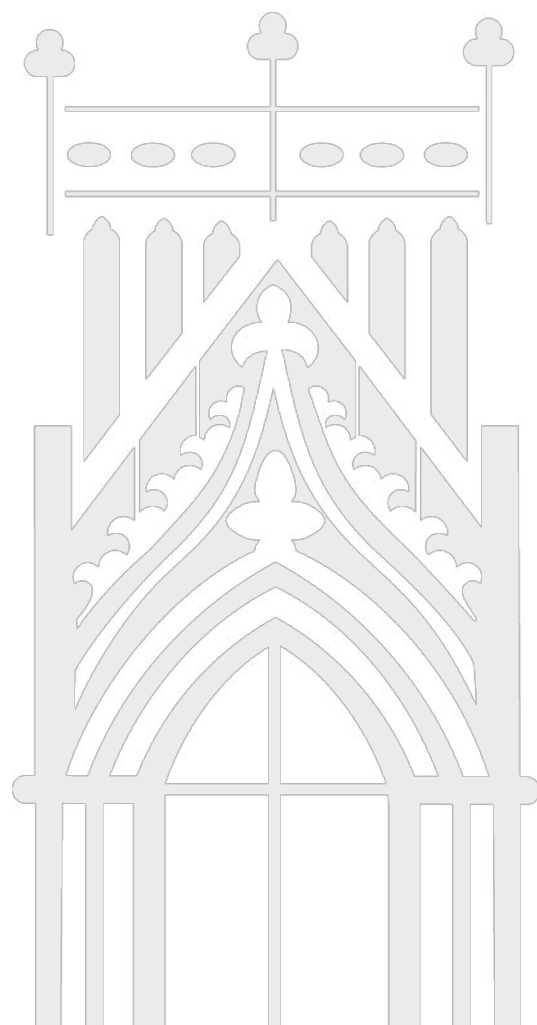


Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria

Sentimentos da criança/jovem hospitalizados  
face à informação disponibilizada pela equipa de  
saúde dor

Márcia Mota Moura da Silva Infante

dezembro | 2016



Escola Superior  
de Saúde



Escola Superior de Saúde

Instituto politécnico da Guarda

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à  
informação disponibilizada pela equipa de saúde**

Márcia Mota Moura da Silva Infante

**Guarda**

**2016**





Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

## **Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde**

Dissertação elaborada para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por: Márcia Mota Moura da Silva Infante

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Maria Jorge

**Guarda**

**2016**



“Contos de fada não dizem às crianças que dragões existem. As crianças já sabem que dragões existem. Contos de fada dizem às crianças que dragões podem ser mortos”

Chesterton



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Centro Hospitalar da Cova da Beira que me permitiu a realização deste estudo.

À Professora Doutora Ana Maria Jorge pela disponibilidade e empenho.

Às crianças e jovens que aceitaram participar nesta investigação.

À minha família pelo apoio diário e paciência.

Às minhas colegas e amigas pelo incentivo a não desistir.





## RESUMO

Com a hospitalização, as crianças/jovens veem interrompidas as suas atividades normais, defrontando-se com o isolamento do que lhes é familiar, sujeitos a normas, rotinas, horários, tratamentos, procedimentos invasivos, num ambiente estranho. Neste sentido, assume grande relevância compreender os sentimentos das crianças/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, devendo este aspeto ser valorizado na prática profissional em Pediatria.

Assim, delineou-se como objetivo geral para esta investigação compreender os sentimentos da criança/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde. Optou-se por uma investigação que se contextualiza num estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica. Assim, entrevistaram-se 18 crianças/jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, cujos motivos da hospitalização foram a cirurgia, a patologia gastrointestinal entre outros, tendo a maioria experiência de hospitalizações anteriores.

Os resultados revelam que, na globalidade, as crianças/jovens entrevistados estão bem informados, sendo as informações acerca do motivo do internamento e da sua doença dadas, na maioria, pelo médico/enfermeiro. Em relação ao facto de as crianças/jovens sentirem que o momento em que a informação lhes foi dada foi o mais adequado, apurou-se que quase todos admitiram que a mesma foi dada no momento adequado. Todas as crianças/jovens admitiram que foram bem informados pelos profissionais de saúde acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde estão hospitalizados. Grande parte das crianças/jovens relataram que é importante que lhes tenha sido solicitado o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos. Em relação ao que sentem face à informação que lhes foi facultada acerca da sua doença e tratamentos, registou-se satisfação e insatisfação. Prevaleceram as opiniões dos que afirmaram sentir-se satisfeitos. As crianças/jovens que referem sentir-se insatisfeitas atribuem na sua maioria ao facto de as informações terem sido facultadas apenas às suas mães.

**Palavras-chave:** Crianças/jovens; Hospitalização; Informação; Sentimentos; Profissionais de saúde.



## **ABSTRACT**

With hospitalization, children/young people see interrupted their normal activities, being faced with the isolation of what is familiar to them, subject to rules, routines, schedules, treatments, invasive procedures, in a strange environment. In this sense, of great importance to understand the feelings of the children/young people hospitalized due to the information provided by the health team, should this aspect be valued in professional practice in pediatrics.

Thus, it outlined as a general goal for this research to understand the feelings of the child/young hospitalized due to the information provided by the health team. We chose an investigation that is contextualized in a qualitative study with a phenomenological approach. So they were interviewed 18 children/young people admitted to the Pediatrics Department of the Cova da Beira Hospital aged between 6 and 17 years, whose reasons for hospitalization were surgery, gastrointestinal pathology among others, with the most experience previous hospitalizations.

The results show that, overall, children/young people interviewed are well informed, and information about the admission of reason and its given disease mostly by doctor / nurse. Regarding the fact that children / young people feel that the time the information was given to them was the most appropriate, it was found that almost all admitted that it was given at the right time. All children/young people admitted that they were well informed by health professionals about the operation and routines of the service where they are hospitalized. Most children/youth reported that it is important to which they were asked their assent/consent for the treatments / procedures. In relation to what they feel given the information provided to them about their disease and treatment, there was satisfaction and dissatisfaction. Prevailed the opinions of those who said they feel satisfied. Children / young people who reported feeling dissatisfied attribute mostly to the fact that the information has been provided only to their mothers.

**Keywords:** Children/ young people; Hospitalization; Information; Feelings; Health professionals.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	17
<b>1. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM</b> .....	19
<b>2. PROCESSOS DE SAUDE-DOENÇA DA CRIANÇA/JOVEM</b> .....	25
<b>3. CRIANÇA/JOVEM FACE À HOSPITALIZAÇÃO</b> .....	27
<b>4. ACOLHIMENTO E NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM</b> ...	33
<b>PARTE II – SENTIMENTOS DA CRIANÇA/JOVEM FACE À INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA PELA EQUIPA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA</b> .....	41
<b>1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
1.1. ABORDAGEM FENOMENOLOGICA .....	43
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	46
1.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO: DOMINIOS E DIMENSÕES .....	48
1.4. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	50
1.5. RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	50
<b>2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	55
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	56
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS DAS CRIANÇAS/JOVENS ENTREVISTADOS .....	57
2.3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO.....	58
2.4. SENTIMENTOS DA CRIANÇA/JOVEM FACE À INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA .....	65
<b>CONCLUSÕES</b> .....	77
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b> .....	87

## APÊNDICES

Apêndice I - Dez direitos da criança hospitalizada

Apêndice II - Entrevista Semiestruturada

Apêndice III - Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças/jovens

Apêndice IV - Quadros com categorias e unidades de registo

## ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado

Anexo II - Pedido de autorização para realização do estudo

Anexo III – Autorização formal por parte da instituição

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estádios de desenvolvimento da criança/adolescente .....	18
Quadro 2 - Desenvolvimento do Adolescente .....	20
Quadro 3 – Domínios e dimensões .....	47
Quadro 4 - Caracterização sociodemográfica das crianças/jovens .....	55
Quadro 5 – Contextualização da hospitalização: dimensões e categorias .....	56
Quadro 6 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com o motivo da hospitalização .....	57
Quadro 7 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com hospitalizações anteriores .....	57
Quadro 8 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com o motivo de hospitalização anterior .....	58
Quadro 9 – Sentimentos das crianças/jovens face à hospitalização/doença .....	59
Quadro 10 – Motivo de preocupação por estar hospitalizado/doente .....	61
Quadro 11 – Ocupação do tempo durante a hospitalização .....	62
Quadro 12- Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde: dimensões e categorias.....	64
Quadro 13 – Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença .....	64
Quadro 14 – Adequação do momento em que a informação foi dada .....	66
Quadro 15 – Pessoa que a criança/jovem gostava que a informasse.....	66
Quadro 16 – Situações em os profissionais de saúde informaram e pediram Assentimento/consentimento.....	68
Quadro 17 – Opinião sobre o pedido o assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos.....	69
Quadro 18 – Clareza na linguagem para explicação da doença e tratamentos .....	70
Quadro 19 – Sentimentos em relação à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos.....	71
Quadro 20 – Preocupações/dúvidas em relação ao futuro devido à hospitalização .....	72





## INTRODUÇÃO

A opção pelo estudo dos sentimentos das crianças e jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde teve subjacente a experiência profissional diária suscitar curiosidade, tendo-se a noção que algumas vezes, principalmente as crianças, podem não receber a informação que necessitam por parte dos profissionais, nomeadamente em relação ao seu estado de saúde. Por outro lado, a constatação da escassez de estudos na área também se assumiu como um fator motivacional para a exploração do fenómeno em estudo. Deste modo, procurou-se dar voz às crianças e jovens hospitalizados de modo a poder compreender-se os seus sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

A experiência da hospitalização, para crianças e jovens, pode resultar num impacto emocional difícil de ser exteriorizado e traduzido em palavras. A dificuldade de expressar verbalmente sentimentos e experiências poderá, em muitos casos, resultar num conflito interno, cujo sintoma passa a ser algo difícil de expressar caso não haja uma boa gestão por parte da equipa de profissionais de saúde (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

Na prática clínica, os enfermeiros distinguem-se pela formação e experiências que lhes permite entender e respeitar o doente, num quadro onde procuram atender a unicidade de cada um. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestar-se cuidados de saúde de forma individualizada (Riley, 2004). Acrescenta ainda, a mesma autora, que o conhecimento da pessoa de forma holística pressupõe uma preocupação com esta nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual). Ao reconhecê-la na sua forma particular de interagir, os profissionais de saúde têm em conta as suas necessidades, limitações e potencialidades, pelo que focalizam a sua ação na ajuda que lhe presta, de modo a que a pessoa mantenha, readquira ou desenvolva equilíbrio *nas e entre* as suas diferentes dimensões.

Os cuidados de saúde prestados à criança e jovem hospitalizado centram-se nas relações interpessoais, o que implica que os profissionais de saúde se desenvolvam na conjugação de saberes técnicos e relacionais que lhes permitam prestar cuidados de saúde personalizados em função das necessidades de cada pessoa/família e comunidade, seguindo modelos de referência. Ao longo da sua prática profissional, no caso concreto em pediatria, têm de se consciencializar de que a comunicação com a criança/jovem/família influencia o modo como percebe a sua doença, a adesão ao tratamento e a avaliação que faz dos cuidados que recebeu. É nos contextos de prática clínica e refletindo sobre a ação, que os profissionais de saúde estabelecem relações de confiança e empáticas com a criança/jovem/família, aprendem a escutar e a lidar com uma

grande diversidade de situações. Pressupõe que estabeleçam uma verdadeira relação de ajuda com prestação de cuidados individualizados (Phaneuf, 2005).

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho, que consiste numa investigação qualitativa centrada num método fenomenológico, cuja realidade se centra nas perceções das crianças/jovens hospitalizados, no sentido de dar resposta à seguinte questão de investigação: **Quais os sentimentos da criança/jovem hospitalizado face à informação disponibilizada pela equipa de saúde?**

Da questão de investigação formulada, delineou-se um objetivo geral: compreender os sentimentos da criança/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde. De modo a alcançar o objetivo proposto, a recolha de dados foi feita com base numa entrevista semiestruturada a crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira com idades compreendidas entre 6 e 17 anos.

Em termos estruturais, o presente trabalho contém um enquadramento teórico, onde se apresenta o estado de arte em relação à hospitalização da criança/jovem, sentimentos e necessidades de informação. A segunda parte contém os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pela conceptualização do estudo, questão de investigação, objetivos e tipo de investigação. Segue-se a forma de seleção dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados e procedimentos. Seguem-se a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho encerra com as principais conclusões, limitações e sugestões.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM

O comportamento das crianças foi estudado durante muito tempo e de forma afincada por Piaget (1978), a fim de estudar a forma como se processa o seu desenvolvimento. Esta é uma discussão que sempre existiu na Psicologia do Desenvolvimento, a de encontrar os princípios que permitam delimitar os estádios de desenvolvimento (Spodek, 2002). Os estádios caracterizam-se por uma ordem de sucessão invariável, tendo cada um deles, um carácter integrador em que as estruturas construídas em cada idade passam a fazer parte das estruturas da idade seguinte. Um estádio é uma estrutura do conjunto que comporta um nível de preparação e um nível de acabamento (Spodek, 2002). Na sucessão dos estádios deve ainda distinguir-se o processo de formação de génese e as formas de equilíbrio resultantes.

A criança tenta compreender o seu mundo através de um relacionamento ativo com pessoas e objetos. A partir das interações com o mundo que a rodeia, a criança vai-se aproximando, num ritmo consciente, do objetivo ideal que é o raciocínio abstrato (Piaget, 1978). Piaget estimulou o interesse pelos estádios maturacionais do desenvolvimento e pela importância da cognição para muitos aspetos do funcionamento psicológico, tendo atuado como uma contra força construtiva à ideia de que as crianças, os seus pensamentos e modos de abordar problemas, são basicamente o resultado daquilo que se lhe ensina diretamente. Os objetivos do desenvolvimento incluem a habilidade para raciocinar e para organizar regras, denominadas de operações, em estruturas de nível superior mais complexo (Hockenberry & Wilson, 2014). Como referem Sprinthall e Sprinthall (2008, p.102), “a criança não é um organismo vazio, nem a aprendizagem consiste em encher passivamente um recipiente vazio”.

O sistema psicológico é influenciado pelas experiências que as crianças têm no meio que as rodeiam, construindo-se aquelas como um conjunto atuante, na medida em que ela própria desencadeia experiências, o que dá à aprendizagem e ao desenvolvimento um cariz mais amplo, não os reduzindo ao simples condicionamento de reflexos (Hockenberry & Wilson 2014).

Piaget (1978) delineou quatro estádios principais do desenvolvimento intelectual da criança: o sensório motor (dos 0 aos 18 meses), pré-operatório (dos 18 meses aos 7 anos), operatório concreto (dos 7 aos 12 anos) e, por último, lógico formal (dos 12 anos em diante). Estes estádios são contínuos e cada um deles é elaborado a partir do anterior, sendo também um derivado deste.

Após estudar o comportamento das crianças desde o nascimento até ao final da adolescência, Piaget (1978) encontrou semelhanças dentro de certas faixas etárias. Definiu,

assim, quatro estádios de desenvolvimento, cada estágio indica uma transformação importante no pensamento da criança. É um salto em frente no desenvolvimento do conhecimento da criança. Toda a criança deve atravessar cada estágio segundo a sua sequência regular. É impossível a criança saltar para um estágio sem ter primeiro passado pelo anterior. Os estádios são sequenciais, seguem uma sequência inalterável (Quadro 1).

Quadro 1 - Estádios de desenvolvimento da criança/adolescente

Estádios	Idades	Principais características
<b>Sensório-motor</b>	0-18/24meses	Dos reflexos inatos à construção da imagem mental, anterior à linguagem; Coordenação de meios e de fins; Permanência do objeto (8-12meses); Invenção de novos meios, imagem mental e formação de símbolos (18-24meses)
<b>Pré-operatório</b>	2-7anos	Inteligência representativa, egocentrismo intelectual - centração Pensamento mágico, animismo, realismo; Função simbólica: linguagem 2-4anos- jogo simbólico; 4-7anos: pensamento intuitivo
<b>Operações concretas</b>	7-11/12anos	Reversibilidade mental; Pensamento lógico, ação sobre o real; Operações mentais: contar, medir, classificar; Conservação da matéria sólida, líquida, peso e volume; Tempo e velocidade
<b>Operações formais</b>	13/12-15/16 anos	Pensamento abstrato, raciocínios hipotético – dedutivos; Definição de conceitos e valores; Operar sobre operações, ação sobre o possível

Elaborado e adaptado de: Piaget, J. (1978). Psicologia e Pedagogia. 2ª Edição. Editora: Forense.

Nenhuma criança pode omitir qualquer um dos estádios apresentados no Quadro 1, dado que cada um empresta do anterior os seus feitos e realizações. Cada nova experiência é agregada ao material já acumulado, havendo sempre uma relação entre a habilidade e crenças atuais da criança e todo o seu passado, pois, como refere Piaget (1978, p. 112), “pode haver assimilação sem uma nova acomodação, quando a situação é a mesma quando só há que compreender coisas já conhecidas e imediatamente assimiláveis, e, naturalmente, pode haver assimilação com novas acomodações em situações não conhecidas até então”.

Este pressuposto leva a salientar que o desenvolvimento da criança não pode ser entendido como algo compartimentado ou fragmentado. Pensa-se que de etapa em etapa a

criança vai-se construindo como um único e mesmo ser, isto é, vai-se desenvolvendo como um todo em que o afetivo, o social, e o cognitivo, se conjugam, integram e interligam, tudo porque o desenvolvimento há só um: o global, que se pretende equilibrado, contínuo e harmonioso (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para melhor compreender o desenvolvimento cognitivo da criança, Piaget (1978), baseou-se nas observações diretas e sistemáticas de crianças em contextos naturais, tais como a casa e a escola, embora este comportamento tenha sido criticado por muitos outros autores. Depois de muitos estudos e investigações intensivas com as crianças, Piaget chegou à definição propriamente dita, do que é o desenvolvimento cognitivo.

O desenvolvimento cognitivo é, acima de tudo, um processo de interação da criança com o meio. Este desenvolvimento processa-se particularmente através de estádios de desenvolvimento. A criança ao passar pelos diversos estádios vai mudando o seu comportamento, o pensamento e a forma de ver e interagir com o mundo que a rodeia. A cognição, pensamento ao processamento racional, é considerado um processo ativo e interativo (Piaget, 1978).

Com a entrada na adolescência, em consequência do desenvolvimento cognitivo e do pensamento característico das operações formais, surgem novas possibilidades oferecidas pela capacidade de abstração. As auto descrições concretas, assentes em aspetos comportamentais e externos, características das crianças, são substituídas, na adolescência, por auto descrições mais abstratas que se centram em aspetos internos e psicológicos dos comportamentos (Sprinthall & Collins, 2008).

A adolescência “é um período de transição entre a infância e a idade adulta; é um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, à medida que o menino se prepara para ser homem e a menina para ser mulher” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 494). É um período de complexas e profundas transformações biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Estas modificações exigem ao adolescente o cumprimento de determinadas tarefas, consideradas como ações reorganizativas internas e externas, para se tornar adulto com maturidade (Kaplan, Sadock & Grebb, 2007). Estas capacidades variam com as diferentes culturas e com os indivíduos e os seus objetivos. Podem enunciar-se como: aceitação da imagem corporal; aceitação da identidade sexual; desenvolvimento de um sistema de valores próprio; modificações na relação com os pais – independência; desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões; desenvolvimento da identidade adulta.



É de salientar que, quanto mais elevado é o nível de desenvolvimento do adolescente, maior é a facilidade com que este aceita a responsabilidade por si e pelos outros, enquanto na adolescência precoce tem apenas uma vaga noção do Eu, sendo incapaz de relacionar o comportamento com as consequências. No estado intermédio luta com os seus sentimentos de independência *versus* dependência e, frequentemente, opera através de tentativa e erro, sem pensar muito nas consequências. No terceiro estágio, na adolescência tardia, pode-se observar que já possui uma noção firme do seu Eu e pode incorporar com clareza informação abstrata na sua própria vida.

Johnson (1999) divide o período da adolescência em três estádios: Precoce, Intermédio e Tardio, como se pode constatar no quadro 2.

Quadro 2 - Desenvolvimento do Adolescente

<p><b>Adolescência precoce (dos 10 aos 14 anos)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamento concreto</li> <li>2. Maior interesse em parceiros do mesmo sexo, mas começa a surgir o interesse pelo outro sexo</li> <li>3. Conflitos com os pais</li> <li>4. O adolescente porta-se como uma criança num minuto e como adulto no minuto seguinte</li> </ol>
<p><b>Adolescência intermédia (dos 15 aos 16 anos)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceitação pelo grupo constitui a maior preocupação. Frequentemente determina a autoestima</li> <li>2. O adolescente envolve-se em sonhos, fantasias e pensamento mágico</li> <li>3. O adolescente luta pela independência face aos pais</li> <li>4. O adolescente tem comportamentos idealistas e narcisistas</li> <li>5. Demonstra labilidade emocional, frequentes explosões de fúria e mudanças de humor</li> <li>6. São importantes as relações heterossexuais</li> </ol>
<p><b>Adolescência tardia (dos 17 aos 21 anos)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O adolescente começa a interessa-se de forma estável pelo sexo oposto</li> <li>2. O adolescente desenvolve o pensamento abstrato</li> <li>3. O adolescente inicia a realização de planos para o futuro</li> <li>4. O adolescente procura independência emocional e financeira em relação aos pais</li> <li>5. O amor faz parte das relações heterossexuais íntimas</li> <li>6. Capacidade de tomar decisões já desenvolvida</li> <li>7. Forte sentido do Eu, como adulto, já desenvolvido</li> </ol>

**Fonte:** Johnson (1999, p.755).

Esta é uma etapa onde múltiplas opções se apresentam ao adolescente, onde se desenrola a sua futura identidade sexual. Estas evoluções processam-se num ambiente de incertezas e de redefinições, traduzindo-se, *grosso modo*, em múltiplos sentimentos, tais como: a angústia, o medo e a incerteza. Esta variedade e confusão de sentimentos resulta da dificuldade em perceber e acompanhar as próprias alterações físicas e psíquicas, pelas quais está a passar (Silva & Deus, 2005).

As mudanças físicas fazem-se acompanhar por alterações dos comportamentos e das atitudes, que, por consequência, afetam o desenvolvimento social e emocional dos adolescentes (Albuquerque, 2004). As alterações físicas podem instituir-se como uma fonte de preocupação,

acarretando alterações no bem-estar psicológico do adolescente. Assim, a aceitação da modificação do corpo e do aspeto físico, por parte do adolescente, pode resultar-lhe em dificuldades e, simultaneamente, causar-lhes alterações no seu bem-estar psicológico (Berger, 2003).

Alguns estudos, como de Brooks-Gunn (1990), Caissy (1994) e Rogers (1981), referenciados por Albuquerque (2004, p. 180) sugerem que a preocupação com as alterações e o impacto no bem-estar psicológico dependem de quatro fatores: a rapidez das modificações; o desenvolvimento precoce ou tardio; a imagem ideal; e avaliação social. Na adolescência, o desenvolvimento físico sexual interfere em quase todas as outras áreas, sendo a sexualidade um fenómeno multidimensional e parte integrante da formação da identidade (Miller & Dyk, 1993, cit. por Albuquerque, 2004, p. 181). O desenvolvimento social abarca o processo de aprendizagem de comportamentos e atitudes socialmente responsáveis e adaptados, tendo por base regras e expectativas dos vários grupos a que pertence, passando o adolescente a ser capaz de estabelecer e manter relações interpessoais mais amadurecidas com os pares de ambos os sexos e conseguir a independência parental ou de outros adultos de quem anteriormente era dependente (Caissy, 1994, cit. por Albuquerque, 2004).

A adolescência está relacionada a uma boa condição física, vitalidade, sendo o adolescente associado ao bem-estar, à saúde e à vida. Quando é necessária a hospitalização, a mesma torna-se num momento gerador de stresse, provoca a separação dos familiares, interrupção das atividades escolares, de lazer e de convívio com os pares. Assim sendo, a hospitalização pode resultar em transformações profundas no modo de vida do adolescente, o qual terá de se adaptar a normas completamente diferentes daquelas com que está familiarizado. Alia-se a esta situação, o isolamento social, o afastamento dos amigos e a falta de privacidade, o que incomoda o adolescente (Maas, 2006).

Como tal, a hospitalização contribui para a perda da individualidade e de liberdade, resultando num novo quotidiano quer para a criança, quer para o adolescente, que compreende os procedimentos dolorosos e, de certo modo, a perda do poder de escolha e de decisão sobre si mesmo e sobre o seu corpo, alterando as rotinas e os papéis, bem como a interrupção dos seus projetos futuros, como se aborda no capítulo seguinte.



## 2. PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA DA CRIANÇA/JOVEM

O exercício profissional da enfermagem tem como foco a relação interpessoal entre enfermeiro/utente, neste caso a criança/jovem e família, sendo esta relação cognominada de relação de ajuda. Phaneuf (2005, p. 35) define relação de ajuda como uma “troca verbal e não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova”.

Assim, o objetivo primordial consiste em possibilitar à criança/jovem compreender e aceitar melhor a sua situação, ajudando-a a enfrentar com coragem as adversidades no seu processo de saúde-doença. Quando o alvo dos cuidados é uma criança/jovem, estes aspetos assumem ainda uma maior relevância, sendo imprescindível envolver a relação de engenho, arte e imaginação, de forma a adequar o mais possível os cuidados à criança/jovem (Tavares, 2008).

É reconhecida a importância da inter relação existente entre o aspeto físico, mental e social da saúde (Basto, 2007). O processo saúde-doença é um sistema dinâmico representado pelo equilíbrio/desequilíbrio orgânico e/ou comportamental do indivíduo, não sendo, portanto, uma questão unicamente pessoal, mas biopsicossocial e cultural. Assim, cuidar de um ser humano em qualquer situação, em especial, em desequilíbrio, não é tarefa das mais simples, o que se complica a partir da sua faixa etária, social e cultural. Durante a prática diária de cuidar a criança/jovem é possível acompanhar o seu processo de saúde-doença no qual os fatores de stress são parte integrante (Cardim, Silva et al., 2009).

Adoecer é um acontecimento inesperado que leva à exposição da criança/jovem a vulnerabilidades ao nível físico, social e psicológico, condicionadas por uma variedade de fatores, designadamente: a gravidade da patologia, os efeitos colaterais desagradáveis de determinados tratamentos e as restrições ambientais impostas pelo tratamento (Barros, 1996). Em termos psicológicos, a experiência do adoecimento abrange perdas transitórias e/ou permanentes e quando é necessária a hospitalização, o caráter potencial stressante do adoecimento é frequentemente aumentado (Barros, 2003).

Tendo em conta o foco processos de saúde-doença da criança/jovem, e de acordo com Almeida (2015), convém frisar que o enfermeiro tem sempre em conta, nas suas intervenções, a fase de desenvolvimento de cada criança e de cada jovem, com base num olhar holístico. Deve igualmente ser o primeiro a perceber e a identificar as mudanças no seu comportamento, quando lhe presta cuidados de saúde de modo a proporcionar-lhe cuidados não traumáticos, bem como mobilizar instrumentos terapêuticos, visando eliminar ou atenuar o desconforto emocional e físico vivenciado pela criança/jovem.

Durante o processo de saúde-doença a criança/jovem é submetida a múltiplos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Dependendo das condições físicas, capacidade de compreensão e colaboração da criança/jovem, os procedimentos dolorosos (como as punções venosas) podem ser difíceis e demoradas, provocando aumento dos níveis de ansiedade tanto dos pais, como da criança/jovem e dos enfermeiros (Fernandes, 2000).

A doença e consequente hospitalização perturbam o bem-estar das crianças e jovens que passam por esta experiência, uma vez que são fonte de transformações nas suas rotinas diárias, sendo influenciadas pelo número limitado de mecanismos que possuem para enfrentar e superar as experiências stressantes inerentes quer à doença, quer à hospitalização.

A hospitalização pode levar a criança/jovem a uma regressão no seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, revelando a sua fragilidade emocional por meio de reações de negação, fantasias e da necessidade da presença dos pais ou pessoa significativa. Este é um momento que se pode manifestar como angustiante, uma vez que pode experienciar sentimentos de medo do desconhecido, da dor, dos tratamentos e, inclusive, da morte. É com base nestes pressupostos que se aborda seguidamente a criança/jovem face à hospitalização, dando-se ênfase ao acolhimento, que se assume como um meio para ajudar a criança/jovem a mobilizar recursos internos e externos que lhe permitam adaptar-se à hospitalização. Todavia, ressalva-se que esta é uma vivência, *grosso modo*, com potencialidades para desencadear instabilidade com repercussões emocionais profundas. Contudo, com o apoio dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, esta situação poderá transformar-se num momento de aprendizagem.

### **3. CRIANÇA/JOVEM FACE À HOSPITALIZAÇÃO**

A hospitalização, em determinadas situações, pode constituir-se num risco igual ou maior do que a doença. A hospitalização da criança/jovem é uma situação que precisa de ser encarada com muita prudência, na medida em que pode alterar completamente os hábitos de vida da mesma e fazer com que passe por um desconforto físico e mental, afastando-a temporariamente do seu meio social, para além de necessitar de se adaptar ao contexto hospitalar, que lhe é estranho e culturalmente sofrido (Ceccim, 1997).

A criança/jovem hospitalizado passa por experiências dolorosas e incómodas, num ambiente que lhe é estranho e muitas vezes agressivo, o que poderá ter influência no seu desenvolvimento psicossocial e intelectual, resultando numa situação de crise. Esta crise pode ser determinada como períodos de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, em situação de incapacidade do sistema para adaptar-se interna e externamente (Algren, 2014). Montain, Fallon e Wood (2006) referem que, geralmente, na fase aguda da doença, surgem mecanismos de regressão à fase anterior do seu desenvolvimento. Ao vivenciar os problemas da hospitalização, como a separação dos pais e do ambiente familiar, a dor e o desconforto, a perda do controlo do seu próprio corpo, a criança/jovem passa a adotar comportamentos anteriores à sua etapa real de desenvolvimento, com os quais se sente segura. Poder-se-á considerar esta fase como um equilíbrio incerto, onde a criança/jovem procura reorganizar-se ao mesmo tempo em que se adapta às novas condições. Nesta fase, a criança/jovem revela-se muito vulnerável. Nessa situação de crise, as crianças e os jovens necessitam de expressar os seus sentimentos em relação às experiências traumáticas, bem como a ansiedade, a raiva e a hostilidade. O apoio prestado pelos enfermeiros poderá ajudá-los a reelaborar a maneira de vivenciar essa situação, para que a mesma, volte ao seu nível anterior de desenvolvimento psicossocial e intelectual (Barus-Michel, 2003; Algren, 2014).

Quando a criança/jovem é hospitalizado, lida com um ambiente que lhe é estranho, pessoas e métodos também desconhecidos e assustadores e, na maioria das vezes, com a dor física e com o desconforto. Atualmente, os pais e a equipa de saúde reconhecem que uma hospitalização planeada e uma orientação das crianças e jovens para a hospitalização poderão ajudá-los a enfrentar melhor as experiências decorrentes do internamento (Jorge, 2004).

Assim, de acordo com Melo (2011), além de levar à hospitalização, a criança/jovem terá de enfrentar uma série de problemas como: o mal físico ou lesão corporal, que se expressa em forma de dor, desconforto, mais a ansiedade que resulta destas situações; a separação dos pais

ou a ausência de adultos em quem confia, pois cada criança tem as suas diferentes necessidades de afeto e de sensibilidade relativamente à separação e à dor; o estranho, o desconhecido e a possibilidade de surpresas são geradoras de ansiedade devido ao ambiente hospitalar, aos procedimentos e rotinas, tal como às situações que resultam da própria doença; a incerteza sobre os limites e comportamentos esperados como normais; a perda do ambiente familiar, associação familiar, rotinas e atividades diárias; a perda relativa de autonomia e competência.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), esta ansiedade é caracterizada pelas seguintes fases, que variam de acordo com a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra: protesto - a criança/jovem responde de maneira agressiva à separação dos pais: chora, grita constantemente procurando a mãe, fica em pânico e recusa a atenção de qualquer outra pessoa, fica inconsolável; desespero - a criança/jovem reduz a sua atividade, mostra desinteresse por jogos ou brincadeiras, por alimentos e isola-se dos outros. O choro para ou fica monótono, continua a recusar contactos físicos e visuais. A depressão fica evidente e encontra-se numa situação de grande desgosto; negação - superficialmente parece que a criança/jovem finalmente se ajustou à separação dos pais. Torna-se mais interessada nos outros meninos/jovens hospitalizados, brinca com eles e parece formar novos relacionamentos. Contudo, este comportamento é fruto da resignação e não um sinal de contentamento.

A criança desliga-se dos pais, esforça-se para fugir à dor emocional resultante do desejo da presença deles, estabelece relacionamentos superficiais com as outras crianças, tendo como prioridade os objetos materiais. Esta constitui a fase mais grave, onde a reversão dos efeitos adversos potenciais é menos provável de ocorrer.

Embora a progressão para esta última fase não seja comum, as fases iniciais são frequentemente observadas, mesmo com separações muito curtas.

Estas três fases de resposta da criança/jovem à hospitalização representam um crescente grau de gravidade. A partir delas é possível prever o tipo de recuperação que terá. Depois de ultrapassada a doença física, a criança que atingiu a última fase, poderá ficar com uma grave psicopatologia. Por outro lado, a que permaneceu na fase de desespero poderá ter sofrido uma perda nos seus sentimentos de confiança para com o ambiente que a rodeia (Hockenberry & Wilson, 2014).

A primeira questão que se levanta quando se fala do impacto da hospitalização na criança é a de saber o que estudar. Neste sentido, Barros (2003) refere que os primeiros estudos tiveram como principal foco a identificação das perturbações que surgiam ao longo da hospitalização e a curto prazo, nomeadamente: sono, choro, negativismo, desinteresse, ou,

então, as significativas alterações da adaptação psicológica global, ou seja, as sequelas psicopatológicas.

Admite-se a necessidade de estudar os possíveis efeitos positivos e negativos, quer durante a hospitalização, quer durante o período de pós-hospitalização. É consensual a ideia de que um número significativo de crianças sofre consequências psicológicas moderadas (Barros, 2003).

Em conformidade com a autora citada, a grande preocupação dos referidos estudos, bem como dos programas que objetivam evitar os efeitos nocivos da hospitalização, está relacionada com a perturbação comportamental e com o agravamento da ansiedade da criança/jovem e dos pais. Assim, Barros (2003) refere que a perturbação comportamental a curto prazo, quer se expresse através da ansiedade, agressividade, ou regressão, é por si própria problemática e pode igualmente resultar em problemas futuros em situações em que a criança/jovem tenha de lidar com fatores despoletadores de stresse relacionados com a saúde.

De uma forma geral, pode dizer-se que a ansiedade tem sido estudada através de avaliações das transformações e perturbações comportamentais (birras, choro, comportamentos de dependência, retrocesso nos hábitos adequados para a idade e já adquiridos, alterações no comportamento alimentares, nos hábitos de sono, e no controlo dos esfíncteres), bem como com o recurso a medidas clínicas de avaliação da perturbação (ansiedade, medos específicos, fobia de separação ou fobia escolar, depressão), medidas fisiológicas (nível de cortisol na urina) e, ainda, pela avaliação das perturbações escolares e da aprendizagem (Jorge, 2004).

De realçar ainda que a ansiedade é tão importante enquanto consequência do processo de hospitalização, como enquanto causa de dificuldades durante esse mesmo processo, podendo levar ao seu prolongamento, ou a obstáculos graves ao tratamento bem-sucedido. Com efeito, a ansiedade pode estar associada à ocultação ou exagero de queixas que dificultam um diagnóstico preciso, à não adesão a dietas e regimes de descanso, à hiperatividade e à não colaboração com tratamentos invasivos, pelo que há uma preocupação em avaliar as consequências da ansiedade no próprio desenrolar do tratamento e do processo de recuperação (duração da hospitalização, episódios de vómito, necessidade de medicação analgésica, e número de complicações pós-cirúrgicas) (Jorge, 2004).

Os procedimentos invasivos, sobretudo os dolorosos, poderão ser um fator de ameaça à integridade física e mental da criança/jovem, particularmente quando se trata de crianças com idade pré-escolar, cujo conceito de integridade corporal ainda está pouco desenvolvido. Elas podem reagir a uma injeção com tanta preocupação com a remoção da agulha como com a dor real (Sanders, 2014). De acordo com a mesma autora, as reações à dor tendem a ser análogas às



observadas durante a fase de *toddler*, apesar de algumas diferenças se tornarem aparentes. A título exemplificativo, Sanders (2014) refere o caso das crianças com idade pré-escolar que respondem de forma mais favorável a intervenções preparatórias, como a explicação e a distração, do que as crianças mais novas. A sua agressão verbal e física é muito mais específica e o objetivo direcionado. Em vez de revelarem resistência corporal total, elas podem empurrar o profissional de saúde, tida como pessoa ofensora, para longe, tentar proteger o equipamento ou tentar esconder-se num lugar seguro.

Os procedimentos invasivos podem gerar na criança/jovem a angústia psicológica, a qual pode ser percebida pela ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa, bem como pode resultar em desconforto físico, cujas manifestações se traduzem em sonolência, imobilização ou, inclusive, em experiências de natureza sensorial, como a dor, a lesão corporal, alterações de temperatura, entre outras (Tavares, 2008).

Se os aspetos intrínsecos aos procedimentos lhes forem devidamente explicados, as crianças/jovens poderão aceitar e compreender melhor a situação, o que as ajudará a enfrentá-los com mais facilidade. Esta noção está subjacente no que expõe Tavares (2008), as crianças/jovens podem tolerar o sofrimento quando estão preparadas para tal, a fim de compreenderem a sua real finalidade e receberem apoio adequado.

Importa também referir que, muitas vezes, o facto dos profissionais de saúde cuidarem e manipularem as crianças/jovens de forma anónima, quando não se identificam nem explicam procedimentos e cuidados, intensifica a sensação de perda de controlo por parte da criança/jovem. Como tal, os profissionais de saúde deverão dar resposta aos aspetos que poderão parecer simples, contudo que concorrem para a redução da sensação de perda de controlo da criança/jovem, como estimulá-los a ajudar nos cuidados prestado a eles próprios e às outras crianças/jovens, escolher a ementa e a hora dos cuidados de higiene, entre outros fatores, para que se possam sentir úteis e, conseqüentemente, mais seguros. Assumindo grande importância a necessidade de informar as crianças/jovens de forma compreensível e prepará-los para se defrontarem com novas situações inerentes à própria hospitalização (Tavares, 2008). A mesma autora fortalece a importância do *possibilitar* como fundamental para o bem-estar das crianças/jovens, definindo-o como o facilitar a passagem do outro por transições de vida ou acontecimentos desconhecidos, compreendendo aspetos como informar e explicar, apoiar o outro, possibilitando-lhe a vivência da experiência e auxiliando-o a focar-se nos assuntos tidos como mais importantes. Neste âmbito, a mesma autora refere que até os gestos mais pequenos por parte dos enfermeiros podem dar origem a grandes resultados por parte de quem os vivencia.

Neste contexto, é importante ressaltar que a análise das experiências dos pais e filhos face às informações clínicas (traduções de diagnósticos, terapêuticas, aconselhamentos e recomendações) e de comunicação pode expressar as suas necessidades e pedidos. Desta feita, a informação é um fenómeno complexo interativo e transaccional. Envolve a autonomia da criança/jovem e da sua família. Respeitar a criança/jovem e a família significa que eles podem e devem saber o que precisam (Lopes, 2005). Neste sentido, a gestão da informação associa-se à gestão dos sentimentos e pode desenvolver-se informalmente e em conformidade com as necessidades e solicitações manifestadas pelas crianças/jovens e respetiva família. A informação representa um papel importante, designadamente na reorganização necessária na vivência da transição da saúde/doença e doença/saúde, o que deve ter lugar logo no acolhimento, como se apresenta seguidamente.



#### **4. ACOLHIMENTO E NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM**

Vive-se numa época em que cada vez mais se fala na humanização dos cuidados de saúde, embora nem sempre se consiga atingir este pressuposto. Falar de humanização é falar de uma relação humana positiva. É fundamental, os enfermeiros não perderem os valores humanísticos universais, como a amabilidade, respeito, afeto por si e pelos outros e só, assim, se pode gostar das pessoas que cuidam (Riley, 2004). Nesta perspetiva, ser humano é sentir e quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros, assim sendo, “humanizar é tornar humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder duma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para se reencontrar na plenitude da sua realização pessoal” (Barbosa, 2010, p.55).

A humanização dos hospitais tem que ser vista sempre à luz do respeito pela vida e pela pessoa humana. Como afirma Riley (2004), humanizar é adaptar-se às necessidades e direitos do ser humano e depende das noções que se tem do que é o ser humano e de quais são os seus direitos, onde ganha todo o sentido falar-se do acolhimento da criança/jovem na hospitalização.

Neste âmbito, Phaneuf (2005) define acolhimento como dar guarida, acoutar, hospedar, receber, proteger. É facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, aceitar o outro, reencontrar o outro. É também não só uma luta contra o isolamento, mas também uma etapa indispensável para que o utente aceite melhor a hospitalização.

Refere Elhart (1999) que tradicionalmente o processo de admissão do doente no estabelecimento hospitalar era muitas vezes uma experiência impessoal, descuidada, mecânica e frustrante para a pessoa que a ela se sujeita. Este processo de acolhimento é pouco dignificante e não respeita minimamente os preceitos de uma relação humana, por melhores que sejam os cuidados técnicos prestados no hospital. Na verdade, pode um hospital ou serviço prestar os melhores cuidados técnicos, mas o utente não poderá sentir satisfação ou bem-estar se não lhe for dispensada a atenção respeitosa e delicada que, como pessoa, lhe é devida, e se não lhe for proporcionada a comunicação a que tem direito e a informação que carece.

Segundo Bernardo (2000), o acolhimento personalizado e atento faz baixar a ansiedade aquando do internamento. É fundamental conhecer e ter bem assimiladas as leis da comunicação humana, conscientes de que a pessoa que chega, além de diminuída pela doença, vem marcada por sentimentos de retraimento e medo que dificultam o entendimento e perturbam a capacidade de codificação e descodificação. Diz o mesmo autor que o sentimento de insegurança é acelerado quando entramos num ambiente desconhecido e tanto mais quando é diferente do

habitual. Daí a necessidade de ambientar a pessoa, física e psiquicamente. A presença, com certa continuidade, da mesma pessoa que o reconhece já pelo próprio nome, é fonte de calma e segurança afetiva. Quando a criança/jovem é hospitalizada, o acolhimento deve ser a expressão máxima de recepção/receber. Logo, é imprescindível apresentar o serviço, o quarto da criança/jovem e dar a conhecer as normas e funcionamento do mesmo, tendo sempre em consideração que a hospitalização será um acontecimento que vai quebrar os laços afetivos da criança/jovem e, por inerência, modificar o seu próprio desenvolvimento, porquanto modificar-se-ão as rotinas, instalando-se outras de forma brusca, num local desconhecido, onde a única ligação que a criança/jovem tem com a sua realidade são os pais, se presentes.

Neste contexto, refere-se que se a criança/jovem e os pais se sentirem realmente acolhidos na hospitalização, sentir-se-ão mais à vontade para colocar as suas dúvidas quanto à doença, ao serviço, aos procedimentos, e por consequência sentir-se-ão mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados, às restrições impostas, entre outros aspetos (Brito, 2006). Nesta perspetiva, Tavares (2008) refere que o acolhimento é uma arte e uma ciência, na medida em que quem acolhe a criança/jovem e a família terá de pesquisar a sua história pessoal e familiar, bem como observar cuidadosa e criteriosamente o que os pais verbalizam, as suas respostas, posturas e comportamentos. Como tal, ainda na perspetiva da mesma autora, o acolhimento assume-se como o momento ideal para se conhecer, além da evolução da doença, os hábitos e comportamentos da criança, particularizando alguns aspetos fundamentais do seu dia-a-dia, de modo a poderem aproximar-se os cuidados prestados em casa, tornando-os o mais terapêuticos possíveis (Tavares, 2008).

Deste modo, o acolhimento tem como objetivo apoiar a criança/jovem e os pais e/ou pessoa significativa de modo a que possam reduzir os sentimentos negativos que possam emergir, bem como dar possibilidade ao enfermeiro de desmistificar as questões que ocorram na criança/jovem e pais acerca dos aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com a finalidade de lhes transmitir segurança (Ferreira & Valério, 2003). Desta feita, os enfermeiros podem ajudar a ultrapassar os obstáculos que possam interferir no bom acolhimento, para que este, nas suas etapas, ocorra da melhor forma possível.

O momento de integração da criança/jovem e dos pais no serviço e na equipa de enfermagem assume-se como aquele em que as atenções iniciais precedem o estabelecimento de uma relação entre a equipa de enfermagem, os pais e a criança/jovem, facilitando, desta forma, uma pequena orientação aos pais e à criança/jovem face ao ambiente hospitalar (Tavares, 2008). Por conseguinte, a equipa de enfermagem deve apresentar-se à criança/jovem e pais, apresentá-los aos seus companheiros de enfermagem, uma vez que assume grande importância que o

enfermeiro dê as boas vindas ao novo doente, apresentando-o aos outros doentes que estejam instalados na mesma área e ao restante pessoal (Tavares, 2008). Reforça-se a importância de um bom acolhimento, na medida em que, tal como já referido anteriormente, a doença e a consequente hospitalização da criança/jovem é tida como uma das primeiras crises com que a família se depara, difícil de ser vivenciada, o que se deve, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresentam (Tavares, 2008).

Referindo-se ao tema, Elhart (1999) diz que as primeiras impressões são por vezes as que mais perduram, pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos do internamento. A aproximação inicial deve ser de franca camaradagem. Ajudar o doente a sentir-se à vontade e inspirar-lhe confiança no hospital, representam peças essenciais no processo de acolhimento. O sentimento de segurança é substancialmente aprofundado pela presença de um enfermeiro compreensivo, que mostre desejo sincero em ajudar o doente a atingir o máximo de conforto emocional e físico. Salgueiro (1999) refere que o acolhimento é um momento único, em que o doente chega angustiado, com necessidade de ser escutado, confortado, acalmado e informado, o que requer que o enfermeiro lhe preste suporte psico-emocional.

A este propósito, Elhart (1999) explica que o objetivo essencial do acolhimento será o de servir os doentes como pessoas que, embora frágeis, não perderam a sua identidade nem a sua capacidade de resposta à aventura da vida. São pessoas que reclamam uma ajuda integral, que inclui o respeito pelos seus direitos e o reconhecimento das suas potencialidades e capacidades de desenvolvimento, de liberdade e de gosto pela vida. Assim sendo, às crianças/jovens hospitalizados, a ajuda integral exigirá que o acolhimento seja feito de um modo interdisciplinar para que o hospital seja uma comunidade acolhedora e não um armazém de doentes anónimos e desamparados que ali entram como se fosse num labirinto, sem alguém que os atenda com respeito, estima e competência profissional. Dada a importância desses primeiros contactos para a criança/jovem, devem empreender-se os maiores esforços no sentido de demonstrar simpatia e compreensão (Riley, 2004). Esta ideia é reforçada por Phaneuf (2005) quando defende que se o acolhimento for caloroso e impregnado de compreensão, pode criar-se um vínculo positivo. No entanto, se esses primeiros momentos forem neutros e desatentos ou mesmo desagradáveis, a criança/jovem terá dificuldade em abrir-se e ter confiança.

Neste sentido, os profissionais de saúde devem adotar atitudes que ajudem a criança/jovem e pais a encarar a hospitalização de forma a facilitar a sua recuperação e proporcionar-lhes um acolhimento o mais agradável possível, de modo a minimizar o impacto psicológico que se possa verificar seja no momento da admissão ou mesmo no decorrer do

internamento (Almeida & Sabatés, 2008; Tavares, 2008). Compete-lhes, ainda, procurar ultrapassar barreiras que possam dificultar o acolhimento de forma a proporcionar uma boa adaptação. Todavia, para Elhart (1999), o acolhimento não se deve confinar unicamente ao ato de receber a criança/jovem, mas englobar todo o contacto e acompanhamento com esse mesmo utente desde que entra até à alta, considerando que o primeiro passo para a recuperação da saúde é um acolhimento favorável, dado o efeito que produz na criança/jovem, sendo também a primeira condição para a humanização dos serviços de saúde. Nesta perspetiva, o enfermeiro deve estar desperto para os aspetos psicológicos e emocionais da criança/jovem, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo-lhe confiança nos cuidados que lhe são prestados.

O acolhimento deve seguir determinados critérios, conforme preconiza Elhart (1999): acolher a criança/jovem na unidade de forma personalizada e humanizada; critérios, proporcionar à criança/jovem um atendimento personalizado, ou seja, tratar a criança/jovem pelo seu nome; apresentar-se à criança/jovem e familiares, estabelecendo assim uma relação empática, informar a criança/jovem e familiares acerca do funcionamento da unidade, facultando o guia de acolhimento, colher os dados e registá-los segundo o protocolo e modelos existentes no serviço; dar continuidade à organização do processo do utente segundo o que está estabelecido, elaborar o plano de cuidados, de acordo com o modelo adotado na instituição hospitalar. A criança/jovem tem direito à informação e o enfermeiro deve respeitar e fazer valer esse direito. A utilização de um guia de acolhimento como reforço da informação dada pode ser importante. No entanto, não deve substituir a relação afetiva utente/enfermeiro (Vitória, 2001).

No primeiro contacto, os profissionais de saúde deverão centrar-se na experiência da criança/jovem que se encontra à sua frente, através da escuta ativa, bem como através da recolha de dados, de modo a tomar consciência das suas expectativas e necessidades (Maia, Pacheco, Costa & Leal, 2001).

Tendo em conta o referido, pode afirmar-se que o acolhimento visa apoiar a criança/jovem e família a atenuar quaisquer sentimentos negativos que possam emergir, dando a oportunidade aos profissionais de saúde de desmistificar as questões que surjam à criança/jovem e família e acerca dos aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização, visando transmitir-lhes segurança.

A acompanhar a informação transmitida pelos profissionais de saúde, deverá estar disponível um guia de acolhimento com as informações indispensáveis para facultar à criança/jovem e pais e/ou tutores, o que ajudará os profissionais de saúde a expor as informações e para que as criança/jovem e pais e/ou tutores tenham a oportunidade de recapitular o que lhes foi transmitido, na medida em que muitas vezes não conseguem reter

todas as informações em resultado da ansiedade da entrada (Ferreira & Valério, 2003). Assume igualmente muita importância acompanharem as crianças/jovens e pais e/ou tutores à unidade, onde vão ficar internados, envolvendo-os e apresentando-os às restantes crianças/jovens e famílias. Assim, é primordial que os profissionais de saúde procurem ultrapassar as barreiras que possam intervir no bom acolhimento, para que este decorra da melhor forma possível (Ferreira & Valério, 2003).

Em suma, acolher não é, de forma alguma, algo que dispense o contacto humano, a comunicação, sendo que o primeiro contacto da criança/jovem com o serviço de internamento tem enorme importância para o sucesso de todo o processo terapêutico, bem como o fornecimento de informações.

A transmissão de informação à criança/jovem e família por parte dos profissionais de saúde é, atualmente, uma obrigação em termos da legislação em vigor, consagrada no Código Deontológico do Enfermeiro e em muitos organismos nacionais e internacionais. Para além da obrigação dos profissionais de saúde, é particularmente uma necessidade humana e um dever ético. A informação/comunicação assume-se como um fator de grande relevância quando surge a necessidade de internamento, sentindo-se as crianças/jovens e pais a par da situação clínica e respetiva evolução. Na opinião de Jorge (2004), permite-lhes enfrentar, com menor angústia, todo o sofrimento que a situação de doença e hospitalização provocam na família com base numa melhor compreensão da situação que estão a vivenciar.

A transmissão de informação enquanto intervenção de enfermagem no decurso da hospitalização da criança/jovem reforça a sua autoestima, fomenta a expressão verbal das suas dúvidas e preocupações e escutá-los torna-se indispensável, porque a ansiedade diminui a perceção da situação (Jorge, 2004). Fernandes (1988), referenciado por Jorge (2004), refere que a informação tem como finalidade a evolução clínica da criança, da doença, do tratamento, bem como conter igualmente aspetos simples como “dormiu bem, comeu bem, esteve bem-disposto”.

Partindo-se do exposto, considera-se que a transmissão de informação se assume como um fator importante para a adaptação da criança e jovem ao contexto hospitalar, sendo referida pelos autores enquanto necessidade específica. A forma como os profissionais de saúde transmitem a informação desempenha, assim, grande importância. A informação proporciona à criança/jovem a sensação de controlo das situações relativamente à qual se sentem menos à vontade, reduzindo os sentimentos de incerteza e ajudando na sua adaptação ao contexto hospitalar e a tudo o que é inerente ao internamento.



No que se refere à assistência à criança/jovem hospitalizado, o Instituto de Apoio à Criança (2008) divulgou dez direitos da criança hospitalizada junto dos profissionais de saúde e das famílias (cf. Apêndice I).

A prestação de cuidados à criança/jovem hospitalizada requer o reconhecimento do consentimento informado como uma prática habitual e indispensável em contexto hospitalar. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2009), o consentimento informado consiste numa manifestação de respeito pela criança/jovem enquanto ser humano, refletindo, em particular, o seu direito moral à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde. A mesma entidade preconiza que, para um consentimento informado de qualidade, a comunicação eficaz assume-se como fulcral, competindo às instituições instituir mecanismos que a assegurem, não só entre os profissionais de saúde e o doente, como também entre os diversos profissionais. Deste modo, o consentimento informado tem de ser encarado como um processo contínuo e participado e não como uma simples assinatura de formulários. Não pode, seja em que circunstância for, conflitar com os princípios éticos que regulam a prática dos profissionais de saúde (ERS, 2009). Como tal, não constitui justificação para que os profissionais de saúde dele abdicuem, mesmo quando se trata de crianças/jovens hospitalizados. Diz-se isto porque ainda persistem casos em que os profissionais de saúde percecionam a criança e o jovem como incapacitados para decidir. São muitos os casos em que estas decisões são atribuídas aos pais ou tutores, partindo-se do pressuposto de que os mais jovens são legalmente inábeis para decidir por si.

A ERS (2009) concluiu que, em relação aos menores, se tem vindo a consolidar a ideia de uma autonomia gradual quanto aos cuidados de saúde, particularmente ao nível da saúde sexual e reprodutiva e da toxicodependência. Contudo, em termos gerais, a lei ainda não consagrou de forma clara o direito dos menores a consentir ou recusar atos médicos, nomeadamente os que apresentam maiores riscos ou manifestem maior gravidade.

Neste âmbito, cita-se a Direção-Geral da Saúde (1998, p. 46), quando diz que “existe consentimento informado quando o jovem é capaz de entender o diagnóstico, os riscos e os benefícios de um procedimento ou tratamento proposto, as alternativas e os riscos associados, bem como as consequências de não seguir o que lhe é proposto, e é capaz de decidir voluntariamente se deseja aceitar ou prosseguir a proposta médica”.

As crianças/jovens têm direito à informação sobre um diagnóstico, tratamento ou procedimento terapêutico e a maneira como é apresentada de modo a que a compreendam a sua situação e os procedimentos/tratamentos a que são sujeitos. Na posse de tais informações, o doente, de forma autónoma, pode decidir submeter-se ou não ao tratamento médico oferecido.

Assim, os mais jovens podem igualmente ser capazes de tomar esse tipo de decisão quanto ao seu estado, dependendo das situações (Almeida, 2015).

Neste âmbito, importa também salientar a importância da comunicação, porque para se poder cuidar necessita-se de dignificar, humanizar e personalizar cada vez mais os cuidados de enfermagem, dado que as competências clínicas de comunicação são parte integrante dos cuidados dos profissionais de saúde, tornando-se impossível não comunicar. Os profissionais de saúde surgem quer como emissores, quer recetores de mensagens, adquirindo a capacidade de apreensão de mensagens significativas dos doentes e sua família, tentando responder às necessidades individuais de cada um através do seu contacto quotidiano. De acordo com Phaneuf (2005, p. 15), “a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de saúde”.

Parece bastante simples pensar que a comunicação em saúde supõe apenas uma mera troca de informação. Na maioria das situações, todas as mensagens trocadas com os doentes/família apelam aos seus pensamentos, às suas atitudes, às suas crenças e aos seus valores, usando as dimensões da sua memória e das suas experiências até então vividas (Watson, 2002).

Desta forma, a comunicação, no caso concreto da criança/jovem hospitalizada, torna-se fundamental, fazendo parte de toda a atividade e de todos os atos dos profissionais de saúde que, ao exercerem a sua prática clínica, devem procurar criar um clima de abertura em que toda a linguagem verbal ou não verbal seja compreensível (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012). Pela comunicação aprende-se e ensina-se acerca de si próprio e pode ajudar-se o outro a reconhecer-se. Isto é verdade quando a comunicação comporta um sistema de sinais ou um código socialmente compartilhado, uma vez que os símbolos e as palavras nem sempre se interpretam de igual modo, pois consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afetiva de cada um, assim aumenta a complexidade e as dificuldades na comunicação (Figueiro-Rego, 2003).

A comunicação é uma experiência diária onde há partilha de informações por duas ou mais pessoas e não pode deixar de existir em nenhum momento. É um processo estabelecido entre emissor/recetor, entre indivíduos no campo do relacionamento de pessoa para pessoa (Figueiro-Rego, 2003).

Deste modo, na assistência à criança/jovem hospitalizada, a comunicação constitui uma componente essencial para o relacionamento entre os elementos da equipa de profissionais de saúde, entre a equipa multidisciplinar e entre os profissionais de saúde e a criança/jovem/família. A comunicação com a criança/jovem hospitalizado terá de ter características adequadas a cada estágio de desenvolvimento, como referem Roper, Logan e Tierney (1995, p.34) “a idade é fator crucial relativamente à comunicação (...) os jovens

dependem certamente de outros que os ajudem nesta atividade”. Nesta situação, os profissionais de saúde têm de ser recetivos às necessidades das crianças/jovens hospitalizados. Incluir ou não a família deverá ser uma decisão destes (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por conseguinte, dar informações às crianças/jovens, sabê-los escutar, ter disponibilidade para os escutar, sentar-se a seu lado, mesmo sem comunicação verbal, transmite-lhes uma sensação de segurança. Saber ouvir consiste numa das melhores maneiras de dar apoio, criando uma atmosfera recetiva e de aceitação com a criança/jovem e sua família. A comunicação é a habilidade mais relevante a utilizar na relação com a criança/jovem e família. As crianças/jovens valorizam aqueles que evidenciam interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por outro lado, de acordo com o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é importante manter uma distância de conforto que respeite o espaço criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Contudo, sempre que possível, os profissionais de saúde devem mostrar disponibilidade para os ouvir, privilegiando um espaço ajustado onde a privacidade possa existir, garantir o sigilo e ter presente que a criança/jovem tem uma energia e um poder de concentração diferente. Estes são fatores que os profissionais de saúde têm de prever para desenvolver a comunicação com a criança/jovem hospitalizado, dando-lhes espaço para expressarem os seus sentimentos face à informação disponibilizada, sendo este o foco do estudo empírico.

**PARTE II – SENTIMENTOS DA CRIANÇA/JOVEM FACE À INFORMAÇÃO  
DISPONIBILIZADA PELA EQUIPA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM  
FENOMENOLÓGICA**



## 1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Depois da elaboração da fundamentação teórica, é necessário descrever e explicar todos os processos metodológicos a serem utilizados ao longo da investigação, o que se denomina de metodologia que, na perspectiva de Fortin (2009), consiste no conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica. Deste modo, a metodologia pode ser percebida enquanto processo racional para chegar ao conhecimento ou à demonstração da verdade, em função dos objetivos que se pretendem alcançar.

### 1.1. ABORDAGEM FENOMENOLOGICA

Este estudo insere-se no âmbito da investigação qualitativa, uma vez que se pretende recolher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever as situações vividas pelos participantes e interpretar os sentimentos da criança/jovem hospitalizada face às informações disponibilizadas pela equipa de saúde.

A investigação qualitativa, de acordo com Fortin (2009), estuda as coisas no meio natural e interpreta os fenómenos baseando-se nos significados que os participantes dão a esses fenómenos. Nas metodologias qualitativas, os intervenientes da investigação não são reduzidos a variáveis isoladas, mas vistos como parte de um todo no seu contexto natural. A opção por este tipo de estudo suporta-se no facto de os dados recolhidos, denominados de qualitativos, serem ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. As questões a investigar são formuladas com a finalidade de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no contexto natural (Bogdan & Biklen, 1994).

Tendo em conta tratar-se de uma investigação de natureza qualitativa, torna-se pertinente analisar as suas características principais. Bogdan e Biklen (1994, p. 132) apresentam cinco principais características da investigação qualitativa: “i) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; ii) os dados que o investigador recolhe são principalmente de carácter descritivo; iii) os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados; iv) a análise dos dados é feita de forma indutiva; v) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências”. O paradigma qualitativo assenta numa metodologia que visa obter dados descritivos, sendo os participantes da investigação estudados

ao pormenor, no seu contexto natural. Assim, a utilização desta metodologia, tem por objetivo a compreensão dos fenómenos observados, centrando a pesquisa nos factos, interpretando os processos e acontecimentos, através de uma descrição densa de onde se podem produzir conhecimentos (Freixo, 2011).

Este estudo segue também a metodologia fenomenológica, na medida em que a realidade se enfoca nas percepções das criança/jovens, cujo objetivo é compreender e encontrar significados por meio de narrativas verbais (Bogdan & Bikken, 1994). De acordo com Bell (2004, pp. 19-20), os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles” enquanto os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística (...). Contudo, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas, e vice-versa.” Este método tem como características sistematizar os dados de natureza qualitativa, possibilitando compreender como os participantes experienciam determinada situação, percebem, pensam e sentem as suas vivências, tomando como ponto de partida a expressão pessoal desse processo (Flick, 2005). O enfoque fenomenológico compreende a pessoa enquanto ser no mundo. Creswell (1998) considera este tipo de estudo como a descrição das experiências vividas de vários sujeitos acerca de um conceito ou de fenómeno, visando a estrutura essencial ou os elementos invariantes do fenómeno, ou seja, o seu significado central, que, no caso concreto, se refere ao significado atribuído pela criança/jovem hospitalizado à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

Streubert e Carpenter (1995) argumentam que o investigador, no âmbito do método fenomenológico, pode levantar duas questões, cujas respostas positivas podem auxiliá-lo a decidir se o método fenomenológico é ou não o mais apropriado: i) Existe uma necessidade de maior clareza no fenómeno selecionado? ii) Será que a experiência vivida compartilhada é a melhor fonte de dados para o fenómeno de interesse? O investigador, em conformidade com os autores citados, deve considerar os recursos disponíveis, o tempo para o *terminus* da pesquisa, a sua habilidade para se envolver no método de forma rigorosa.

O principal objeto de estudo da investigação fenomenológica consiste no sentido da experiência vivida das pessoas que está necessariamente ligada ao mundo que, por sua vez, se transforma numa rede social e cultural co-construída. Ao contrário de outros modelos, recorre a um aspeto fundamental para poder estudar os fenómenos humanos, ou seja, o contexto. Por outro lado, a fenomenologia não pretende seguir uma epistemologia empírica, onde o modelo de causalidade é tido como único e adequado, para alcançar um conhecimento cientificamente válido. A fenomenologia tem como referencial basilar a noção de que a consciência é

intencional. Por conseguinte, a fenomenologia revela-se como uma alternativa qualitativa de investigação, não se centrando na quantificação dos resultados (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Segundo Tuckman (2000), a investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas a questões. As respostas podem adquirir um carácter quer abstrato e geral, quer concreto e específico. Neste sentido, o investigador realiza as suas descobertas acerca dos factos, através da interpretação dos dados que no processo de investigação vai recolhendo e tratando. Deste modo e como já referenciado, a metodologia utilizada no presente estudo inscreve-se numa metodologia qualitativa. Por conseguinte, a presente investigação pretende centrar-se em procedimentos interpretativos e heurísticos de análise e interpretação dos dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas. Realizada a transcrição das entrevistas, recorreu-se, de seguida, à técnica de análise de conteúdo, seguindo-se os critérios propostos por Bardin (2015). Nesta perspetiva, tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Procura-se, assim, conhecer o lado “oculto” das palavras, utilizando procedimentos sistemáticos, evidenciando os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade com o objetivo de fornecer mais informações ao leitor crítico da mensagem.

Segundo Bardin (2015), a análise de conteúdo é descrita como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens. A análise de conteúdo pode ser de dois tipos: análise dos significados (análise temática) e análise dos significantes (análise dos procedimentos). No que diz respeito a esta pesquisa, a técnica de análise eleita foi a análise categorial temática. Esta técnica permitiu condensar os dados, categorizando e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações. Bardin (2015) refere que esta análise funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Refere ainda que é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se à volta de um processo de categorização (Bardin, 2015). A categorização é a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia, com os critérios previamente definidos). As mensagens provenientes das entrevistas podem ser agrupadas tendo em conta diferentes categorias. Assim, em análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise (Bardin, 2015). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário



(isolar os membros); a classificação (repartir os elementos e organizar as mensagens). No momento em que se está a efetuar uma análise de conteúdo e se decide codificar as respostas, deve elaborar-se um sistema de categorias.

Assim, a análise das entrevistas foi feita através da análise de conteúdo, que consiste na organização das informações, sem, todavia, se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2015, p. 117). Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Neste estudo procedeu-se a uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*, tendo em conta as questões do Guião da Entrevista.

Em suma, a análise de conteúdo das entrevistas, teve, assim em atenção os seguintes momentos: tratamento da entrevista, excluindo a informação que se afasta dos segmentos pretendidos; categorização do *corpus* da informação pela sua divisão em unidades; categorização do referido *corpus* com a sua distribuição por categorias e subcategorias, tendo em conta a grelha de análise elaborada no guião da entrevista.

## 1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A problemática deste estudo centra-se na exploração dos sentimentos da criança/jovem hospitalizado face à informação disponibilizada pela equipa de saúde. Com a hospitalização, as crianças e os adolescentes veem interrompidas as suas atividades normais e a interação com os pares. Defrontam-se com o isolamento do que lhes é familiar, estando sujeitos a normas, rotinas, horários, tratamentos, procedimentos invasivos, num ambiente estranho (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015). De acordo com os mesmos aurores, uma criança e/ou um adolescente hospitalizado experiencia muitas transições simultaneamente, tais como: desenvolvimental, saúde-doença e situacional, o que requer particular atenção por parte da equipa de enfermagem, a qual deve possuir conhecimentos acerca das transições, habilidades de comunicação, bem como deve ter sensibilidade para perceber claramente o significado dessas vivências. Estas e outras competências específicas dos enfermeiros aplicam-se a todas as áreas do atendimento de crianças e adolescentes (Ordem dos enfermeiros, 2010). Esta preconiza que os enfermeiros especialistas de saúde da criança e do jovem devem: maximizar o potencial de desenvolvimento

da criança e do jovem, gerir o seu bem-estar, detetar precocemente os comportamentos que interfiram com a sua qualidade de vida.

Neste sentido, assume grande relevância compreender os sentimentos das crianças e dos adolescentes hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, devendo este aspeto ser valorizado na prática profissional em Pediatria, na medida em que a partilha de informações por parte dos enfermeiros lhes possibilita, na perspetiva de Jorge (2004), enfrentar, com menor angústia, todo o sofrimento que a situação de doença e hospitalização provocam, com base numa melhor compreensão da situação que vivencia.

Neste sentido e partindo-se do pressuposto que um problema de investigação “é a abordagem ou a perspetiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 89), formulou-se a seguinte questão de investigação:

**- Quais os sentimentos da criança/jovem hospitalizado face à informação disponibilizada pela equipa de saúde?**

Decorrente da questão de investigação formulada, e partindo-se do pressuposto que a natureza dos objetivos varia em função da natureza da pesquisa e a sua função é orientar a seleção da organização dos procedimentos, permitir uma melhor avaliação dos resultados e conhecer o que se espera alcançar com a investigação (Marconi & Lakatos, 2004), formularam-se os objetivos, para que se possa “explorar, identificar, descrever, ou ainda explicar ou prever um determinado fenómeno, devendo ser formulado com grande economia de palavras” (Freixo, 2011, p. 164).

Assim, delineou-se como objetivo geral para esta investigação:

- Compreender os sentimentos da criança/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

Como objetivos específicos delinearam-se os seguintes:

- Conhecer os aspetos inerentes à contextualização da hospitalização da criança/jovem, tendo em conta os motivos, hospitalizações anteriores, sentimentos despoletados pela hospitalização, principais preocupações face à hospitalização e ocupação do tempo durante a hospitalização;

- Saber quem informou a criança/jovem acerca do motivo do internamento e da sua doença;
- Verificar se o momento em que a informação foi dada se constituiu como o mais adequado, quem informou as crianças/jovens e por quem gostavam de ser informados;
- Verificar em que medida os profissionais de saúde informaram a criança/jovem acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde está hospitalizado;
- Averiguar em que situações, os profissionais de saúde informaram a criança/jovem sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o seu assentimento/consentimento;
- Verificar em que medida a criança/jovem considera importante ser pedido o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos;
- Averiguar em que medida os profissionais de saúde utilizam uma linguagem clara para explicarem a doença e os tratamentos que a criança/jovem tem de fazer e se quando não compreende pergunta novamente;
- Conhecer o que a criança/jovem sente em relação à informação que é facultada acerca da sua doença e tratamentos;
- Conhecer o que mais preocupa a criança/jovem em relação ao futuro pelo facto de estar hospitalizado, tendo também em conta o que mais o preocupa em relação ao futuro, quais as dúvidas e quem pensa que o poderá esclarecer.

### 1.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO: DOMÍNIOS E DIMENSÕES

Decorrente da questão de investigação enunciada e dos subsequentes objetivos delineados, com base na proposta de Quivy e Campenhoudt (2008), segundo os quais, as variáveis se referem aos atributos, dimensão ou conceito possível de adotar determinadas modalidades, as quais o investigador pretende perceber, explicar, prever ou influenciar, emergiram as variáveis do presente estudo, às quais se pretende dar resposta.

Neste sentido e para maior perceção do estudo consideraram-se na definição de variáveis (cf. Quadro 3):

Os domínios da **contextualização da hospitalização e sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.**

Quadro 3 – Domínios e dimensões

Domínio	Dimensões
Contextualização da hospitalização	Motivo da hospitalização
	Hospitalização anteriores
	Motivo da hospitalização anterior
	Sentimentos face à hospitalização/doença
	Motivo de preocupação por estar hospitalizado/doente
	Ocupação do tempo durante hospitalização
	Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde
Momento em que a informação foi dada	
Pessoa que gostava que informasse sobre internamento e doença	
Informação acerca do funcionamento e rotinas do serviço	
Situções em os profissionais de saúde informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento	
Opinião sobre o pedido de assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos	
Utilização de uma linguagem clara para explicação da doença e tratamentos	
Sentimentos em relação à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos	
Preocupação/dúvidas em relação ao futuro devido à hospitalização	

No domínio da **contextualização da hospitalização** foram realizadas questões tendo em conta as seguintes dimensões: motivo da hospitalização, hospitalizações anteriores, como se

sentem por estar hospitalizados /doentes, o que o preocupa por estar hospitalizado/doente (Ex: escola, dor, evolução da doença, etc.) e como ocupa o tempo durante a hospitalização. As dimensões: pessoa que informou acerca do motivo do internamento e doença, momento em que a informação foi dada, pessoa que gostava que informasse sobre internamento, situações em que os profissionais de saúde informaram sobre tratamentos/procedimentos e pediram assentimento/consentimento, opinião sobre o pedido de assentimento/consentimento, sentimentos em relação à informação facultada acerca da doença e tratamentos e preocupação/dúvidas em relação ao futuro devido á hospitalização vem permitir recolher informação acerca dos **sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde**.

Para além disto foi recolhida informação para caraterização sociodemográfica das crianças/jovens participantes (idade, género, ano de escolaridade, com quem vive) e dos pais (idade, habilitações literárias).

#### 1.4. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para a concretização do estudo, a população foi constituída pelas crianças/jovens hospitalizados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira.

A amostra foi constituída pelas crianças/jovens hospitalizados no período de 2 de fevereiro a 6 de abril de 2016, num total de 18. Para a seleção da amostra consideraram-se os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

- Critérios de inclusão: crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira com idades compreendidas entre 6 e 17 anos;
- Critérios de exclusão: crianças com idades inferiores a 6 anos e jovens com idades superiores a 17 anos.

#### 1.5. RECOLHA DE INFORMAÇÃO

As diversas alternativas metodológicas de colheita e análise de dados sugerem a necessidade de tomar uma decisão alicerçada no próprio estudo, nas questões de investigação e no grupo alvo (Flick, 2005). Assim, optou-se pela entrevista semiestruturada (cf. Apêndice II). A sua elaboração teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008),

ou seja, formularam-se de forma clara e unívoca as perguntas e a correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência dos entrevistados.

A entrevista, de acordo com Cunha (2009, p. 128), “é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propicia quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva”. A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados da metodologia qualitativa, que serve para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a “uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais” (2009, p. 129). A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os informantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação.

A entrevista elaborada para este estudo é semiestruturada, pois elaboraram-se algumas questões, que constam de um guião. Cunha (2009) refere que a entrevista semiestruturada é um

“modelo que não é inteiramente livre, nem orientado por um leque de perguntas estabelecidas *a priori*. É, no geral, constituída por uma série de perguntas abertas, colocadas verbalmente e seguindo uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar outras perguntas que julgue necessárias, com finalidades de esclarecimento” (Cunha, 2009, p. 133).

O entrevistador possui, conforme esclarece a autora, um guia referencial de perguntas abertas, que apresenta à medida que a entrevista vai decorrendo, a fim de que o discurso do entrevistado possa fluir livremente, permitindo-lhe que se exprima com abertura. Esse guião teve no presente caso como objetivo orientar a entrevista e estimular o pensamento livre dos participantes, para que a criança/jovem relatasse os seus sentimentos, tornando a entrevista similar a uma conversa, sendo a mesma constituída por 3 partes: a primeira parte tem questões que permitem recolher dados sociodemográficos das crianças/jovens participantes (idade, género, ano de escolaridade, com quem vive) e dos pais (idade, habilitações literárias), bem como saber se as crianças/jovens possuem irmãos e quantos; a segunda parte contém 5 questões relativas ao processo de internamento, tais como: motivo da hospitalização, hospitalizações anteriores, como se sentem por estar hospitalizados/doentes, o que o preocupa por estar hospitalizado/doente (Ex: escola, dor, evolução da doença. etc.), como ocupa o tempo durante a hospitalização; na terceira parte constam 9 questões que permitem recolher informações acerca dos sentimentos da criança/jovem face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, nomeadamente: pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença aquando da hospitalização; sentimentos vivenciados no momento em que a informação foi dada; por quem

gostava de ser informado; informação, por parte dos profissionais de saúde, acerca do funcionamento e rotinas do serviço do serviço; situações em os profissionais de saúde informaram sobre os tratamentos/procedimentos, pedido do assentimento/consentimento da criança/jovem, importância atribuída ao pedido de assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos, utilização de uma linguagem clara para explicarem doença e os tratamentos que a criança/jovem tem de fazer, questionar novamente quando não há compreensão dos transmitido, sentimentos relativos à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos, maior preocupação em relação ao futuro, dúvida existentes e qual o profissional que poderá esclarecer essas dúvidas.

As entrevistas foram realizadas num ambiente calmo de privacidade, na sala de estar do serviço de Pediatria ou no quarto da criança/jovem, quando não era possível deslocar-se à sala, motivando a criança/jovem a participar de forma espontânea, havendo a preocupação de adequar a linguagem à idade da criança/jovem A presença dos pais ou representantes legais ficou ao critério destes e da criança/jovem e a entrevista decorreu num período de tempo aproximado de 15 minutos.

### ***Considerações formais e éticas***

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato dos participantes, bem como a proteção dos dados para este fim. Foi apresentada a entrevistadora e o estudo numa nota introdutória antes de se passar a realizar as entrevistas, de modo a informar os participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições. Após prévia explicação dos objetivos do estudo foi também solicitado o consentimento dos entrevistados e dos seus representantes legais e pedido que assinassem consentimento informado (cf. Anexo I), garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Para a aplicação das entrevistas foi realizado pedido de autorização para realização do estudo (cf. Anexo II). Foi dada resposta favorável com autorização formal por parte da instituição (cf. Anexo III)

Deste modo, foram cumpridos todos os requisitos éticos, sem que tivesse sido necessário, por parte da investigadora, recorrer a alguma tomada de decisão ética que não fossem as delimitadas no início do estudo. Respeitaram-se os princípios éticos, de forma a proteger os direitos e liberdades das crianças/jovens que participaram no estudo. A investigação não suscitou dúvidas em termos da sua verdadeira finalidade, a qual foi devidamente esclarecida aos participantes. Foi expresso que os contributos individuais seriam para acrescer conhecimento em enfermagem que poderia possibilitar o bem do grupo e da comunidade.





## 2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Numa investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos participantes e às diligências para a colheita de dados (Fortin, 2009). De acordo com a mesma autora, a análise dos dados possibilita guiar o investigador na sua amostragem que é de natureza intencional, dando-lhe pistas acerca do que lhe resta descobrir sobre o fenómeno em estudo. Para tal, é necessário explorar a linguagem, o que implica a identificação da característica da linguagem, a descoberta de regularidades na linguagem, a compreensão das significações da ação humana pela linguagem e a reflexão (Fortin, 2009).

Sendo assente também que a análise dos dados na abordagem fenomenológica é considerada como a procura de sentido numa descrição da experiência humana, esta fica ligada aos enunciados verbais dos participantes, com a finalidade de pôr em evidência as unidades de significação da experiência (Fortin, 2009). De acordo com Deschamps (1993, cit. por Fortin, 2009, p. 315) “as unidades de significação são constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto”.

Como esta investigação se contextualiza num estudo qualitativo, tendo como abordagem metodológica a fenomenologia e existindo diferentes desenvolvimentos interpretativos, para os procedimentos de análise da informação, adotou-se o método de interpretação fenomenológico proposto por Colaizzi (1978, cit. por Streubert & Carpenter, 1995). Este método de investigação consiste numa metodologia qualitativa, adequada e rigorosa, para estudar o sentido da experiência humana, nas diferentes relações que estabelecem com o mundo. Consiste na descrição das experiências vividas pelos informantes, que já foram recolhidas e transpostas para um suporte escrito, devendo os seus passos ser vistos como típicos e não definitivos, fazendo com que a sua sequência seja flexível (Streubert & Carpenter, 1995). Esta organização de dados é realizada com o recurso a domínios e a categorias, determinados a partir das questões das entrevistas, tidas como unidades estruturais de significado dos dados. Neste processo interpretativo, o objetivo fundamenta-se na obtenção de “declarações significativas”, ou seja, temas ou sínteses contidas nas descrições e reveladoras da estrutura do fenómeno (Colaizzi, 1978, cit. por Streubert & Carpenter, 1995).

No presente estudo, a análise da informação dos dados teve início nas entrevistas dos participantes com a leitura repetida e contínua das transcrições das mesmas, tendo-se em

consideração que o objetivo da análise dos dados recolhidos consiste em conservar o que é único em cada experiência vivenciada pelos participantes, possibilitando uma compreensão do fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 1995). Importa referir que o levantamento dos dados foi realizado através das entrevistas, após o consentimento informado dos participantes, respeitando os princípios éticos e orientadores.

Como se tem vindo a referir, o método de análise da informação em estudos qualitativos de natureza fenomenológica consiste em interpretar as descrições do fenómeno estudado, com a finalidade de descobrir o âmbito das experiências vivenciadas pelos participantes. Servindo-se da linguagem como meio de conhecer a estrutura dos fenómenos experienciados. Deste modo, apresentam-se de seguida as dimensões e categorias emergentes, indicando-se as unidades de significação naturais, que são partes do discurso dos participantes.

Finda a etapa da colheita de dados foi necessário efetuar a análise e interpretação dos mesmos, de acordo com a metodologia utilizada. Fortin (2009) refere que é nesta etapa que está incluída a colheita de dados, e onde se faz a organização e o tratamento dos resultados. Tendo por base os resultados obtidos nas 18 entrevistas realizadas para o estudo, começa-se por apresentar a caracterização dos participantes em causa, bem como a caracterização dos pais.

## 2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Os participantes (n-18) têm idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, com predomínio dos que têm 13 anos (33,0%), seguindo-se os que se encontram na faixa etária dos 17 anos (17,0%). Na sua maioria são do sexo feminino (89,0%), com apenas 11,0% do sexo masculino. Quanto à escolaridade, a mesma oscila entre o 1º ciclo do ensino básico, com uma percentagem mais elevada para os que frequentam o ensino secundário (33,0%), secundados pelas crianças/jovens a frequentarem os 1º e 3º ciclo do ensino básico, com igual representatividade (28,0%, respetivamente). Em relação ao lugar na fratria, 39,0% dos participantes são filhos únicos, 33,0% são primogénitos, 22,0% benjamins e com apenas 6,0% a ser filho do meio. A maioria das crianças/jovens entrevistados vivem numa família nuclear (94,0%), com apenas uma criança/jovem (6,0%) a viver numa família alargada. Já no que se refere ao número de irmãos, sobressaem os 44,0% das crianças/jovens com 1 irmão, seguindo-se os que são filhos únicos (39,0%), 11,0% têm 2 irmãos e 11,0% possuem 3 irmãos (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Caracterização sociodemográfica das crianças/jovens

Variável	Categoria	F	%
<b>Idade (anos)</b>	6	2	1,0
	7	2	11,0
	10	2	11,0
	13	6	33,0
	15	2	11,0
	16	1	6,0
	17	3	17,0
<b>Total</b>		18	100,0
<b>Género</b>	Masculino	2	11,0
	Feminino	16	89,0
<b>Total</b>		18	100,0
<b>Escolaridade</b>	1ºCiclo ensino básico	5	28,0
	2ºCiclo ensino básico	2	11,0
	3ºCiclo ensino básico	5	28,0
	Ensino secundário	6	33,0
<b>Total</b>		18	100,0
<b>Lugar na fratria</b>	Filho único	7	39,0
	Primogénito	6	33,0
	Filho do meio	1	6,0
	Benjamim	4	22,0
<b>Total</b>		18	100,0
<b>Com quem vive</b>	Família nuclear	17	94,0
	Família alargada	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0
<b>Número de irmãos</b>	0	7	39,0
	1	8	44,0
	2	2	11,0
	3	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS DAS CRIANÇAS/JOVENS ENTREVISTADOS

No que concerne à profissão dos pais das crianças/jovens entrevistados, verifica-se que a média de idade da mãe é de 42,72 anos, com um mínimo de 29 anos e um máximo de 54 anos. Quanto à idade do pai, a média de idades é 45,47 anos, com um mínimo de 34 anos e um máximo de 57 anos. Importa referir que não se faz referência às habilitações literárias dos pais, uma vez que a grande maioria das crianças/jovens não respondeu à questão, tendo também duas delas dito que desconhecem a profissão do pai. Das crianças/jovens que deram indicações sobre a profissão dos seus progenitores, sobressaem as mães que estão desempregadas (15,0%) e que são ajudantes de lar/centro de dia (15,0%). Em relação à profissão dos pais, evidencia-se os que são agricultores e empresários (cf. Apêndice III).

### 2.3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO

No domínio da contextualização da hospitalização, teve-se em conta: o motivo da hospitalização, ter tido hospitalizações anteriores e qual o motivo, como se sentem as crianças/jovens por estarem hospitalizado/doentes, o que preocupa as crianças/jovens por estarem hospitalizado/doente (Ex: escola, dor, evolução da doença, etc.) e como ocupam o tempo durante a hospitalização. De acordo com os dados das entrevistas foi possível organizar a informação por categorias como consta no quadro 5.

Quadro 5 – Contextualização da hospitalização: Dimensões e categorias

Domínio	Dimensões	Categorias
Contextualização da hospitalização	Motivo da hospitalização	Patologia gastrointestinal
		Cirurgia
		Outros
	Hospitalizações anteriores	Um
		Dois
		Três
		Sem hospitalização anterior
	Motivo da hospitalização anterior	Patologia gastrointestinal
		Outros
		Patologia respiratória
	Sentimentos face à hospitalização/doença	Cirurgia
		Tristeza
		Desânimo/aborrecimento
		Bem/alívio
		Medo
		Enclausurada
		Dependência
	Motivo de preocupação por estar hospitalizado/doente	Medo da dor
		Prognóstico/recuperação
		Escola
Família e amigos		
Ocupação do tempo durante hospitalização	Ver TV	
	Ler	
	Jogar no Tablet/computador /telemóvel	
	Outros	

Desta forma apresentamos os resultados que se seguem:

Quanto ao **motivo da hospitalização**, emergiram 3 categorias, sendo estas: a patologia gastrointestinal (39,0%) como refere E<sub>11</sub> *porque tenho uma gastroenterite*, a cirurgia (39,0%) como afirma E<sub>5</sub> *tinha um problema no dente e tive de ser operada* e E<sub>13</sub> *Fui operada ao pé*, e outros motivos (22,0%), como a meningite: *porque tenho meningite* (E<sub>16</sub>), *helicobacter*, problema na anca e varicole como testemunha E<sub>17</sub> *porque tinha uma variz no testículo esquerdo*

(cf. Quadro 6). Estes resultados estão em conformidade com Silva (2005), que verificou, no seu estudo, que 41,0% dos internamentos em pediatria correspondiam a casos de patologia gastrointestinal.

Quadro 6 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com motivo da hospitalização

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Patologia gastrointestinal	<i>Tenho colite ulcerosa.</i>	7	39,0
Cirurgia	<i>Fui operada.</i>	7	39,0
Outros	<i>Porque tenho problemas de estômago. Sei que tenho uma bactéria.</i>	4	22,0
<b>Total</b>		18	100,0

Constatou-se que uma grande parte das crianças e jovens entrevistados (66,7%) já tiveram experiência de **hospitalizações anteriores**, dos quais 44,5% tiveram uma hospitalização anterior, com igual percentagem (11,1%, respetivamente) as crianças/jovens com duas e três hospitalizações, enquanto 33,3% não tiveram experiência anterior de hospitalizações (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com hospitalizações anteriores

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Uma	<i>Sim, em Coimbra....</i>	8	44,5
Duas	<i>Sim, duas vezes.</i>	2	11,1
Três	<i>Sim, três vezes.</i>	2	11,1
Sem hospitalização anterior	<i>Não, não tive</i>	6	33,3
<b>Total</b>		18	100,0

Quanto ao **motivo das hospitalizações anteriores**, apurou-se que o motivo *major* foi a patologia gastrointestinal (37,0%) como refere E<sub>1</sub> *...por diarreia*, seguindo-se outros motivos com uma representatividade de 25,0% como é por exemplo o caso de E<sub>6</sub> que afirma *engoli uma moeda*, surgindo depois a patologia respiratória (19,0%) e a cirurgia (19,0%). Importa referir que E<sub>1</sub> e E<sub>12</sub> estiveram internadas mais do que uma vez pelo mesmo motivo (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição das crianças/jovens de acordo com motivo de hospitalização anterior

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Patologia gastrointestinal	... <i>Por gastroenterite...</i>	6	37,0
Outros	... <i>Por alergia a medicamento</i>	4	25,0
Patologia respiratória	... <i>Três vezes por pneumonia.</i>	3	19,0
Cirurgia	... <i>Porque fui operada ao joelho.</i>	3	19,0
<b>Total</b>		16	100,0

Neste âmbito importa referir que a hospitalização para a maioria das crianças/jovens entrevistados não é uma realidade nova, o que pode ser, por um lado, positivo, por outro lado, negativo, atendendo à maneira como vivenciam a hospitalização. Whaley e Wong (2006) referem que embora a hospitalização possa ser um processo causador de stresse para a criança, também pode ser encarada como uma experiência maturativa, em que a criança tem oportunidade de dominar o stresse e de se sentir competente na luta contra uma situação adversa. A experiência de doença e de hospitalização acarretam para a criança/jovem vivências novas e muitas vezes ameaçadoras. A doença confronta a criança/jovem perante a condição da fragilidade humana, podendo traduzir-se esta experiência numa vivência “potencialmente frustrante”, causando “stresse, ansiedade, medo e dor (Redondeiro, 2003, p. 21). Contudo, poder-se-á dizer que o facto de haver crianças/jovens entrevistados que já tiveram experiência de outras hospitalizações, potencialmente pode assumir-se como um contraponto, caso essas experiências anteriores tenham sido positivas, conferindo-lhes segurança e confiança em relação aos profissionais de saúde, contribuindo, assim, para uma experiência positiva da presente hospitalização.

Atendendo aos resultados apurados, pode dizer-se que, na globalidade, a hospitalização não se constitui como uma novidade para a maioria das crianças/jovens entrevistados, o que pressupõe um conhecimento da realidade, o que pode modificar a sua vivência atual.

Questionaram-se as crianças/jovens acerca de como **se sentem por estarem hospitalizados/doentes**. Emergiram 6 categorias, nomeadamente: tristeza (32,0%), tendo a E<sub>10</sub> reforçado que desejaria estar em casa e a E<sub>1</sub> afirma sentir-se *triste por estar no hospital*; desânimo/aborrecimento (28,0%) como refere E<sub>12</sub> *só estou farta de cá estar*; no entanto 6 crianças/jovens (24,0%) afirmaram que se sentem bem e/ou aliviadas por se encontrarem hospitalizadas como testemunha E<sub>4</sub> *...agora sinto-me melhor...mas estou um pouco triste*; a E<sub>5</sub> e a E<sub>13</sub> referiram sentir medo, a E<sub>11</sub> demonstrou que se sente enclausurada, a E<sub>3</sub> expressou

insatisfação face à dependência dos outros Nestas categorias as crianças e os jovens conseguiram colocar em palavras as suas emoções (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Sentimentos das crianças/jovens face à hospitalização/doença

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Tristeza	<i>Triste por estar no hospital....</i>	8	32,0
Desânimo/Aborrecimento	<i>Desanimada, sinto-me sozinha aqui no hospital.</i>	7	28,0
Bem/alívio	<i>Sinto-me bem, muito melhor desde que estou aqui.</i>	6	24,0
Medo	<i>Ao início estava assustada, agora já passou. Tinha medo das complicações da operação.</i>	2	8,0
Enclausurada	<i>Sinto-me fechada....</i>	1	4,0
Dependência	<i>Não gosto de estar doente, nem internada porque estou dependente dos outros.</i>	1	4,0
<b>Total</b>		25	100,0

Os resultados encontrados estão em conformidade com Barros (2003), pois quando a criança/jovem se encontra hospitalizado surge a perturbação comportamental, que se expressa através da ansiedade e do medo. Hockenberry e Wilson (2014) reforçam esta ideia, afirmando que o ambiente hospitalar pode tornar-se stressante, interferindo no estado psicológico da criança/jovem, que, durante a hospitalização, pode manifestar sofrimento psíquico, através de palavras, do comportamento e de reações emocionais, que muitas vezes são diferentes do habitual. Importa também salientar que, na amostra em estudo, para algumas crianças/jovens a tristeza manifestada se deve ao seu diagnóstico, como afirma a E<sub>14</sub> *Triste, porque não estava à espera de ter uma lesão tão grave....* Por outro lado, e atendendo a que a infância e a adolescência são etapas da vida consideradas como as mais saudáveis do ciclo vital, acaba por ser muito frustrante a situação de doença/hospitalização, castradora da sua energia, afastando-os do seu quotidiano, colocando-os num mundo desconhecido, com as suas rotinas próprias, equipamentos, pessoas, limitações de movimento, cheiros, procedimentos e dores, o que os coloca numa situação de maior dependência (Gomes, Queiroz, Bezerra & Sousa, 2012), o que está manifesto no testemunho da E<sub>3</sub> *Não gosto de estar doente, nem internada porque estou dependente dos outros*, bem como no discurso do E<sub>16</sub> *...não posso fazer as minhas coisas habituais*, ou como expressa a E<sub>11</sub> *Sinto-me enclausurada*. Importa também ressaltar que os discursos destes entrevistados deixaram transparecer a ideia de que estarem doentes e terem a sensação de que alguma coisa lhes pode correr mal, os deixa mais angustiados, tristes e com medo.



A experiência da hospitalização, para algumas crianças e jovens, pode determinar consequências negativas emocionais, difíceis de serem exteriorizados e traduzidos por palavras. Muitas vezes, têm dificuldade em expressar verbalmente sentimentos e experiências, o que pode causar um conflito interno, passando o sintoma a ser uma realidade difícil de expressar, se não houver uma intervenção eficaz por parte dos profissionais de saúde (Barus-Michel, 2003). Como tal, os profissionais de saúde necessitam de ter conhecimento e cuidar dos aspetos patológicos das crianças/jovens, tentando percebê-los nos seus aspetos emocionais e sociais, utilizando, para tal, técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento (Almeida & Sabatés, 2008).

Verificou-se também que há uma expressão de sentimentos positivos por parte de 24,0% das crianças/jovens entrevistados, referindo que se sentem bem/aliviados, por um lado, porque já conhecem o seu diagnóstico, como é exemplo da E<sub>2</sub> *Sinto-me normal...já sei o que tenho...*; por outro lado, pode depreender-se que o ambiente da unidade é positivo, contando também com o fator experiência anterior de hospitalização, como é o caso da E<sub>14</sub> que já teve outras vivências a este nível, o que poderá resultar numa sensação de segurança *...estou bem aqui, sinto-me bem.*

Face a tais considerações, ressalta-se que entender as experiências vivenciadas por crianças e jovens face à doença e à hospitalização, requer um cuidado integral apoiado nos pressupostos da humanização, porque o sofrimento físico resultante da doença é acrescido de sofrimento psíquico, sendo esta uma condição muitas vezes inevitável. Assim, é importante compreender o modo como a criança/jovem lê a realidade e a expressa, para que se possa ter acesso à sua subjetividade (Gomes et al., 2012).

Relativamente aos motivos de **preocupação das crianças/jovens por estarem hospitalizadas/doentes**, foram constituídas as categorias: medo da dor (39,0%), prognóstico/recuperação (34,0%), escola (21,0%), família e amigos (6,0%) (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Motivo de preocupação por estar hospitalizado/doente

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Medo da dor	<i>Preocupa-me a dor ...</i>	13	39,0
Prognóstico/ recuperação	<i>Preocupa-me se vou ficar boa...</i>	11	34,0
Escola	<i>Quando voltar para casa...se os testes correm mal, a minha preocupação é com a escola.</i>	7	21,0
Família e amigos	<i>...Também me preocupa andarem todos em stresse, a família e amigos.</i>	2	6,0
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>100,0</b>

A hospitalização e a doença representam para a criança/jovem um ambiente restrito de possibilidades de atividades como ir à escola, conviver com os amigos/colegas e com a família, resultando em saudades e preocupação (Elias, 2003). Esta é uma realidade que foi confirmada no presente estudo, uma vez que 21,0% das crianças/jovens manifestaram preocupação em relação à escola, pelo facto de estarem a faltar às aulas, como ficou expresso nos discursos da E<sub>4</sub> *Faltar à escola* e da E<sub>10</sub> *Estou preocupada com os trabalhos da escola...* Outro motivo de preocupação verificado foi relacionado com os amigos e com a família, como se pode observar no testemunho da E<sub>3</sub> *...também me preocupa andarem todos em stresse, a família e amigos*. A este respeito refere-se que, numa perspetiva assente no paradigma da transformação ou de abertura ao mundo, os pressupostos reconhecidos pela comunidade científica de Enfermagem, preconizam que cada fenómeno é singular e a pessoa é uma entidade global, em interação recíproca e concomitante com uma entidade global mais vasta, ou seja, o mundo que a envolve, sendo este ser, inteiro, único e indissociável do seu universo, ou seja, família, pares e comunidade, formando com ele um modelo dinâmico de relações (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquete & Major, 2001). Deste modo, a hospitalização é sempre despoletadora de instabilidade e de desequilíbrio no sistema familiar, podendo desencadear uma situação de crise, levando, inclusive, os pais a considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil, Fontes & Relvas, 1995). Como refere Redondeiro (2003, p. 21), “o hospital é um micro sistema que inibe, aos seus utentes internados, a ligação ao exterior, relegando para segundo plano os aspetos da vida quotidiana e dando primazia aos objetivos da Instituição”.

Constatou-se que 39,0% das crianças/jovens expressam medo da dor e 34,0% revelaram preocupação face ao prognóstico/recuperação, o que corrobora o referido por Hockenberry & Wilson (2014) quando afirmam que é comum as crianças/jovens manifestarem sentimentos de

medo e de ansiedade, que podem estar relacionados com a gravidade da própria doença e com o tipo de procedimentos envolvidos no tratamento. A doença e consequente hospitalização assumem-se como processos difíceis para as crianças/jovens, implicando adaptações e transições, pois, como refere Azevedo (2010, p. 86), “a transição saúde-doença, ao passar de uma condição saudável para uma condição de doença” causa “insegurança e ansiedade”. Deste modo, esta transição conduz a uma outra, a hospitalização, que, por sua vez, “acentua esses sentimentos”, como ilustra o discurso do E<sub>17</sub> *Preocupa-me se demoro muito a ficar bom e se ainda vou ter mais dores*”.

É relevante ter-se em consideração que a criança/jovem é um ser *sui generis*, que se confronta com contingências semelhantes às do adulto, todavia, a sua imaturidade emocional requer dos profissionais de saúde respostas concretas e adaptadas, para que se possa contemplar uma diversidade de necessidades e direitos (Redondeiro, 2003). A autora defende que os profissionais de saúde devem ajudar a criança/jovem a ultrapassar as suas dificuldades psicológicas, designadamente no que se refere ao controlo dos medos, da dor, potenciando, assim, o seu bem-estar físico e emocional.

No que concerne à forma como as crianças/jovens **ocupam o tempo durante a hospitalização**, emergiram 5 categorias decorrentes das unidades de registo das crianças/adolescentes: ver televisão (46,0%), seguindo-se jogar no tablet/computador/telemóvel (24,0%), ler (19,0%), outras formas de ocupação do tempo (11,0%), como estudar, dormir e ouvir música, bem como fazer puzzles (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Ocupação do tempo durante a hospitalização

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ver TV	<i>Vejo TV...</i>	17	46,0
Ler	<i>Leio...</i>	7	19,0
Jogar no Tablet/computador /telemóvel	<i>Jogo no Tablet.</i>	9	24,0
Outros	<i>Faço puzzles...</i>	3	11,0
<b>Total</b>		37	100,0

O tempo livre na hospitalização é um espaço onde se pode “intervir de forma intencional ao nível do desenvolvimento global da criança, reconhecendo-o enquanto tempo social, necessário ao processo de socialização, onde se podem desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas necessárias ao seu processo de desenvolvimento, contribuindo também para que “a

hospitalização se converta numa experiência positiva e passível de fruir em verdadeiros momentos de crescimento pessoal” (Redondeiro, 2003, p. 13). Neste sentido, “toda e qualquer condição que possa atenuar os efeitos da hospitalização e melhorar a qualidade do internamento hospitalar pode ter efeitos benéficos para o desenvolvimento saudável” (Redondeiro, 2003, p. 16), sendo também necessário dar-se espaço às crianças/jovens para poderem expressar os seus sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, como se apresenta seguidamente.

#### 2.4. SENTIMENTOS DA CRIANÇA/JOVEM FACE À INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA

No que se refere ao domínio dos sentimentos das crianças e jovens entrevistados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, pretendeu-se verificar: quem informou as crianças/jovens acerca do motivo do internamento e da sua doença, quando ficaram hospitalizados; se sentiram que o momento em que a informação lhes foi dada foi o mais adequado; por quem gostavam de ser informados; em que medida os profissionais de saúde os informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde estão hospitalizados; em que situações os profissionais de saúde os informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o seu assentimento/consentimento; em que medida consideram importante ser pedido o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos; de que modo os profissionais de saúde utilizam uma linguagem clara para lhes explicarem a doença e os tratamentos que têm de fazer; se quando não compreendem, questionam novamente; o que sentem em relação à informação que é facultada acerca da sua doença e tratamentos; o que mais o preocupa em relação ao futuro, pelo facto de estarem hospitalizados, quais as dúvidas que possuem e quem pensam que os poderá esclarecer.

A informação obtida foi organizada por categorias como se apresenta no quadro 12.

Quadro 12- Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde: dimensões e categorias

Domínios	Dimensões	Categorias
Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde	Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença,	Médico/enfermeiro
		Família
		Outros
	Momento em que a informação foi dada	Adequado
		Desadequado
	Pessoa que gostava que informasse sobre internamento e doença	Médico e/ou enfermeiro/ Equipa de saúde
		Mãe
		Família/ Médico e/ou enfermeiro
	Informação acerca do funcionamento e rotinas do serviço	Bem informados
		Punções
	Situações em os profissionais de saúde informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento	Outros
		Exames complementares
		Penso
		Pré-operatório
	Opinião sobre pedido de assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos	Informação
		Confiança
		Sem importância
	Utilização de uma linguagem clara para explicação da doença e tratamentos	Sim
		Nem sempre
Sentimentos em relação à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos	Satisfação	
	Insatisfação	
Preocupações/dúvidas em relação ao futuro devido à hospitalização	Sem preocupações	
	Recuperação	
	Alta	

Uma das questões feitas às crianças/jovens hospitalizados foi sobre **quem os informou acerca do motivo do internamento e da sua doença**, cujas unidades de registo revelaram que a maioria mencionou o médico/enfermeiro (83,0%), seguindo-se a família (11,0%) e o E<sub>1</sub> admitiu que não se lembrava (cf. Quadro 13).

Quadro 13 – Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença

Categorias	Unidades de registo	F	%
Médico/ enfermeiro	<i>Foi a médica e a enfermeira....</i>	15	83,0
Família	<i>Disseram à minha irmã e ela disse-me a mim.</i>	2	11,0
Outros	<i>Não me lembro.</i>	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0

Neste âmbito, começa-se por referir que o hospital é um local de cruzamento de múltiplas relações entre pessoas, um lugar de constantes negociações entre doentes e profissionais de saúde (Phanegg, 2005). Como tal, a primeira negociação começa com o acolhimento, que tem como objetivo apoiar a criança/jovem e os pais e/ou pessoa significativa, visando reduzir os sentimentos negativos que possam emergir, bem como dar possibilidade aos profissionais de saúde de desmistificar as questões que ocorram na criança/jovem e pais acerca dos aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com a finalidade de lhes transmitir segurança (Ferreira & Valério, 2003). Desta feita, os profissionais de saúde podem ajudar a ultrapassar os obstáculos que possam influir no bom acolhimento, para que este, nas suas etapas, ocorra da melhor forma possível.

A doença e conseqüente hospitalização da criança/jovem são tidas como uma das primeiras crises com que se depara, difícil de ser vivenciada devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Jorge, 2004; Algren, 2006). Por norma, os pais, que chegam ao hospital com um filho doente a necessitar de ser hospitalizado, manifestam um elevado grau de ansiedade e desenvolvem sentimentos face à situação. Assim, com o objetivo de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança/jovem e família, é fundamental que os profissionais de saúde os acolham de modo a que os mesmos se sintam integrados na equipa, preparando-os para os procedimentos terapêuticos necessários, garantindo-se, assim, que este acolhimento poderá interferir na atitude das crianças/jovens face à equipa de saúde e perante o desenrolar da doença e da hospitalização (Venâncio & Pereira, 2002).

Retomando-se os resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que a maioria das crianças/jovens (83,0%) confirmaram que foram os médicos e enfermeiros quem os informou acerca do motivo do internamento e da doença, todavia, a E<sub>7</sub> e o E<sub>17</sub> referiram que as informações foram dadas à família (irmã e mãe). Neste sentido, importa referir que ambos os jovens, na faixa etária dos 13 anos, já têm a capacidade cognitiva para poderem perceber as informações necessárias acerca da sua doença e internamento, com recurso a uma linguagem adequada à sua faixa etária, sendo este um direito que lhe assiste, como preconizado na Carta de Direitos da Criança Hospitalizada: “as crianças e os pais têm direito a ser informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde”.

Neste sentido, os profissionais de saúde devem proporcionar um acolhimento assente na reciprocidade, acolhendo a criança/jovem e família, para que se possa progredir para uma relação terapêutica. Para que isso aconteça, tem de se partilhar informações, criando uma dinâmica de respeito e confiança entre a díade (enfermeiro/criança/jovem) (Curado, 2006). A comunicação interpares, que pressupõe a troca de informações, deve começar logo no

acolhimento, o que se constitui como um fator determinante de vivência emocional da criança/jovem durante o internamento. Neste percurso, como refere Jorge (2004), serão valorizados pelas crianças/jovens e pais o tom de voz, o que é dito, bem como toda a linguagem não-verbal, como a postura, o vestuário e a expressão facial (Jorge 2004).

Procurou-se também saber se as crianças/jovens sentiram que **o momento em que a informação lhes foi dada** foi o mais adequado, do que se apurou que quase todos admitiram que a informação foi dada no momento adequado (94,0%), contrariamente ao E<sub>5</sub> que considerou o momento desadequado, como revela a sua unidade de registo: *Acho que devia ter sido antes, quando andava nas consultas* (cf. Quadro14). Decorrente destas respostas, considera-se que se as crianças/jovens e pais se sentirem efetivamente acolhidos, sentir-se-ão mais à vontade para colocar as suas dúvidas relativamente à doença, ao serviço, aos procedimentos e, deste modo, sentir-se-ão mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados, às restrições impostas, entre outros aspetos (Brito, 2006).

Quadro 14 – Adequação do momento em que a informação foi dada

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Adequado	<i>O momento foi adequado.</i>	17	94,0
Desadequado	<i>Acho que devia ter sido antes, quando andava nas consultas.</i>	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0

Questionaram-se as crianças/jovens acerca de **quem gostaria que a informasse sobre o motivo de internamento e doença**. Emergiram as categorias: médico e/ou enfermeiro/equipa de saúde (72,0%), mãe (17,0%) e família/médico e/ou enfermeiro (11,0%) (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Pessoa que gostava que informasse sobre internamento e doença

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Médico e/ou enfermeiro/ Equipa de saúde	<i>Prefiro que sejam os médicos e os enfermeiros, eles é que sabem e estão dentro do assunto.</i>	13	72,0
Mãe	<i>Pela mãe, porque a mãe sabe tudo.</i>	3	17,0
Família/ Médico e/ou enfermeiro	<i>Pela minha irmã, mas também podia ser o médico ou enfermeira.</i>	2	11,0
<b>Total</b>		18	100,0

É de salientar que os que disseram que preferiam a mãe são os mais novos, com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos. As crianças com 6 anos dizem preferir a mãe, sendo próprio da idade, uma vez que confiam mais nelas, chegando a dizer que a mãe é que sabe tudo. Estas respostas corroboram as anteriores, na medida em que foram estes os agentes transmissores das informações sobre a doença e o internamento. Todavia, é importante ressaltar que os profissionais de saúde têm de ter em consideração, independentemente da idade da criança/jovem e das suas experiências, um conjunto de condições relativas à própria hospitalização, que poderão influenciar a presença de sequelas, sejam elas mais ou menos importantes (Barros, 2003). Por outro lado, é fulcral que os profissionais de saúde tenham as competências e a perícia de comunicação, assumindo-se estes como fatores determinantes no processo de comunicação/interação e, para tal, é relevante que os profissionais de saúde aprendam, desenvolvam e, especialmente, implementem nas suas práticas perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas e delicadas, como é o lidar com crianças e jovens em situação de doença. Deste modo, pensar na criança/jovem hospitalizado implica uma “lógica de pensamento crítico, ético e holístico”, abarca “o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais” (Briga, 2010, p. 15), o que poderá justificar o discurso da E<sub>14</sub> *Prefiro ser informada pela equipa de saúde, sabem explicar melhor.*

Assim, o cuidar encontra o seu verdadeiro significado pela encruzilhada da interação profissional de saúde/doente, num processo de constante desenvolvimento e mudança, o que exige um conhecimento científico que deve aplicar-se segundo um modelo em que se considera o homem inteiro e a sua natureza humana (Riley, 2004).

No que se refere ao facto de os profissionais de saúde terem **informado as crianças/jovens acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde estão hospitalizados**, verificou-se que todos admitiram que foram bem informados (E<sub>1</sub> *Foi a enfermeira que me disse tudo*; E<sub>7</sub> *A enfermeira disse à minha mãe e ao mesmo tempo a mim*). Estes testemunhos revelam que houve um bom acolhimento das crianças/jovens e família numa situação tão complicada. Assim sendo, está em conformidade com o defendido por Curado (2006), quando afirma que se deve idealizar o acolhimento não só como o ato inicial de admissão da criança/jovem no serviço de Pediatria, sem que seja um ato pontual, na medida em que o mesmo inicia no momento da admissão, prossegue e consolida-se ao longo do internamento, aquando dos cuidados prestados, para que se possa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro.



Relativamente às situações em os profissionais de saúde os **informaram sobre os tratamentos/procedimentos e se os mesmos lhes pediram o assentimento/consentimento**, emergiram as categorias: punções (44,0%), outros tratamentos/procedimentos (31,0%), como é o caso da E<sub>1</sub> que referiu: *quando veem fazer a bomba explicam-me*, exames complementares (11,0%), pensos (7,0%), pré-operatório (7,0%) (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Situações em os profissionais de saúde informaram e pediram o assentimento/consentimento

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Punções	<i>Quando me puseram a pica explicaram-me tudo.</i>	12	44,0
Outros	<i>Por exemplo quando veem fazer a “bomba” explicam-me.</i>	8	31,0
Exames complementares	<i>...fui fazer ecografia explicaram-me tudo e pediram-me porque a mãe não estava cá...</i>	3	11,0
Pensos	<i>Fazer penso...</i>	2	7,0
Pré-operatório	<i>...O médico explicou-me a operação e as enfermeiras dos cuidados que tinha que ter antes...</i>	2	7,0
<b>Total</b>		27	100,0

Estes resultados demonstram que se está perante boas práticas profissionais, cumprindo-se um direito da criança/jovem doente, informando e pedindo o assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos a que estão sujeitos. É importante que as crianças e jovens tenham conhecimento dos procedimentos pelos quais vão passar, como, por exemplo, as punções, canalização de uma veia, exames complementares, preparação para o pré-operatório, realização de pensos, como referiram os entrevistados, com o objetivo de fornecer informação e criar estratégias que as auxiliem na diminuição do medo e no confronto com a realidade (Barros, 2003). Algumas crianças, segundo Whaley e Wong (2006), pedem aos enfermeiros para falarem com elas durante a realização do procedimento. Se algumas crianças reagem de forma a ganhar mais tempo, tentando atrasar o procedimento, a maioria agradece uma explicação acerca do procedimento parecendo menos receosas acerca do que se irá passar.

Procurou-se saber em que medida as crianças/jovens consideram **importante ser-lhes pedido o seu assentimento/consentimento** para os tratamentos/procedimentos, tendo-se verificado que os discursos de todos os entrevistados deixaram transparecer que é importante que lhes seja solicitado o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos, tendo as justificações sido organizadas em 3 categorias: ficar informado (66,0%), pois, segundo 12 crianças/jovens, é muito importante porque, como refere a E<sub>8</sub>, *o corpo é meu e quero saber o*

*que me vai acontecer*; com confiança nos procedimentos e tratamentos a que vão ser sujeitos (28,0%), uma vez que, como argumentou o E<sub>16</sub> *Fico com menos medo por saber o que me vai acontecer, acho muito importante...*; não precisam de pedir, o que foi afirmado pela E<sub>2</sub>, uma jovem de 17 anos, uma vez que, na sua opinião, não há necessidade de os profissionais de saúde o fazerem, atendendo ao facto de que está predisposto a tudo, desde que seja para o seu bem. (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Opinião sobre o pedido o assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Informação	<i>Sim é importante porque eu gosto de saber o que me vai acontecer.</i>	12	66,0
Confiança	<i>Se souber o que me vai acontecer fico mais calma, sem medo.</i>	5	28,0
Sem importância	<i>Tudo o que seja para meu bem eu deixo, não precisam de me pedir.</i>	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0

Foi perguntado às crianças/jovens em que medida **os profissionais de saúde utilizam uma linguagem clara** para lhes explicarem a doença e os tratamentos que têm de fazer, do que se apurou que quase todos consideram que as informações transmitidas são claras, tendo acrescentado que quando não compreendem perguntam novamente. Todavia, houve crianças/jovens a referir que caso não entendessem as informações devido à utilização de uma linguagem pouco adequada por parte dos profissionais de saúde, pediriam ajuda à mãe, porque dizem sentir vergonha, como refere a E<sub>12</sub> *...tenho vergonha em ter de perguntar outra vez* (cf. Quadro 18).

Face aos resultados apurados, faz-se referência a Montain, Fallon e Wood, (2006), segundo os quais, deve sempre explicar-se às crianças/jovens onde irão, o que lhes irá acontecer e o porquê, o que implica honestidade por parte dos profissionais de saúde, que devem transmitir as informações essenciais, requerendo igualmente a utilização de uma linguagem simples, facultando explicações claras, adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem. Segundo os mesmos autores, deve encorajar-se a criança/jovem a fazer perguntas, bem como fazer-lhe entender que é normal ter medo, encorajando-as a falar acerca dos seus sentimentos e a expor as suas dúvidas, de modo a que as mesmas sejam esclarecidas.

Quadro 18 – Clareza na linguagem para explicação da doença e tratamentos

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sim	<i>Percebo, utilizam uma linguagem clara ...</i>	16	89,0
Nem sempre	<i>Às vezes compreendo, outras não, hoje o doutor explicou à mãe e depois eu perguntei à mãe.</i>	2	11,0
<b>Total</b>		18	100,0

No que se refere ao que as crianças/jovens **sentem em relação à informação que é facultada acerca da sua doença e tratamentos**, resultaram sentimentos quer de satisfação como refere E<sub>14</sub> *sinto-me satisfeita porque me explicaram e informaram de tudo*, quer de insatisfação, como refere a E<sub>11</sub> *acho que deviam explicar melhor porque eu tinha dúvidas*, ou E<sub>17</sub> *sei tudo, só não sabia que o médico me ia cortar a barriga*. (cf. Quadro 19). É importante reter estes testemunhos, na medida em que 28,0% das crianças/jovens entrevistados deixaram transparecer que, no seu caso, nem sempre houve uma clarificação das informações transmitidas pelos profissionais de saúde. Das crianças/jovens insatisfeitos, 3 queriam que o médico lhes explicasse a elas e não só à mãe como testemunha E<sub>1</sub> *Gostava que fosse explicado à mãe e a mim* e E<sub>3</sub> *acho que os enfermeiros me dizem tudo o que podem, o médico por exemplo falou com a minha mãe, mas não comigo e eu queria que falasse comigo*. Embora se sintam informadas porque a mãe lhes disse, sentem-se insatisfeitas tal como refere E<sub>10</sub>: *às vezes dizem-me as coisas outras não...mas a mãe também me diz*. Apesar da diferença de idades, E<sub>1</sub> com 7 anos, E<sub>10</sub> com 6 anos e E<sub>3</sub> com 13 anos, todas manifestam necessidade que a informação lhes seja transmitida diretamente, mesmo já tendo sido dada à mãe. Face ao exposto, reitera-se a importância de uma comunicação assertiva por parte dos profissionais de saúde, que deverão adaptar-se a cada criança/jovem, de modo a poderem tornar claras as informações que lhes transmitem e às quais têm direito, conforme refere Algren (2006).

Quadro 19 – Sentimentos em relação à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Satisfação	<i>Deram-me as informações que eu queria, portanto sinto-me satisfeita.</i>	13	72,0
Insatisfação	<i>Acho que deviam explicar melhor porque eu tinha dúvidas.</i>	5	28,0
<b>Total</b>		18	100,0

Importa também referir que particularmente as crianças são mais vulneráveis ao internamento e a tudo quanto lhe está inerente, o que se deve ao seu limitado número de mecanismos para lidar com a doença e com o próprio internamento, fatores causadores de ansiedade e stresse (Barros, 2003). Assim, os profissionais de saúde têm de estar atentos à maneira como cada criança reage à doença e ao internamento, pois estas diferem entre elas, estando também implícito o fator idade, o que exige uma forma clara de transmitir todas as informações acerca da doença e dos tratamentos, tornando-os o menos traumáticos possível.

Para que a transmissão de informações seja terapêutica, é indispensável que os profissionais de saúde adotem uma linguagem e terminologia adequadas a cada faixa etária, para que se possam evitar equívocos/dúvidas e, conseqüentemente, maiores níveis de stresse e de ansiedade por parte da criança/jovem. Deste modo, os profissionais de saúde devem providenciar explicações breves, simples e ajustadas ao nível de desenvolvimento de cada criança/jovem, procurando, por exemplo, completar a informação oral com a escrita e visual, através de livros relativos ao hospital, brincadeira terapêutica com material hospitalar, entre outros (Leroy, 2003). Devem igualmente evitar a utilização de termos técnicos quando transmitem as informações, os quais apenas devem ser empregues após questionamento à criança acerca do seu significado e posterior explicação, evitando-se, assim, sentimentos de medo e dúvidas.

Por fim, procurou-se saber o que mais **preocupa as crianças/jovens em relação ao futuro pelo facto de estarem hospitalizados e quais as dúvidas que têm**, bem como quem os poderá esclarecer. Todos referiram não ter dúvidas no momento e se as tivessem perguntariam ao médico, enfermeiro ou à mãe. Estes resultados reforçam a importância da transmissão de informações e do esclarecimento de dúvidas o que leva as crianças e os jovens a aceitar uma perspectiva mais objetiva sobre as causas da doença e sobre os tratamentos, compreendendo igualmente a possibilidade que os seus atos também podem concorrer para a redução do seu sofrimento ou para restabelecimento da cura (Barros, 1996).

Quanto às preocupações em relação ao futuro por se encontrarem hospitalizados, emergiram duas posições diferentes (cf. Quadro 20), ou seja, a E<sub>1</sub> preocupa-se com o facto de não saber quanto tempo mais é que poderá ficar hospitalizada e outras crianças/jovens manifestaram preocupação em relação à sua recuperação (28,0%). No entanto a maioria dos entrevistados afirmaram não ter preocupações (66,0%).

Quadro 20 – Preocupações/dúvidas em relação ao futuro devido à hospitalização

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sem preocupações	<i>Não tenho dúvidas ou preocupações, mas se tivesse perguntava aos médicos ou enfermeiras.</i>	12	66,0
Recuperação	<i>O que me preocupa é se fiquei com lesões, problemas por causa desta doença.</i>	5	28,0
Alta	<i>Quanto tempo fico cá...</i>	1	6,0
<b>Total</b>		18	100,0

As crianças/jovens que manifestaram preocupação em relação à sua recuperação são adolescentes, que constituem um dos grupos etários mais saudável, não é expectável que fiquem doentes e preocupam-se com a alteração da sua vida como manifesta E<sub>15</sub> *...se leva muito tempo...se consigo voltar a ter uma vida normal*, e com o seu futuro E<sub>17</sub> *tenho medo de não poder ter filhos por causa deste problema*.

Em suma, verificou-se que os sentimentos manifestados pelas crianças/jovens por estarem hospitalizados/doentes foram: tristeza, desânimo/aborrecimento, insatisfação face à dependência dos outros, medo e clausura; por outro lado, houve crianças e jovens a afirmarem que se sentem bem e/ou aliviadas. Quanto aos motivos de preocupação das crianças/jovens por estarem hospitalizadas, emergiram as seguintes categorias: escola, família e amigos, medo da dor, prognóstico/recuperação. No que concerne à forma como estes ocupam o tempo durante a hospitalização, emergiram cinco categorias: ver televisão, jogar no tablet/computador/telemóvel, ler, outras formas de ocupação do tempo, como estudar, dormir, ouvir música e fazer *puzzles*.

No que concerne a quem informou as crianças/jovens acerca do motivo do internamento e da sua doença, a maioria mencionou o médico/enfermeiro, seguindo-se a família. Em relação ao facto de as crianças/jovens sentirem que o momento em que a informação lhes foi dada foi o mais adequado, apurou-se que quase todos admitiram que a mesma foi dada no momento adequado. Constatou-se que todas as crianças/jovens admitiram que foram bem informados pelos profissionais de saúde acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde estão hospitalizados. Grande parte das crianças/jovens relataram que é importante que lhes tenha sido solicitado o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos. Em relação ao que sentem face à informação que lhes foi facultada acerca da sua doença e tratamentos,

registou-se a manifestação de satisfação e de insatisfação. Prevaleram as opiniões dos que afirmaram que, no seu caso, nem sempre houve uma clarificação das informações transmitidas pelos profissionais de saúde, alegando que teria sido preferível que essas informações fossem dadas à mãe e ser esta a explicar-lhes a doença e os tratamentos. Todas as crianças/jovens afirmaram não possuir dúvidas no momento e se as tivessem perguntariam ao médico, enfermeiro ou à mãe. Quanto às preocupações em relação ao futuro por se encontrarem hospitalizados, emergiram duas posições diferentes: preocupação com a alta e com a recuperação, enquanto outros afirmaram não ter preocupações.



## CONCLUSÕES

Após a análise de tudo quanto foi descrito neste trabalho, inicia-se esta conclusão com a consciência de que os profissionais de saúde necessitam quer de ter conhecimento e cuidar dos aspetos patológicos da criança e do jovem, quer percebê-los nos seus aspetos emocionais e sociais, recorrendo a técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento de modo a poderem transmitir-lhes toda a informação necessária em relação à doença e aos procedimentos e tratamentos a que são sujeitos durante a hospitalização, sendo este um direito que lhes assiste.

Para se poder dar resposta à questão de investigação, fio condutor de todo o trabalho, quais os sentimentos da criança/jovem hospitalizada face à informação disponibilizada pela equipa de saúde, optou-se por uma investigação que se contextualiza num estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica. Assim, entrevistaram-se 18 crianças/jovens internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira e ter idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, cujos motivos da hospitalização foram a cirurgia, a patologia gastrointestinal e outros motivos, tendo a maioria experiência de outras hospitalizações anteriores.

No que se refere ao domínio *contextualização da hospitalização*, verificou-se que emergiram sentimentos opostos por parte das crianças/jovens entrevistados, por estarem hospitalizados/doentes. Por um lado, tristeza, desânimo/aborrecimento, insatisfação face à dependência dos outros, medo, enclausurada; por outro lado, houve crianças e jovens a afirmarem que se sentem bem e/ou aliviadas. Verificou-se também que os motivos de preocupação das crianças/jovens por estarem hospitalizadas se referem à escola, família e amigos, medo da dor, prognóstico/recuperação. No que concerne à forma como as crianças/jovens ocupam o tempo durante a hospitalização, emergiram cinco categorias decorrentes das unidades de registo das crianças/adolescentes: ver televisão, seguindo-se jogar no tablet/computador/telemóvel, ler e outras, como estudar, dormir e ouvir música, bem como fazer puzzles.

Verificou-se que quem informou as crianças/jovens acerca do motivo do internamento e da sua doença foram o médico/enfermeiro e a família. Quando se pretendeu saber se as crianças/jovens sentiram que o momento em que a informação lhes foi dada foi o mais adequado, apurou-se que quase todos admitiram que a informação foi dada no momento adequado, tendo apenas um dos entrevistados considerado o momento desadequado. No que concerne ao facto de os profissionais de saúde terem informado as crianças/jovens acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde estão hospitalizados, apurou-se que todos admitiram



que foram bem informados, revelando a existência de um bom acolhimento destas crianças/jovens e família.

Por outro lado, todas as crianças/jovens admitiram que é importante que lhes tenha sido solicitado o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos, tendo um das entrevistadas dito que não havia necessidade de os profissionais de saúde solicitarem o seu assentimento/consentimento, *na medida em que estava disposta a tudo, desde que fosse para o seu bem*. Concluiu-se também que as crianças/jovens, em relação ao que sentem face à informação que lhes foi facultada acerca da sua doença e tratamentos, demonstraram sentimentos de satisfação e de insatisfação. Prevaleram as opiniões dos que afirmaram que estão satisfeitos com a clarificação das informações transmitidas pelos profissionais de saúde. Todavia, houve crianças a alegar que preferiam que fosse a mãe a informá-las, porque se sentem mais à-vontade e/ou porque consideram que a mãe é a pessoa que tudo sabe. Por fim, constatou-se que todas as crianças/jovens afirmaram não possuir dúvidas no momento e se as tivessem perguntariam ao médico, enfermeiro ou à mãe.

Os resultados apurados permitem dizer que, na globalidade, as crianças/jovens entrevistados estão bem informados. No entanto, não se pode deixar de sugerir a importância de se melhorar a comunicação com estas, o que implica um reforço das competências de comunicação clínica que os profissionais de saúde devem possuir, nomeadamente: estabelecimento da relação (*rapport*) entre profissional de saúde e crianças/jovens/família, compreensão da perspectiva das crianças/jovens sobre a sua doença, efetivar-se um bom acolhimento, com base na entrevista, recolha de informações, partilha e discussão de informações clínicas com as crianças/jovens, negociação com as crianças/jovens acerca de um acordo sobre os seus problemas/diagnósticos e plano terapêutico.

Assim, sugere-se o recurso a estratégias que potenciem significativamente o desenvolvimento das competências comunicacionais e as relações interpessoais nos profissionais de saúde, com a adequação à prática clínica, enfatizando-se o estabelecimento de relações e o desenvolvimento de reflexões inerentes aos cuidados de saúde a prestar às crianças/jovens, numa ótica que privilegie a transmissão de informações e esclarecimento de dúvidas, o que poderá contribuir para a desmistificação dos medos e receios que as crianças/jovens possam ter em relação à hospitalização, tornando-a num fator de crescimento e não traumático.

Antes de se dar como concluído este trabalho, importa referir que se encontraram algumas limitações durante a sua realização, nomeadamente o facto de não se ter conseguido entrevistar mais crianças e jovens, na medida em que na altura da recolha de dados

prevaleceram internadas crianças pequenas com idade inferior a 6 anos. Outra limitação prende-se com o facto de, durante as entrevistas, a maioria das mães ter permanecido ao lado da criança/jovem, tendo algumas delas, inclusive, intervindo, ou seja, respondiam pela criança ou contrariavam a sua resposta, o que levou algumas vezes a ter que se explicar que o importante, naquele momento, era a opinião do seu filho. Outro constrangimento está relacionado com os adolescentes que, devido à idade, se mantinham muito reticentes no seu discurso, dando informações muito flutuantes e restringidas quase a uma resposta dicotómica de sim/não. Por fim, refere-se à escassez de estudos sobre a perspectiva das crianças e jovens hospitalizados face à informação que os profissionais de saúde transmitem, sendo mais ampla a literatura centrada nos pais.

No entanto, espera-se que esta investigação forneça linhas de reflexão, propiciadoras de uma maior compreensão ou, melhor dizendo, de uma compreensão diferente da problemática em estudo que deve continuar a ser aprofundada.

Os enfermeiros cada vez mais preocupam-se com a qualidade dos cuidados prestados diariamente à criança e família, pelo que, no exercício profissional, pretende despertar-se os enfermeiros para a importância de estar atentos às diferentes necessidades de informação da criança/jovem, quer pela sua idade e desenvolvimento cognitivo, quer pelos fatores culturais. O resultado deste trabalho será, a seu tempo, divulgado aos profissionais de saúde que prestem cuidados na área pediátrica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, C. (2004). *Comportamientos de Salud y de Riesgo en la Adolescencia: Determinantes Psicosociales Y Cognitivos*. Tese de doutoramento. Espanha: Universidade da Extremadura.

Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In Hockenberry, M. J. – Wong *fundamentos de enfermagem pediátrica* (pp. 637-705). Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, F.A., & Sabatés, A.L. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. São Paulo: Manole.

Almeida, M.B. (2015). *Alargamento da idade de atendimento pediátrica, opinião dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5360/1/PG\\_26250.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5360/1/PG_26250.pdf).

Azevedo, A. (2010). *Processo de Transição do Adolescente Hospitalizado numa Unidade de Adolescentes*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolecente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>

Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem – A perspectiva do enfermeiro*. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG\\_16661.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf)

Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, L. (1996). *Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica*. *Análise Psicológica*, 2 (3): 215-230.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica - Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Barus-Michel, J. (2003). *Sufrimento e perda de sentido: condições psicossociais e clínicas*. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, São Paulo, v. 4, 1: 54-71.

Basto, M. (2007). *Contributo da Enfermagem para a Promoção de Saúde da População*. Lisboa: Lusociência.

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria. compreender para mudar*. Lisboa: Lidel Edições técnica.

- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. 3. Ed. Lisboa: Gradiva.
- Berger, K.S. (2003). *O desenvolvimento da pessoa da infância à adolescência*. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Bernardo, O.P. (2000). *A pessoa sadia é ser de comunicação e comunhão discreta*. *Informar*. Porto: Ano II, 8: 28-31.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Briga, S. (2010). *A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspetivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Brito, I. (2006). *O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena*. In *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa.
- Cardim, M.G.; Silva, L.R.S.; Nascimento, M.A.L. & Biesbroeck, F.C.C. (2009). *Processo saúde-doença: um olhar para a dor da criança na perspectiva da enfermagem*. *Rev. de Pesq.*, 1(1): 65-71.
- Ceccim, R.B. (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; Carvalho, Paulo R. Antonacci (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (pp. 27-41). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica. Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.
- Curado, A. (2006). *Acolher...É receber...É dar...É partilhar...* Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (1998). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Camarate: Ministério da Saúde.
- Elhart, D. (1999). *Princípios científicos d'Enfermagem*. Lisboa. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos, Lda.

- Elias, A. (2003). *Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade*. *Psicologia Ciência e Profissão*. 21(3): 92-97.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Consentimento Informado – Relatório Final*. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf).
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: o quotidiano de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, C., & Valério, A. (2003). *Acolhimento do doente num serviço de internamento*. *Revista Informar*, 30: 10-13.
- Figueiredo, A.M.S., Almeida, C.M.S., Santos, M.M.O., & Carneiro, C.F. (2015). *Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria*. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 6: 105-114.
- Figueiro-Rego, S. (2003). *Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso*. *Pensar Enfermagem*, vol. 7, 2: 34-47.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gomes, I.L.V.G., Queiroz, M.G.V.O., Bezerra, L.L.A.L., & Souza, N.P.G. (2012). *A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas*. *Cogitare Enferm.*; 17(4):703-709.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). 9º Ed. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Johnson, D. (1999). *Corpo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquete, A., & Major, F. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Leroy, S. (2003). *Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures: a statement from the American heart association pediatric nursing subcommittee of the council on cardiac diseases of the young* [online version]. *Circulation* 108, pp.2550-2564. Disponível em : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/108/20/2550>.
- Lopes, M.G. (2005). *Jogos na Educação: Criar, fazer e jogar*. 6
- Maas, T. (2006). *O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crónica sob a óptica da enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Curitiba. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/22/seradolescentehospitalizadocomdoeoenacronicaoticaenfermagem.pdf>.
- Maia, M. E., Pacheco, M. J., Costa, M. L., & Leal, Z. (2001). Saber acolher reflecte uma atitude “cuidativa”. *AESOP*, 2 (6): 17-18.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. V. (2004). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Melo, E. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Aveiro. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Disponível em WWW: <URL.
- Mountain, G., Fallon, S., & Wood, B. (2006). Preparing the family for stressful life events: child life and the role of therapeutic play. In Glasper, A., & Richardson, J. *A textbook of children's and young people nursing* (pp. 197- 210). Londres: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010) *Guia Orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)
- Peixoto, A., Simões, A., Teles et al. (Coord. Cardoso, R.M.) (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Coordenação. Porto: Artes Gráficas, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Piaget, J. (1978). *Psicologia e Pedagogia*. 2ª Edição. Editora: Forense.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

- Redondeiro, M.E.F.R. (2003). *O Quotidiano Hospitalar da Criança Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. Instituto de Ciências Sociais. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Em%C3%ADliaRedondeiro.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Em%C3%ADliaRedondeiro.pdf)
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A.J. (1995). *Modelo de Enfermeria*. 3ª ed. Madrid: Interamericana.
- Sanders J. (2014). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e hospitalização. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, editores. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 675-702). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Silva, A.S., & Deus, A.A. (2005). *Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. Análise Psicológica*, 23 (2): 151-172.
- Spodek, B. (Org.) (2002). *Manual de investigação em educação de infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1995). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, E.U.A., Lippincott Press.
- Subtil, C., Fonte, A. & Relvas, A. (1995). *Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos. Psiquiatria Clínica*, 16 (4): 241-250.
- Tavares, P.P.S. (2008). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Venâncio, L., & Pereira, S. (2002). *Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência*. Revista Informar: revista de formação contínua em enfermagem, 29: 30-33.
- Vitória, M.C. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem oncológica*, 19: 32-40.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



Whaley, L. F., & Wong, D. L. (2006). *Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva*. (6ª edição). Rio Janeiro. Guanabara Koogan.

## **APÊNDICES E ANEXOS**



## **Apêndice I – Dez direitos da criança hospitalizada**

- “i) a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados prestados à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia;
- ii) uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado;
- iii) os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário;
- iv) os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho;
- v) as crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão;
- vi) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo;
- vii) as crianças e os pais têm direito a ser informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde;
- viii) deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável;
- ix) a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e da família;
- x) o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, efetivas e educativas, quer ao nível do equipamento, quer pessoal e de segurança”.

Instituto de Apoio à Criança (2008)



## **Apêndice II – Guião de Entrevista**

A entrevista é constituída por três blocos temáticos: Dados sociodemográficos, contextualização da hospitalização e Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

### **Dados sociodemográficos**

- 1 - Idade
- 2 - Género
- 3 - Escolaridade
- 4 - Com quem vive
- 5 - Idade dos pais
  - 5.1 – Mãe
  - 5.2 – Pai
- 6 - Habilitações literárias/ profissão dos pais
  - 6.1- Mãe
  - 6.2 - Pai
- 7 - Tem irmãos
  - 7.1 - Idade do (s) irmão (ãos)

### **Contextualização da hospitalização**

- 8 - Qual o motivo da sua hospitalização?
- 9 – Já teve hospitalizações anteriores? Qual o motivo?
- 10 - Como se sente por estar hospitalizado/doente?

11 - O que o preocupa por estar hospitalizado/doente (Ex: escola, dor, evolução da doença)?

12 – Como ocupa o tempo durante a hospitalização?

### **Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde**

13 - Quando ficou hospitalizado, quem o informou acerca do motivo do internamento e da sua doença?

13.1 – Sentiu que o momento em que a informação foi dada foi o mais adequado?

13.2 – Por quem gostava de ser informado?

14 - Em que medida os profissionais de saúde o informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço onde está hospitalizado?

15 - Em que situações os profissionais de saúde o informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o seu assentimento/consentimento?

16 - Em que medida considera importante ser pedido o seu assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos?

17 - Em que medida os profissionais de saúde utilizam uma linguagem clara para explicarem doença e os tratamentos que têm de fazer? Quando não compreende pergunta novamente?

18 - O que sente em relação à informação que é facultada acerca da sua doença e tratamentos?

19 – Pelo fato de estar hospitalizado o que mais o preocupa em relação ao futuro? Que dúvidas tem? Quem pensa que o poderá esclarecer?

Nota: Atendendo à amplitude do grupo etário, a linguagem das questões será ajustada a cada criança/jovem.

### Apêndice III - Caracterização sociodemográfica dos pais das crianças/jovens

Caraterização sociodemográfica dos pais das crianças/jovens

Variável	Categoria	n	%
<b>Idade da mãe</b>	29 anos	1	6,0
	30 anos	1	6,0
	38 anos	1	6,0
	39 anos	2	11,0
	40 anos	2	11,0
	41 anos	1	6,0
	42 anos	1	6,0
	43 anos	1	6,0
	45 anos	2	11,0
	46 anos	1	6,0
	47 anos	1	6,0
	49 anos	2	11,0
	53 anos	1	6,0
	54 anos	1	6,0
<b>Idade do pai</b>	34 anos	1	6,0
	35 anos	2	12,0
	43 anos	1	6,0
	44 anos	2	12,0
	46 anos	4	20,0
	47 anos	1	6,0
	49 anos	3	18,0
	50 anos	1	6,0
	53 anos	1	6,0
	57 anos	1	6,0
<b>Profissão da mãe</b>	Escriturária	1	7,0
	Técnica Superior de higiene e segurança no trabalho	1	7,0
	Advogada	1	7,0
	Agricultora	2	15,0
	Ajudante de lar/centro de dia	2	15,0
	Assistente técnica	1	7,0
	Professora	1	7,0
	Costureira	1	7,0
	Empresária	1	7,0
	Lavandaria	1	7,0
	Enfermeira	1	7,0
	Desempregada	2	15,0
<b>Profissão do pai</b>	GNR	1	6,0
	Transitário	1	6,0
	Técnico de Escritório	1	6,0
	Técnico Multimédia	1	6,0
	Agricultor	2	14,0
	Feirante	1	6,0
	Eletricista	1	7,0
	Empresário	2	14,0
	Segurança	1	6,0
	Enfermeiro	1	6,0
	Motorista	1	6,0
	Operário Têxtil	1	6,0
	Serralheiro	1	6,0
	Desempregado	1	6,0





## Apêndice IV - Quadros com categorias e unidades de registo

### Domínio 1 - Contextualização da hospitalização

Motivo da hospitalização		
Categorias	Unidades de registo	Frequência
Cirurgia	E4 “Fui operada”. E5”...tive que ser operada” E6”Tenho uma apendicite” E13 “Fui operada ao pé”. E14 “Fui operada ao braço por ter o nervo cubital preso”. E15 “Fui operada à rótula”. E17”Porque tinha uma variz no testículo esquerdo”	7
Patologia gastrointestinal	E2”Tenho colite ulcerosa” E7 “Acho que é uma gastroenterite aguda E8”Porque tenho problemas de estomago..” E9”porque me doi-a muito a barriga” E10”porque tinha vômitos” E11 “Porque tenho uma gastroenterite”. E18 “Porque tenho uma gastroenterite”.	7
Outros	E1”Não conseguia respirar bem nem falar...” E3 “Tenho um problema na anca, não consigo andar, tenho dores e não sabem o que tenho”. E12”Por hemorragias fortes e hemoglobina baixa” E16”porque tenho meningite”	4

Hospitalizações anteriores e motivos			
Categorias	Unidades de registo	Frequência	
Uma hospitalização	E2”Sim, uma vez...” E6 “Sim, em Coimbra...”. E8 “Sim, uma vez...” E9 “Sim, mas não sei porquê”. E10 “Sim...” E15- Sim...”. E16 “Sim...”. E17 “Sim...”.	8	
Duas hospitalizações	E3”duas vezes” E14”Sim,duas vezes”	2	
Hospitalizações anteriores	Três hospitalizações	E1”Sim, três vezes” E12”Sim, três vezes”	2
	Sem hospitalizações anteriores	E4- Não E5- Não E7- Não E11- Não E13- Não E18- Não	6
Motivos das hospitalizações anteriores	Patologia respiratória	E1 “...duas por causa da asma...” E12” três vezes por pneumonia” E16”...por pneumonia”.	3
			1
	Patologia gastrointestinal	E1”...por diarreia” E2”...pela mesma razão”. E3 “Sim, com gastroenterite há 2 meses...”.	4

		E8 "... e uma por causa do estomago". E10"Porque vomitava muitas vezes" E14 "...por gastroenterite..."	
	Cirurgia	E3 "... fui operada ao apêndice há 2 anos". E8 "porque fui operada ao joelho" E17 "...fui operado à garganta".	3
	Outros	E6 "...porque engoli uma moeda". E9"...não sei porquê" E15"...não me lembro, era pequenina". E14"...a segunda por alergia a medicamento"	1

#### Sentimentos face à hospitalização/doença

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Tristeza	E1"Triste por estar no hospital...". E4 "...estou um pouco triste". E9 "Estou triste, queria estar em casa". E10 "...triste porque estou aqui no hospital". E14 "Triste, porque não estava à espera de ter uma lesão tão grave...". E15 "Estou triste...". E16 "...fico triste". E18"...e triste"	8
Dependência	E3 "Não gosto de estar doente, nem internada porque estou dependente dos outros".	1
Medo	E5 "Ao início estava assustada, agora já passou. Tinha medo das complicações da operação". E13 "Só tinha medo de ter que ficar mais tempo internada do que aquele que o médico disse".	2
Bem/alívio	E4"Agora sinto-me melhor..." E2 "Sinto-me normal..já sei o que tenho...". E6 "Sinto-me bem, muito melhor desde que estou aqui". E7 "Agora sinto-me bem, quando me puseram soro senti-me melhor" E14"...mas estou bem aqui, sinto-me bem" E15"...mas sinto-me cá bem"	6
Desânimo/Aborrecimento	E2"...mas preferia estar em casa" E8 "Desanimada, sinto-me sozinha aqui no hospital". E12"Só estou farta de cá estar". E15"...e farta de cá estar" E16"...não posso fazer as minhas coisas habituais" E17 "Tenho vontade de ir para casa e fazer a minha vida" E18"...estou um pouco farta de cá estar..."	7
Enclausurada	E11 "Sinto-me fechada...".	1

Motivo de preocupação por estar hospitalizado/doente

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Escola	E2 “Quando voltar para casa...se os testes correm mal, a minha preocupação é com a escola”. E3 “Preocupa-me a escola...”. E4 “Faltar à escola”. E6 “Preocupa-me a escola...”. E8 “Estou preocupada com a escola...”. E10 “Estou preocupada com os trabalhos da escola...”. E14 “...[a] escola, não consigo escrever...”	7
Família e amigos	E3 “...também me preocupa andarem todos em stresse, a família e amigos”. E10 “...estar longe do mano”	2
Medo da dor	E3 “...que isto passe depressa porque não gosto de ter dores.” E5 “preocupa-me a dor ...” E6 “... se me vai doer a barriga depois de ser operada”. E8 “... Também que o meu problema de estômago tenha piorado...”. E9 “Ter dores”. E10 “... tenho medo de ter dores...”. E11 “...Ter dores também...”. E13 “Preocupa-me ter dores depois de ser operada”. E14 “... ter dores”. E15 “As dores que posso vir a ter agora...”. E16 “Preocupa-me ainda vir a ter dores...” E17 “...se ainda vou ter mais dores”. E18 “...as dores de barriga”.	13
Prognóstico/ recuperação	E1 “Tenho medo de nunca mais sair daqui”. E5 “...medo que isto volte” E7 “Preocupa-me se vou ficar boa...”. E8 “...que seja mais grave e o resultado da biopsia”. E11 “Preocupa-me ter algum problema grave, não sei o que é gastroenterite...se demoro a ficar boa”. E12 “Estava muito preocupada com o que me podia acontecer”. E14 “Preocupa-me a recuperação ...” E15 “... a recuperação”. E16 “...tenho medo de ficar com algum problema depois desta doença”. E17 “Preocupa-me se demoro muito a ficar bom..” E18 “Se demoro muito a ficar boa...”.	11

Ocupação do tempo durante a hospitalização

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Ver TV	E1 "...vejo TV...". E2 "...vejo TV". E3 "Vejo TV...". E4 "...ver TV". E5 "Ver TV". E6 "Ver TV". E7 "Ver TV". E8 "...ver TV...". E9 "Ver TV". E10 "Ver TV". E11 "Ver TV". E12 "Ver TV...". E14 "Ver TV...". E15 "Ver TV...". E16 "Ver TV...". E17 "Ver TV...". E18 "...ver TV".	17
Ler	E1 "...leio ...". E2 "... leio...". E4 "Ler...". E9 "...ler". E13 "... ler revistas". E16 "...ler". E18 "A ler...".	7
Jogar no Tablet/computador /telemóvel	E1 "... jogo no Tablet". E2 "Estou no computador...". E3 "...estou no computador". E8 "...no telemóvel e na net". E11 "...Tablet e telemóvel". E12 "...telemóvel". E13 "Jogar no telemóvel ...". E15 "...telemóvel". E17 "...jogar no telemóvel".	9
Outros	E1 "Faço puzzles...". E8 "dormir..". E14 "...ouvir musica	3

## Domínio 2 - Sentimentos face à informação disponibilizada pela equipa de saúde

Pessoa que informou acerca do motivo do internamento e da doença

Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Outros	E1 “Não me lembro”.	1
Médico/ enfermeiro	E2- “...não me informaram diretamente, a médica disse-me que ficava internada para saber o que se passava”. E3 “Foi o médico....Já estou assim há uma semana e tinha que ficar cá para fazer exames saber o que tenho”. E4 “O médico disse que tinha de ser operada e explicou-me”. E5 “O médico disse-me na consulta”. E6 “Foi o médico que me veio ver a barriga que me disse o que tenho e que tenho que ser operada”. E8- “A médica disse-me logo que ficava por precaução”. E9 “Foi a medica que disse à mãe e ouvi...”. E10 “Foi a enfermeira, mas não disse porquê”. E11 “foi a médica e a enfermeira...”. E12 “Foi o médico que estava na urgência que me disse e à mãe que ia ficar internada”. E13 “Foi o médico que me disse e explicou-me tudo”. E14 “O médico disse-me na consulta que tinha de ser operada e explicou-me o que ia fazer”. E15 “Foi o médico que me disse o que tinha e que me ia operar”. E16 “Foi o médico, quando eu já estava melhor, perguntei-lhe”. E18 “Foi a médica e as enfermeiras”	15
Família	E7 “Disseram à minha irmã e ela disse-me a mim”. E17” foi a a minha mãe	2

Momento em que a informação foi dada

Categorias	Unidades de registo	Frequência
Adequado	E1 “Não sei”. E2 “O momento foi adequado”. E3 “Acho que o momento foi adequado, o médico foi simpático e explicou-me tudo”. E4 “Foi na altura certa”. E6- “Sim, ele disse-me logo que palpou a barriga”. E7 “Sim, disseram logo à minha irmã, na altura eu estava tão mal que nem me apercebi”. E8 “Eu já imaginava que ficava e a médica disse-me logo”. E9 “Eu ouvi e a mãe disse-me”. E10 “Quando eu voltei a vomitar disse-me logo que eu tinha que ficar internada”. E11 “Disse-me logo”. E12 “O momento foi adequado”. E13 “Explicaram-me tudo no momento certo”. E14 “Acho que me disse na altura certa. Foi tudo muito rápido, desde o diagnóstico até me dizer”. E15 “Foi logo na consulta depois de fazer exames, sim foi na altura certa”. E16 “Foi na altura certa, antes eu estava muito mal e nem percebia o que me estava a acontecer”. E17 “Como foi a mãe que me disse, acho que foi na altura certa”. E18 “Sim, foi logo quando tornei a vomitar”.	17
Desadequado	E5 “Acho que devia ter sido antes, quando andava nas consultas”.	1

Pessoa que gostava que informasse sobre internamento e doença

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Médico enfermeiro/ Equipa de saúde	e/ou E1 “Gostava que fosse o médico ou enfermeira, queria saber quanto tempo cá vou ficar”. E2 “Pelos médicos é mais direto”. E3 “Os médicos e os enfermeiros explicam melhor, se for a minha mãe não explica bem”. E4 “Prefiro que seja o médico”. E6 “Pelo médico e pelas enfermeiras porque sabem mais”. E8 “Pela equipa de saúde”. E11 “Pelas enfermeiras e pelo médico porque sabem mais”. E12 “Quero receber informação pelos profissionais porque esclarecem melhor”. E13 “Prefiro que sejam os médicos e os enfermeiros, eles é que sabem e estar dentro do assunto”. E14 “Prefiro ser informada pela equipa de saúde, sabem explicar melhor”. E15 “Gosto mais que sejam o médico e as enfermeiras, sabem explicar melhor”. E16 “Os médicos e os enfermeiros explicam e informam melhor”. E18 “As enfermeiras e o médico, mas também pode ser a mãe, como é enfermeira também percebe”.	13
Família/ Médico enfermeiro	e/ou E7”pela minha irmã, mas também podia ser o médico ou enfermeira” E17”Se for a mãe não me importo, mas também podem ser as enfermeiras”	2
Mãe	E9 “Pela mãe, porque a mãe sabe tudo”. E10 “Pela mãe, porque percebo melhor”. E17 “Se for a mãe, não me importo...”.	3

Situações em os profissionais de saúde informaram sobre os tratamentos/procedimentos e pediram o assentimento/consentimento

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Outros	E1”...quando veem fazer a bomba” E2”..dizem-me o que vou fazer” E9” as enfermeiras explicam quando vão fazer coisas...” E11”Quando me puseram soro não explicaram...” E15”...sempre que me faziam alguma coisa” E16”...mediram a tensão, etc” E17”...gostava que o médico me tivesse dito que me ía cortar a barriga...eu não sabia” E18” fui sempre informada e explicam-me tudo o que me fazem”	8
Punções	E4”Fiz análises e as enfermeiras ontem explicaram-me tudo ..” E5”foram muito pacientes quando tiraram sangue e quando puseram soro explicaram tudo” E6”quando me puseram a pica explicaram-me tudo E7”explicaram-me que iam tirar se sangue e perguntaram-me se podiam” E8” quando tirei sangue...explicaram-me...” E9”as enfermeiras explicam quando vão dar picas...” E12”...tirar sangue” E13” ...quando me puseram soro...” E14” ...quando me colocaram o soro...” E15”...por soro por exemplo” E16”sempre que me tiraram sangue...” E17” as enfermeiras explicaram tudo o que faziam, por soro...”	12

Pensos	E14"...fazer penso.." E!7" ...e o penso"	2
Exames complementares	E3"...fui fazer ecografia explicaram-me tudo e pediram-me porque a mãe não estava cá" E8"...fiz outros exames explicaram-me..." E12" tenho sido informada sempre que é preciso fazer exames.."	3
Pré-operatório	E13"...me levaram para sala de operações". E14" o médico explicou-me a operação e as enfermeiras dos cuidados que tinha que ter antes..."	2

Os profissionais de saúde informaram acerca do funcionamento e rotinas do serviço

Categorias	Unidades de registo	Frequência
Bem informado	E1 "Foi a enfermeira que me disse tudo". E2 "Informaram-me bem, disseram-me tudo". E3 "Explicaram-me tudo" E4 2Fui bem informada pelos enfermeiros" E5 "Fui muito bem informada pela enfermeira". E6 "Explicaram tudo a mim e à mãe". E7 "A enfermeira disse à minha mãe e ao mesmo tempo a mim". E8 "Informaram-me de tudo...". E9 "Explicaram tudo a mim e à mãe". E10 "As enfermeiras explicaram tudo a mim e à mãe". E11 "Explicaram a mim e à mãe". E12 "Estou informada de tudo". E13 "Explicaram bem". E14 "A Enfermeira explicou tudo à minha mãe e a mim". E15 "Explicaram-me tudo, as enfermeiras". E16 "Quando estava melhor explicaram-me a mim, antes foi só à mãe e ao pai". E17 "Acho que me informaram de tudo". E18 "Explicaram tudo".	18

Opinião sobre o pedido de assentimento/consentimento para os tratamentos/procedimentos

Categorias	Unidades de registo	F
Calmo/sem medo/com confiança	E6 Se não me explicarem e pedirem fico com medo porque não sei o que vai acontecer E9 Se me pedirem e explicarem eu já não tenho medo. E10 É importante porque quero saber o que me vai acontecer, tenho menos medo. E14- É importante porque (...) perco o medo e colaboro E18 Se souber o que me vai acontecer fico mais calma, sem medo.	5
Informação	E1 É importante porque se for alguma coisa de mal eu não sei o que é assim fico a saber. E3 É importante porque preciso saber o que vou fazer e porquê. E4 É importante porque quero saber o que me vão fazer E5 Sim é importante porque eu gosto de saber o que me vai acontecer. E7 É importante para não me sentir pressionada, quero saber o que vai acontecer comigo. E8 É muito importante porque o corpo é meu e quero saber o que me vai acontecer. E11- É importante porque quero saber o que me vai acontecer E12- É muito importante porque quero estar informada sobre o que me vai acontecer E14- É importante porque fico informada (...). E15- Assim fico a saber o que me vão fazer e porto-me melhor E16 (...) acho muito importante, assim fico preparado.	11



Sem importância	E2 Tudo o que seja para meu bem eu deixo, não precisam de me pedir.	1
Não deixar	E13 Se não me explicassem e me pedissem eu não deixava, por isso é muito importante.	1

Utilização de uma linguagem clara para explicação da doença e tratamentos

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>
Nem sempre	E1 Às vezes compreende, outras não, hoje o doutor explicou à mãe e depois eu perguntei à mãe. E10- Umas vezes percebo outras não, mas não pergunto tenho vergonha.	2
Sim	E2 As informações são claras e quando não percebo uma palavra volto a perguntar. E3 Falam de forma clara e quando não percebo pergunto E4 Percebo o que me dizem... E5 Utilizam linguagem que eu entendo. Se não compreender prefiro perguntar aos meus pais porque têm mais calma comigo E6 Percebi tudo e se não percebesse perguntava... E7 Falam de maneira clara e se não perceber pergunto E8 Percebo, utilizam uma linguagem clara e se não perceber pergunto. E9 Às vezes percebo, mas dizem à mãe e ela explica E11 Falam de maneira clara, se não perceber não pergunto porque tenho vergonha. E12 A linguagem é adequada, mas se não percebesse pedia à mãe para falar com vocês porque tenho vergonha E13 Percebo tudo o que me dizem e se não percebesse, se a mãe estivesse a ouvir depois perguntava-lhe a ela, por estar mais à-vontade...se não perguntava às enfermeiras E14 Usam linguagem acessível, e quando não percebi perguntei ao médico. E15 Falam de maneira clara, se não percebesse perguntava. E16 Quase sempre usam linguagem clara, mas se não perceber alguma palavra pergunto logo. E17 Percebo tudo, mas se não percebesse perguntava à mãe E18 A linguagem é clara, se não perceber pergunto logo.	16

Sentimentos em relação à informação que é facultada acerca da doença e tratamentos

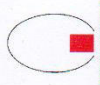
<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>
Satisfação	<p>E2 Aqui mantêm as pessoas informadas, explicam tudo, preocupam-se com isso.</p> <p>E3 Acho que os enfermeiros me dizem tudo o que podem, o médico por exemplo falou com a minha mãe, mas não comigo e eu queria que falasse comigo.</p> <p>E4 Acho que a informação é suficiente.</p> <p>E5 Estou satisfeita, as informações foram dadas pelos médicos, enfermeiros e os meus pais.</p> <p>E6 Explicaram-me tudo e eu fiz perguntas.</p> <p>E7 As pessoas falam comigo e com a minha mãe, esclarecem-me sobre o que está a acontecer. Sinto que é suficiente as informações que me dão.</p> <p>E8- Sempre me senti esclarecida acerca da doença e tratamentos.</p> <p>E9 Sei tudo, a mãe diz-me.</p> <p>E12 Sinto que esclarecem, que dão informação necessária.</p> <p>E13- Explicaram bem, sinto-me satisfeita com as informações que me deram</p> <p>E14- Sinto-me satisfeita, porque me explicaram e informaram de tudo</p> <p>E15- Deram-me as informações que eu queria, portanto sinto-me satisfeita.</p> <p>E16- Sinto-me bem, satisfeito.</p> <p>E17- Sei tudo, só não sabia que o médico me ia cortar barriga.</p> <p>E18- Acho que me informam de tudo, estou satisfeita.</p>	15
Insatisfação	<p>E1 Gostava que fosse explicado à mãe e a mim.</p> <p>E10 Às vezes dizem-me as coisas outras não...mas a mãe também me diz.</p> <p>E11 Acho que deviam explicar melhor porque eu tinha dúvidas.</p>	3

Preocupação/dúvidas em relação ao futuro devido à hospitalização

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>F</b>
Alta	E1 Quanto tempo fico cá...	1
Sem preocupações	<p>E2 Não tenho grandes dúvidas ou preocupações, sei que posso voltar a ter crises, mas depende muito de mim controlar.</p> <p>E4 Nada e não tenho dúvidas.</p> <p>E5 Se "isto" volta a aparecer. Para já não tenho mais dúvidas, se tiver pergunto aos enfermeiros ou ao médico.</p> <p>E6 As dúvidas é com as enfermeiras e com o médico, mas agora não estou preocupada nem tenho medo de nada. Vou ficar boa.</p> <p>E7 Não tenho dúvidas nem preocupações.</p> <p>E8 Nunca pensei muito nisso, não quero por hipótese que seja algo grave. Não tenho dúvidas</p> <p>E9 Não estou preocupada...só se demorar muito a ir embora. Não tenho dúvidas e se tiver a mãe sabe tudo.</p> <p>E10 Nada, se tiver dúvidas pergunto à mãe.</p> <p>E11 Não tenho preocupações...se tivesse perguntava as enfermeiras</p> <p>E12 Não tenho preocupações em relação ao futuro</p> <p>E13 Não tenho dúvidas ou preocupações, mas se tivesse perguntava aos médicos ou enfermeiras.</p> <p>E18 Não estou preocupada, sei que esta doença tem cura.</p>	12
Recuperação	<p>E3 (...) As dúvidas é sobre aquilo que tenho e acho que os médicos me vão dizer.</p> <p>E14 Preocupa-me a recuperação, se tenho de repetir a operação; se vou voltar a ter a mesma força no braço, ou seja, se volta ao normal (...).</p> <p>E15 Estou preocupada com a recuperação, se leva muito tempo...e se consigo voltar a ter uma vida normal.</p> <p>E16 O que me preocupa é se fiquei com lesões, problemas por causa desta doença.</p> <p>E17 Tenho medo de não poder ter filhos por cauda deste problema. Já falei com o médico.</p>	5



## Anexo I – Consentimento Informado



Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira, EPE

### **IMPRESSO**

#### **Consentimento livre e informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 2

Revisão: 0

Márcia Mota Moura da Silva, mestranda da Escola Superior de Saúde da Guarda, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação:

- Conhecer os sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

Critérios de inclusão: Terem idades compreendidas entre os 6 e 17 anos de idade e estarem internadas no serviço de pediatria do CHCB

Critérios de exclusão: Terem menos de 6 anos.

Procedimentos necessários: As entrevistas serão feitas pelo investigador à criança/jovem, na sala de estar do serviço, após consentimento livre e informado do participante, pais e/ou seu representante legal e assinatura do mesmo. A informação é recolhida sem recurso a vídeo ou gravação de voz. Após a recolha de dados, estes serão tratados através da técnica de análise de conteúdo.

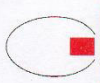
Risco / Benefício da sua participação: O estudo não implica riscos. Poderá contribuir para melhoria dos cuidados prestados.

Duração da participação no estudo: O estudo decorrerá nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março.

Nº aproximado de participantes: 20 a 30

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 964258277





**Consentimento Informado – Aluno / Investigador**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno / Investigador (Legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno / Investigador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

**Consentimento Informado – Participante**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante (Legível)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

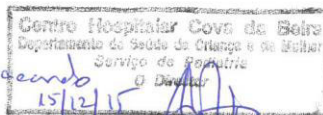
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data





## Anexo II – Pedido de autorização para realização do estudo

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.  
A/C Exmo. Senhor  
Director do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher  
Quinta do Alvito  
6200 – 251 Covilhã



*Assinado*  
*[Signature]*  
2015/12/15

Covilhã, 10 de Dezembro de 2015

**Título do Estudo:** Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de entrevista às crianças/jovens, com idades compreendidas entre 6 e 17 anos, internadas no serviço de pediatria, no âmbito da tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

**Nome do Investigador:** Márcia Mota Moura da Silva

**Instituição de Origem:** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

**Serviços do CHCB que participam no estudo** Serviço de Pediatria.

**Objectivos** O objectivo é conhecer os sentimentos da criança/jovens hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde.

**Metodologia** Estudo qualitativo do tipo fenomenológico. A recolha de informação será efetuada através de uma entrevista semi-estruturada até ao ponto de saturação de dados às crianças/jovens, com idades compreendidas entre os 6 e 17 anos, internados no serviço de pediatria, após consentimento livre e informado dos participantes, pais ou representante legal.

Esclarece-se que, às crianças entre os 6 e os 14 anos, o estudo



será explicado verbalmente e será solicitado o seu assentimento; às crianças entre os 14 e 17 anos será solicitado a assinatura do consentimento livre e informado juntamente com a dos seus pais ou representante legal.

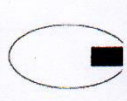
- População do Estudo** Crianças/jovens com idades compreendidas entre os 6 e 17 anos internadas no serviço de pediatria.
- Informação de Segurança** O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos.
- Duração prevista do estudo** De Dezembro de 2015 a Março de 2016

O investigador compromete-se a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,  
O investigador

*Manuela Helena Almeida Teófilo*

### Anexo III – Autorização Formal da Instituição

 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

ENVIADO A  
Gabinete de Investigação e Inovação  
11 JAN. 2016

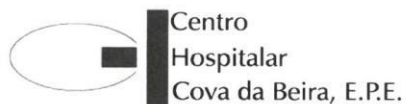
Recebido em  
06/01/2016

Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de C.A. Em 07 JAN. 2016 Despacho:
<i>Almada</i>
Presidente do C.A. / Director Clínico Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
<i>[Signature]</i>
Vogal Executivo do C.A. Dr. Vasco Teixeira Lima
<i>[Signature]</i>
Vogal Executivo do C.A. João Henrique Bento, Dr.
<i>[Signature]</i>
Enfermeira Directora Enf.ª Arminda Pinheiro
<i>[Signature]</i>

Parecer:	Despacho:
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação n.º 101/2015 - "Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde".	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	<b>N.º</b> 121/GII
<b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação	<b>Data</b> 29/12/2015
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Márcia Mota Moura da Silva Infante, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, no serviço de Pediatria deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer nº 86/2015, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p style="text-align: center;"><i>Rosa Saraiva</i> _____ (Dr.ª Rosa Saraiva)</p>	
RS/MA	



## Anexo IV – Parecer da Comissão de ética para a Saúde



Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)  
Márcia Mota Moura da Silva  
Infante

**Data:** 28/12/2015

**Assunto:** Parecer da CES relativo ao estudo "Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde".

Exmos(as). Senhores(as),

Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 18/12/2015 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde  
do Centro Hospitalar Cova da Beira

  
(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

