência a dados pessoais: relato de dados pessoais que extrapolam o caráter hospitalar e médico, incluindo, por exemplo, referências a hábitos e à rotina, dados familiares, realidade escolar, amizades, sentimentos, além de brinquedos e brincadeiras.

(III.2) Referência ao processo saúde-doença: relato de informações referentes à doença e ao tratamento, aos materiais hospitalares, aos profissionais de saúde, aos ambientes hospitalares, aos cuidados básicos de saúde, à dor e ao corpo humano.

#### 6.1.3.4 – Categoria estrutura (IV):

(IV.1) Esclarecimento de dúvidas: a criança apresenta comportamentos verbais espontâneos com o pesquisador, com outras crianças, com seu acompanhante ou com profissional de saúde presente, com solicitações de esclarecimento de dúvidas de conteúdo relacionadas aos temas ou às atividades desenvolvidas.

(IV.2) Interrupção temporária: independentemente do tempo de duração da atividade, ocorre interrupção e a atividade é retomada em seguida; a pausa pode ter sido ocasionada pela criança, pelo pesquisador, pelo observador ou por terceiros. O motivo da pausa está relacionado com intercorrências de saúde (como náusea, vômito, febre ou dor) execução de procedimentos médicos (exames, medidas terapêuticas ou administração de medicação, em especial, realização de punção venosa e punção lombar) e realização de cuidados de saúde (alimentação ou higiene pessoal). No caso da rotina de oficina, considera-se ainda a interrupção por visitas familiares ou de voluntários.

(IV.3) Interrupção total: a atividade é interrompida antes que o propósito da mesma seja alcançado.

Na rotina de leitura da história, as análises seguiram as categorias explicitadas para as dimensões de (II) interações, (III) conteúdo e (IV) estrutura. Quanto ao objetivo desta rotina, verificou-se se foi possível fornecer informações por meio do relato da história para a criança, pois nos casos em que não fosse alcançado tal objetivo a intervenção seria finalizada e os dados previamente coletados na rotina de aquecimento, descartados.

Sobre a rotina de relato da história pela criança, além de analisar se a criança adquiriu informação a partir da leitura da história, observou-se se o mesmo ocorreu espontaneamente ou com perguntas do pesquisador. Verificou-se na dimensão (1)

atividade, se a criança conta a história na íntegra, se conta um resumo da história ou se não realiza a ação. Também foram avaliadas interações sociais da criança com os demais indivíduos presentes. Os padrões de interação seguem as categorias explicitadas para a dimensão (2) interação.

## **6.2 - Resultados Fase 02**

Os resultados da Segunda Fase do estudo foram agrupados em três tópicos: (a) ordenação e duração das sessões de intervenção (ordem de apresentação dos temas de acordo com as necessidades psicossociais de cada criança, frequência de aplicação dos volumes de acordo com as sessões de intervenção; e duração da rotina de leitura da história), (b) dados quantitativos sobre as rotinas sistematizadas (englobando aspectos sobre cumprimento do objetivo das rotinas, descrição e detalhamento de cada rotina e apresentação dos questionamentos levantados pelas crianças); e (c) figuras e relatos das crianças participantes como ilustração de resultados da Fase 02 (figuras elaboradas nas rotinas de aquecimento e/ou de oficina com complemento de relatos verbais).

### ***6.2.1. Ordenação e duração das sessões de intervenção***

Visando a descrição do repertório de comportamentos dos participantes da Fase 02 do estudo e a análise das mudanças decorrentes da manipulação do ambiente de cuidados (exposição aos episódios formais de relato de histórias e realização das atividades propostas), planejou-se a escolha e a aplicação de três volumes da Coleção para cada participante (n=12), de acordo com as necessidades psicossociais identificadas. Todavia, conforme explicitado no capítulo de Método, das 30 sessões realizadas, oito participantes realizaram três sessões de intervenção, dois realizaram duas e outros dois fizeram apenas uma sessão. Das 30 sessões realizadas, cada volume da Coleção foi aplicado cinco vezes,

assegurando-se um contingente mínimo de dados que permitissem comparação. Na Tabela 06, apresenta-se a ordem de aplicação dos volumes para cada participante da Fase 02.

Tabela 06 - Ordenação dos temas vide as necessidades psicossociais de cada participante.

<b>Participante</b>	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>
<b>P1.FII, 6 anos (M)</b>	Materiais hospitalares	----	----
<b>P2.FII, 4 anos (F)</b>	Hospitalização	Materiais hospitalares	----
<b>P3.FII, 11 anos (M)</b>	Cuidados básicos	Dor	Materiais hospitalares
<b>P4.FII, 8 anos (M)</b>	Sentimentos	Hospitalização	----
<b>P5.FII, 14 anos (F)</b>	Ambientes hospitalares e profissionais de saúde	Dor	Cuidados básicos
<b>P6.FII, 10 anos (F)</b>	Sentimentos	Dor	Ambientes hospitalares e profissionais de saúde
<b>P7.FII, 12 anos (M)</b>	Sentimentos	Dor	Cuidados básicos
<b>P8.FII, 4 anos (F)</b>	Hospitalização	Cuidados básicos	Ambientes hospitalares e profissionais de saúde
<b>P9.FII, 10 anos (M)</b>	Matérias hospitalares	Dor	Cuidados básicos
<b>P10.FII, 6 anos (F)</b>	Sentimentos	----	----
<b>P11.FII, 8 anos (F)</b>	Ambientes hospitalares e profissionais de saúde	Hospitalização	Materiais hospitalares
<b>P12, FII, 11 anos (F)</b>	Hospitalização	Ambientes hospitalares e profissionais de saúde	Sentimentos
<b>Prevalência</b> (Tema mais abordado)	Sentimentos (4/12)	Dor (5/10)	Cuidados básicos (3/8)

Foram realizadas 12 sessões de primeira intervenção, dez de segunda intervenção e oito sessões de terceira intervenção, totalizando 30 sessões. Verificou-se que a principal temática abordada na primeira sessão foi sobre os sentimentos (ocorrendo em quatro dos doze encontros). Já na segunda sessão, o tema mais abordado foi referente à dor (cinco dos dez encontros) e na terceira sessão, a temática de cuidados básicos de saúde foi a mais apresentada (três dos oito casos). Observando os dados referentes aos participantes em idade pré-escolar, nenhuma sessão relacionada à temática da dor foi realizada. Os dois

temas mais abordados com tais participantes referiram-se à hospitalização e aos materiais hospitalares (duas intervenções com cada um dos temas). As outras três intervenções referiram-se aos temas de ambientes e profissionais de saúde, cuidados básicos, e sentimentos. A Figura 08 ilustra a frequência com que cada volume da Coleção foi aplicado aos participantes da Fase 02, de acordo com a ordem das três possíveis sessões.

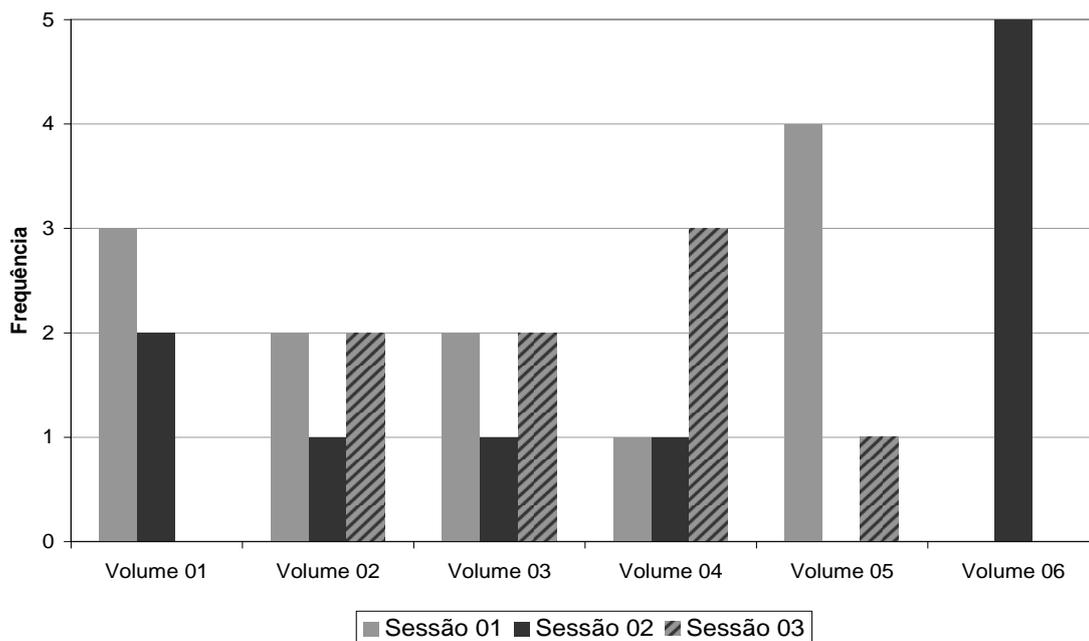


Figura 08. Frequência de aplicação de cada volume da Coleção de acordo com a ordem de sessões.

Observou-se que o volume sobre a temática da situação de hospitalização foi apresentado sempre nas duas primeiras sessões, o que é coerente com a proposta deste tema, que introduz o contexto para discussão dos demais. Os dois volumes seguintes, sobre materiais hospitalares e sobre ambientes e profissionais de saúde foram apresentados de forma diluída entre os três encontros, não havendo ênfase sobre a aplicação destes em um momento específico. Já os volumes com temáticas relativas aos cuidados básicos, aos sentimentos e à dor apresentaram destaque em um único momento de intervenção, como

descrito anteriormente (cuidados básicos de saúde com ênfase na terceira sessão, sentimentos na primeira sessão e dor na segunda sessão).

Além dos dados sobre a ordem de aplicação dos temas, verificou-se, também, a duração da rotina de leitura da história para os participantes. Conforme referido na sessão de procedimentos, através destes dados de duração é que foi possível verificar a baixa uniformidade do material na Fase 01, com alteração de conteúdo quanto à mudança de citação das ações para a descrição das mesmas. Desta forma, considerando as discrepâncias encontradas quanto ao tempo de duração das histórias do primeiro e do quarto volumes na Fase 01, efetuou-se a reestruturação destes volumes e optou-se por uma nova análise do tempo de duração da rotina de leitura das histórias de cada volume da Coleção na Fase 02, conforme apresentado na Tabela 07.

Tabela 07 - Tempo de duração (em minutos) da rotina de leitura das histórias: fase 02.

	<b>Volume 01</b>	<b>Volume 02</b>	<b>Volume 03</b>	<b>Volume 04</b>	<b>Volume 05</b>	<b>Volume 06</b>
Média	<b>17,8</b>	<b>20,0</b>	<b>20,20</b>	<b>21,60</b>	<b>19,60</b>	<b>23,00</b>
Desvio-padrão	<b>2,49</b>	<b>2,92</b>	<b>1,49</b>	<b>3,78</b>	<b>3,51</b>	<b>4,24</b>
Mínimo	14	16	18	16	14	20
Máximo	20	23	22	25	23	30

Na Fase 02, a aplicação dos volumes registrou uma média de duração entre 18 e 23 minutos, com menor discrepância (entre as médias) do que aquela verificada na Fase 01, dados que podem sustentar a hipótese de maior uniformidade das histórias após a mudança referida. Ainda comparando as Fases 01 e 02, verificou-se que a média de duração da aplicação dos volumes 01 e 04 aumentou, aproximando-se de uma média de 20 minutos para leitura de cada história. Menores discrepâncias também estiveram presentes nesta fase vide a maior uniformidade entre os valores de desvio-padrão, com a ausência de valores extremos, tal como presente na Fase 01.

### 6.2.2. Cumprimento dos objetivos considerando os ciclos de intervenção

Os primeiros dados categorizados da análise quantitativa referem-se ao cumprimento dos objetivos de cada rotina, conforme apresentado na Tabela 08.

Tabela 08 – Descrição dos objetivos das rotinas por sessão de intervenção.

Alcançou o objetivo proposto?	Ocorrência			
	Sessão 01 (n=12)	Sessão 02 (n= 10)	Sessão 03 (n= 8)	TOTAL (n=30)
<b>Aquecimento</b>				
1.1. Não	0	0	1	1
1.2. Sim	12	10	7	29
1.2.1 Contato inicial (e/ou)	12	10	7	29
1.2.2 Trabalho com o tema	8	10	7	25
<b>Leitura da história</b>				
2.1. Sim	12	10	8	30
<b>Relato da história pela criança</b>				
3.1. Não	3	2	1	6
3.2. Sim	9	8	7	24
3.2.1. Espontâneo (ou)	4	5	5	14
3.2.2. Com perguntas	5	3	2	10
<b>Oficina</b>				
4.1. Não	2	2	1	5
4.2. Sim	10	8	7	25
4.2.1. Informações contextualizadas (e/ou)	7	6	7	20
4.2.2. Fechamento da intervenção	8	8	7	23

De acordo com os dados, todas as rotinas de aquecimento cumpriram o objetivo proposto, com exceção de um caso na terceira sessão. Além disso, na primeira sessão, verificou-se que o aquecimento foi executado mais como uma atividade de contato inicial (12 casos) do que de abordagem do respectivo tema (oito casos). Na segunda e terceira sessões, tanto o objetivo de contato inicial quanto de abordagem do tema foram cumpridos em todos os sete encontros realizados.

Quanto ao relato da história pela criança, nos três momentos das sessões de intervenção ocorreram situações de não realização da atividade, obtendo-se uma ausência desta rotina em seis oportunidades. Observou-se um decréscimo deste relato à medida que ocorreram as sessões. Em contrapartida, das 30 sessões de intervenções, a maioria (24 casos) realizou a rotina, sendo que na primeira sessão, dos nove relatos, cinco ocorreram

em função da apresentação de perguntas formuladas pelo pesquisador. Na segunda e terceira sessões, dos 15 relatos, a maioria (dez casos) ocorreu de forma espontânea, com aumento proporcional destes relatos espontâneos da segunda sessão (cinco de oito casos) para a terceira (cinco de sete casos).

Na rotina de oficina, por 25 vezes o objetivo foi cumprido, sendo a primeira e segunda sessões (16 de 18 intervenções) com o foco no encerramento da intervenção. Destes 18 casos, apenas 13 englobaram o trabalho com informações contextualizadas. Na terceira sessão, todas as sete ocorrências da rotina de oficina focalizaram tanto a atividade como fechamento da intervenção como o trabalho com informações contextualizadas. Novamente, por cinco vezes no total, a rotina de oficina não foi cumprida.

Para análise das situações de não cumprimento das rotinas propostas e das diferenças quanto às especificidades referidas na Tabela 07, optou-se pela sistematização dos dados no que se refere aos objetivos das rotinas, de acordo com cada volume, como descrito na Tabela 09. A complementação destes dados, em relação as suas justificativas, foi realizada com informações cursivas extraídas dos roteiros de observação.

Tabela 09 - Descrição dos objetivos das rotinas segundo o volume do livro.

<i>Alcançou o objetivo proposto?</i>	<i>Ocorrência</i>					
	<b>Volume 01</b>	<b>Volume 02</b>	<b>Volume 03</b>	<b>Volume 04</b>	<b>Volume 05</b>	<b>Volume 06</b>
<b>Aquecimento</b>						
1.1. Não	0	0	1	0	0	0
1.2. Sim	5	5	4	5	5	5
1.2.1 Contato inicial (e/ou)	5	5	4	5	5	5
1.2.2 Trabalho com o tema	3	5	3	4	5	5
<b>Leitura da história</b>						
2.1. Sim	5	5	5	5	5	5
<b>Relato da história pela criança</b>						
3.1. Não	2	2	1	0	0	1
3.2. Sim	3	3	4	5	5	4
3.2.1. Espontâneo (ou)	2	3	1	3	2	3
3.2.2. Com perguntas	1	0	3	2	3	1
<b>Oficina</b>						
4.1. Não	0	0	2	1	1	1
4.2. Sim	5	5	3	4	4	4
4.2.1. Informações contextualizadas (e/ou)	4	5	2	4	3	1
4.2.2. Fechamento da intervenção	5	5	3	4	3	4

Quanto à rotina de aquecimento, verificou-se que os volumes sobre a temática de hospitalização (volume 01), de ambientes e profissionais de saúde (volume 03) e de cuidados básicos (volume 04) tiveram atividades mais com o foco sobre o contato inicial do que o trabalho com o tema. É importante pontuar que tais volumes foram utilizados por quatro sessões com crianças pré-escolares e por seis vezes na primeira sessão, de estabelecimento de contato com o participante. E ainda, em relação a estes volumes, na temática de ambientes e profissionais de saúde, uma atividade de aquecimento não foi realizada por iniciativa prévia do próprio acompanhante de ler a história para a criança. Nos volumes sobre materiais hospitalares (volume 02), sentimentos (volume 05) e dor (volume 06), todas as rotinas de aquecimento cumpriram tanto o objetivo de contato inicial como o de trabalho com o tema.

Sobre a rotina de relato da história pela criança, esta não foi estabelecida por duas vezes na temática sobre hospitalização (volume 01) e duas vezes, também, na temática sobre materiais hospitalares (volume 02). E, ainda, por uma vez nos volumes sobre ambientes e profissionais de saúde (volume 03) e sobre a dor (volume 06). Nos dois casos referentes ao volume 01, a não ocorrência se deu com crianças pré-escolares, sendo uma destas a mesma participante (P2.FII) que também não efetuou um dos relatos do volume 02. Nos demais casos, uma outra criança da mesma enfermaria teve intercorrências de saúde e as atividades foram interrompidas (volume 02), uma criança leu a história, não sendo coerente a repetição de relato pela mesma (volume 03) e uma criança participante teve intercorrências de saúde (volume 06). Dos demais casos, o relato foi, em maior parte, espontâneo nos volumes sobre hospitalização, sobre materiais de saúde, sobre cuidados básicos de saúde e sobre dor. Nos volumes sobre ambientes e profissionais de saúde e sobre sentimentos é que foi preciso maior incentivo, com formulação de perguntas às

crianças. No total, dos 24 relatos, 14 foram espontâneos e 10 ocorreram com formulação de perguntas às crianças pelo pesquisador.

A análise sobre a rotina de oficina, por sua vez, demonstra que com exceção dos dois primeiros volumes, em todos os demais houve ausência da atividade, resultando em cinco casos nos quais a rotina de oficina não foi realizada. No volume 03 sobre ambientes e profissionais de saúde, um dos casos de ausência da atividade justifica-se por ter sido a primeira sessão de intervenção da criança em episódio de primeira internação hospitalar, verificando-se um alto grau de ansiedade da participante. No outro caso deste mesmo volume, por falta de atenção da criança foi preciso interromper a atividade. Já no volume 04, sobre cuidados básicos de saúde, a rotina não ocorreu por necessidade de realização de cuidados básicos da criança durante a atividade. Por fim, nos volumes 05 e 06, sobre as temáticas de sentimentos e de dor, o não cumprimento da rotina se deu por conduta inapropriada do pesquisador em realizar a atividade referente à oficina como aquecimento.

Ainda sobre aspectos da rotina de oficina, verificou-se que dos 25 casos, 24 foram desempenhados como fechamento da intervenção, sendo realizado o trabalho com informações contextualizadas em 19 casos. Destaca-se, em especial, o volume 06, sobre a temática de dor, no qual apenas por uma vez ocorreu o trabalho com informações contextualizadas. Nessa temática houve prevalência significativa da rotina apenas para fechamento da intervenção.

E ainda, no volume 05, sobre sentimentos, a ocorrência de casos como fechamento da intervenção (3) foi inferior ao total de intervenções de oficina deste volume (4). Tal fato ocorreu porque, em um caso, a mãe e a criança participantes da sessão pediram para realizar a atividade em momento posterior ao dia de intervenção da pesquisadora, sendo alegada a possibilidade de continuidade de realização de atividade lúdica pela diáde durante o período da internação.

### 6.2.3. Rotinas de intervenção de acordo com o sistema de categorias

Os episódios comportamentais em cada rotina de intervenção (aquecimento, leitura da história, relato da história pela criança e oficina) foram categorizados conforme o sistema de categorias e subcategorias proposto na Fase 01 do estudo (atividade, interação, conteúdo e estrutura). Quanto à análise destes dados, não foram feitas descrições por cada volume e sim quanto às três sessões de aplicação, devido à necessidade de identificar o repertório de comportamentos dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde de modo a verificar regularidades e diferenças em relação à evolução de cada sessão.

#### 6.2.3.1- Rotina de aquecimento:

A rotina de aquecimento é apresentada de acordo com quatro tabelas descritivas quanto às categorias de análise; a Tabela 10 refere-se à atividade, a Tabela 11 refere-se às interações, a Tabela 12 sobre o conteúdo e a Tabela 13 descreve a estrutura da rotina.

Tabela 10 - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de atividade.

AQUECIMENTO: <i>atividade</i>	Ocorrência			
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	TOTAL
<i>Realização da rotina de aquecimento</i>	12	10	7	29
1. Realização da atividade planejada	10	10	7	27
1.1. Participação colaborativa	6	9	7	22
1.2. Participação com resistência	4	1	-	5
2. Realização de outra atividade	2	-	-	2
2.1. Interferência do pesquisador	-	-	-	-
2.2. Interferência da criança	2	-	-	2
3. Não realizou a atividade	-	-	1	1
3.1. Falta de interesse da criança pela atividade	-	-	1	1
3.2. Falta de interesse da criança pelo tema	-	-	-	-
3.3. Intercorrência de saúde	-	-	-	-
3.4. Falta de conduta apropriada do pesquisador	-	-	-	-
3.5. Falta de condições ambientais adequadas	-	-	-	-

Quanto à análise das atividades, na rotina de aquecimento, por 29 vezes a rotina foi realizada, sendo que 27 casos referiram-se à realização da atividade planejada. Sobre a realização de outra atividade que não a planejada para o aquecimento, os dois casos ocorreram na primeira sessão por interferência da criança. E ainda, a não realização da rotina ocorreu apenas em um caso, na terceira sessão, devido ao relato verbal da criança de falta de interesse na atividade.

Em relação à realização do aquecimento, a maioria das ações das crianças (22 das 27 ocorrências) pôde ser considerada como colaborativa, entretanto, na primeira sessão, verificou-se quatro casos (de um total de 10) de participação com algum tipo de resistência. A participação com resistência diminuiu para um caso na segunda sessão e não ocorreu na terceira sessão.

Tabela 11 - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de interação.

<b>AQUECIMENTO: interação</b>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de aquecimento</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
1. Realização individual	1	-	-	1
2. Realização em díade central: criança e pesquisador	10	10	7	27
3. Participação conjunta (mais de uma opção de subcategoria):	8	7	3	18
3.1. Participação do acompanhante	8	6	2	16
3.2. Participação dos profissionais de saúde	-	-	-	-
3.3. Participação de outras crianças	1	3	1	5
3.4. Contato realizado pela criança	1	2	3	6
3.5. Contato realizado pelo membro externo	7	5	-	12
4. Tipo de participação				
4.1. Atividade conjunta	8	4	2	14
4.2. Atividades complementares	-	2	1	3
4.3. Atividades concorrentes	-	1	-	1

Sobre as interações, na rotina de aquecimento, das 29 vezes que a rotina foi realizada, 27 interações ocorreram entre a díade central criança-pesquisador. Apenas na primeira sessão a relação entre esta díade não foi estabelecida por duas vezes, com um caso de realização da tarefa individualmente pela criança e outro realizado entre a criança e um membro externo.

Em relação à participação conjunta, na rotina, de um membro externo, em todas as sessões houve valores significativos desta. No entanto, enquanto na primeira sessão esta participação ocorreu em oito das 12 atividades da rotina, na segunda sessão houve um acréscimo, ocorrendo em sete das 10 atividades. Em contrapartida, na terceira sessão houve um decréscimo quanto à participação conjunta externa, ocorrendo em apenas três dos sete casos.

O acompanhante da criança na hospitalização foi o membro de maior representatividade em todas as sessões de intervenção, com presença em 16 de 18 casos de participação conjunta. Concomitante, houve participações de outras crianças por cinco vezes. Quanto ao tipo de participação externa, a maior parte das atividades (14 casos) foi realizada de forma conjunta. As atividades foram realizadas de forma complementar por três vezes e concorrente apenas por uma vez.

Outro ponto de destaque foi sobre o indivíduo que inicia a interação. Apesar de ter sido predominante o contato realizado pelo membro externo (12 dos 18 casos), houve diferenças no decorrer das sessões. Enquanto nas duas primeiras sessões de intervenção o contato foi realizado, em sua maioria, pelo membro externo (12 dos 15 casos), na terceira sessão houve uma inversão, sendo característico nesta o contato realizado pela criança em todos os três casos.

Tabela 12 - Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de conteúdo.

AQUECIMENTO: <i>conteúdo</i>	Ocorrência			
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	TOTAL
<i>Realização da rotina de aquecimento</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
1. Referência aos dados pessoais (mais de uma opção de subcategoria):	8	4	4	16
1.1. Hábitos/ rotina	3	1	2	6
1.2. Dados familiares	3	3	1	7
1.3. Realidade escolar	-	1	1	2
1.4. Amizades	-	-	-	-
1.5. Sentimentos	5	-	1	6
1.6. Brinquedos e brincadeiras	3	1	1	5
2. Referência ao processo saúde-doença (mais de uma opção de subcategoria):	9	10	7	26
2.1. Doença e tratamento	4	6	3	13
2.2. Materiais hospitalares	4	2	1	7
2.3. Profissionais de saúde	1	3	1	5
2.4. Ambientes hospitalares	1	2	1	4
2.5. Cuidados básicos de saúde	-	2	3	5
2.6. Dor	1	1	1	3
2.7. Corpo humano	2	5	-	7

Em relação ao conteúdo abordado na rotina de aquecimento, de uma forma geral, obteve-se uma maior ênfase às referências ao processo saúde-doença (total de 26 citações) do que referências aos dados pessoais (total de 16 citações). Comparando as três sessões de intervenção, as referências aos dados pessoais ocorreram em maior destaque na primeira sessão (oito dos 12 casos). De modo geral, os temas predominantes dos dados pessoais foram relativos a tópicos sobre a família, seguidos pelos hábitos e rotina da criança e temáticas referentes aos sentimentos. Por outro lado, comparando novamente as três sessões de intervenção, as referências ao processo saúde-doença ocorreram em maior destaque na segunda e terceira sessões. Destaque aos temas sobre doença e tratamento, materiais hospitalares e corpo humano.

Tabela 13- Descrição da rotina de aquecimento: ocorrência da categoria de estrutura.

AQUECIMENTO: <i>estrutura</i>	Ocorrência			
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	TOTAL
<i>Realização da rotina de aquecimento</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
1. Esclarecimento de dúvidas	1	2	1	4
1.1. Com pesquisador	1	2	-	3
1.2. Com acompanhante	-	-	1	1
1.3. Com profissionais de saúde	-	-	-	-
1.4. Com outras crianças	-	-	-	-
2. Interrupção temporária	5	3	2	10
2.1. Intercorrência de saúde	2	-	-	2
2.2. Procedimentos médicos	2	2	1	5
2.3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene)	1	1	1	3
3. Interrupção total	-	-	-	-

Quanto à estrutura do aquecimento, por quatro vezes houve busca por esclarecimento de questões relacionadas aos diversos âmbitos do processo saúde-doença, sendo direcionada, por três vezes, ao pesquisador e uma vez ao acompanhante. Das 10 interrupções temporárias, por cinco vezes foi necessária a realização de procedimentos médicos, por três vezes foram realizados cuidados de saúde e por duas vezes ocorreram intercorrências de saúde. É importante explicitar que com o decorrer das sessões houve decréscimo proporcional das interrupções. Em nenhum momento ocorreu interrupção total da rotina.

#### 6.2.3.2- Rotina de leitura da história:

A rotina de leitura da história é descrita de acordo com três tabelas que seguem as suas categorias de análise; a Tabela 14 refere-se às interações, a Tabela 15 refere-se ao conteúdo e a Tabela 16 à estrutura da rotina. Não há a classificação quanto à categoria de atividade pela leitura da história não ter sido estruturada em caráter de atividade diretiva.

Tabela 14 - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de interação.

<b>LEITURA DA HISTÓRIA: interação</b>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de leitura da história</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
1. Realização individual	-	-	1	1
2. Realização em díade central: criança e pesquisador	11	10	6	27
3. Participação conjunta (mais de uma opção de subcategoria):	4	5	3	12
3.1. Participação do acompanhante	4	5	2	11
3.2. Participação dos profissionais de saúde	-	-	-	-
3.3. Participação de outras crianças	1	-	1	2
3.4. Contato realizado pela criança	-	2	-	2
3.5. Contato realizado pelo membro externo	4	3	3	10

Na rotina de leitura da história, verificou-se que a atividade foi realizada em conjunto, pela díade criança-pesquisador, sendo assim em 11 das 12 vezes da primeira sessão, 10 das 10 vezes da segunda sessão e seis das oito vezes da terceira sessão. Apenas por uma vez, na terceira sessão, é que houve realização da leitura da história de forma individual.

Quanto à participação conjunta externa, o maior número de ocorrência proporcional foi registrado na segunda sessão, em cinco das 10 rotinas, seguida pelas ocorrências da terceira sessão, com três das oito rotinas. A sessão com menos participação externa foi a primeira, com quatro das 12 rotinas. O maior número de participações ocorreu com o acompanhante (11 ocorrências), seguido pela participação de outras crianças (duas ocorrências). Sobre o indivíduo iniciante da interação, em todas as sessões foi predominante o contato realizado pelo membro externo (referido em 10 dos 12 casos).

Tabela 15 - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de conteúdo.

LEITURA DA HISTÓRIA: conteúdo	Ocorrência			
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	TOTAL
<i>Realização da rotina de leitura da história</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
1. Referência aos dados pessoais (mais de uma opção de subcategoria):	10	6	4	20
1.1. Hábitos/ rotina	2	1	2	5
1.2. Dados familiares	9	2	3	14
1.3. Realidade escolar	2	3	1	6
1.4. Amizades	2	2	1	5
1.5. Sentimentos	5	1	1	7
1.6. Brinquedos e brincadeiras	3	5	3	11
2. Referência ao processo saúde-doença (mais de uma opção de subcategoria):	11	9	7	27
2.1. Doença e tratamento	6	5	4	15
2.2. Materiais hospitalares	7	2	2	11
2.3. Profissionais de saúde	2	4	2	8
2.4. Ambientes hospitalares	1	2	1	4
2.5. Cuidados básicos de saúde	3	1	4	8
2.6. Dor	1	4	3	8
2.7. Corpo humano	1	1	-	2

Sobre o conteúdo da rotina de leitura da história, foram realizadas por 27 vezes referências ao processo saúde-doença e por 20 vezes referências aos dados pessoais. Com análise sobre a ocorrência das referências no decorrer das sessões, em ambos os casos notou-se um decréscimo proporcional, sendo na primeira sessão a ocorrência de referências aos dados pessoais (10 dos 12 casos) em quantidade muito mais próxima das referências do processo saúde-doença (11 dos 12 casos) do que nas demais sessões.

Destacam-se as temáticas de dados familiares (14 ocorrências) e brinquedos e brincadeiras (11 ocorrências) em relação à categoria de referência aos dados pessoais, e as temáticas de doença e tratamento (15 ocorrências) e materiais hospitalares (11 ocorrências) em relação à categoria de referência sobre o processo saúde-doença.

Tabela 16 - Descrição da rotina de leitura da história: ocorrência da categoria de estrutura.

LEITURA DA HISTÓRIA: <i>estrutura</i>	Ocorrência			
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	TOTAL
<i>Realização da rotina de leitura da história</i>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
1. Esclarecimento de dúvidas	3	3	2	8
1.1. Com pesquisador	3	2	1	6
1.2. Com acompanhante	-	1	1	2
1.3. Com profissionais de saúde	-	-	-	-
1.4. Com outras crianças	-	-	-	-
2. Interrupção temporária	1	2	1	4
2.1. Intercorrência de saúde	-	-	-	-
2.2. Procedimentos médicos	1	1	1	3
2.3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene)	-	1	-	1
3. Interrupção total	-	-	-	-

Em comparação à rotina de aquecimento, notou-se quanto à estrutura da rotina de leitura da história que houve um aumento significativo da quantidade de dúvidas explicitadas pelos participantes, com um total de oito registros (lembrando que no aquecimento este número foi de quatro ocorrências), e uma menor quantidade de interrupções temporárias, com apenas quatro registros (no aquecimento este número foi de 10 ocorrências).

O esclarecimento de dúvidas foi direcionado em maior ênfase ao pesquisador (seis casos), seguindo pelos esclarecimentos com o acompanhante (dois casos). Novamente, as interrupções também ocorreram em grande parte (três dos quatro casos) por motivo de realização de procedimentos médicos.

#### 6.2.3.3- Rotina de relato da história pela criança:

A rotina de relato da história pela criança é descrita de acordo com duas tabelas que seguem as suas categorias de análise; a Tabela 17 refere-se à atividade (com especificidades da rotina que diferem das subcategorias das rotinas de aquecimento e oficina) e a Tabela 18 refere-se às interações durante a rotina.

Tabela 17 - Descrição da rotina de relato da história pela criança: ocorrência da categoria de atividade.

<b>RELATO DA HISTÓRIA PELA CRIANÇA:</b> <i>atividade</i>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de relato da história pela criança</i>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>24</b>
1.1. Relato da história na íntegra	3	5	5	13
1.2. Relato do resumo da história/ história parcial	6	3	2	11
1.3. Não realizou a atividade	3	2	1	6
1.3.1. Falta de interesse da criança pela atividade	2	1	-	3
1.3.2. Falta de interesse da criança pelo tema	-	-	-	-
1.3.3. Intercorrência de saúde	-	1	-	1
1.3.4. Falta de conduta apropriada do pesquisador	-	-	1	1
1.3.5. Falta de condições ambientais adequadas	1	-	-	1

A rotina de relato da história pelas crianças foi realizada em 24 dos 30 possíveis casos. Destes 24 casos, 13 referiram-se ao relato da história na íntegra e 11 ao relato parcial da mesma. Em uma progressão proporcional ao total das rotinas por sessão, ao decorrer da primeira para a terceira sessão houve um aumento significativo do relato da história na íntegra. Enquanto na primeira sessão apenas três das nove crianças que realizam o relato o fizeram na íntegra, na segunda sessão este valor aumentou, sendo realizado por cinco das oito crianças. Por fim, na terceira sessão, cinco das sete crianças realizam o relato na íntegra.

A não realização da rotina por seis vezes ocorreu por falta de interesse da criança pela atividade (três casos), por intercorrência de saúde (um caso), por falta de conduta apropriada do pesquisador (um caso) e por falta de condições ambientais apropriadas (um caso). Verificou-se, também, um decréscimo quanto a não realização da rotina com o decorrer das sessões de intervenção.

Tabela 18 - Descrição da rotina de relato da história pela criança: ocorrência da categoria de interação.

<b>RELATO DA HISTÓRIA PELA CRIANÇA:</b> <i>interação</i>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de relato da história pela criança</i>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>24</b>
1. Realização individual	4	5	1	10
2. Realização em díade central: criança e pesquisador	5	3	6	14
3. Participação conjunta (mais de uma opção de subcategoria):	-	-	2	2
3.1. Participação do acompanhante	-	-	-	-
3.2. Participação dos profissionais de saúde	-	-	-	-
3.3. Participação de outras crianças	-	-	2	2
3.4. Contato realizado pela criança	-	-	-	-
3.5. Contato realizado pelo membro externo	-	-	2	2

O relato da história pela criança pôde ser caracterizado na primeira e terceira sessões como uma rotina realizada pela díade criança-pesquisador. Todavia, enquanto na primeira sessão cinco casos foram realizados pela díade criança-pesquisador e quatro realizados individualmente pela criança, na terceira sessão houve realização em sua maioria (seis casos) pela díade criança-pesquisador. A terceira sessão também foi caracterizada pela participação conjunta de outras crianças por dois momentos, sendo nesses casos, o contato realizado pela criança externa à intervenção. Na segunda sessão, em oposição ao ocorrido nas duas outras referidas, a realização da rotina de relato da história pela criança ocorreu em cinco dos oito relatos de maneira individual.

#### 6.2.3.4- Rotina de oficina:

A análise da rotina de oficina segue os mesmos padrões da rotina de aquecimento, com quatro tabelas descritivas referentes às categorias propostas; a Tabela 19 refere-se à atividade, a Tabela 20 refere-se às interações, a Tabela 21 refere-se ao conteúdo e a Tabela 22 faz referência à estrutura da rotina.

Tabela 19 - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de atividade.

OFICINA: <i>atividade</i>	Ocorrência			TOTAL
	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	
<i>Realização da rotina de oficina</i>	10	8	7	25
1. Realização da atividade planejada	7	7	6	20
1.1. Participação colaborativa	5	6	4	15
1.2. Participação com resistência	2	1	2	5
2. Realização de outra atividade	3	1	1	5
2.1. Interferência do pesquisador	-	-	-	-
2.2. Interferência da criança	3	1	1	5
3. Não realizou a atividade	43	14	17	5
3.1. Falta de interesse da criança pela atividade	2	2	1	2
3.2. Falta de interesse da criança pelo tema	1	-	1	2
3.3. Intercorrência de saúde	-	-	-	-
3.4. Falta de conduta apropriada do pesquisador	-	-	-	-
3.5. Falta de condições ambientais adequadas	1	1	-	2
	-	1	-	1

Quanto à análise da atividade na rotina de oficina, das 30 sessões realizadas, 20 ocorreram com realização da atividade planejada, cinco com a realização de outra atividade e outras cinco referiram-se a não ocorrência da atividade.

Em relação ao cumprimento da rotina com a atividade planejada, assim como ocorreu no aquecimento, a maioria das ações das crianças também pôde ser considerada como colaborativa (15 ocorrências das 20 realizadas). Comparando as três sessões, a maior proporção de ações de participação colaborativa ocorreu na segunda sessão (sete dos oito casos) e a menor proporção na terceira sessão (quatro dos sete casos).

Dos cinco casos de realização de outra atividade, novamente, foi na primeira sessão de intervenção que houve maior ocorrência (três casos). Em relação às atividades não realizadas, houve um acréscimo na sua quantidade se comparada à rotina de aquecimento, além de terem sido novas as justificativas na rotina de oficina: não só pela falta de interesse da criança (dois casos), mas também por condutas inapropriadas do pesquisador (dois

casos) e pela falta de condições ambientais adequadas (um caso) que a atividade não foi realizada por cinco vezes.

Tabela 20 - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de interação.

<b>OFICINA: interação</b>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de oficina</i>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>25</b>
1. Realização individual	2	-	-	2
2. Realização em díade central: criança e pesquisador	5	7	5	17
3. Participação conjunta (mais de uma opção de subcategoria):	5	6	5	16
3.1. Participação do acompanhante	5	3	-	8
3.2. Participação dos profissionais de saúde	1	1	1	3
3.3. Participação de outras crianças	-	5	4	9
3.4. Contato realizado pela criança	1	3	3	7
3.5. Contato realizado pelo membro externo	4	3	2	9
4. Tipo de participação				
4.1. Atividade conjunta	5	4	3	12
4.2. Atividades complementares	-	1	2	3
4.3. Atividades concorrentes	-	1	-	1

No âmbito das interações na oficina, apenas dois casos ocorreram, na primeira sessão, caracterizados pela realização individual da rotina. Houve na rotina um alto índice de ocorrência de realização das atividades com o pesquisador (17 casos), assim como elevada participação externa (16 casos). Essa interação com membro externo se manteve pelas três sessões, com destaque à participação do acompanhante na primeira sessão. Entretanto, após a primeira sessão, o papel em destaque foi sobre a participação de outras crianças na rotina, ocorrendo por cinco vezes na segunda sessão de intervenção e mais quatro vezes na terceira sessão.

E ainda, nesta rotina, mais uma vez com diferenças no que se refere ao aquecimento, apenas na primeira sessão o contato foi realizado em sua maioria pelo membro externo (quatro ocorrências). Na segunda sessão, tanto foi realizado contato pelo

membro externo (três casos) como realizado contato pela criança (três casos). Apenas na terceira sessão é que houve maior ocorrência de contato realizado pela criança (três casos) do que pelo membro externo (dois casos). Verificou-se, ainda, que a maioria das atividades realizadas por esses membros externos foi caracterizada como atividade conjunta (12 ocorrências).

Tabela 21 - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de conteúdo.

<b>OFICINA: conteúdo</b>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de oficina</i>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>25</b>
<b>1. Referência aos dados pessoais (mais de uma opção de subcategoria):</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>19</b>
1.1. Hábitos/ rotina	3	2	1	6
1.2. Dados familiares	3	2	2	7
1.3. Realidade escolar	-	2	1	3
1.4. Amizades	-	-	-	-
1.5. Sentimentos	1	1	-	2
1.6. Brinquedos e brincadeiras	4	6	3	13
<b>2. Referência ao processo saúde-doença (mais de uma opção de subcategoria):</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>17</b>
2.1. Doença e tratamento	3	3	5	12
2.2. Materiais hospitalares	2	2	1	5
2.3. Profissionais de saúde	1	2	2	5
2.4. Ambientes hospitalares	1	1	1	3
2.5. Cuidados básicos de saúde	3	1	3	7
2.6. Dor	3	1	2	6
2.7. Corpo humano	-	2	-	2

Em relação ao conteúdo abordado na rotina de oficina, verificou-se grande variabilidade quanto aos temas abarcados, com 19 casos de crianças tendo se referido aos dados pessoais e 17 tendo realizado referência ao processo saúde-doença. Enquanto a referência aos dados pessoais foi mais presente nas duas primeiras sessões (com oito e sete casos, respectivamente), conteúdos relacionados ao processo saúde-doença foram mais destacados na terceira sessão (seis casos dentre os sete possíveis). E mais, enquanto os dados pessoais aumentam de ocorrência proporcionalmente da primeira para a segunda

sessão e diminuem da segunda para a terceira sessão, os dados referentes ao processo saúde-doença aumentaram à medida que ocorreram as sessões.

Das subcategorias, em relação aos dados pessoais, obteve-se maior ênfase no conteúdo sobre brinquedos e brincadeiras (13 ocorrências) seguido por dados familiares (sete ocorrências) e hábitos e rotina (seis ocorrências). Nos conteúdos sobre o processo saúde-doença, destacam-se as referências à doença e ao tratamento (12 casos entre 17 possíveis), seguidas por cuidados básicos de saúde (sete casos) e pela dor (seis casos). O único tema que não foi retratado, nem no aquecimento nem na oficina, referiu-se à amizade.

Tabela 22 - Descrição da rotina de oficina: ocorrência da categoria de estrutura.

<b>OFICINA: estrutura</b>	<b>Ocorrência</b>			
	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Realização da rotina de oficina</i>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>25</b>
1. Esclarecimento de dúvidas	1	1	1	3
1.1. Com pesquisador	-	-	-	-
1.2. Com acompanhante	-	1	-	1
1.3. Com profissionais de saúde	1	-	1	2
1.4. Com outras crianças	-	-	-	-
2. Interrupção temporária	1	2	3	6
2.1. Intercorrência de saúde	-	-	-	-
2.2. Procedimentos médicos	1	2	2	5
2.3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene)	-	-	1	1
3. Interrupção total	1	2	-	3

Na estrutura da rotina de oficina, a quantidade de questões efetuadas pelas crianças diminuiu quando comparadas à rotina anterior de relato da história, com a ocorrência de apenas três casos; entretanto, o direcionamento destas aos profissionais de saúde (dois casos) caracterizou um novo cenário da rotina. Ocorreram seis casos de interrupção temporária, principalmente para realização de procedimentos médicos (cinco ocorrências) e três interrupções totais da rotina.

#### 6.2.3.5- Considerações complementares sobre as rotinas:

Integrando os dados apresentados, considerando todas as rotinas estudadas, em especial em relação às interações de acordo com as diferenças de gênero e de idade, no caso de interação com os pares, todos os meninos realizaram intervenções individuais, ao passo que três das sete meninas, a partir da segunda sessão, passaram a ter intervenções em dupla, com outras crianças do mesmo sexo. No caso de interação com adultos, os meninos mais velhos (11 e 10 anos), que não apresentavam descrição no prontuário médico de atraso cognitivo como sequela da doença, não demonstraram diferenciação quanto ao contato com pesquisadores de ambos os sexos. Todavia, já para os meninos mais novos ou com algum tipo de deficiência cognitiva, além da presença da mãe ter sido constante em todos os encontros, apresentaram claro desejo verbal de realizarem atividades com o auxiliar de pesquisa do sexo masculino. E em relação à mãe, observou-se sua presença em todos os casos de crianças pré-escolares, de ambos os sexos.

Por fim, em cada sessão, foram levantadas as dúvidas explicitadas pelas crianças que tinham conteúdo referente a uma temática diretamente relacionada ao esclarecimento de questões sobre os âmbitos do processo saúde-doença. Questões sobre as atividades e rotinas desenvolvidas não foram consideradas nesta análise. Quinze relatos verbais foram classificados de acordo com o membro ao qual a dúvida foi direcionada e de acordo com a sessão em que a dúvida foi exposta, respeitando a rotina em que ocorreu, conforme ilustrado na Tabela 23.

Tabela 23 - Questionamentos apresentados pelas crianças no decorrer das sessões de intervenção.

<b>Dúvidas (com pesquisador)</b>	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>
1) Por que é importante comer frutas e verduras? E por que eu preciso andar calçado?	história	----	----
2) Eu posso tomar refrigerante?	história	----	----
3) Eu já fiz uma cirurgia no Hospital de Base, mas onde é a sala de cirurgia do Hospital de Apoio?	----	----	história
4) Eu pedi umas informações no outro hospital, mas não recebi. Você pode explicar melhor a minha doença?	aquecimento	----	----
5) O nome da dor todo é qual? Como é o nome de verdade?	----	aquecimento	----
6) E esse [referindo-se ao intestino], para que serve?	----	história	----
7) Qual a diferença de 'gaze' para 'gases'?	----	aquecimento	----
8) O que se faz na UTI? Para que serve? Uma amiga foi pra lá, mas voltou bem.	história	----	----
9) Eu estou com medo porque vou fazer transplante. Como eu vou me recuperar?	----	história	----
<b>Dúvidas (com profissionais de saúde)</b>	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>
1) Eu queria que você falasse da minha operação. Você sabe como vai ser em São Paulo?	oficina	----	----
2) Por que esse meu remédio tem que ficar tampado com esse plástico?	----	----	oficina
<b>Dúvidas (com acompanhante)</b>	<b>Sessão 01</b>	<b>Sessão 02</b>	<b>Sessão 03</b>
1) Mãe, assistente social é aquela moça que foi lá em casa? O que ela faz?	----	----	história
2) Mãe você lembra do nome da professora que veio aqui ontem?	----	historia	----
3) O que a senhora sabe do corpo humano para me explicar?	----	oficina	----
4) Mãe, por que o meu soro pára de pingar?	----	----	aquecimento

Quanto à relação das perguntas efetuadas pelas crianças com as rotinas especificadas, observou-se que foram efetuadas, em sua maioria, na rotina da leitura da

história (oito ocorrências), seguida pela rotina de aquecimento (quatro ocorrências). Também se verificou que uma maior quantidade de crianças explicitou suas dúvidas (nove ocorrências) diretamente ao pesquisador. Tais dúvidas foram explicitadas em maior proporção na primeira e segunda sessões (ambas com quatro ocorrências). Quanto à explicitação de dúvidas aos acompanhantes, quatro casos ocorreram na segunda e terceira sessões, sendo um caso na rotina de aquecimento, dois casos na rotina de leitura da história (dois casos) e mais um na rotina de oficina.

#### ***6.2.4. Figuras e relatos verbais como exemplo dos resultados da Fase 02***

De maneira a gerar um maior detalhamento dos dados referidos quanto à ocorrência das categorias de comportamento estudadas, optou-se por apresentar figuras, elaboradas pelos participantes, de algumas atividades desenvolvidas nas rotinas de aquecimento e oficina, conforme cada volume da Coleção. As Figuras 09 e 10 apresentam ilustrações que representam o aquecimento e a oficina, respectivamente, do volume sobre hospitalização; na Figura 11 há fotografias de instrumentos criados pelas crianças na rotina de oficina de materiais hospitalares; a Figura 12 ilustra com colagens feitas pelos participantes a oficina de ambientes e profissionais de saúde; a Figura 13 se refere a colagens da oficina de cuidados básicos de saúde; a Figura 14 apresenta desenhos realizados na oficina de sentimentos e a Figura 15 traz as ilustrações do corpo humano estruturados durante a rotina de aquecimento da temática de dor aguda. As escolhas quanto à apresentação da rotina de aquecimento ou de oficina se deram com base naquelas em que ocorreu a produção de materiais passíveis de registro fotográfico. Complementou-se a análise de tais registros com relatos verbais de conteúdos significativos, isto é, relatos que exemplificam as categorias presentes ao longo do estudo. A seguir, são apresentados estes dados (figuras e relatos verbais), de acordo com cada temática especificada.

#### 6.2.4.1- Tema: hospitalização



Figura 09. Auto-representações na rotina de aquecimento sobre a temática de hospitalização.

Nas ilustrações da Figura 09, há exemplos de sugestões de atividade diretiva (auto-representação) que foram adequadas as especificidades de cada criança, no caso da rotina realizada com massinha de modelar (ilustração 01) ou no desenho livre de auto-representação (ilustração 04) na rotina de aquecimento do volume 01. Nos outros dois desenhos (ilustrações 02 e 03) foi dado um molde corporal no qual a criança fez seu autorretrato e ilustrou os eventos significativos de sua vida. Mais uma vez, a temática sobre o cabelo foi destacada, vide que em quatro dos cinco casos participantes, houve ilustração com cabelo, sendo que dois casos referiam-se a meninas com alopecia. Em quatro casos houve também representação direta da família e da casa (seja por ilustração da mãe, dos irmãos, do animal de estimação ou da escada da casa). A referência ao suporte familiar esteve presente também em discursos, como:

*“Tenho saudade da minha avó.”* (P8.FII, 4 anos)

*“Eu não quero ficar só, queria meus irmãos por perto.”* (P11.FII, 8 anos)

*“Eu tenho saudades da minha família porque não tem como todos estarem no hospital.”* (P12.FII, 11 anos)

Sobre os motivos da hospitalização, novamente, as crianças foram capazes de apresentar explicações sobre sua condição clínica. Todavia, houve um grau de maior detalhamento nesta Fase do que na primeira coleta de dados.

Exemplos - crianças escolares:

*“Se é para ficar boa logo, por que eu vou fugir do hospital? Eu estou doente e venho para cá me curar, mas fico ansiosa para ir embora. Tenho câncer e a QT mata ele.”* (P12.FII, 11 anos)

*“Eu estou no hospital para tomar remédio e ficar boa. Tomar os remédios é ruim, mas eles são bons para a gente ficar forte de volta.”* (P11.FII, 8 anos)

*“Estou aqui tomando quimioterapia para matar as células. É ruim porque dói um pouquinho.”* (P4.FII, 8 anos)

Exemplo - criança pré-escolar:

*“Eu tenho que tomar remédio para sarar, mas não gosto de internar.”* (P8.FII, 4 anos)

A primeira temática diferencial desta Fase referiu-se à expressão verbal das crianças quanto ao desejo de realizarem atividades no hospital. Os participantes utilizaram as restrições impostas pela doença e/ou pelo tratamento para explicar as dificuldades ou impossibilidades para desenvolverem determinadas atividades.

Exemplos:

“Eu gosto de brincar de tudo, mas aqui não posso várias coisas. O que eu gosto daqui é a casinha de boneca.” (P11.FII, 8 anos)

“Aqui eu não posso andar de bicicleta nem jogar bola, pois aqui é preciso ficar quieto e aqui também não tem espaço. O que eu gosto e posso fazer é jogar dominó.” (P4.FII, 8 anos)

A Figura 10, que apresenta as representações de atividades em calendários desenvolvidos na rotina de oficina do volume 01, ilustra algumas destas necessidades quanto à execução de atividades no contexto do tratamento hospitalar.



Figura 10. Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de hospitalização.

Para esta Fase, o calendário foi atividade bastante enfatizada por três das crianças em idade escolar. Uma destas crianças afixou o calendário em seu caderno de atividades da escola e outras duas crianças trouxeram os calendários aos encontros posteriores, com o

preenchimento das ocorrências do mês. Dessas últimas, uma criança pediu para, novamente, preencher um novo calendário. Outro tema de temática diferencial enfatizado nesta fase referiu-se à religiosidade (citado por quatro crianças).

Exemplos - religiosidade:

*“No domingo eu vou à igreja, mas o desenho dela não pode ter cruz não porque na minha religião não tem. Eu oro todo dia para ser abençoado.”* (P4.FII, 8 anos)

*“Eu rezo de vez em quando para ficar boa logo.”* (P12.FII, 11 anos)

*“Oro todo dia pra melhorar e guardar minha mãe e meu pai.”* (P11.FII, 8 anos)

Os demais destaques na rotina de oficina, seja por desenho ou por relato verbal, quando o conteúdo foi hospitalização, foi a volta para casa (referido pelas cinco crianças), a atividade de assistir televisão (referido por três) e os procedimentos médicos invasivos (referido por quatro crianças).

Exemplos - volta para casa:

*“Eu fico triste. Quero ir logo para casa.”* (P8.FII, 4 anos)

*“O que eu sinto mais falta é de poder estar em casa para brincar com minha tartaruga e os outros animais lá de casa.”* (P4.FII, 8 anos)

Exemplos - atividade de assistir televisão na rotina hospitalar:

*“Fico alegre vendo TV. Gosto de desenho e de filme.”* (P12.FII, 11 anos)

*“Eu sempre vejo desenho.”* (P4.FII, 8 anos)

*“Eu assisto muito desenho enquanto estou aqui no hospital.”* (P11.FII, 8 anos)

Exemplos - procedimentos médicos invasivos:

*“Quando tomo injeção dói um pouco, mas eu fico quietinho.”* (P4.FII, 8 anos)

*“Tenho medo das agulhas, mas não tenho raiva. Quando a gente vai embora fica feliz porque sabe que não vai mais furar. Quando fura, dói.”* (P12.FII, 11 anos)

*“Não gosto da sala de procedimentos por causa das agulhas.” (P11.FII, 8 anos)*

A referência à agulha e à seringa, assim como na Primeira Fase do estudo, também foi enfaticamente abordada na Segunda Fase, tal como ilustra a Figura 11, sobre personagens construídos a partir da temática de materiais hospitalares.

#### 6.2.4.2- Tema: materiais hospitalares

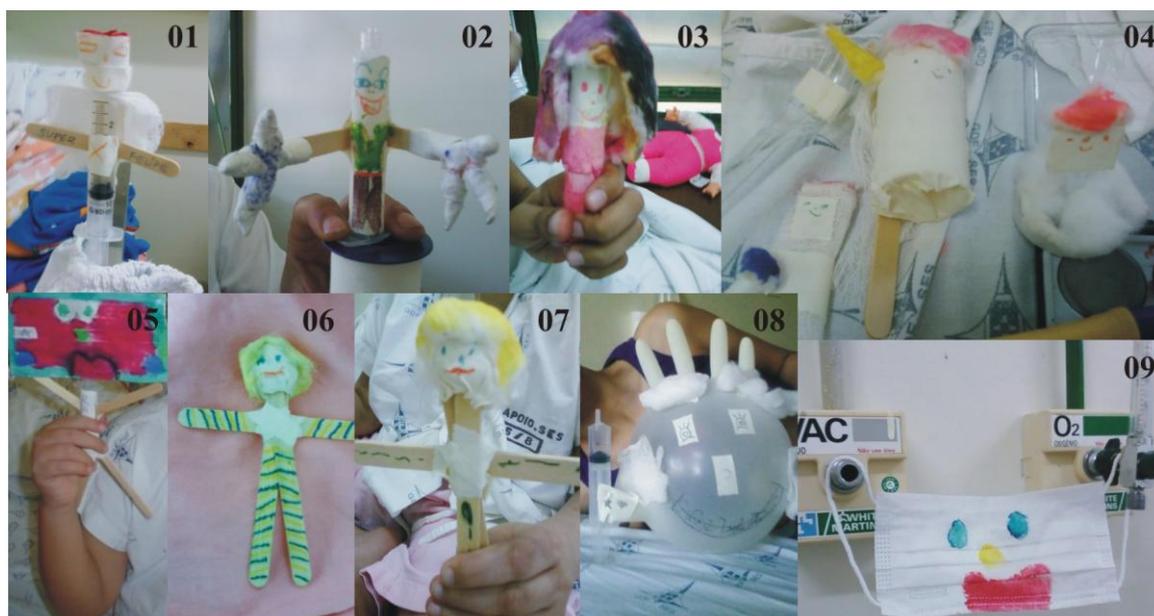


Figura 11. Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de materiais hospitalares.

Dentre os personagens retratados, a seringa foi o material escolhido para a construção dos personagens de quatro das cinco crianças que realizaram a atividade (conforme exemplo das ilustrações número 01, 02, 03 e 05). Destas quatro, três crianças, em encontros posteriores, relataram que guardaram seus personagens em casa.

Exemplo - seringa:

*“Quando tomam remédio na veia, as crianças deveriam não chorar muito. Elas deviam dizer ‘ai’, mas não ficar como a Bárbara [criança internada na cama ao*

lado]. Hoje ela arrancou o soro. Eu acho que não deveria doer para furar.”

(P3.FII, 11 anos)

Verificou-se, ainda, que todos os personagens construídos apresentavam características e funções similares aos objetos retratados na história.

Exemplos:

“Essa vai ser a ‘Gazus’ [referindo-se à gaze], ela vai limpar o cateter. Já a

‘Aguda’ [referindo-se ao algodão] vai limpar o sangue.” (P9.FII, 10 anos)

“Eu vou fazer a ‘Palitita’ [referindo-se ao abaixador de língua] e ela vai ser a namorada do ‘Paliton’ da história. Só que pra colocar um cabelão nela eu vou ter que fazer cirurgia na cabeça dela.” (P11.FII, 8 anos)

#### 6.2.4.3- Tema: ambientes e profissionais e saúde



Figura 12. Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de ambientes e profissionais de saúde.

Na rotina de aquecimento, assim como nos resultados da Fase 01, quanto aos locais do hospital, o menos conhecido foi a Unidade de Terapia Intensiva, seguida pela sala de cirurgia.

Exemplo:

*“Eu não sei o que faz na UTI não, mas minha amiga já foi pra lá e quando saiu voltou ao normal.”* (P12.FII, 11 anos)

Dos profissionais de saúde, o menos referido quanto a sua função foi o profissional do serviço social, mencionado por apenas uma criança. Por outro lado, por três vezes, os nomes de médicos foram associados às pessoas dos profissionais de saúde.

Quanto à atividade de oficina, conforme os exemplos ilustrados na Figura 12, dos três participantes que finalizaram a atividade, os temas mais comuns, destacados na atividade de construção de um hospital pela criança foram: (a) alimentação (presente nas ilustrações 01, 02 e 03); (b) maior conforto tanto do paciente quanto de seu acompanhante em relação às instalações para descanso (ilustrações 02, 04 e 05); e (c) necessidade de investimento em atividades de entretenimento (representado nas ilustrações 02, 05 e 06).

Exemplos:

*“Eu quero é comer umas coisas bem gostosas. Mas vou colocar o grill igual ao que tem na minha casa para tirar gordura.”* (P6.FII, 11 anos)

*“Eu quero umas camas bem grandes e quero uma sala de massagem também para a minha mãe ficar mais confortável. Ela gosta de café também. Vou colocar uma cafeteira pra ela.”* (P5.FII, 14 anos)

*“Tem que ter sempre revistinha e desenhos.”* (P8.FII, 4 anos)

E ainda, apesar de continuamente referido, o medo ou o não gostar dos procedimentos médicos, duas crianças representaram a seringa e a injeção para medicação (ilustrações 04 e 05), especificando, inclusive, a equipe de saúde; outra criança fez referências também à sala de radioterapia.

#### 6.2.4.4- Tema: cuidados básicos de saúde



Figura 13. Representações das crianças na rotina de oficina sobre a temática de cuidados básicos de saúde.

Alguns tópicos desta temática foram destacados de acordo com a verbalização direta da criança sobre os cuidados básicos com a saúde e com a hospitalização. As explicações das crianças foram associadas às limitações impostas pelo tratamento:

Exemplo - alimentação:

*“Eu sei que tenho que comer frutas e verduras, mas não sei por quê. Na verdade eu não gosto de comer nada no hospital.”* (P3.FII, 11 anos)

*“Em casa eu gosto de arroz com bife, mas aqui no hospital não como direito.”* (P9.FII, 10 anos)

*“Em casa o que eu mais gosto é de galinhada, mas no hospital só como fruta porque não gosto da comida. O tempero da minha mãe é melhor. Eu também gosto de refrigerante, mas sempre achei que não podia. A minha mãe cortou, mas semana passada no feriado, ofereceram refrigerante aqui.”* (P5.FII, 14 anos)

*“É mais gostoso comer chocolate do que fruta. Aqui eu como sopinha.”* (P8.FII, 4 anos)

Exemplo - banho:

*“Quando estou no hospital não gosto de tomar banho não.”* (P8.FII, 4 anos)

Exemplo - andar calçado:

*“Eu prefiro andar descalço, mas agora que estou doente minha mãe não deixa.”*  
(P7.FII, 12 anos)

Exemplo - cuidados com os dentes:

*“Eu faço acompanhamento com dentista fora do hospital e estou com tratamento contínuo porque estou com gengivite.”* (P5.FII, 14 anos)

*“Eu não posso usar fio dental porque com a doença minha boca sangra muito.”*  
(P9.FII, 10 anos)

Na rotina de oficina, a maior parte dos cuidados foi reproduzida de acordo com o material apresentado nos livros, sendo referido como novo cuidado (não incluído nas histórias) a necessidade de pentear o cabelo todos os dias (mencionado por um adolescente com alopecia) e a necessidade de não sujar o Planeta Terra.



Exemplos:

*“A menina está com medo porque vai ao médico e vai tomar injeção. Quando eu venho pra cá eu choro porque queria ir para casa e também fico com medo de me darem injeção e do tratamento demorar muito. No início foi pior porque meu cabelo caiu, eu tinha que furar toda hora e porque minha mãe chorava muito. Hoje eu fico entediada porque não tem coisas para fazer.”* (P6.FII, 11 anos)

*“O menino está chorando porque está triste. Ele levou uma injeção.”* (P4.FII, 8 anos)

*“Amo meu pai e minha mãe e também tenho ciúmes da minha mãe. Aqui eu fico ansioso para ir embora. Quando a gente vai embora fica feliz porque sabe que não vai ser mais furado. Dói e só a gente está no corpo da gente pra saber o que sente.”* (P7.FII, 12 anos)

*“Eu choro quando lembro da doença. E eu estou preocupada e com medo porque vou ter que tomar dez dias de vacina.”* (P12.FII, 11 anos)

*“Eu fico triste quando a minha mãe me bate.”* (P10.FII, 6 anos)

Na oficina, assim como ilustrado na Figura 14, todas as crianças fizeram representações de similares aos desenhos apresentados nos livros. Todavia, enquanto as crianças escolares utilizaram a cópia do desenho, mas explicitaram verbalmente o nome e a origem do sentimento, a criança pré-escolar apenas relacionou os aspectos objetivos do desenho, sem representar aspectos relacionados a qualquer sentimento (assim como ocorrido na rotina de aquecimento).

#### 6.2.4.6- Tema: dor aguda

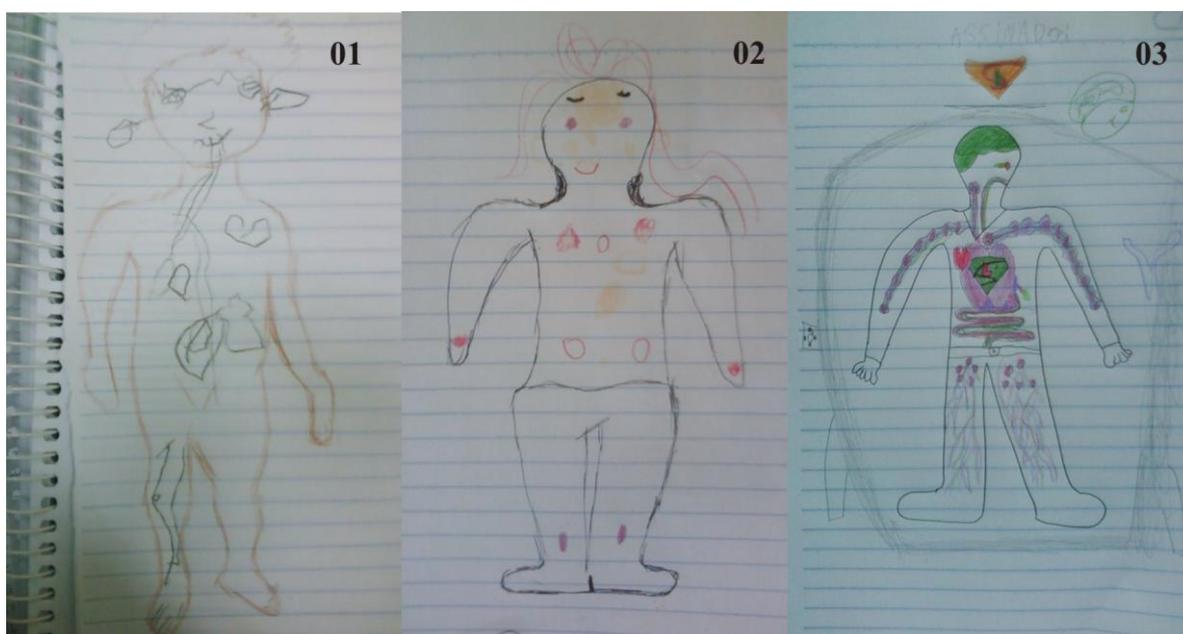


Figura 15. Representações das crianças na rotina de aquecimento sobre a temática de dor.

A atividade da representação do corpo buscou informação sobre o conhecimento das crianças das partes do corpo e suas funções. Em todos os desenhos houve uma alta ocorrência de representação de órgãos e sistemas diretamente relacionados ao tratamento, como pode ser visto na Figura 15. O primeiro desenho (ilustração 01), por exemplo, é de uma criança em recuperação de internação em UTI, recentemente submetida a procedimento cirúrgico de traqueostomia, por isso, apresentava dificuldades para falar e encontrava-se com alimentação apenas pastosa. Desta forma, no desenho, além da representação das veias, dada a alta incidência de punções venosas, pode-se destacar a representação do estômago e da traquéia. Já o desenho 02, se refere a uma criança submetida à cirurgia renal, destacando-se a representação, novamente, dos pontos onde são realizadas as punções venosas e a região operada. Por fim, o terceiro desenho representa, com surpreendente grau de detalhamento do corpo humano, em especial do sistema linfático, a preocupação da criança com a compreensão de sua doença.

Exemplos:

*“Eu estou estudando o sistema linfático com o meu pai porque quero saber mais sobre a minha doença. Esse sistema é responsável pelos glóbulos e fecha os machucados... Meu desenho está igualzinho ao livro que eu estou estudando, mas quero estudar os livros da sétima série para saber de todo o corpo. E esse desenho [ilustração 03] eu vou levar para a minha psicóloga.”* (P9.FII, 10 anos)

*“Do rim eu sei que tem que beber bastante água [ilustração 02]. Eu tenho um só rim, o outro deu tumor. Eu operei e tirei, agora deu no pulmão.”* (P6.FII, 11 anos)

*“Eu tinha muita dor nos ossos, mas melhorei com o tratamento.”* (P5.FII, 14 anos)

Verificou-se, também, uma associação entre estímulos de dor e diferentes graus de intensidade. Todas as crianças apresentaram alguma ligação da sensação de dor com estímulos do tratamento.

Exemplos:

*“A dor mais forte que já senti é a da punção lombar.”* (P3.FII, 11 anos)

*“A menor dor que já tive é a dor de barriga. A maior dor é da punção lombar e uma dor mediana é da punção venosa.”* (P7.FII, 12 anos)

*“A dor mais fraca é a de beliscão e as mais fortes são de pisar no vidro e da punção.”* (P6.FII, 11 anos)

*“Quando tenho dor de cabeça, é fraca. A forte é a dor na costela.”* (P5.FII, 14 anos)

*“A dor que mais dói é a de tristeza.”* (P9.FII, 10 anos)

Por fim, foi questionada qual a ação da criança no momento em que estava com dor, de maneira a delinear um perfil de estratégias de enfrentamento adotadas com objetivo de reduzir a tensão e os efeitos adversos da experiência de dor.

Exemplos:

*“Quando estou com dor, eu tomo remédio, abraço minha mãe ou grito.”* (P3.FII, 11 anos)

*“Eu choro quando sinto dor.”* (P9.FII, 10 anos)

*“Quando eu faço punção, eu abraço a minha mãe. Antes eu chorava agora não choro mais não.”* (P7.FII, 12 anos)

*“Na hora de fazer punção eu choro ou mordo a bochecha da minha mãe. A minha mãe também me dá beijo, mas a minha dor não passa. Mas quando eu dou beijo na minha mãe a dor dela passa.”* (P6.FII, 11 anos)

*“Eu tomo remédio quando estou com dor.”* (P5.FII, 14 anos)

## Capítulo 07 - Discussão

Nesse estudo, tal como em Aragão e Azevedo (2001), verificou-se que ambientes de tratamento médico, nem sempre favoráveis ou estimuladores ao processo de desenvolvimento, se utilizados como espaços lúdicos adequados às necessidades psicossociais de cada indivíduo, podem proporcionar uma oportunidade de incentivo ao desenvolvimento, constituindo-se em uma forma legítima de interagir, aproveitar recursos disponíveis e potencializar o suporte social existente em contextos geralmente percebidos como estressantes. Essa forma legítima de interação em contextos de saúde perpassa pela atual perspectiva de políticas de humanização em saúde, preconizada pela OMS e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresentada em Deslandes (2004), como um conceito norteador de uma nova práxis na produção e execução de cuidados em saúde.

Desta forma, humanizar como uma política de assistência nessa nova práxis é garantir dignidade ética à palavra e experiência dos indivíduos, em outros termos, o que é expresso pelos sujeitos em palavras necessita ser reconhecido pelo outro (Brasil, 2002), dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes (Betts, 2008). Neste modelo de entendimento, o projeto de humanização se vislumbra como uma nova ética, ancorada no princípio da linguagem e na ação comunicativa. A possibilidade comunicacional constitui, assim, referência conceitual central do processo de humanização. Partindo desse pressuposto apresentado, a presente seção de discussão está estruturada em três eixos: (a) discussão dos resultados referentes à Fase 01, (b) discussão dos resultados referentes à Fase 02 e (c) discussão do método utilizado em ambas as fases.

### **7.1- Discussão: Primeira Fase**

Ao considerar que a criança enferma apresenta recursos e comportamentos saudáveis orientados para o seu desenvolvimento psicológico, que precisam ser potencializados (Linhares & Minardi, 1999), a utilização sistemática de uma coleção de histórias infantis, contextualizadas às situações de tratamento médico em oncologia pediátrica, permitiu o levantamento de dados de conteúdos relevantes à hospitalização, os quais podem constituir uma base para um trabalho qualificado e interdisciplinar, com objetivo de se alcançar o potencial de desenvolvimento dos indivíduos inseridos em contextos adversos (de tratamento médico). O pressuposto básico neste contexto é de que processos de comunicação efetivos em saúde constituem uma ferramenta essencial para um diagnóstico metuculoso e para o desenvolvimento de planos de tratamento com sucesso (Levetown, 2008).

Iniciando as análises quanto aos aspectos da Fase 01, previamente ao detalhamento dos conteúdos descritos, um olhar breve sobre as características de duração das intervenções e de cada uma de suas fases é relevante. O tempo médio de uma hora para a realização sistematizada de toda a sessão de intervenção parece adequado para a inserção desta proposta em diversos contextos de saúde, desde o uso em enfermarias de internação, em ambiente ambulatorial ou mesmo sala de espera. Esse tempo médio permite cogitar, ainda, caso a aplicação seja em grupo, a possibilidade de uma elevação no tempo de duração, coerente com sua realização muitas vezes concomitante a outras atividades da rotina hospitalar.

Sobre o detalhamento da duração de cada sessão, o maior tempo envolvido nas rotinas de oficina e de leitura da história corrobora diretamente com os pressupostos da intervenção de que além do acesso ao estímulo da informação (leitura da história) é

necessário espaço para que a criança construa e elabore seus conhecimentos (oficina). A menor duração nas rotinas de aquecimento e de relato da história pela criança retrata o caráter de suporte destas atividades. Esses dados são coerentes com Caminiti e colaboradores (2005) que destacam uma melhor eficácia de intervenção quando se estabelece uma combinação de procedimentos, desvinculando atuações baseadas unicamente no fornecimento de informação. Desta forma, potencializada a eficácia da intervenção, o aproveitamento da informação disponibilizada ao paciente constitui um dos principais preditores da promoção de comportamentos de saúde de pacientes e seus acompanhantes (Ford & cols, 2000).

Seguindo para análises de aspectos de conteúdo, enquanto o foco do estudo baseou-se no suporte social cognitivo, as relações familiares foram destacadas pelas crianças como importante suporte social afetivo, não só em suas representações, como nos relatos sobre sentimentos de saudade da família, a necessidade de afastamento desta para realização de tratamento em cidade diferente da cidade de origem e a preferência das crianças pela mãe no papel de acompanhante, entre outros. Estes dados permitem reafirmar o papel da família como primeira fonte de suporte social, com importância significativa para a adaptação e manejo de ambientes de tratamento médico (La Greca, 1990), assim como permitem reafirmar a necessidade da inserção e participação efetiva dos familiares nas diversas etapas do tratamento e da hospitalização infantil, como descrito por Sabatés e Borba (2005). A participação familiar torna-se de extrema necessidade ao considerar, em especial, o contexto de crianças pequenas, as quais segundo Landolt e colaboradores (2002) apresentam menor uso de estratégias de enfrentamento ativas ou busca de suporte.

Essa inserção e participação efetiva dos familiares inclui não apenas prover cuidados emocionais e físicos à criança hospitalizada, mas garantir a sua inserção de forma crítica. O foco não deve ser apenas na colaboração dos responsáveis com a equipe de saúde

ou o consolo emocional de seus filhos, mas a apropriação dos conhecimentos em saúde e o direito de cuidarem de si mesmos e de suas crianças. De acordo com Silva e Correa (2006), é pouco prático e de insuficiente valia apenas promover a presença da família na hospitalização da criança, sem que exista um preparo adequado para lidar com sua permanência e sem que haja uma rede de apoio que possibilite sua reorganização, durante e após a hospitalização. Sugere-se que para este preparo sejam disponibilizadas, na forma de cartilha ou outro material didático, instruções práticas para uma efetiva implementação do direito assegurado aos pais ou responsáveis, pela Resolução nº 41/95, do Código dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, de participação ativa dos processos de diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações e participando dos processos de comunicação.

O suporte afetivo também pôde ser observado quando houve relato do nome dos profissionais de saúde que conviviam com os participantes no hospital, em associação com as profissões, quando esteve em destaque o papel do agente de segurança e do palhaço, que no ambiente de coleta de dados demonstravam, frequentemente, apoio afetivo às crianças e seus acompanhantes e quando foi relatado o sentimento de tristeza por atendimento em outra unidade com atenção diferenciada dos profissionais. Tais informações permitem sugerir a relevância do treinamento dos profissionais de saúde em habilidades de suporte social, não só instrumental e cognitivo, mas em especial, de suporte afetivo. Retomando que a comunicação verbal e não-verbal de cuidados e preocupações constituintes desse tipo de suporte pode interferir em fatores como a auto-estima e a redução de sentimentos de inadequação pessoal, assim como podem auxiliar a expressão de sentimentos relacionados à experiência de adoecer (Helgeson, 2003).

Em relação aos profissionais de saúde, de acordo com alguns aspectos referidos pelos participantes da pesquisa, os profissionais que mais foram citados previamente à

história foram o médico, o agente de segurança e o palhaço. Após o relato da história (uma forma de suporte cognitivo), as crianças voltaram a fazer referência ao médico, seguido pelo profissional de enfermagem, a recepcionista, a nutricionista, a assistente social e o dentista, indicando a ocorrência de aquisição de conhecimento. Isso permite verificar que eventuais dúvidas identificadas antes do relato da história (como a dificuldade de diferenciação do papel entre médico e enfermeiro, bem como a correta referência ao papel do assistente social) foram supridas com relato da história.

Os dados permitem levantar, também, a suposição sobre um melhor aproveitamento de conteúdo, por parte das crianças, quando as histórias incluíam desenhos mais próximos à realidade dos profissionais de saúde que as atendiam. Enquanto a maior parte dos profissionais foi retratada apenas com foto de representação em massinha de modelar, a professora, a nutricionista e o cirurgião-dentista possuíam desenhos específicos dos materiais e das atividades que desempenhavam. Estes dados de concreto acesso à informação, tanto de ampliação de repertório quanto de melhor aproveitamento de conteúdo, condizem com a hipótese de Dell'Aglio e Hutz (2002) de que, em contexto de tratamento médico, informações disponibilizadas à criança, adequadas à sua condição de desenvolvimento, interferem diretamente sobre o aumento da percepção de controle em eventos do tratamento, ampliando o repertório instrumental de comportamentos.

O suporte instrumental também pôde ser verificado na temática referente aos ambientes hospitalares. Apesar de frequentemente referidos pelas crianças, a sala de procedimentos, o consultório médico e a sala de cirurgia, o ambiente em destaque foi a sala de espera, sendo justificada esta escolha por sua função lúdica desempenhada no Hospital de Apoio de Brasília. Esse aspecto vai de encontro ao apresentado por Coutinho, Costa Junior e Kanitz (2000), sobre a possibilidade de disponibilização de melhores condições de suporte social com a modificação do ambiente hospitalar, adaptando-o aos eventos do

tratamento, especialmente no que se refere, entre outros fatores, a um ambiente ecologicamente voltado ao processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes, com configurações de estímulos, físicos e sociais, que auxiliem a minimização do caráter estressante e potencialmente aversivo atribuído à permanência em contextos de internação hospitalar.

Desta forma, enquanto as crianças destacaram a importância do brincar e dos brinquedos, em oposição, expressaram insatisfação com a necessidade de submissão a procedimentos médicos que envolviam seringas. Observou-se que a seringa, no repertório verbal das crianças sobre gostar ou não de algum instrumento, foi mantida em sua função real, ligada diretamente ao contexto da doença e da dor, enquanto que para outros objetos ocorreu uma aproximação a funções mais recreativas, possibilitando uma livre expressão de criatividade. Sugere-se, com o presente estudo, que os profissionais de saúde e acompanhantes de crianças hospitalizadas incentivem, em suas interações e intervenções, a expressão lúdica de instrumentos hospitalares, para que sejam abordados em funções recreativas e de entretenimento, reduzindo seu potencial aversivo. Tal ação contemplaria o expresso por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) como estratégias ativas da criança ou adolescente de aproximação em relação ao estressor, ou seja, uma resposta de enfrentamento focada no problema, contemplando um dos pressupostos centrais de por Lazarus e Folkman (1984) de ênfase em resultados adaptativos.

Em relação à permanência no hospital, as crianças demonstraram bons conhecimentos sobre suas condições clínicas, mesmo com o relato aversivo de eventos relacionados a tomar soro e submeter-se à punção lombar. Neste caso, o investimento em identificar a significação atribuída a agulhas, por exemplo, poderia trazer ganhos secundários ao período de internação e de tratamento como um todo. Um bom exemplo desta possibilidade foi o envolvimento das crianças com a confecção lúdica de

personagens, tais como a máscara hospitalar, objeto também associado à administração de quimioterapia por via intravenosa.

Ainda em relação à resignificação de conteúdos, destaca-se a possibilidade de explorar a temática de dor como experiência sensorial e emocional. Embora todas as crianças tenham apresentado algum tipo de relato verbal referente à dor, após a exposição da história, os participantes relataram conteúdos referentes à compreensão do sistema sensorial de dor, indicando, novamente, que a história proporcionou uma efetiva oportunidade de aprendizagem. A experiência emocional, decorrente da sensação desagradável de dor, foi abordada durante a narração da história, permitindo a compreensão de seu mecanismo funcional pelas crianças. Essa ampliação de repertório em um contexto de construção de conhecimento, consiste em um método potencialmente efetivo de facilitação do funcionamento adaptativo da criança ao ambiente hospitalar e de tratamento de saúde. Conforme citado por Araujo e Arraes (2000), aumenta a previsibilidade dos eventos, na medida em que se amplia as relações sociais entre profissionais de saúde e pacientes e em que ocorre esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos médicos e seus efeitos. Além disso, o relato dos participantes levou a identificação de algumas estratégias de enfrentamento colaborativas adotadas durante episódios de dor, as quais, de acordo com Aldwin (2001), devem ser conhecidas e reforçadas pelos profissionais de saúde.

Outro tema que merece reforço positivo por parte dos profissionais de saúde e dos familiares das crianças se refere aos cuidados básicos com a saúde. Dos cuidados apresentados em um dos volumes da Coleção, as crianças indicaram, previamente à leitura da história, que já executavam as atividades de escovar os dentes, comer frutas, andar calçado e tomar banho, atividades essenciais ao contexto de tratamento de saúde. Destaca-se que, dentre estas ações, escovar os dentes, comer frutas e andar calçado foram referidos

com proeminência em todas as atividades, indicando tratar-se de tópicos representados como de grande importância pelas crianças. É interessante que dormir não foi retratado na rotina inicial de aquecimento, porém, as crianças fizeram referências a esta ação em todas as demais atividades da intervenção, o que pode significar uma familiarização com o tema e, ao mesmo tempo, uma não associação da atividade de dormir como um comportamento de saúde. Por fim, alimentar-se em horários adequados só foi referido pelas crianças depois da narração de uma das histórias, sugerindo-se tratar de uma atividade de baixa familiaridade. Desta forma, deve-se enfatizar que os cuidados básicos de saúde, a serem apresentados ou reforçados, dependem de variáveis contextuais e culturais de pacientes e seus familiares, bem como do ambiente de cuidados com o tratamento. E são exatamente estas variáveis contextuais e culturais que se relacionam ao suporte social como um meio de influência para o comportamento das pessoas, visto que, de acordo com Bandura (1986), os comportamentos são desenvolvidos ou ativados mediante interações entre o meio social e o indivíduo.

A apresentação das histórias também proporcionou importantes informações referentes aos sentimentos das crianças durante a hospitalização. Sentimentos de tédio, saudade e medo foram explicitamente relatados em referência a permanecer no hospital. Considerando que os sentimentos constituem comportamentos encobertos (Skinner, 1982), buscou-se as contingências que operam para manter tais comportamentos, que, como descrito anteriormente, referiram-se ao afastamento da família e à necessidade de realização de procedimentos médicos invasivos com agulhas. Os participantes consideraram que os sentimentos de esperança, amor e felicidade eram os mais importantes. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde ressaltar estes comportamentos vistos como positivos, mas, também, abordar o enfrentamento das crianças diante de situações inevitáveis ao tratamento de saúde que tendem a despertar comportamentos não

colaborativos e, como efeito colateral, sentimentos adversos. Para tanto, é essencial ao profissional de saúde o conhecimento sobre a possibilidade de trabalho com o enfrentamento focalizado na emoção, que para Lazarus e Folkman (1984) representa a função de regulação da resposta emocional do paciente provocada pelo estressor. Tal informação tem relevância ainda maior ao se considerar, segundo Compas e colaboradores (1991), que as habilidades de enfrentamento focalizado no problema parecem ser adquiridas após os anos pré-escolares, uma vez que dependem de compreensão cognitiva mais elaborada.

De acordo com Costa Junior (2005), os profissionais de saúde devem então ter habilidades para alterar contingências que controlam o repertório de comportamentos de crianças e adolescentes hospitalizadas, manejo que pode ser eficiente em: (a) alterar determinados eventos antecedentes que atuam como estímulos discriminativos para a emissão (ou eliciamento) de comportamentos inadequados; (b) apresentar reforçadores contingentes a um comportamento alternativo apropriado; ou (c) alterar a eficácia reforçadora de eventos consequentes ao comportamento. Fenton e Horbelt (2001) ressaltam que os profissionais de saúde que atendem crianças e que têm dificuldades em identificar e reforçar comportamentos voluntários de colaboração ao tratamento podem e contribuir para que a criança adquira e mantenha comportamentos concorrentes com os procedimentos médicos a serem executados, aumentando a probabilidade de que tais profissionais venham a adotar estratégias coercitivas para obtenção do controle comportamental da criança. Nesse contexto, o uso de histórias infantis, seguidas de atividades interativas, tais como as propostas pelos volumes da Coleção, apontaram uma estratégia de intervenção comportamental potencialmente eficiente.

Segundo Coutinho, Costa Junior e Kanitz (2000), as formas concorrentes, desviantes ou não, com que uma pessoa lida com situações aversivas ou inéditas, podem

ser caracterizadas como produto de situações de enfrentamento, ou seja, os acontecimentos exigem respostas no sentido de um esforço para adaptação do indivíduo ao meio. Desta forma, as mudanças quanto ao repertório comportamental podem ser realizadas visando estratégias mais eficientes de enfrentamento, tais como o manejo comportamental proposto por Costa Junior (2002):

(1) Assim como os livros confeccionados desta Coleção, com caráter não apenas lúdico, mas principalmente comunicacional, uma combinação de *estratégias de apresentação, nomeação, descrição e demonstração* (verbal ou por meio de alguma atividade física) tem sido eficiente em ambiente de tratamento de saúde. Esta combinação visa reduzir ansiedade diante de situações desconhecidas.

(2) *Procedimentos de relaxamento muscular*, que podem ser úteis em produzir uma diminuição gradativa da tensão muscular da criança, bem como um maior autocontrole respiratório, reduzindo a agitação motora durante episódios mais estressantes. O relaxamento muscular pode ser conjugado com procedimentos de visualização cognitiva, nos quais a criança é convidada a criar estímulos mentais (imagens) que se contraponham a estímulos produtores de ansiedade e medo, assim como proposto na atividade de oficina referente ao volume da Coleção com temática sobre dor.

(3) *Modelação* que consiste em apresentar à criança o procedimento semelhante ao que será executado, em outro indivíduo que apresente repertório de comportamentos colaborativos, seja por observação em vídeo, observação direta ou relato verbal.

(4) *Distração* que é a apresentação à criança de estímulos suficientemente atrativos e incompatíveis com a tensão psicológica gerada pela situação hospitalar estressante. A distração possui o objetivo geral de desviar a atenção da criança de estímulos aversivos aos quais ela é vulnerável para elementos agradáveis e mais reforçadores, tais como ouvir uma música, assistir a um filme ou ler uma história agradável.

Outra opção é a busca por alterações do ambiente hospitalar, resignificando a associação presente no discurso das crianças entre estar confinado ao hospital e sentimentos de tristeza e tédio. Recriar a dinâmica hospitalar implica em construir um alicerce para a compreensão do paciente em relação à realidade em que está inserido, com uma desmistificação do processo saúde-doença e um aumento qualitativo das relações estabelecidas (Moro, 2006). Desta forma, pode-se afirmar a partir dos resultados do presente estudo que o contato direto com a realidade hospitalar, com oportunidade de resignificação de conteúdo, seja pelo aspecto lúdico visto nas atividades diretivas ou pelo aspecto de acesso à informação presente nos livros infantis, proporcionou mudanças significativas de comportamento, como visto nas análises da Fase 02.

Assim, os dados obtidos na primeira fase do estudo permitem afirmar que o presente trabalho corrobora a proposta de Takatori (2003), na qual as atividades de brincar vão muito além das tradicionais brincadeiras ou uso de jogos e brinquedos. O brincar é compreendido como um espaço e um tempo nos quais as atividades ocorrem, permitindo o contato criativo do indivíduo com a realidade. Com isto, é incluída como parte desta experiência qualquer atividade que favoreça a inserção e a manutenção do indivíduo em determinada realidade social. Almeida (2005), por exemplo, destaca que o brincar pode contribuir significativamente com o período de hospitalização da criança, pois por mais doloroso que seja este período, constitui uma oportunidade de aprendizagem e amadurecimento, tal como observada nas situações dos volumes da Coleção em que as crianças adquiriram algum conhecimento novo sobre a doença, o tratamento ou sobre os profissionais de saúde. Enquanto a criança brinca, além de lidar com seus sentimentos, pode treinar habilidades motoras e cognitivas; a aplicação da Coleção de livros infantis, neste estudo, confirmou esta hipótese.

Os resultados da Primeira Fase também corroboram o estudo de Vitorino, Linhares e Minardi (2005) quanto ao trabalho de apresentação de livros infantis como: (a) modelo de leitura para as crianças que não sabem ler; (b) orientação à criança iniciante no aprendizado da leitura; (c) estímulo ao treino daquelas que já estão alfabetizadas; (d) momento de imaginação que extrapola o contexto concreto e imediato da hospitalização, da doença e de pensamentos aversivos; e (e) estímulo à curiosidade para obtenção de informação e novos conhecimentos. E, por fim, pode-se dizer que os resultados de tal fase apontaram diretamente para os valores de autonomia e protagonismo dos participantes envolvidos, valores coerentes com o Plano de Humanização do Sistema Único de Saúde, respeitando os fatores centrais levantados por Santos-Filho (2007), como co-responsabilização entre os sujeitos envolvidos no sistema de saúde, solidariedade dos vínculos estabelecidos e respeito aos direitos dos usuários.

## **7.2- Discussão: Segunda Fase**

Partindo do pressuposto que o uso de livros infantis, juntamente com a indicação de atividades diretivas formam um conjunto eficaz de intervenção que permite a construção de efetivos processos comunicacionais no ambiente de saúde, a análise por categoria de sistematização permitiu o estudo sobre a atividade, a interação, o conteúdo e a estrutura constituintes desse processo. Essa análise buscou a avaliação sobre o delineamento da abrangência do material estruturado e da proposta de intervenção sistematizada.

No que se refere à ordenação dos temas dos volumes da Coleção, apesar do critério de escolha baseado nas necessidades psicossociais de cada participante, ao realizar-se uma observação sobre a prevalência geral dos temas mais abordados quanto às sessões de intervenção, uma interessante ordem de aplicação foi desenvolvida, com início na temática sobre sentimentos, seguida pela temática de dor e tendo como fechamento a temática de

cuidados básicos de saúde. Esses temas podem ter sido destaque do estudo não apenas pela necessidade psicossocial da criança, mas pelo próprio contraste em relação ao enfoque da rede de saúde em trabalhar principalmente com conteúdos diretamente relacionados à intervenção clínica sobre a doença.

Pode-se levantar a hipótese de que os temas referentes à hospitalização, aos materiais hospitalares e aos ambientes e profissionais de saúde constituem os conteúdos mais presentes na realidade hospitalar, levantando, em oposição, à necessidade e à possibilidade de intervenção sistematizada com novos temas. Isso significa que é essencial que a busca dos profissionais de saúde seja contínua quanto à inserção de idéias e temas preventivos nesta realidade. Essa ordem de apresentação dos conteúdos dos volumes da Coleção permitiu uma preparação antecipada para as fontes potenciais de estresse para crianças hospitalizadas, além de ter potencializado o suporte psicossocial ao paciente pediátrico e seus familiares. Para Rushforth (1999), a preparação e o fornecimento de informações antecipadas são métodos significativos para aliviar sintomas como medo, dor e ansiedade. E, ainda, tal proposta vai ao encontro do exposto por Costa Junior (2001), sobre a necessidade do profissional de saúde priorizar a promoção de mudanças de comportamentos relacionadas à saúde de indivíduos e grupos.

Retomando a ordenação proposta, é importante enfatizar a não realização de intervenção da temática de dor com crianças pré-escolares, como descrito nos resultados do estudo. Além do trabalho sobre dor, a única outra temática relacionada ao pensamento abstrato referiu-se aos sentimentos, que no caso da criança pré-escolar, foram estabelecidas relações específicas com objetos concretos. Isso pode ser exemplificado pelos desenhos realizados na rotina de oficina, os quais foram representados, assim como apresentado nas ilustrações deste volume, como uma flor para simbolizar felicidade e por um porco para simbolizar o sentimento de amor. O que, para Vygotski (1984), condiz com o pressuposto

de que o brinquedo e as brincadeiras, e, neste caso, também o livro infantil, atuam como elo entre o objeto real e a situação imaginária.

Tais fatos, tanto em relação ao volume sobre dor quanto ao volume sobre sentimentos, se justificam pelo estágio de desenvolvimento cognitivo destas crianças, caracterizado, entre outros, pelo não simbolismo de pensamentos abstratos, o qual segundo Piaget (1967) corresponderia ao estágio operatório-concreto. Ou seja, segundo o teórico, ainda não ocorreria para esta faixa etária uma representação imediata do abstrato, mas pelo mundo concreto seria possível chegar à abstração através de construções sucessivas com elaborações constantes de estruturas novas, sendo fundamental a consideração de que a construção do pensamento humano ocorre na interação homem-objeto. Desta forma, Oliveira e Friedman (2006) afirmam que a importância do livro não está apenas em seu conteúdo, mas na possibilidade de ele se estabelecer como lugar de confrontação de significados, isto é, o livro como estímulo aos comportamentos cognitivos relacionados ao ato de imaginar e dar significação a fatos e eventos.

Oliveira e Friedman (2006) ressaltam, ainda, que o objetivo do trabalho com o livro não é uma identificação automática e previsível da criança com a história, mas a possibilidade de haver ressonância com o que está posto. Com isso, por parte dos criadores de histórias, nota-se uma preocupação com aspectos gráficos dos livros como uma possibilidade de combinação entre texto e imagem de modo a inserir o ilustrador na elaboração dos livros, priorizando os aspectos do desenvolvimento infantil. Isso gera, entre outros, uma maior probabilidade de atividades multidisciplinares, entre profissionais de saúde e profissionais de comunicação, desenho e programação visual/industrial. No caso da “Coleção Hospitalândia”, todas as alterações propostas da Fase 01 para a Fase 02 do projeto, tanto em relação à formatação gráfica como em relação à adequação de conteúdos, seguiram exatamente esse propósito de priorizar os aspectos do desenvolvimento infantil,

respeitando melhorias quanto à interação dos indivíduos com os volumes. Essas alterações vão ao encontro do estudo de Last e colaboradores (2007) sobre a existência de correlação entre qualidade de informação disponibilizada às crianças e aquisição de comportamentos indicadores de competência social, busca crescente por informação e relaxamento.

Outro aspecto de importância referiu-se ao cumprimento ou não dos objetivos estabelecidos em cada rotina prevista nos volumes da Coleção. A primeira sessão foi caracterizada com aspectos específicos quando comparada as duas demais. Retomando que os dados apresentados na seção de resultados que descreveram a primeira sessão apontaram que: (a) a rotina de aquecimento foi cumprida em caráter mais de contato inicial do que abordagem com o tema, (b) a rotina de relato da história pela criança teve um maior número proporcional de não ocorrência do que nas demais sessões, sendo que os casos de ocorrência foram caracterizados pelo relato com perguntas do pesquisador; e (c) a rotina de oficina teve um caráter de fechamento da intervenção mais do que uma abordagem com informações contextualizadas. Desta forma, cabe ressaltar que a primeira sessão teve caráter específico de contato com a criança, de modo a estabelecer algum grau de confiança, além de ter constituído um momento inicial de conhecimento da rotina, sendo essencial nesta intervenção uma ação efetiva e sistemática do responsável pela atividade.

Comparando tais dados com a evolução até a terceira sessão, notou-se que nas demais sessões, na rotina de aquecimento, foi executado de modo mais eficiente não apenas o contato inicial, mas também o trabalho com o tema. O relato da história pelas crianças ocorreu de maneira mais espontânea, com menos perguntas do pesquisador e na rotina de oficina, além do caráter de fechamento da intervenção, apenas na terceira sessão foi possível abordar informações contextualizadas ao tratamento das crianças. Essa caracterização pode ser vista como concomitante ao processo natural de contato da criança com o texto literário, o qual foi descrito por Abramovich (1994) em fases de ouvir

histórias, ver ilustrações e fazer a associação/ligação dos signos, propiciando gradativamente o desenvolvimento de um potencial crítico, isto é, a atuação sobre as ações de pensar, perguntar e questionar.

Desta forma, percebeu-se, no decorrer das três sessões, uma ascensão do papel ativo da criança e o aprofundamento na possibilidade de abordar diretamente os conteúdos, o que juntamente com o papel já estabelecido do responsável pela atividade, forma um tripé de grande importância para o efetivo processo de comunicação. Levanta-se a hipótese de que, em relação a estratégias de enfrentamento, este posicionamento mais participativo das crianças e adolescentes no decorrer das três sessões impulsiona um posicionamento focado em estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor. E essa ascensão do papel ativo da criança estruturada com o decorrer das sessões do estudo também ressalta as preferências das próprias crianças e adolescentes, como visto no estudo de Zwaanswijk e colaboradores (2007), quanto a executarem um papel colaborativo na tomada de decisões médicas, incluindo a necessidade de serem informados sobre as razões das diversas ações tomadas.

Ainda em relação ao cumprimento dos objetivos ao longo das sessões de intervenção, outra variável diretamente relacionada a esta ação foram os temas abordados, visto que todas as rotinas de aquecimento e todas as rotinas de oficina foram cumpridas para os dois primeiros volumes (hospitalização e materiais hospitalares). Tais dados demonstram, entre outros, a facilidade de inserção destes temas na rotina das crianças, em especial do volume 02 (materiais hospitalares), o qual foi o único da Coleção em que houve trabalho com o tema em todos os casos de aquecimento e trabalho com informações contextualizadas em todos os casos de oficina. Levanta-se como hipótese sobre a inserção destes temas e sobre o cumprimento de todas as rotinas, o habitual contato das crianças, prévio às intervenções com os livros, com ambos os temas.

O volume sobre ambientes hospitalares e profissionais de saúde teve como peculiaridade o maior número de não ocorrência tanto da rotina de aquecimento quanto da rotina de oficina, tendo apresentado ainda um elevado número de ocorrências de relato da história pela criança por meio de perguntas do pesquisador. Aqui, deve-se destacar um ponto extremamente importante aos processos comunicacionais. Nos casos em que o tema já fazia parte da rotina das crianças hospitalizadas, como do presente volume, tanto crianças quanto acompanhantes demonstraram espontânea ação de leitura, sem implementação de atividades diretivas; todavia, nos casos de contato inicial ou intervenção com criança pré-escolar, o papel do responsável pela intervenção era essencial, auxiliando a compreensão do tema. Nos volumes sobre cuidados básicos de saúde e sobre sentimentos, o relato da história ocorreu, em 100% das vezes, pela própria criança, sem necessidade de perguntas do pesquisador. Como o tema sobre cuidados básicos tratava de tópicos extremamente objetivos, tendo sido apresentado, em sua maioria, na terceira sessão e o tema de sentimentos tendo abordado tópicos abstratos e sendo apresentado, em sua maioria, na primeira sessão, essa análise permite refletir que são precisos mais estudos que investiguem a maneira como, e em que nível, informações retratadas às crianças são adquiridas por meio de histórias infantis, com especial análise sobre a variável que Santos (2001) define como plataforma comunicativa comum, isto é, a parte do contexto constituída pelos saberes partilhados.

E, por fim, na análise sobre conteúdo referente ao volume da temática abordando a dor, apesar de sua fácil inserção como atividade de aquecimento, após o contato com o conteúdo apresentado, foi o livro no qual ocorreu maior dificuldade de retomada do tema na rotina de oficina. Tal fato sugere que em rotinas de conteúdo de maior complexidade, é preciso a ocorrência do papel ativo do responsável pela atividade e, ainda, que este proponha atividades diretivas coerentes com o desenvolvimento cognitivo da criança ou do

adolescente. Quanto à complexidade, é importante também a estruturação tanto da sessão de intervenção de cada volume em rotinas quanto à ordenação dos temas apresentados em uma seqüência em que gradativamente se proponha um aumento de complexidade, tanto das atividades quanto dos conteúdos. Com isso, dispor de um material educativo e instrutivo, especialmente quando relacionado a conteúdos com maior complexidade, facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, além de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entenderem o processo de saúde-doença (Echer, 2005).

Sobre a categoria de atividade, complementando a análise feita sobre o cumprimento dos objetivos, tanto a não realização da atividade quanto a realização de outra atividade que não a programada tiveram aumento significativo de ocorrência se comparada a rotina de aquecimento com a de oficina; em contrapartida, tiveram diminuição significativa no decorrer de cada sessão. Isso significa que na primeira sessão, especialmente na rotina de oficina, quando necessária atenção do responsável pela atividade para que a rotina seja cumprida, ou nos casos de ocorrência de outra atividade não planejada, que o foco esteja na garantia do cumprimento dos objetivos da própria rotina. Destaca-se que apesar da dificuldade encontrada nos casos descritos para estabelecimento da atividade proposta, a estruturação e procedimentos informativos e distrativos combinados permitem à criança a expressão de sentimentos e pensamentos da forma que lhe é própria (Costa Junior, Coutinho & Ferreira, 2006). A participação colaborativa das crianças nos casos em que as atividades foram realizadas indica exatamente esta disposição dos participantes quanto à inserção de atividades lúdicas, mesmo as que prezam por um caráter educacional, como os livros infantis desta proposta.

E ainda, sobre a categoria atividade na rotina de relato da história pela criança, no decorrer das sessões, o aumento significativo do relato da história na íntegra e o decréscimo proporcional de não realização da atividade indicam que é, novamente, na

primeira sessão que as crianças necessitam de maior suporte para o desenvolvimento da rotina. Tais dados justificam, também, o caráter de autonomia adquirido gradativamente pelas crianças. Para Bueno e Steindel (2006), a autonomia da criança é construída com base na expressão oral e no recurso visual, juntamente com a dramatização, necessários à compreensão e construção textual, presentes nos volumes da Coleção utilizada neste estudo. E esse caráter de autonomia, como apresentado por Tates e Meeuweesen (2001), relaciona-se à oportunidade da criança de participar ativamente da construção de informação, sendo estimulada a opinar sobre o seu tratamento, o que, por consequência, desencadeia a ampliação dos conhecimentos sobre si mesmo e leva ao desenvolvimento não só a noção de autonomia como também de competência social.

A noção de autonomia, adquirida pelas crianças, também está relacionada à fase de tratamento em que estas crianças se encontravam. Na maior parte dos casos (oito de 12) referente à Segunda Fase da presente pesquisa, o tempo decorrido entre o diagnóstico dessas crianças e o início do estudo variou entre um e cinco meses. O início do estudo já corresponderia então à fase crônica da doença, visto que, segundo Rolland (1995), a transição da fase inicial para esta é delimitada pelo estabelecimento de um plano de tratamento. Com isso, ao trabalhar as informações com a criança e incentivar a sua participação na sistematização proposta, atua-se diretamente sobre a característica que Rolland aponta como mais significativa desta fase, que é a imprevisibilidade. Assim, apesar da variabilidade do curso clínico neste momento, assegura-se, com o estabelecimento de uma comunicação efetiva, certo grau de autonomia da criança e o esclarecimento quanto às incertezas também comuns desta fase de tratamento.

Sobre os dados da categoria de interação, foi possível verificar padrões comportamentais bem específicos que se estabeleceram de acordo com o tipo de rotina proposta. A caracterização da rotina de aquecimento e de leitura da história com

predominância de interação entre a díade central (criança e pesquisador) pode ser fundamentada tanto por ter sido a rotina de contato inicial com a intervenção, como por ter ocorrido casos de intervenção com crianças pré-escolares e, ainda, pela própria falta de hábito de leitura das crianças escolarizadas, sendo necessário o relato da história pelo pesquisador. Esse aspecto interativo entre a díade central, independente da fundamentação apresentada, pode ser justificado pela necessidade da existência do papel de um mediador ativo do processo de aprendizagem das crianças, tal como explicitado por Vygotski (1984) entre o nível do que a criança é capaz de realizar independentemente e o nível determinado por meio do que ela pode realizar guiada por um adulto.

Quanto à rotina de relato da história pela criança, apesar da interação social entre a díade central ainda frequente, a configuração de uma atividade de caráter individual pode ser justificada principalmente pelo cumprimento das instruções recebidas para realização desta. E na rotina de oficina, novamente, houve ocorrência significativa de interação entre a díade central, porém, destacou-se a maior caracterização de participações conjuntas, em especial a participação de outras crianças e a participação dos profissionais de saúde. Essa interação na oficina diretamente relacionada a outros membros que não os de maior contato (cuidador e pesquisador) caracterizou a abrangência do material quanto à expansão de interações possíveis no decorrer da sessão de intervenção. A importância sobre a interação também foi vista por Bontempo, Hussein e Zamberlam (1986), retratando que o foco de intervenções no ambiente hospitalar deve estar não apenas na atividade a ser desenvolvida, mas principalmente nas relações estabelecidas entre a criança, a família e os profissionais de saúde.

Outro tópico importante foi a expansão da própria interação da criança, vide que a ocorrência do contato realizado pelo membro externo diminuiu, com aumento da ocorrência de contato realizado pela criança com os demais participantes no decorrer da

sessão. Retomando que o tipo de interação ocorrida entre os participantes de um evento influencia diretamente as estratégias de enfrentamento adotadas pelas crianças (Dell'Aglio & Hutz, 2002), neste caso, observou-se predominantemente a utilização de estratégias de ação direta. Desta forma, pode-se afirmar que o aumento da ocorrência das interações está diretamente relacionado à leitura e ao brincar, ações que Pedrosa e colaboradores (2007) indicam serem práticas nas quais a criança descobre, experimenta, inventa, exercita e confere suas habilidades, além de ser estimulada a iniciativa e a autoconfiança.

Em relação aos tipos de padrões de interação estabelecidos, encontrou-se diferença significativa no que se refere à variável gênero. Quanto à interação de crianças com pares, os meninos realizaram intervenções em caráter individual e as meninas realizaram intervenções em dupla, a partir da segunda sessão. Tais dados corroboram as observações de Lopez e Little (1996), os quais sugerem que as respostas de enfrentamento diferenciadas quanto ao gênero ocorrem em função de processos de socialização a que são expostos meninos e meninas. Enquanto meninas tendem a ser, preferencialmente, socializadas para o uso de estratégias pró-sociais e respostas colaborativas, os meninos são treinados para serem mais independentes e adotar estratégias de enfrentamento mais competitivas.

Quanto às diferenças de interação em relação ao fator gênero, acredita-se na hipótese que a escolha realizada por algumas crianças (do sexo masculino em idade pré-escolar ou com algum atraso cognitivo) pela interação com pesquisador do mesmo sexo remete à identificação de gênero. Tal fato pode ser justificado tanto pela escassa quantidade de homens trabalhando no ambiente de saúde quanto pela ausência do pai, nessa relação de cuidador, em especial dentro da rotina hospitalar. Como exemplo, dos cuidadores primários do presente estudo, em 24 casos este papel foi desempenhado pelas mães, em um caso o cuidador era a avó e em apenas um caso houve presença do pai, ainda assim com cuidados compartilhados com a mãe. Para autores como Bustamante e Trad

(2005), a despeito da ideologia de uma paternidade mais participativa nos cuidados infantis, as mulheres continuam exercendo o papel de principais cuidadoras, em especial no contexto de saúde, e isso gera uma ambivalência entre a moderna e a tradicional cultura de paternidade. Assim, este padrão de identificação de gênero encontrado no estudo conduz à hipótese levantada por Dantas, Jablonski e Féres-Carneiro (2004) sobre a paternidade biológica estar perdendo espaço e importância para a paternidade social, isto é, possibilitando que a criança crie laços afetivos com outras figuras masculinas. Um pai presente, além de servir de referência acerca do universo masculino, é capaz de dar ressonância de forma positiva às questões emocionais, sociais, afetivas e cognitivas dos filhos (Dantas & cols., 2004).

Por fim, a pouca ocorrência na intervenção proposta da interação dos profissionais de saúde com a criança, presente neste estudo apenas nas rotinas de oficina, retrata o quadro comum de elevada demanda de trabalho aos profissionais de saúde com ausência de preparo para questões tão importantes como a comunicação. Tal fato está presente no próprio discurso dos envolvidos no estudo, como o relato de uma mãe: *“Eu queria te agradecer muito. Você sabe que nessa semana você foi a única pessoa com que ele falou e riu?”*. No estudo de Magnabosco, Tonelli e Souza (2008), os pesquisadores destacam a relevância da forma como os profissionais de saúde devem se comunicar com as crianças, incentivando o uso de leitura, brincadeiras, demonstração ou explicação de procedimentos. Os autores ainda ressaltam a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para atuarem em pediatria, com uma perspectiva que englobe muito além do que cuidados médicos e clínicos à saúde. Essa demanda pela preparação do profissional de uma forma mais integral pôde ser observada, também, no discurso das próprias crianças, como por exemplo: *“Eu gosto de todo mundo que trabalha aqui no hospital, menos aquela médica mais novinha que nunca sabe responder o que eu tenho de dúvida”*.

Destaca-se assim, que os padrões constituídos quanto às interações são considerados, no presente estudo, os fatores predominantes do estabelecimento de uma eficaz comunicação na realidade pediátrica. A atividade de literatura, juntamente com as atividades diretivas propostas, foi o material base necessário ao trabalho realizado. Todavia, assume-se que este material objetivo ganha significância e representatividade com a criança ou o adolescente através das relações estabelecidas. No caso do presente estudo, por mais que a intervenção permita o trabalho por diferentes atores do processo, considera-se primordial o acompanhamento do profissional de psicologia, visto ser essencial a elaboração do perfil psicossocial de cada participante como critério de continuidade do trabalho. Desta forma, a sistematização de uma estratégia de intervenção no contexto pediátrico com foco na comunicação instrumentaliza os profissionais para que haja possibilidade de estabelecimento de uma efetiva relação criança-profissional de saúde. E isso perpassa, por exemplo, qualquer tipo de melhor adequação da intervenção quanto às faixas etárias estudadas. Acredita-se que apesar de importante variável quanto às diferenças de estratégias de enfrentamento e de suporte social, entre outras, a análise sobre idade torna-se uma variável dependente quando se assume a relação entre participante e profissional de saúde como fator determinante do processo.

Direcionando a presente discussão quanto aos questionamentos realizados pelas crianças, os dados da categoria de estrutura permitem afirmar que é na rotina de leitura da história o momento de maior ocorrência de questionamentos. Todavia, enquanto as perguntas da rotina de aquecimento e da rotina de leitura da história foram todas direcionadas ao pesquisador e ao acompanhante, na rotina de oficina uma nova configuração ocorreu com o direcionamento de perguntas ao acompanhante e aos profissionais de saúde. Essa postura ativa da criança de busca por informação reflete exatamente os pressupostos que podem ser alcançados devido ao estímulo, neste caso, do

enfrentamento focalizado no problema, abrindo possibilidades de ação como citado por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) de planejamento, reavaliação e resignificação da situação causadora de estresse.

Em outra análise sobre a categoria de observação relacionada à estrutura, notou-se que as interrupções, tanto as temporárias quanto as totais, tiveram uma elevada ocorrência nas rotinas de aquecimento e oficina, com menor destaque na rotina de leitura da história. Tal fato sugere que os membros da equipe de saúde respondem de maneira diferenciada quando uma atividade de leitura está em andamento, como se a leitura caracterizasse uma atividade de cunho mais educativo ou de uma efetiva intervenção, o que seria marcado pela não interrupção, indo além da percepção de uma atividade de caráter apenas lúdico ou recreativo. Pode-se inferir que o lúdico ainda não é reconhecido pelos demais profissionais como intervenção sistematizada. Esta hipótese, diretamente ligada aos profissionais de saúde, é justificada por ter sido a realização de procedimentos médicos o motivo de maior ocorrência de interrupções em todas as rotinas. Com isso, a possibilidade de explorar os sentidos lúdico, terapêutico e educativo da literatura infantil é um recurso relevante e importante ao universo hospitalar, segundo Paula (2007), cabendo aos que propõem propostas de intervenções com tais materiais apresentar dados sistemáticos que subsidiem seu uso crescente em contextos de tratamento de saúde.

Ainda em observação sobre a categoria de estrutura, é preciso destacar que com o decorrer das sessões, três diferentes processos ocorreram em relação às interrupções. Enquanto na rotina de aquecimento, com o decorrer das sessões, o número de interrupções diminuiu, na rotina de leitura da história este número aumentou da primeira para a segunda sessão e diminuiu desta para a terceira sessão. Na rotina de oficina, com o decorrer das sessões, houve aumento das interrupções. Mais uma vez, pode-se justificar tal fato pela maior ocorrência, em geral, de interrupções devido a procedimentos médicos, os quais

possuem momentos adequados de realização que perpassam a ordenação das rotinas ou das sessões de intervenção deste estudo. Desta forma, mais uma vez a inserção do profissional de saúde na realidade desta intervenção poderia, em alguns momentos, levar ao adiamento de tais rotinas sem a necessidade de interrupção, ou, nos casos inevitáveis de realização destes procedimentos, o preparo dos profissionais também poderia levar à ação conjunta, combinando os procedimentos médicos e a ação dos profissionais com a ação do responsável pela sistematização de leitura dos livros.

Por fim, a última categoria de análise referiu-se ao conteúdo. Notou-se que apesar de citados sempre em grande número, as referências ao processo saúde-doença tiveram maior ocorrência nas rotinas de aquecimento e de leitura da história; todavia, na rotina de oficina o destaque de maior ocorrência se deu em referência aos dados pessoais. Os temas destacados quanto aos dados pessoais foram dados familiares, brinquedos e brincadeiras, hábitos e rotinas, além dos sentimentos, caracterizando, assim, temas de extrema importância ao ambiente de cuidados com a criança. Sobre o conteúdo da rotina de leitura da história, apesar das temáticas específicas existentes em cada volume, é possível observar que os temas escolhidos como mais significativos para serem trabalhados com a sistematização proposta permearam os diversos âmbitos das intervenções com as crianças. A ocorrência de praticamente todas as subcategorias tanto em relação aos dados pessoais quanto aos dados do processo saúde-doença na rotina de leitura da história, permite levantar a hipótese de que caso seja realizada uma triagem eficaz quanto aos temas de maior necessidade de intervenção com cada criança, como a proposta utilizada nesta pesquisa, é principalmente nesta rotina, através dos volumes selecionados para a intervenção, que há espaço para o desenvolvimento e trabalho com os demais temas que perpassam pelos conteúdos da Coleção.

Retomando algumas especificidades, em relação à temática de hospitalização, a ocorrência novamente de referência à perda de cabelo, à importância da família, ao desejo de voltar para casa, aos procedimentos médicos invasivos e ao fato de assistir televisão como atividade mais presente durante a internação indica temas de extrema importância para o trabalho no ambiente hospitalar, tanto em aspectos de alterações em sua rotina quanto em aspectos essenciais para lidar com estratégias de enfrentamento. Tais aspectos estão diretamente relacionados às adversidades decorrentes da própria enfermidade, aos episódios de hospitalização e ao processo de tratamento, com ênfase a alguns fatores apontados por Costa Junior (2005) e por Quiles e Carrillo (2000) como potencialmente estressantes da hospitalização infantil: (a) a própria doença e seus sintomas; (b) os episódios de dor associados a procedimentos médicos invasivos; (c) a exposição ao ambiente hospitalar pouco familiar e com normas rígidas; (d) a necessidade de separação dos pais e familiares e (e) a perda de autonomia e controle pessoal frente aos eventos do tratamento.

Como temáticas diferenciais, em relação à Fase 01 do estudo, os fatores estressantes apontados por Costa Junior (2005) e por Quiles e Carrillo (2000) foram perpassados por meio do relato das crianças quanto ao desejo de realização de atividades durante a hospitalização, com justificativas diretamente relacionadas às restrições impostas pela doença e/ou tratamento. Tal manifestação das crianças corrobora o apresentado no estudo de Ferreira (2005) de ser presente nesse contexto de tratamento oncológico infantil, a sintomatologia de desconforto. Todavia, enquanto para Ferreira as sintomatologias incluíram também a fadiga, a introversão, o medo, a raiva, a tristeza e, conseqüentemente, o isolamento social, para o presente estudo o desconforto demonstrado pelas crianças possibilitou a realização de esforços cognitivos das próprias crianças centrado no problema quanto à proposta de alternativas a este. Essa realização de esforço cognitivo das crianças,

em uma análise sobre o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, ressalta o que Eiser (1996) aponta de que atividades compensatórias, físicas e intelectuais podem facilitar o desenvolvimento de comportamentos adaptativos à condição de tratamento ou hospitalização.

A outra temática diferencial presente ainda quando trabalhado o tema de hospitalização referiu-se à presença de fatores relacionados à religiosidade, em especial aos comportamentos religiosos como modo de manejo dos eventos estressores ligados à melhorias quanto ao quadro da doença. É interessante que pela especificidade das crianças em relação a repertórios comportamentais limitados a condições e estágios de desenvolvimento que implicam em menor experiência quando comparados a adultos (Trianes, 2002), todos os relatos da criança sobre religiosidade estiveram ligados a comportamentos de orar ou frequentar a igreja e não a pensamentos religiosos abstratos. De qualquer forma, o apego a pensamentos ou a comportamentos religiosos é visto como uma estratégia de enfrentamento relacionada ao manejo de eventos estressores e ao alívio de tensões (Seidl, Troccoli & Zannon, 2001). E para essas estratégias ligadas à religiosidade é interessante a avaliação da variável de condição socioeconômica, pois para Landolt e colaboradores (2002), há uma correlação direta entre ambas.

Quanto às temáticas de materiais hospitalares e cuidados básicos de saúde, notou-se novamente a importância das ilustrações realizadas e do texto escrito nas histórias considerando os personagens construídos pelas crianças e as ações representadas com características e funções similares ao apresentado nos livros. A diferença significativa desta fase quanto ao trabalho com os materiais de saúde deu-se na ênfase das crianças na construção de instrumentos com o uso da seringa. Essa aproximação com o estímulo estressor, pode auxiliar em diversos aspectos apresentados por Costa Junior (1999) quanto ao manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica, o qual permite a

consideração de uma ampla variabilidade conceitual e metodológica, tais como: (a) o fornecimento prévio de informação ao paciente, em uma tentativa de colocar seu comportamento sob controle instrucional; (b) a execução de um programa de modificação de comportamentos disruptivos (ampla classe de comportamentos que impedem ou dificultam a execução do procedimento médico); (c) a construção de um repertório instrumental de comportamentos que auxiliem o paciente e o profissional de saúde durante a execução do procedimento; (d) a identificação de padrões comportamentais indicadores antecipatórios à situação.

Especificidades foram encontradas também quando o tema abordado se referiu aos ambientes hospitalares e profissionais de saúde. Mais uma vez a falta de conhecimento quanto à Unidade de Terapia Intensiva, à sala de cirurgia e ao profissional de serviço social, juntamente com o fato de associação do nome de um profissional à sua profissão, remete a explicação de que o conhecimento prévio às intervenções com os livros infantis está diretamente relacionado com a experiência do indivíduo. De acordo com Oliveira (1992), seguindo a teoria de Vygotski, a partir de sua experiência com o mundo objetivo e do contato com as formas culturalmente determinadas de ordenação e designação das categorias da experiência, o indivíduo constrói sua estrutura conceitual, o seu universo de significados. Desta forma, é preciso a atuação dos profissionais de saúde e dos grupos de suporte social de modo a evitar que a significação elaborada pela criança em relação aos instrumentos hospitalares, em especial a seringa e a agulha, seja apenas pela experiência aversiva de dor quanto ao uso dessas. A construção lúdica de personagens com materiais hospitalares é, com certeza, um caminho que contempla tal ação.

Outra postura de destaque dos participantes quanto à temática de ambientes hospitalares é que os temas mais comuns que foram destacados na hipotetização de construção de um hospital no qual fossem proprietários, relacionou-se diretamente ao

posicionamento ativo das crianças e dos adolescentes quanto ao enfrentamento de aspectos considerados problemáticos na rotina de hospitalização, tais como alimentação, maior conforto aos pacientes e seus acompanhantes; e investimento em atividades de entretenimento. Nota-se que de acordo com as necessidades dos indivíduos e as exigências do contexto, que por meio de um programa de intervenção sistematizada de aspectos comunicacionais, houve, de acordo com Christophersen (1994), uma oportunidade para aquisição de conhecimentos, aumentando a probabilidade da apresentação de comportamentos adaptativos.

Foi diferencial também entre as fases do estudo a ocorrência na segunda fase deste da associação, pelos participantes, dos sentimentos apresentados a aspectos da realidade hospitalar desde o momento de rotina de aquecimento. Desta forma, além desta temática de sentimentos abordada com ênfase no momento da primeira sessão, ainda foi possível explorar o tema por todas as rotinas de intervenção (desde o aquecimento até a oficina). Esse foco de relato da temática de sentimentos mais direcionado à realidade hospitalar pode ser justificado pela ocorrência de intervenção com este tema apenas em crianças escolares. Tal fato permite levantar a hipótese de que participantes em idade escolar apresentariam mais amplo repertório comportamental prévio e maior compreensão do próprio contexto hospitalar, levando a comportamentos extremamente diferenciados do que o encontrado por crianças pré-escolares.

Por fim, a última temática relacionada aos aspectos da dor aguda. A estruturação da atividade de aquecimento como desenho do corpo humano e identificação das partes do corpo conhecidas pela criança foi de extrema importância para a delimitação de que os aspectos desenhados pelos participantes tinham ligação direta com os aspectos do seu próprio tratamento. Ou seja, em grau diferenciado de especificidade, de acordo com as diferenças de idade e de experiências, a compreensão do corpo humano demonstrou ser

uma proposta extremamente efetiva para o trabalho com a dor. Essas diferenças quanto à idade podem ser exploradas com o apresentado por Teixeira e Okada (2003): (a) dos dois aos sete anos, a criança começa ter consciência de seu próprio corpo e da necessidade de cuidados. Aos três anos, já nomeia parte do corpo como nariz, boca e olhos. Aos quatro, consegue iniciar a localização de sua dor. Com cinco anos, é diferenciada a intensidade da dor e há o início do uso de conceitos abstratos para percepção dolorosa. Já na fase dos sete aos 11 anos, Teixeira e Okada apontam que a criança tem capacidade de realizar a auto-avaliação e mensuração do processo de dor, com a utilização de termos tanto quantitativos como qualitativo. Desta forma, avaliar e mensurar a dor não são tarefas simples, por isso esses procedimentos devem fazer parte da rotina de cuidados, com compreensão por parte dos profissionais não apenas do conteúdo da temática, mas também ênfase mais uma vez à compreensão dos estágios de desenvolvimento da criança, (Setz, Pedreira, Peterlini, Harada & Pereira , 2001).

Com os tópicos discutidos, em conclusão à Fase 02, é necessário enfatizar os tópicos apresentados por Gioia-Martins e Rocha Junior (2001) em relação a romper barreiras tradicionais na pesquisa e na prática em psicologia da saúde. Para estes autores e em plena coerência ao estruturado com a presente pesquisa, é essencial uma formação adequada, que habilite o profissional a realizar análises críticas que o capacite a detectar alternativas de intervenção, ser capaz de acompanhar e responder às demandas sociais e políticas para melhoria da qualidade de vida. Com isso, é necessário que aqueles profissionais que possuam uma formação mais integral cada vez mais encontrem espaço para inserção de seu trabalho e fortalecimento de suas equipes, considerando como base fundamental o papel ativo dos participantes do processo, sejam eles os pacientes pediátricos, seus acompanhantes ou os profissionais de saúde. Existe assim, uma demanda, em especial, aos profissionais de psicologia tanto no sentido de compartilhar e propagar

esse olhar ao indivíduo como em cada vez mais contribuir com seu conhecimento para a estruturação de intervenções eficazes. Concomitante a esse olhar sobre a formação profissional é também necessário e determinante o olhar que dentre os problemas bem estabelecidos no terreno da pesquisa em saúde atual, está o da assimetria entre a velocidade dos avanços da pesquisa e a velocidade de apropriação do conhecimento produzido em benefício da população (Guimarães, 2004).

### **7.3- Discussão: método adotado na Primeira e na Segunda Fase do Estudo**

Quanto ao método adotado no presente estudo, há pontos que podem ser exaltados, assim como há aqueles que merecem análise quanto às suas limitações. O primeiro se refere à não estipulação de um número fechado de intervenções por criança (Primeira Fase), bem como de uma ordem (única) de aplicação dos volumes da Coleção (Primeira e Segunda Fases). Apesar de potencialmente prejudicial à uniformidade das condições de coleta de dados, esta foi uma escolha que privilegiou o acompanhamento do processo de interação de cada indivíduo com os volumes da Coleção, tanto em relação às necessidades psicossociais e informativas (critério utilizado para designar os temas que seriam apresentados a cada participante), quanto em relação às especificidades de seu tratamento. Esta liberdade se justifica metodologicamente pelo delineamento de cada criança como seu próprio controle, permitindo que fossem ressaltadas as semelhanças e diferenças de repertório de comportamentais entre os participantes. Justifica-se, ainda, como uma maneira de potencializar modificações comportamentais no processo de produção criativa das crianças, tendo como base o pressuposto de que a criatividade, como uma forma de expressão que depende de conhecimento e oportunidade, tem o ambiente como o fator constituinte, pois a partir do que o indivíduo conhece e das oportunidades ambientais de se expressar é que idéias inovadoras se tornam possíveis.

Essa transformação do ambiente tradicional de cuidados hospitalares em um contexto de incentivo à criatividade e de construção de conhecimentos está diretamente relacionada à oportunidade de expressar-se. E é justamente a utilização de histórias infantis, de caráter informativo e lúdico, uma das opções que permitiu o acesso aos processos de criatividade e comunicação, auxiliando na (re)significação dos acontecimentos e transpondo eventuais barreiras de inseguranças e medos do ambiente hospitalar. Desta forma, de acordo com Mitre e Gomes (2004), é preciso repensar a cultura hegemônica da instituição hospitalar e incentivar a necessidade de flexibilização de regras, assegurando o desenvolvimento de procedimentos que contemplem a singularidade de cada criança. Para Mitre e Gomes, o lúdico permite um espaço revelador da normatividade social na qual a criança se insere. Assim, a implementação de serviços de atendimento no hospital deve considerar um planejamento ambiental da instituição para que sejam efetuadas orientações em relação ao desenvolvimento comportamental da criança (Soares & Bomtempo, 2004), sendo essencial a compreensão da relação funcional entre o paciente e o ambiente de cuidados com o tratamento (Costa Junior, 1999).

Retomando aos aspectos de metodologia, também na Primeira Fase, a observação de comportamentos por meio de registros cursivos e o uso de um protocolo de observação sem definição prévia de categorias se justificou com base nos argumentos de Batista (1996), que destaca a particularidade de que estudos exploratórios devem evitar a seleção prévia de variáveis, bem como preservar a seqüência dos eventos observados. Conforme Dessen e Murta (1997), antes da construção de um sistema de categorias (como proposto para a Segunda Fase deste estudo), é conveniente uma coleta de dados com viés mais qualitativo, que forneça subsídios em prol da seleção dos aspectos mais relevantes.

Todavia, de acordo com Altmann (1974), mesmo que a probabilidade de registro de comportamentos se mantenha, em muitas ocasiões de registro qualitativo o observador vê

mais eventos do que consegue registrar, ocorrendo registro por seleção de acordo com preferências pessoais e não com base em critérios sistemáticos, mesmo com os cuidados prévios à coleta de dados no que se refere à padronização das condições de registro e de linguagem a ser utilizada. Desta maneira, no presente estudo, depois de terem sido explorados os conteúdos estabelecidos no processo de narração de histórias acompanhadas por atividades diretivas, é que se optou pela proposta de um sistema de categorias.

Para Kreppner (2001), o requisito mais urgente e necessário à pesquisa observacional é a criação de categorias que descrevam detalhes das condições humanas e situacionais específicas das trocas comunicativas. Desta forma, a elaboração de um sistema de categorias de observação, referente à Fase 02, permitiu uma análise mais funcional dos efeitos da aplicação dos volumes da Coleção. No registro cursivo (da Primeira Fase) apenas as temáticas de conteúdo foram focalizadas; já na Segunda Fase, o registro foi efetuado em termos de conteúdo, atividade, interação e estrutura.

O sistema de categorias elaborado para a Segunda Fase do estudo priorizou aspectos e situações representativas e relevantes quanto aos objetivos da observação. A escolha por dimensões de categorias de observação referentes à atividade, à interação social, ao conteúdo e à estrutura visou atingir um parâmetro que possibilitasse, minimamente, uma generalização dos dados. Justifica-se tal escolha, inicialmente, pela categorização das temáticas relevantes presentes na verbalização das crianças participantes, tendo sido estruturado com esta uma análise de conteúdo. Com esta sistemática, foi possível explicitar quais temas podem ser abordados prioritariamente pelos profissionais de saúde a partir de cada volume da Coleção, ampliando as possibilidades de trabalho (de prestação de serviços em saúde) para além das temáticas centrais de cada volume.

Em segundo lugar, buscou-se a importância dos episódios de contato interativo entre as crianças e o pesquisador, e, ainda, a verificação da amplitude dos volumes quanto

às interações das crianças com os acompanhantes e os profissionais de saúde. O aspecto da interação com o pesquisador pode ser justificado pela necessidade de seu papel como mediador ativo do processo de aprendizagem dos participantes, tal como descrito por Vygotski (1984).

O modo de participação das crianças nas atividades também foi analisado, buscando-se analisar os casos de não realização de atividades, e, ainda, justificativas quanto ao interesse por realizar outras atividades ou a própria execução das atividades propostas. Desta forma, a categoria atividade possibilitou averiguar especificações quanto às ações diretivas estipuladas na intervenção, as quais possuem caráter essencial à proposta de inserção da criança no processo de construção de conhecimento.

Por fim, no que se refere à estrutura e ao funcionamento das rotinas, foi possível verificar a relação dos indivíduos com o objeto ou a atividade exposta, delimitando-se, em especial, a ocorrência de passividade versus a realização de comportamentos ativos e espontâneos. De todo modo, seja com o uso do registro cursivo ou com o registro de categorias, uma forma de aprimorar tal pesquisa poderia ser a inclusão de registro comportamental por vídeo. Tal inserção seria um excelente fator de otimização dos dados, visto a garantia em relação à preservação da situação tal qual observada, permitindo que fosse revista durante o processo de análise, inclusive focalizando diferentes aspectos do mesmo recorte (Kreppner, 2001) ou diferentes técnicas de registro observacional. Desta forma, o autor assume que é possível a escolha de categorias moldadas exatamente de acordo com as especificidades da situação observada, delimitando o enfoque mais apropriado aos objetivos de cada pesquisa.

Quanto às limitações do estudo, pode-se mencionar a não realização de intervenções grupais. Algumas condições que impediram, momentaneamente, a aplicação dos volumes em grupo de crianças, referem-se ao tempo disponível para a realização de

coleta de dados e limitações ambientais da unidade hospitalar em que foram coletados os dados, tais como a falta de uma sala específica para a intervenção. Outra problemática refere-se à intervenção ainda em caráter exploratório (de pesquisa), não sendo utilizada como prática efetiva do hospital. Apesar do Núcleo de Onco-hematologia Pediátrica, local de coleta de dados, constituir um ambiente incentivador ao desenvolvimento de pesquisas científicas, nota-se que os profissionais de saúde ainda priorizam as rotinas hospitalares de cada equipe. Ou seja, há maior acesso às intervenções focais e individuais do que às atividades que necessitem maiores mobilizações, como exemplo, a estruturação da equipe de enfermagem para ajustar-se à alteração parcial das rotinas de cuidados com as crianças de modo a permitir a aplicação dos volumes da Coleção sem interrupções.

Apesar deste tipo de intervenção requerer um preparo específico do profissional e domínio da dinâmica grupal como forma de melhor aproveitar os fatores ambientais, a aplicação em grupo permitiria uma maior interação e maior equidade no processo de comunicação entre os participantes. Outras vantagens incluem a execução de uma intervenção de menor custo, atendendo a um maior número de participantes e viabilizando, ainda, a insuficiente disponibilidade de profissionais de saúde treinados em metodologia de pesquisa. Segundo Caballo (1999), vantagens da intervenção de grupo cognitivo-comportamental incluem uma maior possibilidade de observação das interações estabelecidas e dos comportamentos interpessoais, além do grupo constituir um espaço adequado para aprender a se relacionar. Segundo Rose (1996), uma melhor relação de custo-eficácia e uma maior probabilidade de que os participantes identifiquem problemas semelhantes aos seus pares e que surjam mais soluções para os problemas apresentados também são vantagens da aplicação de intervenção psicossocial em grupo.

Desta forma, sugere-se uma reflexão sobre os métodos de pesquisa contextualizados às demandas sociais identificadas. Conforme Landim, Lourinho, Lira e

Santos (2006), ao considerar que os métodos qualitativos e quantitativos, mesmo que distintos em relação à forma e à ênfase, não se opõem, nem se excluem, mas se complementam no propósito de avaliar da maneira mais completa possível, as facetas de um dado fenômeno ou realidade social. Na verdade, exige um esforço dialógico do próprio pesquisador em relação à aproximação do objeto, aprofundando as reflexões em busca da compreensão e explicação de suas múltiplas dimensões. Para os autores, essa integração de métodos expande as necessidades do processo de produção do conhecimento, que necessita transitar entre disciplinas, como forma de ampliar seu potencial de intervenção sobre a sociedade.

## Capítulo 08 - Conclusões e implicações do estudo

O presente estudo traz contribuições ao âmbito acadêmico-científico quanto à produção de dados que permitem análises e reflexões sobre o processo de comunicação na realidade da saúde pediátrica, abrangendo pacientes, seus responsáveis e a equipe de saúde. Além disso, traz contribuições práticas à área de psicologia da saúde quando apresenta uma proposta de intervenção que pode ser empregada tanto com foco acadêmico quanto com foco assistencial. Tal material estruturado e a proposta de intervenção sistematizada, apesar de terem sido construídos perante uma realidade do contexto de tratamento em oncologia pediátrica, podem ser aplicados ao contexto de outra(s) doença(s) crônica(s) na infância e ser manejado por diferentes profissionais de saúde.

Sob este ponto de vista, Silveira e Ribeiro (2005) retratam que adesão ao tratamento e enfrentamento da doença incluem fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento de habilidades de autocuidado. Por se tratar de processos nos quais os sujeitos estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou a descontinuidade, facilitar a adesão ao tratamento e o enfrentamento da doença são desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua.

Os resultados deste estudo indicam que a aplicação de histórias informativas infantis acompanhadas de atividades diretivas, em um esquema de atenção individual e sistematizada, pode ser considerada uma alternativa eficaz como facilitador da expressão emocional e como forma de comunicação e expressão de crianças e adolescentes em tratamento médico-hospitalar, o que atua diretamente sobre os fatores de adesão ao

tratamento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença. Tal resultado corrobora com o que Vasconcelos (2006) apresenta sobre a literatura infantil, afirmando que histórias infantis podem contribuir para o enriquecimento do repertório comportamental das crianças, ao oferecerem soluções alternativas para problemas em diferentes áreas. De acordo com a autora, uma adequada utilização desse recurso pode possibilitar à criança desenvolver: (a) comportamento verbal contextualizado, aprendendo a descrever sentimentos e pensamentos, adquirindo novo vocabulário e aumentando a fluência verbal; (b) comportamentos criativos, apresentando soluções originais e flexibilizando o pensamento; (c) comportamento de ler, tornando a leitura atraente; e (d) uma visão crítica da realidade.

Desta forma, a utilização da “Coleção Hospitalândia” pode ser um ensejo para que a criança adquira padrões comportamentais mais adaptativos; inserida no processo de hospitalização, pode representar, conforme destaca Rushforth (1999), uma oportunidade para que o paciente: (a) aprenda mais sobre a doença e o funcionamento de seu corpo; (b) explore as profissões da área da saúde; (c) adquira habilidades de enfrentamento de situações estressantes; e (d) evidencie capacidades para tomar decisões, desenvolver independência, autocontrole e autoconfiança, tornando-se participante ativo do processo.

Estas ações estão diretamente relacionadas ao que Luckasson e colaboradores (2002) definem como comportamento adaptativo, considerando o conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas que uma pessoa adquire para responder às demandas do contexto. As habilidades conceituais estão ligadas não apenas a respostas acadêmicas e cognitivas, mas ao processo comunicacional; as habilidades sociais, diretamente relacionadas à competência social e as habilidades práticas ligadas às respostas de autonomia e às respostas de enfrentamento.

Esta perspectiva de incentivo comunicacional confirma o crescente e atual reconhecimento dos direitos da criança de acesso à informação de sua condição clínica e demais conjunturas concomitantes à realidade médica. E não só o acesso à informação, como a possibilidade de participação e de estruturação de conhecimento. De acordo com Wartofsky (1999), a criança é um agente da sua própria construção e da construção do mundo, um agente cuja ação se desenvolve no contexto de uma práxis inelutavelmente social e histórica, que inclui tanto as sujeições e potencialidades do contexto como as ações de outros agentes. Isso é o reconhecimento que os seres humanos, no decurso de sua evolução cultural, modificam-se a si mesmos por meio das mudanças que são introduzidas nas modalidades de sua atividade prática e de sua autocompreensão (Wartofsky, 1999).

De acordo com tal posicionamento, pode-se dizer que a humanização em saúde implica, entre outros tópicos, em fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para que analisem, avaliem e atuem junto àqueles que são os determinantes das suas condições de vida e saúde (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Como descrito por Ceribelli (2007), a humanização da assistência é um direito e uma necessidade das pessoas que se encontram hospitalizadas, principalmente, aquelas com doenças crônicas, com tratamentos prolongados e expostas a inúmeras reinternações.

Não encerrando as possibilidades de uma ação tão ampla quanto à de humanização, Ceribelli (2007) destaca que as oportunidades de relacionamentos, encontros e diálogos por meio de histórias infantis, favorecem a interação dos pacientes com os diversos atores do processo de comunicação. Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004), é fundamental o entendimento de que inclusão e participação implicam em conhecer, comunicar, dialogar e deliberar com o outro. Assim, a proposta de utilização de histórias infantis acompanhadas de atividades diretivas deve significar uma possibilidade de resgate do diálogo, e, conseqüentemente, de um espaço de humanização na realidade do atendimento pediátrico.

Tal análise constitui um olhar para que medidas sejam tomadas com objetivo de potencializar esta prática, como forma de construção de conhecimento.

Em relação a uma eventual replicação deste estudo, sugere-se a inclusão de intervenções grupais e a inclusão como delineamento comportamental de medidas antes e após o processo (pré e pós-teste), como previamente justificado. Sugere-se, também, garantir a aplicação dos seis volumes da coleção a cada criança, analisando-se funcionalmente os efeitos dos volumes sobre a aquisição e manutenção de estratégias de enfrentamento e a percepção de suporte social ao longo do tratamento. Dados interessantes de replicação desta pesquisa referem-se à possibilidade de estruturação da coleta de dados quanto a um maior detalhamento nas variáveis relacionadas às diferenças de gênero, às diferenças entre idades e às diferenças de diagnóstico e fase de tratamento.

Outro aspecto interessante seria a inclusão da percepção do responsável pela criança e dos profissionais envolvidos em seu tratamento sobre as mudanças apresentadas pelo paciente durante e após as intervenções. E por fim, um caderno de registro para a própria criança, para anotações de suas contribuições e peculiaridades ao projeto, inclusive com sua avaliação de satisfação com o mesmo (avaliação esta que poderia ser realizada com uma escala de faces, por exemplo). Sugere-se que este caderno fique sob responsabilidade da equipe de intervenção com as histórias, tendo a criança contato com os mesmos nos dias de sua internação. Sugere-se ainda que o mesmo seja nomeado como “Diário de Bordo”.

Realizando sugestões quanto ao foco de pesquisas futuras, almeja-se uma ênfase à realização de estudos que não só investiguem especificidades do processo de comunicação na realidade de saúde, como objetivem o desenvolvimento de propostas de intervenção prática, com destaque ao caráter ativo e colaborativo do paciente infantil. De igual importância também seriam estudos que viabilizassem intervenções sistematizadas aos

cuidadores de pacientes pediátricos e os profissionais de saúde em relação aos processos comunicativos, tanto em um aspecto de detalhamento de ações para cada ator do processo comunicacional quanto em uma abordagem global e sistêmica. Ou seja, pesquisas que estudem as especificidades de cada relação, mas que também possam propor um entendimento sistêmico e uma ação global ao contexto da realidade da saúde pública pediátrica.

Pesquisas futuras sobre estratégias de enfrentamento e suporte social diante a utilização de histórias infantis em conjunto com atividades diretivas deveriam ser elaboradas também em condições experimentais similares, porém, com participantes de distintos diagnósticos médicos. Com tais estudos, seria possível cada vez mais discriminar as informações pertinentes ao processo comunicacional neste contexto de saúde pediátrica, além de serem levantadas as regularidades e diferenças que auxiliam a formulação de intervenções psicossociais mais eficazes. Outro foco seria o investimento cada vez maior em desenvolvimento de medidas específicas referentes à mensuração do comportamento infanto-juvenil no contexto de tratamento de saúde, em especial, medidas de avaliação de estratégias de enfrentamento infantil.

Como implicação prática do estudo, com a conclusão da presente pesquisa em forma de dissertação de mestrado, o objetivo inclui a publicação impressa, via editora, da Coleção de livros, de modo a inserir tal projeto na realidade de outros hospitais brasileiros. Com isto, pretende-se buscar subsídios para o trabalho de equipes de saúde em relação a como facilitar efetivos processos comunicacionais entre equipe de saúde, crianças/adolescentes e acompanhantes. Ressalta-se que ainda existem muitas lacunas nas quais é possível estruturar novos temas, sendo uma possibilidade futura a sistematização de novos exemplares de livros infantis que abranjam necessidades de distintos contextos e realidades de saúde, além dos adotados neste estudo.

Por fim, destaca-se a importância de que pesquisadores ligados à área de psicologia da saúde priorizem a execução de estudos que permitam a busca por um crescente corpo sistemático de conhecimento em relação ao processo de comunicação na realidade pediátrica, reforçando a relevância do desenvolvimento de contextos promocionais de saúde e mais humanizados de tratamento médico. Quando se busca educação e prevenção dentro do contexto de saúde, é necessária uma contínua reflexão sobre a abrangência, a validade e a aplicabilidade de nossas pesquisas em contextos de realidade prática.

## Referências

- Abramovich, F. (1994). *Literatura infantil: gostosuras e bobices*. São Paulo: Editora Scipione.
- Adams-Greenly (1991). Psychosocial assessment and intervention at initial diagnosis. *Pediatrician*, 18(1), 3-10.
- Aldwin, C.M. (2001). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York/London: The Guilford Press.
- Almeida, F.A. (2005). Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Boletim de Psicologia*, 55(123), 149-167.
- Altmann, J. (1974). Observational study of behavior: sampling methods. *Behaviour*, 49, 227-267.
- American Psychological Association (2008). *Division 54*. Disponível em <http://www.apa.org/divisions/div54/history.htm>. Acessado em 20/05/08.
- Anderson, C.A. & Collier, J.A. (1999). Managing very poor adherence to medication in children and adolescents: An inpatient intervention. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(3), 393-402.
- Antoniazzi, A.S., Dell' Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Aragão, R.M. & Azevedo, M.R.Z.S. (2001). O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. *Estudos de Psicologia*, 18 (3), 33-42.
- Araujo, T.C.C.F. & Arraes, E.L.M. (2000). Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 64-73.
- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (2004). *Avanços e Desafios Conceituais e Metodológicos da Pesquisa na Área de Saúde da Criança*.

- Grupo de Trabalho sobre Pesquisa em Psicologia Pediátrica*. Disponível em <http://www.anpepp.org.br/XSimposio/Pesquisa%20em%20psicologia%20pedi%C3%A1trica.doc>. Acessado em 20/05/08.
- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (2008). Proposta do grupo e trabalho em Psicologia Pediátrica. Disponível em <http://www.anpepp.org.br/XSimposio/XIsimposio/FICHA%20PSICOLOGIA%20PEDIÁTRICA.doc>. Acessado em 20/06/08.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Batista, C.G. (1996). Observação do comportamento. Em L. Pasquali (Org), *Teoria e Métodos de medida em Ciências do Comportamento* (pp 263-303). Brasília: INEP/UnB.
- Bearison, D.J. & Mulhem, R.K. (1994). *Pediatric Psychology- Psychological perspectives on children with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Betts, J. (2008). *Considerações sobre o que é humanizar*. Em [www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37](http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37). Acessado em 3/08/2008.
- Bontempo, E., Hussein, C.L. & Zamberlam, M.A.T. (1986). *Psicologia do brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: Nova Stella.
- Bowling, A. (2002). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Revista Saúde Pública*, 36 (4), 533-535.

- Bromberg, M.H.P.F., Kóvacs, M.J., Carvalho, M.M.M.J. & Carvalho, V.A. de (1996). *Vida e Morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004.
- Bueno, S. & Steindel, G. (2006). A biblioteca e a brinquedoteca: mediadores do livro, objeto prazeroso de saber e lazer no ambiente escolar [versão eletrônica]. *Ciências & Cognição*, 8, 10-21.
- Bustamante, V. & Trad, L.A.B. (2005). Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (6), 1865-1875.
- Butler, R.W. & Mulhern, R.K. (2005). Neurocognitive interventions for children and adolescents surviving cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 65-78.
- Caballo, V.E. (1999). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos.
- Caldin, C.F. (2002). Biblioterapia: programa de leitura para crianças internadas no Hospital Universitário da UFSC: uma experiência. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 7(14), 38-54.
- Camargo, B. & Kurashima, A. Y. (2007). Considerações em Oncologia Pediátrica. Em B. Camargo & A. Y. Kurashima (Orgs.), *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica* (pp. 25-37). São Paulo: Lemar.
- Caminiti, C., Scoditti, U., Diodati, F. & Passalacqua, R. (2005). How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice [versão eletrônica]. *BMC Health Services Research*, 5, 62-72.
- Campos, R.O. (2003). Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Revista Saúde em Debate*, 27(64), 123-130.

- Carpenter, P.J. (1990). New method for measuring young children's self-report of fear and pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(4), 233-240.
- Carvalho, A.M. & Begnis, J.G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em estudo*, 11(1), 109-117.
- Castro, E.K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 396-405.
- Ceribelli, C. (2007). *A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Christophersen, E.R. (1994). *Pediatric compliance: A guide for the primary care physician*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B.E., Banez, G.A., Malcarne, V. & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.
- Costa Junior, A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M.A. Dessen & A.L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Costa Junior, A.L. (2002). Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2 (2), 67-77.

- Costa Junior, A.L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília. DF.
- Costa Junior, A.L. (1999). Psico-Oncologia e manejo de procedimentos invasivos em Oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 107-118.
- Costa Junior, A.L. (1998). Psicologia da Saúde: campo de atuação científica e profissional. *Jornal da Psicologia*, 9(1), 4-8.
- Costa Junior, A.L., Coutinho, S.M.G. & Ferreira, R.S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação*, 16(33), 111-118.
- Coulter A., Entwistle, V. & Gilbert, D. (1998). *Informing patients: An assessment of the quality of patient information materials*. London (EN): King's Fund.
- Coutinho, S.M.G., Costa Junior, A.L. & Kanitz, S. (2000). Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 33-42.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.
- Cupertino, A.P.F.B., Oliveira, B.H.D., Guedes, D.V., Coelho, E.R., Milano, R.S., Rubac, J.S. & Sarkism, S.H. (2006). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 371-378.
- Dantas, C., Jablonski, B. & Féres-Carneiro, T. (2004). Paternidade: considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação*, 14 (29), 347-357.

- De Civita, M. & Dobkin, P.L. (2004). Pediatric adherence as a multidimensional and dynamic construct, involving a triadic partnership. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 157-169.
- Decker, C., Phillips, C.R. & Haase, J.E. (2004). Information needs of adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(6), 327-334.
- Deering, C.G. & Cody D.J. (2002). Communicating with children and adolescents. *The American Journal of Nursing*, 102(3), 34-41.
- Dell'Aglio, D.D. & Hutz, C.S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 5-13.
- Deslandes, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 15-17.
- Dessen, M.A. & Costa Junior, A.L. (2005). Introdução. Em M.A. Dessen & A.L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 11-15). Porto Alegre: Artmed.
- Dessen, M.A. & Murta, S.G. (1997). A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: Uma visão crítica. *Cadernos de Psicologia*, 3(1), 47-60.
- Dohme, V. (2003). *Além do encantamento: como as histórias podem ser um instrumento de aprendizagem*. Coleção Era uma vez. Editora Educar.
- Echer, I.C. (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 754-757.
- Eiser, C. (1996). Helping the Child with Chronic Disease: Themes and Directions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(4), 551-561.
- Fenton, S. J. & Horbelt, C. V. (2001). The ABCs for successful dental treatment. *The Exceptional Parent*, 31 (9), 133-135.

- Ferreira, R.S. (2005). *Efeitos da Apresentação Sistematizada de um Manual Educativo para Pais de Crianças com Leucemia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferreira, S.P.A. & Dias, M.G.B. (2002). A escola e o ensino da leitura. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 39-49.
- Ferreira, E.A.P. & Mettel, T.P.L. (1999). Interação entre irmãos em situação de cuidados formais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 133-146.
- Flores, A.M.N. & Costa Junior, A.L. (2004). O manejo psicológico da dor de cabeça tensional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 24-33.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLonguis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fontenele, M.F.S.F., Pinto, V.B., Andrade, F.J.M. de, Dias, A.P., Moura, R.M.G.M. & Pinto, J.M. (2000). A biblioterapia no tratamento do câncer infantil. Anais do Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação. S.n. Porto Alegre: PUC-RS.
- Ford, S., Hall, A., Ratcliffe, D. & Fallowfield, L. (2000). The Medical Interaction Process System (MIPS): An instrument for analyzing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social Science and Medicine*, 50(4), 553-566.
- Françoso, L.P.C. (2001). *Vivências de crianças com câncer no grupo de apoio psicológico: estudo fenomenológico*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Gabarra, L.M. (2005). *Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

- Gil, M.S.C.A. & Rose, J.C. (2003). Regras e contingências sociais na brincadeira de crianças. Em M.Z.S. Brandão, F.C.S. Conte, F.S. Brandão, Y.K. Ingberman, C.B. Moura, V.M. Silva & S.M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (pp. 383-389). Santo André, SP: Esetec.
- Gioia-Martins, D. & Rocha Junior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Psicologia Clínica e Saúde Pública, no I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Gimenes, M.G.G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. Em M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 111-147). Campinas: Editorial Psy.
- Goulart, C.M.T. & Sperb, T.M. (2003). Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 355-365.
- Guimarães, R. (2004). Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 9 (2), 375-387.
- Guimarães, S. S. (1988). A Hospitalização na Infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4(2), 102-112.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality Life Research*, 12(11), 25-31.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA]. (2008). *Câncer*. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acessado em 23/06/08.
- Kohlsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Kreppner, K. (2001). Sobre a maneira de produzir dados no estudo da interação social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (2), 97-107.
- Kupst, M.J. & Bingen, K. (2006). Stress and Coping in Pediatric Cancer Experience. Em: R.T. Brown, (Org.), *Comprehensive Handbook of Childhood Cancer and Sickle Cell Disease: A Biopsychosocial Approach* (pp 35-52). US: Oxford University Press.
- La Greca, A.M. (1990). Social consequence of pediatric regimens: Fertile area for future investigation and intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(3), 285-308.
- Landim, F.L.P., Lourinho, L.A., Lira, R.C.M. & Santos, Z.M.S.A. (2006). Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 19 (1), 53-58.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Niggli, F.K., Gnehm, H.E. & Sennhauser, F.H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: A one year follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4 (63). S.n.
- Landolt, M.A., Vollrath, M. & Ribi, K. (2002). Predictors of coping strategy selection in paediatric patients. *Acta Paediatrica*, 91(9), 954-960.
- Lapacó, M., Herran, M. & Navari, C. (1996). El manejo de la información en el paciente pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94(2), 111-113.
- Last, B.F. & Grootenhuis, M.A. (2008). Challenges for psychosocial interventions in pediatric oncology. *Future Medicine*, 2(2), 107-109.
- Last, B.F., Stam, H., Nieuwenhuizen, A.O. & Grootenhuis, M.A. (2007). Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First results. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 101-112.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lemaneck, K.L., Kamps, J. & Chung, N.B. (2001). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Regimen adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 253-275.
- Lemos, F.A., Lima, R.A.G. & Mello, D.F. (2004). Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 485-493.
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5), 1441-1460.
- Linhares, M.B.M. & Minardi, M.R.F.L. (1999). Criança hospitalizada em enfermaria de Pediatria - aspectos psicológicos. Em R.C. Labate (Org.), *Caminhando para a assistência integral* (pp. 331-338). Ribeirão Preto: Scala.
- Lolas, F. (2002). Information, communication, and equity: Dilemmas in health. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(5), 430-434.
- Lopez, D.F., & Little, T.D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32(2), 299-312.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.H., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Spreat, S. & Tasse, M.J. (2002). *Mental Retardation – definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Mack, J.W., Wolfe, J., Grier, H.E., Cleary, P.D. & Weeks, J.C. (2006). Communication about prognosis between parents and physicians of children with cancer: Parent preferences and the impact of prognostic information. *Journal of Clinical Oncology*, 24(22), 5265-5270.

- Magnabosco, G., Tonelli, A.L.N.F. & Souza, S.N.D.H. (2008). Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 103-108.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76, 390-393.
- Martins, C.S.C. (2005). *Impacto do Suporte Social e dos Estilos de Coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com Lúpus*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/>. Acessado em 23/05/08.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mccoll, M.A., Lei, H. & Skinner, H. (1995). Structural relationships between social support and coping. *Social Science & Medicine*, 41(3), 395-407.
- McNally, S.T. & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 309-314.
- Mendonça, M.B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em Onco-hematologia Pediátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Mitre, R.M.A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 147-154.
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., Valério, N.L., Santos, A.R.R. & Rosa, L.T.B. (2002). Psicologia da Saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13(1), 29-53.
- Moraes, D.A.T. (2006). *A importância do lúdico para o desenvolvimento da criança*. Memorial de formação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- Moreno, R.L.R., Diniz, R. L P., Magalhães, E.Q. de, Souza, S.M.P.de O. & Silva, M.S.A. (2003). Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. *Pediatrics (São Paulo)*, 25(4), 164-169.
- Moro, S.D. (2006). Os efeitos da intervenção lúdica em crianças pré cirúrgicas. Disponível em: <http://www.artigocientifico.com.br/artigos/>. Acessado em 03/08/08.
- Nelson, J.E., Mercado, A.F., Camhi, S.L., Tandon, N., Wallenstein, S., August, G.I. & Morrison, R.S. (2007). Communication about chronic critical illness. *Archives of Internal Medicine*, 167(22), 2509-2515.
- Nicassio, P.M., Meyerowitz, B.E. & Kerns, R.D. (2004). The future of health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 132-137.
- Nogueira-Martins, M.C.F. & Bógus, C.M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.
- Odigwe, C (2004). Children say they are not involved enough in their treatment. *British Medicine Journal*, 328(7440), 600.
- Oliveira, B.A. (2006). *A importância da mediação de leitura para pacientes em um hospital especializado*. (Monografia). Bauru, SP: Instituto de Ensino Superior de Bauru.
- Oliveira, M.K. (1992). *Algumas contribuições da psicologia cognitiva*. São Paulo: FDE.
- Oliveira, P.S. & Friedman, S. (2006). A clínica da gagueira e o livro infantil: considerações a partir de um caso. *Distúrbios de Comunicação*, 18 (2), 223-233.
- Patenaude, A.F. & Kupst, M.J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 9-27.
- Paula, E.M.A.T. (2007). A literatura infantil e o vídeo na escola do hospital: diferentes linguagens de inclusão social. *Olhar de Professor*, 10(2), 181-193.

- Pedrosa, A.M., Monteiro, H., Lins, K., Pedrosa, F. & Melo, C. (2007). Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(1), 99-106.
- Pedroso, R.S. & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7, 32-35.
- Penna, T.L.M. (2004). Dinâmica Psicossocial de Famílias de Pacientes com Câncer. Em J. Mello Filho & M. Bird, (Orgs.), *Doença e Família* (pp. 379-389). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Penteadó, J. R.W. (1986). *A técnica da comunicação humana*. São Paulo: Pioneira.
- Pereira, A.M.G.S. (1987). *A biblioterapia em instituições de deficientes visuais: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Pereira, M.G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Piaget, J. (1967). *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Trabalho original publicado em 1964.
- Pyke-Grimm, K.A., Stewart, J.L., Kelly, K.P. & Degner, L.F. (2006). Parents of children with cancer: Factors influencing their treatment decision making roles. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 350-361.
- Quiles, J.M.O. & Carrillo, F.X.M. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas*. Madrid: Editora Biblioteca Nueva.
- Remor, E.A. (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30(1), 205-217.

- Ribeiro, G. (2006). Biblioterapia: uma proposta para adolescentes internados em enfermarias de hospitais públicos. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 3(2), 112-126.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rintala, D.H., Young, M.E., Spencer, J.C. & Bates, P.S. (1996). Family relationships and adaptation to spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation Nursing*, 21(2), 67-74.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S. & Pastor, M. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-82.
- Rolland, J.S. (1995). Doença crônica e ciclo de vida familiar. Em B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-392). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rollins, J.A. (2005). Tell me about It: Drawing as a communication toll for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(4), 203-221.
- Rose, S.D. (1996). Psicoterapia Cognitivo-Comportamental de Grupo. Em H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 173-180). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ryan-Wenger, N.M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256-263.
- Rushforth, H. (1999). Practitioner Review: Communicating with Hospitalized Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding of Health and Illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 683-691.

- Sabátes, A.L. & Borba, R.I.H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 968-973.
- Santos, A.C.A. (2001). *Consulta médico-paciente: um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Santos-Filho, S.B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 999-1010.
- Schlenther, E. (1999). Using reading therapy with children. *Health Libraries Review*, 16(1), 29-37.
- Seidl, E.M.F. & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seidl, E.M.F. & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/ aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Servantes, L.F. (2002). *Terapia ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia*. Campo Grande, MS: Editora UCDB.
- Setz, V.G., Pedreira, M.L.G., Peterlini, M.A.S., Harada, M.J.C.S. & Pereira, S.R. (2001). Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14(2), 55-65.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, F.M. & Correa, I. (2006). Enfermidade crônica: experiência da família na hospitalização infantil da criança. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(1), 18-23

- Silva, G.M., Teles, S.S. & Valle, E.R.M. (2005). Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil - período de 1998 a 2004. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 253-261.
- Silva, C. N. (2000). *Como o Câncer (Des)Estrutura a Família*. São Paulo: Annablume.
- Silveira, L.M.C. & Ribeiro, V.M.B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Revista Interface- Comunicação, saúde, educação*, 9(16), 91-104.
- Skinner, B.F. (1982). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Smith, T.W., Kendall, P.C. & Keefe, F.J. (2002). Behavioral medicine and clinical health psychology: Introduction to the special issue, a view from the decade of behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 459-462.
- Soares, M.R.Z. (2002). *A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 53-64.
- Sobo, E.J. (2004). Good Communication in Pediatric Cancer Care: A Culturally-Informed Research Agenda. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(3), 150-154.
- Steffen, B.C. & Castoldi, L. (2006). Sobrevivendo à tempestade: a influência do tratamento oncológico de um filho na dinâmica conjugal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 406-425.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Takatori, M. (2003). *O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clínica de terapia ocupacional*. São Paulo: Atheneu.
- Tates, K. & Meeuweesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 52(6), 839-851.
- Teixeira, M.J. & Okada, M. (2003). Dor – Evolução histórica dos acontecimentos. Em M.J. Teixeira, J.L. Braum Filho, J.O. Marquez & L.T.Yeng, (Orgs.). *Dor- contexto interdisciplinar* (pp. 15- 52). Curitiba: Maio.
- Teixeira, R.S. (2000). Estudo de usuários para a implementação de atividades lúdicas e de leitura na pediatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (RJ). [Resumo]. *XIX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação*. S.n. Porto Alegre: PUC-RS.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la Infancia: su Prevención y Tratamiento*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Ulla, S. & Remor, E. (2003). La Investigación en el Hospital: Tendiendo Puentes entre la Teoría y la Práctica. Em E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla, (Orgs.), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp. 179-208). Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Varni, J.W., Burwinkle T.M. & Lane M.M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes* 3(34), S.n.
- Vasconcelos, L.A. (2006). *Brincando com histórias infantis: Uma contribuição da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de crianças e jovens*. Santo André, SP: Esetec.

- Vasconcelos, L.A. (2005). Interpretações analítico-comportamentais de histórias infantis para utilização lúdico-educativa. *Humanidades em Foco*, 3, 1-19.
- Vieira, M.A. & Lima, R.A.G. (2002). Crianças e adolescentes com doenças crônicas: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552-560.
- Vitorino, S.C., Linhares, M.B.M. & Minardi, M.R.F.L. (2005). Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 267- 277.
- Vygotski, L. S. (1984). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Wartofsky, M. (1999). A construção do mundo da criança e a construção da criança do mundo. Em W.O. Kohan & D. Kennedy (Orgs.), *Filosofia e Infância: possibilidades de um encontro*. Petrópolis: Vozes.
- Weinert, C. & Tilden, V.P. (1990). Measures of social support: Assessment and validity. *Nursing Research*, 39(4), 212-216.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (1) 78-89.
- Whitney, S.N., Ethier, A.M., Frugé, E., Berg, S., McCullough, L.B. & Hockenberry, M. (2006). Decision making in pediatric oncology: Who should take the lead? The decisional priority in pediatric oncology model. *Journal of Clinical Oncology*, 24(1), 160-165.
- Worchel, F.F., Copeland, D.R. & Barker, D.G. (1987). Control-related coping strategies in Pediatric Oncology patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(1), 25-38.

- Yunes, M.A.M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: a noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J.Taveres (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zannon, C.M.L.C. (1991). Desenvolvimento Psicológico da Criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7(2), 119-136.
- Zwaanswijk, M., Tate, K., Dulmen, S.V., Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A. & Bensing, J.M. (2007). Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *BMC Pediatrics*, 7(35), 101-110.

**Anexos**

## Anexo 01

Tabela demonstrativa de livros infantis, na realidade brasileira, que abordam conteúdos em saúde.

Foco	Livros e tema
Processo Saúde-doença	<p>Alves, F. (2007). O Dodói da Gigi. Ed. Signus. Tema: câncer infantil.</p> <p>Duarte, M &amp; Nogueira, W. (2001). O Livro dos Segundos Socorros - Doutores da Alegria. Ed. Panda Books. Tema: explicações sobre o que são as doenças e como ter uma vida saudável.</p> <p>Emerson, F., Correa, J.C. &amp; Teberyca, J. N. (2006). Eu tenho asma, e daí? Ed. Olho d'água. Tema: lidar com a asma, levando em conta os aspectos ambientais, familiares, biológicos e psicológicos da doença.</p> <p>Espeschit, R. (2005). O menor espetáculo da Terra. Ed. Dimensão. Tema: hospitalização.</p> <p>Gilson, F. (2003). Rita sapeca está doente. Ed. Larousse. Tema: medo da doença e seu enfrentamento.</p> <p>Nucci, N.A.G. (1997). O Leão sem Juba. Ed. Paulinas. Tema: a perda de cabelo na realidade do câncer infantil.</p> <p>Pedrosa, C.M. (2001) João e seu irmão. Ed. Tema: irmãos de paciente em tratamento de câncer.</p>
Cuidados Básicos de Saúde	<p>Bibancos, F. (2004). A guerra dos Mutans. Ed. CLA. Tema: saúde bucal.</p> <p>Gomboli, M. (2002). Alimentos bons e certos. Ed. Paulus. Tema: alimentação.</p> <p>Norac, C. (2007). Monstro, não me coma! Ed. Cosac Naify. Tema: os limites entre a boa nutrição e os excessos alimentares.</p>
Sentimentos e emoções	<p>Duarte, R (). Vencendo o medo. Ed. Imprensa Livre. Tema: enfrentamento do medo de obstáculos da vida.</p> <p>Luna, P.C. (2007). Léo no Mundo do Espelho. Ed. Viana e Mosley. Tema: trabalho com as emoções.</p> <p>Mundy, M (2002). Ficar com raiva não é ruim: um livro infantil sobre a raiva. Ed. Paulus. Tema: compreensão das sensações produzidas pela raiva.</p> <p>Mundy, M (2002). Ficar Triste Não é Ruim: Como uma Criança Pode Enfrentar uma Situação. Ed. Paulus. Tema: perda de pessoas amadas na infância.</p> <p>Mundy, M (2002). Chega de Estresse! Ed. Paulus. Tema: perda de pessoas amadas na infância. Tema: como lidar com estresse na infância.</p> <p>Rennós, R. (2005). Sr. Medo. Ed. Do Brasil. Tema: enfrentando o medo.</p> <p>Silva, C. e Silva, N.R. (1995). Os porquês do coração. Ed. Do Brasil. Tema: tristeza e saudade, morte, perda de um animal, desenvolvimento afetivo.</p>

## Anexo 02

Tabela demonstrativa de coleções infantis, na realidade brasileira, que abordam conteúdos em saúde.

---

### (1) Coleção As Aventuras de Joça e Zeca:

Rogriduez, R. (1998) Joca vai ao médico. Ed. Villa Rica. Tema: benefícios secundários.

### (2) Coleção Aventuras de Paulinho:

Luisa, M. (19--) Paulinho está doente. Ed. Villa Rica. Tema: enfrentamento.

### (3) Coleção Atchim:

Martins, C. (19--) O Doutor Sabidão. Ed. Villa Rica. Tema: relação médico-paciente.

### (4) Coleção Bob Esponja:

Banks, S. (2006). Bob Esponja Vai ao Médico. Ed. Caramelo. Tema: medo de ir ao médico.

### (5) Coleção Coelho Sabido:

Magda (19--). Fina, a enfermeira. Ed. Villa Rica. Tema: vacinação.

### (6) Coleção Estrelinha:

Luisa, M. (19--). Liz, a enfermeira. Ed. Villa Rica. Tema: adoecimento de um profissional de saúde.

### (7) Coleção Pequeno Amigo:

Chacopino (19--). O Doutor Urso. Ed. Villa Rica. Tema: trabalho de um médico.

### (8) Coleção Camila:

Pétigny, A. (2003). Camila vai ao médico. Ed. Larousse. Tema: medo de injeção.

\_\_\_\_\_ (2003). Camila não quer tomar banho. Ed. Larousse. Tema: higiene corporal.

### (9) Coleção Gente tem, bicho também:

Machado, A. (2004). Gente tem, bicho também: dente. Ed. Nova Fronteira. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

\_\_\_\_\_ (2004). Gente tem, bicho também: garganta. Ed. Nova Fronteira. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

\_\_\_\_\_ (2004). Gente tem, bicho também: língua. Ed. Nova Fronteira. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

\_\_\_\_\_ (2004). Gente tem, bicho também: nariz. Ed. Nova Fronteira. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

\_\_\_\_\_ (2004). Gente tem, bicho também: olho. Ed. Nova Fronteira. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

---

### (10) Coleção Maternal:

Odriozola, B.M. (2003). Vamos comer. Ed. Leitura. Tema: alimentação.

\_\_\_\_\_ (2003). Vamos escovar os dentes. Ed. Leitura. Tema: higiene bucal.

\_\_\_\_\_ (2003). Vamos tomar banho. Ed. Leitura. Tema: higiene corporal.

---

### (11) Coleção Saúde:

Cardoso, L.M. (1996). O Nariz do Badião. Ed. Do Brasil. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

\_\_\_\_\_ (1996). Os Olhos da Montanha. Ed. Do Brasil. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.

---

- 
- \_\_\_\_\_ (1996). Ouvidos de Bolota. Ed. Do Brasil. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.
- \_\_\_\_\_ (1996). Papai, o que é vacina? Ed. Do Brasil. Tema: informação básica sobre o princípio da imunização das principais doenças infantis.
- \_\_\_\_\_ (1998). Amanda no País das Vitaminas. Ed. Do Brasil. Tema: alimentação, o valor das vitaminas e energias destas ao corpo.
- \_\_\_\_\_ (1998). Belarmino, o Rato que Espirrava. Ed. Do Brasil. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.
- \_\_\_\_\_ (1998). Tato, o Polvo – Coleção Saúde. Ed. Do Brasil. Tema: noções básicas sobre as funções dos órgãos do sentido.
- \_\_\_\_\_ (1998). Zé Descalço. Ed. Do Brasil. Tema: a importância da higiene pessoal para evitar verminoses.
- \_\_\_\_\_ (1999). Com os Pés na Cabeça do Rei. Ed. Do Brasil. Tema: a importância da higiene pessoal para evitar a pediculose.
- 

**(12) Coleção Saúde e Bem Estar:**

- Rastoin-Faugeron, F. (2004). A alimentação: por que não podemos comer só batata frita? Ed. Àtica. Tema: dieta saudável e equilibrada para prevenção de doenças.
- \_\_\_\_\_ (2004). As doenças: para que servem as injeções? Ed. Àtica. Tema: saúde infantil e doenças, funcionamento do hospital, exames realizados.
- 

**(13) Coleção Zebra:**

- Lloyde, D. (1983). Hora do Banho. Ed. Martins Fontes. Tema: higiene corporal.
- \_\_\_\_\_ (1984). Hora de Comer. Ed. Martins Fontes. Tema: alimentação.
-

**Anexo 03****Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto: 086/2006

Título do Projeto: “Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia – Histórias lúdicas acompanhadas de oficinas como forma de intervenção psicológica no contexto hospitalar pediátrico”.

Pesquisadora Responsável: Catarina Gomes Machado Castro

Data de Entrada: 29/06/2006.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 086/2006 com o título: “Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia – Histórias lúdicas acompanhadas de oficinas como forma de intervenção psicológica no contexto hospitalar pediátrico”. Analisado na 6ª Reunião, realizada no dia 11 de julho de 2006.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 22 de setembro de 2006.

  
Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cep: 70.910-900



**Anexo 04****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado pai, mãe ou acompanhante,

Venho convidar você e seu filho(a) a participarem de um projeto de pesquisa. O objetivo do projeto é contar histórias infantis para que as crianças em tratamento e seu acompanhante consigam entender e guardar informações importantes para o próprio tratamento.

Em nosso estudo são previstos cinco encontros. O primeiro encontro é utilizado para esclarecimento do projeto, assinatura deste termo de Consentimento e realização de algumas perguntas com o responsável e com a criança; os três próximos encontros são realizados para que histórias sejam contadas. E o último para avaliação do projeto com a criança. Os temas a serem abordados nas três histórias serão escolhidos entre: hospitalização; materiais hospitalares; o hospital e os profissionais de saúde; cuidados básicos de saúde; sentimentos e dor.

Todas as informações coletadas são confidenciais, sendo utilizado registro apenas para fins de pesquisa científica. Pedimos sua autorização também para a gravação de voz de algumas de nossas conversas e o registro com foto da criança em momento de atividade com a história, sendo este material também utilizado apenas para a pesquisa científica.

A participação de vocês é voluntária e por isso não haverá qualquer constrangimento ou problema para as pessoas que preferirem não participar. Aceitando participar, solicitamos que assine seu nome neste documento em duas vias: uma ficará para o estudo e outra em seu poder.

Deste já, agradecemos a sua participação. Qualquer dúvida, ou necessidade de informações sobre o projeto, por favor, entre em contato pelo telefone (61) 8149-1373 (Catarina).

Atenciosamente,

---

Catarina Gomes Machado Castro (responsável pelo estudo)

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) paciente  
\_\_\_\_\_, aceito que o(a) mesmo(a) participe do Projeto.

---

(assinatura do responsável).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Anexo 05****Roteiro de Entrevista Semi-estruturado para Acompanhantes.**

- 1) Inicialmente queria pedir para você contar um pouco da história da família e a história desde o início da doença ou início da hospitalização.
- 2) O que mudou na vida da criança desde então? Quais as mudanças de comportamento mais significativas você observou na criança desde o início do tratamento?
- 3) Quais são em sua opinião as maiores dificuldades que a criança encontra durante as internações? (Se necessário, exemplificar).
- 4) O que poderia ser feito em sua opinião para melhorar o período em que estão no hospital?

**Anexo 06**

## Protocolo de Registro de Dados do Prontuário Médico-hospitalar.

Nome: \_\_\_\_\_

Sigla do nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome pai: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Acompanhante mais freqüente: \_\_\_\_\_

se o acompanhante não for mãe ou pai, coletar:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Acompanhante que assinou o TCLE: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_ Número de internações: \_\_\_\_\_

Fase de tratamento: \_\_\_\_\_

Histórico da doença:

---

---

---

---

---

---

Histórico familiar:

---

---

---

---

---

---

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007/2008.

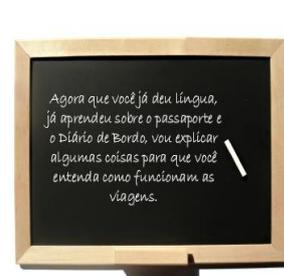
## Anexo 07

Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 01:

“Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia” (hospitalização).



Caso um desses itens dê algum problema ou pare de funcionar, o corpo humano fica frágil e necessita de cuidados especiais. Com isso, é preciso cuidado com a gente mesmo, afinal não tem como trocar o nosso corpo por um novo.



(01) Sua **FAMÍLIA** não vai estar nas viagens? Às vezes, uma única pessoa da família pode acompanhar a gente. Essa pessoa tem a função extremamente importante de te ajudar em tudo na viagem, como por exemplo, tirar dúvidas com pessoas especializadas, pedir informações e te auxiliar nos momentos de banho e comida. Assim, com as viagens, você vai precisar passar alguns dias longe da sua casa, da sua mãe ou do seu pai, de seus irmãos e primos.



(06) Ah, pode ser também que nos dias de viagem você não vá à **ESCOLA**: afinal, você estará nos acompanhando e estará com cuidados especiais. Ai a sua família pode avisar na sua escola de suas viagens e você pode conversar com as pessoas de Hospitalândia para te ajudarem a estudar.



## Anexo 08

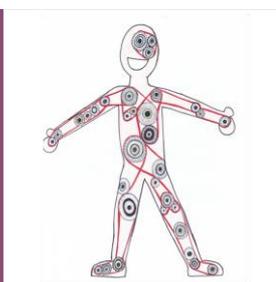
Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 02:

“A viagem espacial, a viagem especial” (materiais hospitalares).



Hoje teremos uma viagem especial para a **FÁBRICA SECRETA DE INSTRUMENTOS** do Planeta Hospitalândia. Nessa fábrica existem diversos especialistas que ajudam a fazer a conservação de uma máquina muito importante e delicada chamada **CORPO HUMANO**.

Dentro desta máquina, o corpo, existem várias peças, engrenagens e combustíveis que devem trabalhar em conjunto para manter o nosso bom funcionamento.



Caso um desses itens dê algum problema ou pare de funcionar, o corpo humano fica frágil e necessita de cuidados especiais.



Nesse caso você precisa ir à **Fábrica Secreta de Instrumentos** e enviar ajuda ao corpo para que ele volte a trabalhar bem... O grande segredo é que a Fábrica Secreta é um Foguete.

Você já viajou de Foguete?

Então vamos logo conhecer os especialistas dessa Fábrica.

**Sr. Capitão** é o comandante do foguete. É ele quem organiza toda a equipe, sendo sempre muito simpático e procurando agradar a todos. Sr. Capitão **ADORA** ficar nas mãos das pessoas e mexer em tudo o que vê, afinal, como comandante, ele quer conhecer tudo.



Olhe bem! Se você prestar atenção, verá que todos que entram no foguete possuem um pedaço branco como desenho de uma estrela pregado em algum lugar do corpo. É a autorização, a **IDENTIFICAÇÃO** que indica que o Sr. Capitão deixou a pessoa fazer a viagem.



Há pessoas que o Sr. Capitão deixa fazer a viagem com várias identificações, há pessoas que têm apenas uma pequena e algumas até não tem. Não se preocupe, o Sr. Capitão é esquecido mesmo!

Quanto à Identificação de viagem, ela é branca e grudada, assim fica bem presa ao nosso corpo.



Você conhece o **Seu Paliton**? Ele veio de um lugar onde todas são muito curiosas e querem saber de tudo. Deixa de olhar, procurar e tocar.



Já **Dona Seringueira** é calma e tranquila. Ela já se aposentou, pois já trabalhou muito.

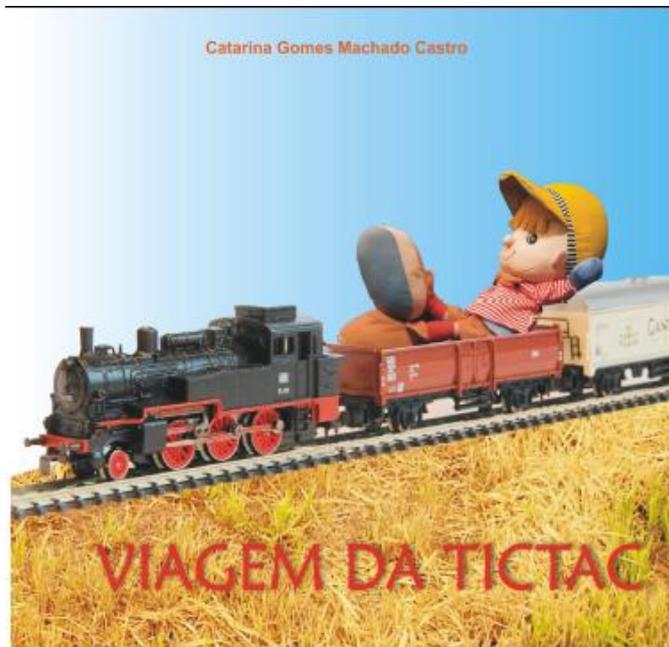
Agora Dona Seringueira só orienta seus filhos Serintex e Seringula.



Anexo 09

Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 03:

“Viagem da Tictac” (ambientes hospitalares e profissionais de saúde).



Preciso te apresentar o Sr. Maquinildo. Ele é quem conduz o trem.

Atenção! Atenção! Hora da partida do trem. Fechem seus olhos e comecem a dizer: TICTAC, TICTAC!

Espere a!! Você está com fome? Preguiça? Então vamos tentar de novo, mais forte: TICTAC, TICTAC, TICTAC...

Srs. Passageiros, teremos 4 paradas para apresentação dos pontos turísticos mais conhecidos. Vejo ver sua médica? Quer marcar consulta? Exame?

Atenção para a primeira atração: **Recepção**

No recepção avisamos que já chegamos, marcamos nossas visitas e recebemos informações!

Aqui é gente tem que esperar!! às vezes é repetitivo, mas às vezes a Hospitalândia está com muitos visitantes e então é preciso esperar um pouquinho, um pouquinho, muito ou até muito...

(01) Tudo o que está de verde, pode ocorrer na SALA DE ESPERA (02) O que está de vermelho, não pode.

Brigar	Brincar	Assistir TV
Desenhar	Quebrar Brinquedos	Jogar
Conversar	Gritar	Trabalhar sem avisar
		Pintar

**Sala de espera**

**Consultório**

Aqui é o local onde você fica muito famoso. Vão vir falar com você, saber de várias coisas da sua vida e, principalmente, acompanhar como está o seu corpo.

Lembra que essas viagens são para cuidar muito bem de você? Pois então, aqui é o local onde as decisões da equipe de viagem são tomadas. Resultados de exames serão estudados e você pode receber alguns remédios para tomar.

Ops... A gente apresentou todos os locais da viagem e esqueceu das pessoas que trabalham aqui!! Bem que no sistema chamado o viagem calma demais! Vamos às apresentações.

Bom, agora procure entender o que essas pessoas fazem. Os desenhos são para te ajudar...

**Professora** (imagem de uma professora)

**Nutricionista** (imagem de uma nutricionista)

**Dentista** (imagem de um dentista)

(Imagens de alimentos, uma lousa, um envelope, um prato de comida, um dente, e uma escova de dentes)

## Anexo 10

Coleção Hospitalândia, exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 04:

“Sujismundo: como limpar essa viagem?” (cuidados básicos de saúde).



Os DEZ MANDAMENTOS



dos cuidados básicos de saúde.



**MANDAMENTO**

**03:**

Comer frutas, verduras e legumes. Vocês também podem conversar com a nutricionista do HOSPITALÂNDIA para ajudar na escolha do que comer.



**MANDAMENTO 06:**

Escovar os dentes após se alimentar e antes de dormir.

Restos de comida na boca podem fazer parte da máquina do corpo enferrujar e estragar logo. É preciso que você, junto com o seu dentista, faça um batidão de limpeza nos seus dentes. Use a escova de dente e o creme dental e, se o seu dentista pedir, o fio dental.

**MANDAMENTO**

**09:**

vista roupas adequadas. Se estiver frio, agasalhe-se e não pegue friagem; se estiver calor, coloque roupas confortáveis e tome bastante água.



**MANDAMENTO**

**10:**

Não ficar com roupa suja ou suada. Procure estar sempre com roupas limpas.

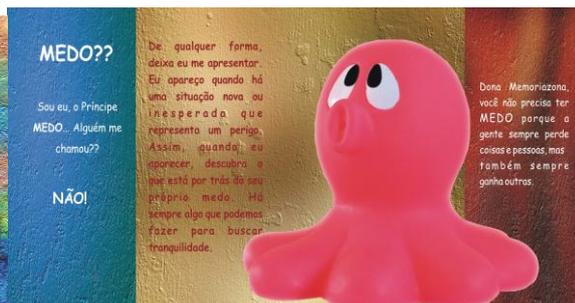
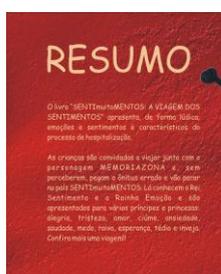
Tudo que entra em contato direto com o nosso corpo deve estar limpo. É preciso que as roupas sejam sempre lavadas e estejam adequadas ao clima.



## Anexo 11

Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 05:

“Sentimuitomentos: a viagem dos sentimentos” (sentimentos).



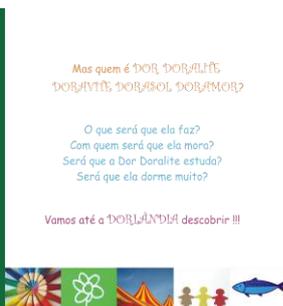
Anexo 12

Coleção Hospitalândia; exemplo ilustrativo dos livros desenvolvidos- volume 06:

“Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor: que viagem é essa?” (dor).



Todos eles trabalham para que a gente SINTA e PERCEBA como está funcionando o nosso corpo.



**Anexo 13**

## Roteiro de Questões Elaborado às Crianças e Adolescentes.

*I - Perguntas relativas ao volume 01:*

1. O que você mais gosta no hospital? O que você não gosta?
2. Por que você está aqui no hospital?
3. O que mais mudou na sua vida desde que você vem para o hospital?

*II - Perguntas relativas ao volume 02:*

1. Qual o nome de cada instrumento?
2. Qual a função? Para que servem estes instrumentos?

*III - Perguntas relativas ao volume 03:*

1. Qual é o lugar do hospital que você mais gosta? E o que você faz neste?
2. Quais são as outras partes/outros lugares deste hospital?
3. Quem trabalha neste hospital? O que cada um deles faz?

*IV - Perguntas relativas ao volume 04:*

1. Quais cuidados de saúde você faz? Por que faz cada um?
2. O que você acha importante fazer para manter sua saúde? (No caso da criança não responder sobre os cuidados de saúde com si própria.)

*V - Perguntas relativas ao volume 05:*

1. Quando você vem para o hospital, qual sentimento você apresenta? E quando vai embora?
2. Quais sentimentos você gosta? Quais sentimentos você não gosta? Por quê?

*VI - Perguntas relativas ao volume 06:*

1. Em que momentos você sente dor?
2. O que você faz quando a dor aparece?

**Anexo 14****PROTOCOLO DE REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS**

Paciente (sigla): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

No. da internação: \_\_\_\_\_

Encontro no: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_

Acompanhante presente: \_\_\_\_\_

Horário início: \_\_\_\_\_ Horário Fim: \_\_\_\_\_

No de crianças no quarto: \_\_\_\_\_

Nome das crianças, idade e acompanhante (caso participem da intervenção):

(01) \_\_\_\_\_

(02) \_\_\_\_\_

(03) \_\_\_\_\_

Condições da criança (na semana e no dia da intervenção): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observação da criança:

aquecimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

história: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

história contada pela criança: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

oficina: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Observação do Acompanhante e demais presentes na enfermaria:

---

---

---

---

---

---

---

---

Perguntas e interesse demonstrado:

---

---

---

---

---

---

---

---

Observações extra: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Presentes da equipe de Psicologia: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura responsável:

## Anexo 15

Folha de Registro de *check-list*: rotina de aquecimento.

<b>I. AQUECIMENTO :</b>	
Objetivo: alcançou o proposto? ( ) sim: ( ) 1. Contato inicial ( ) 2. Trabalho com o tema ( ) não	
<b>ATIVIDADE</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) realização da atividade planejada	( ) 1. Participação colaborativa da criança ( ) 2. Participação com resistência
( ) realização de outra atividade	( ) 1. Interferência do pesquisador ( ) 2. Interferência da criança
( ) não realizou a atividade	( ) 1. Falta de interesse da criança pela atividade ( ) 2. Falta de interesse da criança pelo tema ( ) 3. Intercorrência de saúde ( ) 4. Falta de conduta apropriada do pesquisador ( ) 5. Falta de condições ambientais adequadas
<b>INTERAÇÕES</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) realização individual	
( ) realização em díade central: criança e pesquisador	
( ) participação conjunta	( ) 1. Participação do acompanhante ( ) 2. Participação dos profissionais de saúde ( ) 3. Participação de outras crianças  ( ) 4. Contato realizado pela criança ( ) 5. Contato realizado pelo membro externo
( ) tipo de participação	( ) 1. Atividade conjunta ( ) 2. Atividades complementares ( ) 3. Atividades concorrentes
<b>CONTEUDO</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) referência a dados pessoais	( ) 1. Hábitos/rotina ( ) 2. Dados familiares ( ) 3. Realidade escolar ( ) 4. Amizades ( ) 5. Sentimentos
( ) referência ao processo saúde-doença	( ) 1. Doença ( ) 2. Materiais hospitalares ( ) 3. Profissionais de saúde ( ) 4. Ambientes hospitalares ( ) 5. Cuidados básicos ( ) 6. Dor
<b>ESTRUTURA</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) esclarecimento de dúvidas	( ) 1. Com pesquisador ( ) 2. Com acompanhante ( ) 3. Com profissionais de saúde ( ) 4. Com outras crianças
( ) interrupção temporária	( ) 1. Intercorrência de saúde ( ) 2. Procedimentos médicos ( ) 3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene) ( ) 4. Outros: _____
( ) interrupção total	

Folha de Registro de *check-list*: rotina de leitura da história.**II. HISTORIA**

- ( ) 1. Viagemlogia: o guia básico para o Hospitalândia  
 ( ) 2. A Viagem espacial, a viagem especial  
 ( ) 3. Viagem da TICTAC  
 ( ) 4. Sujismundo, como limpar essa viagem?  
 ( ) 5. Sentimuitomentos: a viagem dos sentimentos.  
 ( ) 6. Dor Doralite Doravite Dorasol Doramor.

Objetivo: fornecer informação por relato de história infantil

Alcançou objetivo proposto? ( ) sim: ( ) não

**INTERAÇÕES****Sub-categoria****detalhamento**

( ) realização individual

( ) realização em díade central: criança e pesquisador

( ) participação conjunta

- ( ) 1. Participação do acompanhante  
 ( ) 2. Participação dos profissionais de saúde  
 ( ) 3. Participação de outras crianças  
  
 ( ) 4. Contato realizado pela criança  
 ( ) 5. Contato realizado pelo membro externo

**CONTEUDO****Sub-categoria****detalhamento**

( ) referência a dados pessoais

- ( ) 1. Hábitos/rotina  
 ( ) 2. Dados familiares  
 ( ) 3. Realidade escolar  
 ( ) 4. Amizades  
 ( ) 5. Sentimentos

( ) referência ao processo saúde-doença

- ( ) 1. Doença  
 ( ) 2. Materiais hospitalares  
 ( ) 3. Profissionais de saúde  
 ( ) 4. Ambientes hospitalares  
 ( ) 5. Cuidados básicos  
 ( ) 6. Dor

**ESTRUTURA****Sub-categoria****detalhamento**

( ) esclarecimento de dúvidas

- ( ) 1. Com pesquisador  
 ( ) 2. Com acompanhante  
 ( ) 3. Com profissionais de saúde  
 ( ) 4. Com outras crianças

( ) interrupção temporária

- ( ) 1. Intercorrência de saúde  
 ( ) 2. Procedimentos médicos  
 ( ) 3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene)  
 ( ) 4. Outros: \_\_\_\_\_

( ) interrupção total

Folha de Registro de *check-list*: rotina de relato da história pela criança.

<b>III. CRIANÇA CONTA A HISTORIA</b>	
Objetivo: verificar se a criança adquiriu informação com o relato da história	
Alcançou objetivo proposto? ( ) sim: ( ) espontâneo ou ( ) com perguntas ( ) não	
<b>ATIVIDADE</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) relato da história na íntegra	
( ) relato do resumo da história/ história parcial	
( ) não realizou a atividade	( ) 1. Falta de interesse da criança pela atividade ( ) 2. Falta de interesse da criança pelo tema ( ) 3. Intercorrência de saúde ( ) 4. Falta de conduta apropriada do pesquisador ( ) 5. Falta de condições ambientais adequadas
<b>INTERAÇÕES</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) realização individual	
( ) realização em díade central: criança e pesquisador	
( ) participação conjunta	( ) 1. Participação do acompanhante ( ) 2. Participação dos profissionais de saúde ( ) 3. Participação de outras crianças  ( ) 4. Contato realizado pela criança ( ) 5. Contato realizado pelo membro externo

Folha de Registro de *check-list*: rotina de oficina.

<b>IV. OFICINA:</b>	
Objetivo: alcançou o proposto? ( ) sim:( ) 1. informações contextualizadas ( ) 2. Finalização da intervenção ( ) não	
<b>ATIVIDADE</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) realização da atividade planejada	( ) 1. Participação colaborativa da criança ( ) 2. Participação com resistência
( ) realização de outra atividade	( ) 1. Interferência do pesquisador ( ) 2. Interferência da criança
( ) não realizou a atividade	( ) 1. Falta de interesse da criança pela atividade ( ) 2. Falta de interesse da criança pelo tema ( ) 3. Intercorrência de saúde ( ) 4. Falta de conduta apropriada do pesquisador ( ) 5. Falta de condições ambientais adequadas
<b>INTERAÇÕES</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) realização individual	
( ) realização em díade central: criança e pesquisador	
( ) participação conjunta	( ) 1. Participação do acompanhante ( ) 2. Participação dos profissionais de saúde ( ) 3. Participação de outras crianças  ( ) 4. Contato realizado pela criança ( ) 5. Contato realizado pelo membro externo
( ) tipo de participação	( ) 1. Atividade conjunta ( ) 2. Atividades complementares ( ) 3. Atividades concorrentes
<b>CONTEUDO</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) referência a dados pessoais	( ) 1. Hábitos/rotina ( ) 2. Dados familiares ( ) 3. Realidade escolar ( ) 4. Amizades ( ) 5. Sentimentos
( ) referência ao processo saúde-doença	( ) 1. Doença ( ) 2. Materiais hospitalares ( ) 3. Profissionais de saúde ( ) 4. Ambientes hospitalares ( ) 5. Cuidados básicos ( ) 6. Dor
<b>ESTRUTURA</b>	
<b>Sub-categoria</b>	<b>detalhamento</b>
( ) esclarecimento de dúvidas	( ) 1. Com pesquisador ( ) 2. Com acompanhante ( ) 3. Com profissionais de saúde ( ) 4. Com outras crianças
( ) interrupção temporária	( ) 1. Intercorrência de saúde ( ) 2. Procedimentos médicos ( ) 3. Cuidados de saúde (alimentação/higiene) ( ) 4. Outros: _____
( ) interrupção total	