

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Sandra Maria Vanini

**LEITURA E PRODUÇÃO DE IMAGENS:
UM PROCESSO EDUCATIVO E CUIDATIVO
DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Passo Fundo

2010

Sandra Maria Vanini

**LEITURA E PRODUÇÃO DE IMAGENS:
UM PROCESSO EDUCATIVO E CUIDATIVO
DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação de Passo Fundo, da Universidade de Passo Fundo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Graciela René Ormezzano.

Passo Fundo

2010

V258I Vanini, Sandra Maria

Leitura e produção de imagens : um processo educativo e cuidativo dos acadêmicos de enfermagem com crianças hospitalizadas / Sandra Maria Vanini. – 2010.
183 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Passo Fundo, 2010.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Graciela René Ormezzano.

1. Crianças - Assistência hospitalar. 2. Terapia recreativa para crianças. 3. Pacientes hospitalizados - Psicologia. 4. Biblioterapia. I. Ormezzano, Graciela René, orientadora. II. Título.

Dedico este trabalho ao meu querido filho Alexandre, que me oportunizou a compreensão da verdadeira dimensão do amor. Ao meu esposo Walter, que me ensinou uma nova forma de viver. E, também, a todas as crianças hospitalizadas que, em algum momento, foram cuidadas por alunos inexperientes, porém, com um grande desejo de aprender a profissão de enfermeiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado;

Aos meus queridos pais, que sempre me incentivaram na busca da realização profissional e me lapidaram para ser, primeiramente, humana;

Ao Walter, meu esposo, pelo apoio, estímulo, companheirismo, respeito, carinho e dedicação que tem comigo. Obrigado por me fazer tão feliz!;

Ao querido Alexandre, por compreender que a mamãe tinha um importante trabalho a fazer, e precisava estudar;

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Graciela René Ormezzano, que acreditou em mim, compreendeu minhas dúvidas e angústias iniciais e me apoiou incondicionalmente. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos comigo e por não me deixar esquecer o sensível que está dentro de mim. Na pessoa dela, agradeço, sem nominar, a todos os demais professores que estiveram engajados na minha educação; desde o jardim da infância (como era chamado na minha época) até o curso de mestrado, sempre estive em mãos competentes;

Aos meus irmãos Juliano e Felipe, por saber que sempre posso contar com vocês; e aos meus sobrinhos Gabriel e Enzo, que a vida nos permita conviver mais próximos;

Ao Ricardo e à Bárbara, pela amizade, respeito e carinho, e por serem irmãos tão cuidadosos com o Alexandre;

À Jussara e à Denice, que foram minhas grandes amigas nessa caminhada;

À Juliana e à Erika, que são muito mais que colegas de trabalho, são amigas do coração, e sempre me apoiaram e me auxiliaram quando precisei;

Aos acadêmicos de enfermagem, que foram minha motivação para o desenvolvimento desta pesquisa;

À Fundação Universidade de Passo Fundo e à Universidade Luterana do Brasil, que acreditam em mim como educadora;

A todas as crianças, que a vida seja justa, digna e generosa com vocês.

AQUARELA

*Composição: Toquinho / Vinicius de
Moraes / G.Morra / M.Fabrizio*

*Numa folha qualquer
Eu desenho um sol amarelo
E com cinco ou seis retas
É fácil fazer um castelo...*

*Corro o lápis em torno
Da mão e me dou uma luva
E se faço chover
Com dois riscos
Tenho um guarda-chuva...*

*Se um pinguinho de tinta
Cai num pedacinho
Azul do papel
Num instante imagino
Uma linda gaivota
A voar no céu...*

*E o futuro é uma astronave
Que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade
Nem tem hora de chegar
Sem pedir licença
Muda a nossa vida
E depois convida
A rir ou chorar...*

*Nessa estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar
Vamos todos
Numa linda passarela
De uma aquarela
Que um dia enfim
Descolorirá...*

RESUMO

Este estudo faz parte da Linha de Pesquisa Processos Educativos e Linguagem. O seu objetivo foi investigar a contribuição da leitura e da produção de imagens para o estabelecimento de um processo educativo e cuidativo dos acadêmicos de enfermagem com crianças hospitalizadas. De abordagem qualitativa, os sujeitos da pesquisa foram quatorze acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil, campus Carazinho/RS. Os mesmos trabalharam em hospitais da região norte do Rio Grande do Sul, onde estimularam a leitura e a produção de imagens com o auxílio de um instrumento elaborado pela autora do projeto, intitulado “Quando uma criança adoecer!”. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista não-estruturada; as entrevistas ocorreram após os acadêmicos realizarem as atividades junto às crianças hospitalizadas. Os dados foram analisados com base no método fenomenológico, proposto por Giorgi (2010) e Comiotto (1992). Dessa compreensão emergiram quatro essências: o desenho na comunicação acadêmico-criança; humanização na saúde e na educação; relações interpessoais no ambiente hospitalar; e, formação pessoal e profissional. Constatou-se que a utilização do desenho, junto às crianças, favoreceu a comunicação entre elas e os acadêmicos; a relação entre as crianças hospitalizadas e os participantes da pesquisa proporcionou um cuidado indireto aos pais. A leitura e a produção de imagens revelaram-se como instrumentos de trabalho adequados na educação em saúde e oportunizaram a compreensão de novas formas de ensino. A vivência sensibilizou os acadêmicos de Enfermagem quanto à importância do estabelecimento de relações mais humanas nas suas práticas com crianças hospitalizadas.

Descritores: Educação Estética. Educação em Saúde. Cuidado. Leitura de Imagens. Criança Hospitalizada.

ABSTRACT

This study is part of the Research Line Educational Processes and Language. Its aim was to investigate the contribution of reading and image production for the establishment of an educational process and nursing care of academics with hospitalized children. Of qualitative approach, the subjects of research were fourteen academic nursing Lutheran University of Brazil, campus Carazinho/RS. They worked in hospitals in the north region of Rio Grande do Sul State, where reading and have stimulated the production of images with the aid of an instrument drawn up by the author of the project, titled "When a child is sick!". Data collection was performed through a non-structured interview; the interviews occurred after academics conducting activities with hospitalized children. The data were analysed based on the phenomenological method proposed by Giorgi (2010) and Comiotto (1992). This understanding emerged four essences: drawing in academic-child communication; humanization in health and education; interpersonal relationships in hospital environment; and, personal and professional formation. It was noted that the use of drawing, with children, favored the communication between them and academics; the relationship between hospitalized children and survey provided an indirect careful to parents. Reading and producing images proved as appropriate working instruments in health education and downloads nurture understanding of new forms of teaching. The experience was heartened nursing academics regarding the importance of establishing human relations in their practices with hospitalized children.

Descriptors: Aesthetic Education. Health Education. Caution. Reading Images. Children in Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Conjunto de materiais entregues para os acadêmicos de enfermagem.....	54
FIGURA 2 – A criança e sua família	93
FIGURA 3 – Sentimentos da criança.	96
FIGURA 4 – Sensações da criança	96
FIGURA 5 – Como é adoecer para a criança.....	98
FIGURA 6 – Desenho da criança que Branca de Neve acompanhou	100

SUMÁRIO

DESENHO DA MINHA HISTÓRIA.....	10
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – CUIDADO, EDUCAÇÃO ESTÉTICA E COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	15
1.1 O cuidado à criança no processo de hospitalização	15
1.2 Processos educativos estéticos: leitura e produção de imagens em ambiente hospitalar infantil	25
1.3 Processos de comunicação e cuidado.....	35
CAPÍTULO II – CAMINHO METODOLÓGICO	45
2.1 Considerações éticas.....	46
2.2 Cenários do desenvolvimento do estudo	47
2.3 Sujeitos do estudo	51
2.4 Desenvolvimento da vivência	52
2.5 Procedimento de coleta e registro dos dados.....	56
2.6 Interpretação dos dados.....	57
2.6.1 Primeiro passo – O sentido do todo.....	57
2.6.2 Segundo passo – As unidades de significado	58
2.6.3 Terceiro passo – Transformações das unidades significativas em linguagem psicoeducativa	59
2.6.4 Quarto passo – Síntese das estruturas de significado.....	60
2.6.5 Quinto passo – Dimensões denominológicas	60
CAPÍTULO III – ESSÊNCIAS FENOMENOLÓGICAS	62
3.1 O desenho na comunicação acadêmico-criança.....	63
3.1.1 Considerações sobre o desenho	63
3.1.2 Dificuldades e benefícios da leitura e produção de imagens.....	68
3.2 Humanização na saúde e na educação	74
3.2.1 Aprendendo a cuidar da criança.....	75
3.2.2 Educação na/em saúde.....	82
3.3 Relações interpessoais no ambiente hospitalar	92

3.3.1	Percepções sobre a criança hospitalizada e o instrumento “Quando uma criança adoecer!”	92
3.3.2	Relação acadêmico-família.....	102
3.4	Formação pessoal e profissional.....	108
3.4.1	Sentimentos do acadêmico de enfermagem.....	109
3.4.2	Equipe de enfermagem: predomínio da habilidade técnica	116
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS.....	128
	APÊNDICES	136
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
	APÊNDICE B – Instrumento “Quando uma criança adoecer!”	138
	APÊNDICE C – Síntese das estruturas de significado	159
	ANEXOS	178
	ANEXO A – Autorização para a realização da pesquisa	179
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UPF	180
	ANEXO C – Aprovação da Comissão de Ética – HSVP	181
	ANEXO D – Termo de concordância Hospital de Caridade Frei Clemente.....	182
	ANEXO E – Termo de concordância Hospital de Caridade de Carazinho	183

DESENHO DA MINHA HISTÓRIA

Meu desejo de ser enfermeira e de trabalhar junto às pessoas doentes me acompanhava desde criança. Morava próximo ao hospital, em uma pequena cidade do interior do Rio Grande do Sul, e adorava visitar e frequentar o local. Gostava do cheiro dos medicamentos da sala de curativos. Também, sempre fui muito envolvida com as atividades escolares, principalmente no grupo de teatro da escola, onde vivi os melhores momentos de minha infância e adolescência; aprendi muitas habilidades e descobri que a arte, mesmo amadora, é muito importante e, também, saudável na vida das pessoas.

No ano de 1989 iniciei o curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade de Passo Fundo (UPF), e passei a residir nesta cidade. No terceiro semestre da graduação participei da seleção de bolsista de uma das primeiras pesquisas que o curso de enfermagem da UPF iniciava; fui, então, a primeira bolsista do curso com financiamento da Fapergs, e participei por dois anos desta pesquisa.

Sempre gostei muito das práticas de educação em saúde junto à comunidade, e me envolvia bastante nestas atividades acadêmicas. No final da graduação, na disciplina de enfermagem pediátrica, houve um despertar para o cuidado com a criança. No estágio prático desta disciplina pude compreender melhor o processo de cuidado, e me senti muito atraída para atuar na área infantil. Com o término da graduação iniciei minha vida profissional na Unidade Pediátrica do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), por incentivo de minha professora da disciplina de enfermagem pediátrica.

Trabalhei alguns meses na Unidade de Internação Pediátrica e, após, fui trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Neonatal, na mesma Instituição.

Ao mesmo tempo em que iniciava meu trabalho na área assistencial, passei a atuar como docente do Curso de Auxiliar de Enfermagem da Fundação Universidade de Passo Fundo (FUPF).

Posteriormente, passei a trabalhar com dedicação exclusiva na Escola de Formação de Auxiliares de Enfermagem do HSVP, onde permaneci por cinco anos. Ministrava aulas teóricas e realizava o acompanhamento e a supervisão de todas as

práticas dos alunos nas Unidades de Pediatria e UTI Pediátrica e Neonatal. Retornei por mais um tempo para a UTI e, depois, fui trabalhar no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, atuando como controladora de infecção na área materno-infantil da Instituição e em atividades educativas com os funcionários da mesma.

Após dez anos atuando como docente no Ensino Médio e na área hospitalar, optei por seguir somente esta atividade, ingressando como docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), campus Carazinho/RS. Durante este percurso também atuei, por alguns semestres, como professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UPF. Continuo, até hoje, sendo docente do Curso Técnico em Enfermagem do Centro de Ensino Médio da FUPF.

Durante este período participei de numerosos cursos de formação na área de enfermagem e concluí um Curso de especialização em Administração Hospitalar. Em 2008 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Educação, motivada pelo desejo de ampliar meus conhecimentos na área de educação. Como em toda a minha caminhada profissional sempre estiveram presentes o aluno e a criança, não poderia deixá-los fora nesta etapa.

Atuando como docente das disciplinas de Prática Supervisionada em Neonatologia, Saúde da Criança e Adolescente e Estágio Curricular III – Enfermagem na Atenção Terciária e Saúde da Criança e do Adolescente percebo a grande necessidade do desenvolvimento do sensível junto à criança doente, a importância da escuta e da conversa com a mesma e a dificuldade na realização destes atos por parte dos acadêmicos de enfermagem e, porque não dizer, de um bom número de profissionais enfermeiros.

Estar à frente de um processo pedagógico me fez refletir a respeito da importância das implicações desta prática na formação desses profissionais, e nas ações educativas e cuidativas que realizam junto às crianças hospitalizadas. Por isso a busca deste tema para pesquisa.

O trabalho junto à criança tem como fator primordial e determinante a sensibilidade, que na minha perspectiva compreende o uso dos sentimentos de humanidade, da delicadeza, das emoções, da empatia, do respeito e da generosidade. Ensinar outras pessoas a realizar um trabalho com as crianças exige, além da sensibilidade, muita criatividade e envolvimento.

INTRODUÇÃO

A essência do trabalho da enfermagem baseia-se no cuidado. O ato de cuidar não se limita ao processo técnico, vai muito além deste. É com o envolvimento da sensibilidade do contato entre humanos, como o toque, o olhar, a escuta e a fala, que há o desenvolvimento de um processo de interação entre dois sujeitos.

Incluir a arte nos currículos dos cursos da área de saúde pode ser a oportunidade de trabalhar na construção de um profissional não só competente tecnicamente, mas, também, capaz de compreender o ser humano na sua integralidade. Esta ação pode induzir no estudante a prática da reflexão e o estabelecimento de relações com o paciente, que o levem a tornar-se um profissional que consegue desenvolver sua profissão baseada em um Paradigma Humanista.

Introduzir novas metodologias no ensino convencional pode parecer estranho no primeiro momento, tanto ao professor como ao aluno. Trabalhar com a arte em cursos de graduação convencionais exige uma reformulação de conceitos sobre o que é educação. Introduzir a arte nos cursos da área de saúde parece não ter importância, pois, em um primeiro momento, pode-se compreender que a arte é um conhecimento desnecessário às pessoas, talvez até um supérfluo. No entanto, fala-se muito nas questões de humanização da saúde e, neste aspecto, entende-se que a arte pode ser um instrumento para sensibilizar os alunos. O desenho pode vir a favorecer a exploração dos sentimentos dos pacientes e, também, o estabelecimento de um processo de comunicação, pois oportuniza um desvelamento, fazendo com que as pessoas falem da sua interioridade por meio de imagens.

Os currículos da área da saúde estão voltados à aquisição de competências e habilidades técnicas e para uma formação humanística e ética. No entanto, percebe-se, durante a experiência docente, que ainda há uma grande prevalência e um maior interesse por parte dos acadêmicos e dos profissionais em relação aos aspectos técnicos da profissão. Apesar da incorporação de uma formação ética e humanista nestes profissionais, ainda há um longo caminho a percorrer até encontrar-se um equilíbrio com a área técnica.

Compreender a criança como sujeito é um desafio e, ao mesmo tempo, propicia estabelecer um processo de comunicação durante o cuidado, possibilitando à mesma agir de forma autônoma dentro do contexto situacional.

No processo de formação acadêmica há a necessidade de se compartilhar diferentes saberes. É necessária uma mudança de paradigma nos processos de ensinar e aprender nas diferentes áreas da educação. É imperativo aceitar os saberes que acompanham os alunos e aproximá-los daqueles dos mestres e, da mesma forma, compreender os conhecimentos da criança hospitalizada, com vistas a conseguir estabelecer uma interação adequada.

Na relação de cuidado com a criança, um fator de dificuldade evidenciado é o estabelecimento de um processo de comunicação adequado entre os atores envolvidos. Durante as práticas acadêmicas na disciplina de saúde da criança e adolescente, verifica-se a dificuldade dos alunos do Curso de Enfermagem em estabelecer um processo de comunicação com as crianças. Na maioria das vezes a conversa é realizada com as mães, e qualquer tentativa de comunicação com os pequenos é, somente, para realização de um agrado, para que não chorem e colaborem no cuidado ou exame que será realizado. Se as mesmas manifestam algo, isto é confirmado junto às mães.

Valer-se somente de uma comunicação afetiva junto à criança doente não permite estabelecer um processo de cuidado efetivo, onde a criança perceba seu papel de sujeito, podendo compreender o que está ocorrendo, manifestando seus desejos e medos e, também, recebendo orientações para melhor restabelecer sua saúde.

A incompreensão dos sentimentos da criança pela equipe de saúde pode advir de uma dificuldade de comunicação, ou de se estabelecer um processo de interação entre estes sujeitos. Um bom e adequado processo de interação é fator tranquilizante para a criança, que começa a compreender o que se passa ao seu redor e estabelece uma nova relação, assumindo o papel de sujeito perante a equipe; por sua vez, os profissionais da saúde vão perceber a confiança depositada pela criança sobre eles, resultando em um maior comprometimento dos mesmos. Garantir confiabilidade e proximidade entre criança, família e equipe de enfermagem é o caminho para a realização de um processo de cuidado bem-sucedido.

Há a necessidade de estabelecer um adequado processo de comunicação para tornar possível a coleta de dados relatados pela própria criança, onde ela

possa explicitar a sintomatologia que a acompanha e externar o que sabe sobre sua doença. A comunicação entre a criança doente e o profissional da saúde é condição fundamental para realizar adequadamente uma consulta de enfermagem e, ao mesmo tempo, estabelecer estratégias de orientações para a melhora de seu quadro clínico e para desenvolver hábitos de vida saudável.

Assim, o problema desta investigação está fundamentado na pergunta: qual a significação da leitura e produção de imagens para a realização de um processo educativo e cuidativo do acadêmico de enfermagem com crianças hospitalizadas?

Com base nesta questão, o objetivo do trabalho foi investigar a contribuição da leitura e produção de imagens para o estabelecimento de um processo educativo e cuidativo pelos alunos do curso de graduação em enfermagem com crianças hospitalizadas.

Na realização deste trabalho organizou-se um conjunto de conteúdos teóricos para fundamentar a pesquisa. Elaborou-se uma descrição sobre a significação da hospitalização para a criança, o que representa a doença no mundo infantil e as formas possíveis para auxiliar a criança nessa experiência. Associou-se a educação estética e a importância da aproximação desta nas escolas, universidades e, também, nos ambientes de fragilidade para as pessoas, como os hospitais. Finalmente, abordou-se o lúdico no estabelecimento do processo da comunicação com a criança, valorizando-a como um ser com capacidade de manifestar seus desejos e sentimentos.

No percurso metodológico descreveu-se o tipo de pesquisa e os participantes do estudo, o campo de atuação, as questões éticas, o procedimento de coleta, o registro das informações e, finalizando, o método escolhido para a compreensão das informações. Na última etapa apresentaram-se as quatro essências fenomenológicas e suas dimensões, compostas por: o desenho na comunicação acadêmico-criança; humanização na saúde e na educação; relações interpessoais no ambiente hospitalar; e, formação pessoal e profissional.

CAPÍTULO I – CUIDADO, EDUCAÇÃO ESTÉTICA E COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Neste capítulo buscar-se-á compreender a hospitalização do ponto de vista da criança; conhecer fatores que a auxiliam na superação deste momento de estresse; refletir sobre a utilização da educação estética nas universidades, como uma importante estratégia de resgate de valores para a construção de um profissional que ultrapasse o paradigma biomédico; compreender a criança como um sujeito capaz de manifestar seus desejos e sentimentos; e, analisar a leitura e a produção de imagens como estratégia para uma melhor comunicação entre a criança hospitalizada e o profissional da saúde.

1.1 O cuidado à criança no processo de hospitalização

A hospitalização é um processo carregado de sensações negativas, que remetem ao sofrimento, exposição, dor, separação, mudança de hábitos, insegurança e medo. Para a criança, estes sentimentos se potencializam, pois ela não consegue ter clareza e discernimento sobre a necessidade de ser hospitalizada; isso, muitas vezes, pode ser compreendido como uma punição. Tanto a criança quanto a família já chegam ao hospital trazendo consigo uma concepção particular, carregada de significados, ansiedades e fantasias sobre a hospitalização. Estes significados são decorrentes de experiências prévias da criança, ou da própria família, em relação a hospitalizações ou procedimentos hospitalares a que foram submetidos. A doença, muitas vezes, tem um caráter repentino e oportunista, impedindo a criança de compreender o que está ocorrendo com ela.

Uma das primeiras crises que a criança pode enfrentar na vida são a doença e a hospitalização, pois isso representa uma mudança de hábitos diários e familiares. As crianças possuem um número limitado de mecanismos para lidar com o estresse; além dos já mencionados, outros que mais geram estresse podem ser: perda de controle sobre o seu espaço e lesões corporais. Todas essas reações são influenciadas de acordo com a idade da criança, experiências anteriores, habilidades

de enfrentamento, gravidade da doença e sistema de apoio disponível (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

A criança é um ser frágil, sendo mais suscetível ao meio que a cerca. É importante um trabalho por parte dos profissionais de saúde que, desde o primeiro contato, se estabeleça uma relação honesta e afetiva, o que pode contribuir nas próximas experiências da criança junto a estes profissionais.

Alves, Deslandes e Mitre (2009) reforçam o quanto é difícil para a criança e o adolescente a internação, afirmando que há uma ruptura de todo o seu cotidiano. A escola, os amigos, a diversão, as rotinas de casa, dormir, acordar, jantar, tomar banho, enfim, todas as atividades sofrem alterações. Ainda, o cenário de paz e normalidade altera-se para a tensa realidade hospitalar: procedimentos invasivos, rotinas pré-estabelecidas, termos científicos incompreensíveis, linguagem técnica, atenção programada e, apenas, essencial.

Observa-se que o principal fator de estresse para o lactente (29 dias de idade até um ano) e o *toddler* (criança com idade entre um e três anos) é o processo de separação da mãe. Já o escolar e o adolescente conseguem enfrentar melhor esse processo, ou demonstrar menos ansiedade (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

O medo da perda da mãe e/ou o não ter a mãe ao seu lado torna o processo de hospitalização muito mais doloroso e difícil para a criança; com o apoio da mãe ela enfrenta mais facilmente os procedimentos a que é submetida. É preciso compreender a mãe como auxiliar direta no processo de hospitalização da criança.

O hospital é o centro de referência e excelência para tratamentos de doenças em crianças, e está muito avançado em conhecimentos técnico-científicos, porém, continua seguindo o modelo biomédico, dissociando corpo e mente e centrando-se basicamente no curativismo. Por não compartilhar desta filosofia, muitos profissionais buscam, além da excelência na técnica, a excelência humana, ampliando suas tarefas no cuidado às crianças hospitalizadas. Compreender toda a criança hospitalizada como um ser em formação, com laços familiares estreitos, com identidade e referências socioculturais individuais que a acompanham, é garantir-lhe o direito à infância (RODACOSKI; FORTE, 2009).

O ambiente hospitalar contém diversos elementos estranhos à criança: aparelhos que emitem ruídos, procedimentos terapêuticos invasivos; muitas vezes, dependência e limitação para movimentos e para realizar necessidades básicas. A

enfermagem vai estabelecer um contato próximo com esta criança para realizar os cuidados necessários, porém, se esta prática for realizada de forma impessoal, poderá provocar bloqueios nas aquisições motoras e cognitivas da mesma (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008).

Reduzir a rotatividade dos profissionais que atendem a criança e designar um profissional, em cada turno, para que atenda sempre a mesma, favorece a reorganização e o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, promovendo um relacionamento mais próximo entre os sujeitos.

Todas as pessoas necessitam de cuidado; o cuidado é parte integral de todo ser humano: sem ele as pessoas deixam de ser humanos. A enfermagem tem, em sua essência, o cuidar, e desenvolve uma arte de criar atitudes na direção do prazer, renovando as formas de ser e sentir-se saudável. Sabe-se que o ser humano não sobrevive sem o cuidado. São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar nos últimos anos; investimentos para a melhoria da gestão, para a compra de equipamentos e tecnologias. Mas, sabe-se que a mais formidável tecnologia, sem cuidado, sem ética, sem delicadeza e sem humanização, não produz bem-estar (SILVA *et al.*, 2005).

O foco nas pequenas coisas, nos detalhes, faz a diferença. Muitas vezes o que se percebe como simples, comum e insignificante, são as verdadeiras maravilhas. O prazer de ver, ouvir, tocar, saborear, sentir, rir e amar, são os grandes milagres da vida, e os profissionais da enfermagem, por meio do cuidado junto aos pacientes, podem e devem trabalhar no resgate, no estímulo e no desenvolvimento destas impressões com os pacientes. Essa é a essência do cuidar, que origina a demanda pelo desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado (SILVA *et al.*, 2005).

O cuidado de enfermagem à criança vem modificando seu foco ao longo dos anos, passando de uma atividade tradicional fundamentada em uma perspectiva organizacional, para o desenvolvimento do cuidado centrado nas necessidades da criança (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

As diferentes reações apresentadas pela criança, quanto à sua doença e hospitalização, podem gerar mal-estar ou condições estressantes ao enfermeiro, que busca diferentes formas de cuidado junto a este paciente, procurando auxiliá-la na adaptação a este novo ambiente.

No exercício do cuidar em enfermagem, seja individual ou coletivo, permeiam eventos de relações entre modos de ser no mundo, nos quais seres que cuidam e seres cuidados se entrelaçam numa dinâmica intersubjetiva recíproca e, até, imperceptiva. Nesse ir e vir do cuidado, pessoas (entes que cuidam) emprestam percepções, emoções, sentimentos, valores e saberes ao fenômeno (SILVA *et al.*, 2005).

Durante o processo de cuidado, a criança doente e o profissional da enfermagem estabelecem uma relação muito intensa e próxima. No desenvolvimento do cuidado há um resgate dos valores que realmente tem importância na vida; ocorre o desenvolvimento e a expressão de sentimentos como a ternura, a compaixão, o carinho, o respeito, a cordialidade e o amor.

Os profissionais de saúde, ao desenvolverem um cuidado à criança hospitalizada e à sua família, precisam compreender que muitos avanços ocorreram na cura de enfermidades e prolongamento da vida da criança doente. Porém, isso não significa que as intervenções a que a criança precisa ser submetida durante uma hospitalização evoluíram: elas continuam sendo traumáticas, dolorosas e perturbadoras. Hoje se busca trabalhar o cuidado atraumático, que é o fornecimento de cuidados a criança por meio de intervenções que eliminem ou mitiguem o sofrimento da mesma, tanto físico como psicológico. Exemplos de cuidados sem trauma são: preparar a criança antes da realização de qualquer procedimento; oferecer privacidade à criança; minimizar a dor; estimular a relação entre pais e filhos; e, oportunizar brincadeiras, jogos e atividades lúdicas (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Dentro da perspectiva do cuidado, oportunizar um ambiente acolhedor à criança e aos seus familiares é algo que pode sustentar o enfrentamento da doença, de maneira emocionalmente saudável. Por ser a criança um ser em desenvolvimento, várias fragilidades se fazem presentes durante seu processo de maturação; necessita-se trabalhar da forma mais saudável possível com elas, a fim de minimizar traumas subsequentes, cuidando, de maneira a compreender a criança no seu todo, e devolvendo-lhe, novamente, o encantamento para a vida.

Nos últimos anos houve um resgate da questão familiar. Muitos hospitais adotam a filosofia do cuidado centrado na família, onde se mostra que sua presença é bem-vinda, o que não ocorria anos atrás, e reconhecem a família como um cuidado essencial na recuperação da criança hospitalizada. Alguns hospitais

oferecem acomodação e refeição aos pais, para estimular sua permanência junto à criança (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

A enfermagem precisa desenvolver um cuidado centrado na criança hospitalizada e, também, em sua família, pois quando uma criança é hospitalizada, há um envolvimento e comprometimento de toda a família. Não é incomum ouvir relatos de profissionais da enfermagem dizendo que a família exige mais tempo e atenção deles do que a própria criança. Para tal, é importante que a enfermagem se comprometa a desenvolver ações junto à criança e à família, a fim de assegurar um enfrentamento saudável nesta situação de hospitalização.

Deve-se compreender e respeitar os pais como importantes colaboradores no processo de hospitalização e doença da criança. Há a necessidade de estabelecer parcerias com eles, de forma a desenvolver o empoderamento da família, capacitando-a, encorajando-a e criando oportunidades para desenvolver nela aptidões e competências novas e necessárias para o cuidado da criança (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

As estratégias de humanização não devem ser aplicadas somente ao paciente pediátrico, mas, também, ao seu acompanhante familiar. Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) comentam que o familiar sofre tanto quanto o paciente; merece atenção e necessita de cuidados, de igual forma. Afinal, de nada adiantaria auxiliar o paciente e deixar o acompanhante desconfortável, pois um influencia o outro. Os autores salientam, também, que é necessário o desenvolvimento da escuta compreensiva, da comunicação verbal e não-verbal, da clareza nos processos de comunicação entre os profissionais e entre a equipe de saúde, a criança e a família. Esses são aspectos fundamentais para o processo de humanização.

Motta (2004) diz que o cuidado é sempre melhor compreendido nos momentos críticos da existência do ser humano, como o nascimento, a doença e a morte. Associando dinâmicas de criatividade ao cuidado, obtém-se uma ampliação no diálogo entre os sujeitos; por meio da produção artística ocorre a possibilidade de se compreender as vivências, os problemas e as necessidades deste Ser. O cuidador precisa utilizar-se destas ferramentas para conseguir uma relação mais próxima da criança e de sua família.

É preciso que os profissionais que atuam junto às crianças ousem transcender alguns paradigmas; por exemplo, substituir o branco pela roupa

colorida, ter a coragem de colocar um nariz de palhaço, oferecer uma medicação à criança acompanhada de uma cantiga, cantada por eles mesmos. Há necessidade de desenvolver mais a sensibilidade e a coragem de inovar, de ousar coisas diferentes, proporcionando um cuidado muito especial.

Ser doente ou estar doente é uma condição complexa e difícil. Ocorre uma necessidade da ampliação do cuidado a esse ser, que percebe toda sua imagem corporal alterada, onde diversos sentimentos ficam aflorados, desorganizando sua vida. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem buscam a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, sempre pautado em princípios éticos e científicos. Para tanto, os docentes destes cursos precisam estar junto aos seus alunos, a fim de aproximá-los das realidades da saúde e da doença da população, sempre trabalhando e desenvolvendo estratégias para o cuidado. É preciso a construção de cenários de aprendizagem que oportunizem ao aluno refletir sobre sua práxis profissional (MOTTA, 2004).

É no desenvolvimento de atividades práticas junto aos professores, seja em hospitais ou ambulatorios, que o aluno começa a construir sua identidade profissional e a perceber que, além da aquisição do conhecimento e de habilidades técnicas, há todo um cenário social onde se desenrola a prática assistencial e as implicações no modo de vivenciar e realizar a mesma (SOUZA, 2001).

Muitas formas estão sendo estudadas para melhorar a reorganização da criança neste ambiente, mas a que melhor tem se apresentado é o brincar. Para elas, o brincar tem a mesma importância e representatividade que o trabalho para o adulto. A brincadeira para a criança é uma necessidade vital e é, também, vista de forma terapêutica pelos profissionais. Existe uma expressão popular que diz “quando a criança não brinca, está doente”, portanto o brincar para a criança é indicativo de saúde, torna-se um processo autocurativo. Brincar no ambiente hospitalar é uma forma de restabelecimento da saúde, de resgate da essência e do que há de saudável neste paciente.

Diferentes comportamentos podem surgir na criança durante a hospitalização, como a forma de reagir às experiências difíceis a que acaba sendo submetida. A assistência de enfermagem precisa ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento que o enfermeiro deve ter a respeito de sua doença e das intervenções diagnósticas ou terapêuticas. Pode considerar, também, as

necessidades emocionais e sociais delas, abrangendo o uso de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, dentre as quais se destaca a situação de brincar (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Motta e Enumo (2004) dão algumas sugestões de atividades para minimizar o medo e a angústia da criança num hospital, dentre elas: pintar, desenhar, realizar jogos de exercícios, brinquedos de acoplagem, brincadeiras com regras, brincar com o colega de quarto. Os autores estereotipam o brincar no hospital como uma estratégia de enfrentamento e adaptação da criança quanto a sua doença, e deixam claro que inúmeras atividades lúdicas podem ser desenvolvidas no ambiente hospitalar.

Um dos aspectos mais importantes na vida de uma criança é o brincar; ele é a principal ferramenta para o controle do estresse da mesma. A brincadeira auxilia no bem-estar social, mental e emocional da criança. O fato de ela estar hospitalizada não diminui a necessidade de brincar; ao brincar, ela percebe que ainda pode ter controle de alguma coisa. Isso melhora sua autoestima, pois, durante a hospitalização, quase todas as decisões são tomadas por terceiros e não pela própria criança; o brincar oportuniza a condição de fazer escolhas. Existe, ainda, a brincadeira terapêutica, que é uma forma de interação, uma estratégia para obter informações e, também, para a orientação de procedimentos à criança, realizado pelo enfermeiro por meio do brinquedo terapêutico (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Atualmente, observa-se uma busca por terapias complementares para utilização junto à criança hospitalizada, a fim de auxiliar no processo de sua assistência. A Lei Nº 11.104 de 21/03/2005, discorre sobre a obrigatoriedade da criação de brinquedotecas em hospitais ou unidades de saúde, tanto públicas como privadas (BRASIL, 2005). A brinquedoteca no hospital é o espaço ideal para a criança dar vazão aos seus sentimentos, além de conduzi-la a uma experiência que a faz sentir-se viva, mesmo na situação estressante provocada pela hospitalização (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

A criança, ao brincar, resgata o que tem de saudável dentro de si, e penetra em um mundo conhecido, que num primeiro momento pode parecer distante do hospital; isso provoca uma sensação de tranquilidade e confiança com o meio e com as pessoas que fazem parte dele. Por meio da tranquilidade e confiança que a

criança hospitalizada resgata ao brincar, surge a possibilidade de iniciar uma conversa entre ela e o profissional da saúde.

Brincar é uma necessidade para o desenvolvimento saudável da criança. Quando brinca, estimula e exercita suas funções cerebrais, melhorando o desenvolvimento de sua coordenação motora, equilíbrio, desenvolvimento da musculatura e, também, intelectual. Em todas as etapas do desenvolvimento da criança o brincar é uma necessidade (KRYMINICE; CUNHA, 2009).

O brincar envolve diversos tipos de atividades. Dentre todas, destaca-se, neste trabalho, o desenho, sua construção, o pintar e o colorir. Desenhar é uma atividade que agrada a maioria das crianças, e é um tipo de brincadeira que pode ser utilizada por grande parte das hospitalizadas, mesmo as que possuem limitações em sair do leito.

Trabalhar com a expressão criativa da criança oportuniza um grande benefício à mesma, principalmente durante a hospitalização. Por meio destas atividades, elas ficam à vontade e exploram seus pensamentos e sentimentos através da arte. O desenho de uma criança, antes de uma cirurgia, pode revelar medos e angústias que ela não conseguiria expressar adequadamente de forma verbal. O desenho e a pintura são excelentes formas de expressão; o enfermeiro pode utilizar-se deles para discutir ideias, medos, compreensões e eventos que envolvem a criança neste momento peculiar (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Percebe-se uma grande preocupação com a humanização dos serviços de saúde, tanto em nível hospitalar como de saúde pública. O Ministério da Saúde desenvolveu um programa chamado Política Nacional de Humanização (PNH), que busca promover um acolhimento adequado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), valendo-se de um processo de escuta e respeito, onde se valorize mais o sujeito em relação à doença, onde haja humanização nas relações entre os profissionais da área e uma melhor organização dos serviços de saúde. O programa possui também, como objetivo, organizar grupos de conversa com familiares e pacientes de unidades críticas, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos, pronto-socorros e enfermarias (BRASIL, 2006).

Outra iniciativa que vem sendo implantada dentro dos hospitais, e que segue a proposta da PNH, é o processo de escolarização hospitalar, que preza pela universalização do atendimento escolar, independente da situação. O Ministério de

Educação e Cultura (MEC), em 2002, editou um documento intitulado Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações. Este documento visa promover atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares, a fim de garantir o acesso à educação a todas as crianças que tenham alguma limitação específica, decorrente de tratamentos de saúde. Existem diversas situações que interferem na permanência e frequência escolar, sendo algumas delas a hospitalização e as doenças crônicas, garantindo-se, assim, um direito de cidadão a esta criança (BRASIL, 2002).

Na maioria das vezes, uma doença chega de forma inesperada, sem que seja possível planejar o afastamento de uma criança em fase escolar, por diversos dias, da sua escola devido a sua patologia. Além de proporcionar a saudade do ambiente escolar e de seus colegas, este afastamento pode implicar em uma redução no rendimento, devido à permanência da criança em um ambiente desconhecido, como o hospital. Os profissionais da saúde ajudam a tornar o ambiente hospitalar mais saudável, promovendo um local de interdisciplinaridade entre estes profissionais e os profissionais da educação e, conseqüentemente, uma aproximação destes com a criança e a família.

O ambiente hospitalar a muito tempo foi espaço exclusivo de profissionais de saúde. Atualmente, com as políticas de humanização, observa-se o início da transdisciplinaridade entre diferentes profissionais e em diversos espaços hospitalares. Uma ação integrada entre o serviço de saúde e o serviço educacional, no âmbito hospitalar, busca amenizar a experiência do adoecimento. A reorganização desta assistência à criança deve assegurar, além do cuidado necessário à sua patologia, o convívio com o meio externo e o exercício intelectual da criança. O professor que for atuar neste meio deve ser assessorado pelo sistema educacional e pelo serviço de saúde, bem como, deve ter acesso ao prontuário de seus alunos, para poder estabelecer suas intervenções e avaliações educacionais, frente à condição da criança hospitalizada (BRASIL, 2002).

Muitas instituições vêm buscando inovar seu processo assistencial junto ao paciente. A cada dia observam-se iniciativas de humanizar, cada vez mais, a assistência ao paciente, principalmente junto ao paciente pediátrico. É necessário implantar formas criativas para se abordar a criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento, pois elas são seres frágeis, que dependem muito de cuidado e que exigem uma prática assistencial mais detalhada, criteriosa e criativa. Muitos

profissionais já perceberam a importância de mudar sua postura no atendimento à criança, sendo mais alegres, divertidos e coloridos. Isso não significa perder o respeito profissional, nem a postura, e, muito menos, o compromisso e a seriedade no trabalho desenvolvido.

Em um estudo realizado por Motta e Enumo (2004), sobre o brincar dentro do hospital, com crianças com câncer, desenhar e brincar com o palhaço foram as brincadeiras preferidas. A pesquisa ocorreu por meio do relato da própria criança, feito com uma prancha de desenhos, contendo diversos tipos de brincadeiras, onde ela escolhia e pintava os que mais agradavam, favorecendo, desta forma, a expressão de seu pensamento.

Uma área de conhecimento para ser utilizada junto à criança hospitalizada é a arteterapia. Por meio dela é possível que a criança experimente diferentes papéis, fazendo com que ela exercite sua criatividade, expressão, imaginação, espontaneidade, independência e autonomia. Assim, é possível que ela consiga trabalhar diferentes linguagens, fazendo com que exteriorize seus sentimentos, energias e tensões, por meio do uso de materiais de arte e de linguagem simbólica. Por meio deles, também, é possível compreender sintomas físicos da criança. A arteterapia deixa a criança mais relaxada e proporciona momentos de distanciamento das rotinas hospitalares; é importante que o arteterapeuta desenvolva atividades voltadas à idade e ao grau de desenvolvimento da criança, e respeite os interesses e necessidades da mesma. Essas atividades precisam ser espontâneas e naturais, e não precisam ser vistas como algo imposto ou obrigatório. A arteterapia pode ser desenvolvida em grupos, sempre observando a faixa etária, ou individualmente. Também, podem ser realizadas atividades no leito da criança, que não tem condições de sair, ou que não quer sair. A arteterapia trabalha e estimula o desenvolvimento psicomotor, afetivo-social e cognitivo da criança (VALLADARES, 2008b).

As atividades lúdicas dentro do ambiente hospitalar pediátrico são essenciais, pois atuam como um importante mecanismo de proteção e neutralização dos efeitos adversos da hospitalização na vida da criança. O brincar é terapêutico e conduz a uma melhor e mais rápida recuperação, reduzindo as experiências traumáticas e gerando um ambiente mais alegre, familiar e próximo. Envolver-se com atividades lúdicas e criativas faz a criança valorizar o seu lado saudável, deixando a doença em segundo plano. Essas atividades reduzem o estresse e propiciam uma melhor

adaptação aos procedimentos a que são submetidas durante a hospitalização (VALLADARES, 2008b).

De acordo com Valladares e Carvalho (2006a), a arteterapia não precisa ser vista só como forma de lazer, mas, sim, como a possibilidade do desenvolvimento de um comportamento mais saudável da criança no período de hospitalização, sendo uma excelente estratégia de enfrentamento e minimização dos efeitos negativos da doença, da hospitalização e do tratamento, auxiliando no desenvolvimento normal.

Embora todo o estresse gerado, não se pode deixar de considerar que a hospitalização é fundamental e extremamente benéfica na maioria das situações, pois busca a restituição da saúde da criança, oportunizando a melhora de sua condição física para o desenvolvimento de uma vida normal e saudável. Ao mesmo tempo, pode tornar-se uma oportunidade para a criança aprender a dominar o estresse e sentir-se competente em sua capacidade de enfrentar novas situações (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Um conjunto de atitudes, como usar da criatividade e da sensibilidade, e ter coragem para quebrar regras ultrapassadas, acrescentar cores em um ambiente que se caracteriza pela dor, pelo sofrimento e pelo medo, pode promover uma nova perspectiva de cuidado e humanização nos espaços de saúde destinados às crianças hospitalizadas. Oportunizar o resgate interior de cada ser, descobrindo aquilo que está saudável dentro das crianças, e fazer com que elas acreditem que a vida vale a pena, pode ser a indicação do caminho que elas necessitam para melhor enfrentar a experiência do adoecimento e da hospitalização.

1.2 Processos educativos estéticos: leitura e produção de imagens em ambiente hospitalar infantil

Aproximar arte e educação é um desafio necessário. É por meio das expressões artísticas que se pode desenvolver um potencial maior de aprendizagem e de conhecimento inovador. Tudo o que é vivenciado, experimentado, internalizado, ou passa pela pessoa, penetra nela mais profundamente, provocando, assim, uma articulação maior no processo educacional.

Ormezzano (2007) esclarece o conceito de educação estética como algo que ultrapassa a educação da sensibilidade sobre a arte, os estilos e conceitos da educação formal; onde a razão é algo que perpassa a capacidade de compreensão de alguns fenômenos, que para tal precisa-se utilizar o pensamento, o sentimento, a sensação e a intuição, como forma de compreender a singularidade das pessoas e do mundo. A experiência estética é a oportunidade desta compreensão e, também, a possibilidade do ser humano construir uma vida mais plena e feliz.

É necessária uma educação mais voltada para o sensível e para os sentidos. Assim, a educação será mais humana, superando a educação exclusiva, da razão ou do intelecto; um processo em que alunos e professores, até então somente voltados ao saber teórico, enclausurados em livros didáticos, em aulas-padrão, em conteúdo não renovado, possam descobrir a possibilidade de uma educação com uma dimensão mais humana e que comprometa o sujeito perante o mundo. As sensibilidades e criatividade não precisam ser utilizadas somente em cursos de artes, mas em todos que queiram resgatar uma dimensão mais profunda do ser humano e do mundo (AMORIM; CASTANHO, 2008).

A arte faz parte da educação estética, auxiliando no processo de conhecimento e expressão da realidade. Ela favorece uma integração e um maior conhecimento do mundo interno e externo; ao realizar um desenho, a pessoa estimula sua percepção e desenvolve habilidades como o pensamento, a expressão e a sensibilidade (ORMEZZANO, 2009).

A arte é o caminho para o resgate dos valores humanos, para o resgate do valor da vida. E reforça o compromisso que a educação tem com os jovens e com o mundo. É preciso uma corrente, um movimento de resgate dos valores éticos e estéticos junto às novas gerações, propondo-lhes um maior compromisso com a humanidade; é necessário ensinar os jovens a contemplar a natureza, observar uma obra de arte ou uma imagem. A aproximação da arte acentua a sensibilidade e provoca o intelecto (ORMEZZANO, 2009).

Valladares (2008b) afirma que ao realizar atividades lúdicas, as crianças conseguem melhorar a organização de suas necessidades básicas, como o sono, a alimentação, a higiene, entre outras. Também, a atividade lúdica proporciona um desenvolvimento mais saudável na fase da infância. Essas atividades devem ser aplicadas de acordo com a etapa de desenvolvimento de cada criança. Ao

desenvolver esta atividade, a criança estimula sua imaginação e suas fantasias infantis.

Pillotto, Silva e Mognol (2004) entendem que a criança percebe no lápis, no giz de cera e na tinta, objetos que permitem sua expressão, uma forma de deixar sua marca; no decorrer de seu amadurecimento, essas marcas passam a ter uma intencionalidade. Rabiscar, desenhar e escrever são signos construídos pelo ser humano como forma de expressão ou interação com o outro, e isso é um ato tanto objetivo como subjetivo. Após a criança ultrapassar a fase de desenhar rabiscos, ela busca a construção de um desenho com significado; a capacidade simbólica na criança surge em torno dos dois anos de idade. Os símbolos são a representação dos significados de mundo, das relações do contexto social, cultural e pessoal desta criança. Desenhar objetos significativos, reais ou imaginários, permite expressar diferentes sentimentos e explorar a imaginação e a criatividade. “A arte infantil permite às crianças inventarem e experimentarem suas ideias, suas ações, seus desejos e seus sentimentos representados de formas variadas, deixando transparecer as suas emoções e o seu imaginário” (PILLOTTO; SILVA; MOGNOL, 2004, p.196).

Através do desenvolvimento da capacidade simbólica, a criança potencializa sua capacidade criativa. Ao trabalhar com seu imaginário, as crianças transformam as imagens cotidianas em imagens poéticas, repletas de significado. Ao realizar o desenho, ela constrói os símbolos e conceitos que fazem parte de seu imaginário; ela expressa sua subjetividade e compreensão de mundo, em desenvolvimento. O desenho é um grande aliado para o desenvolvimento cognitivo e psicológico da criança. Por meio do desenho a criança expressa os significados e as experiências de vida que possui (GOLDBERG; YUNES; FREITAS, 2005; FREITAS; SHELTON, 2005).

O ser humano se define como pessoa, constrói sua identidade pessoal e coloca valor à sua vida por meio de sua prática, associada ao seu imaginário. É através da construção destes sonhos da realidade em que vive que ele projeta seu mundo. É preciso trabalhar a construção de um mundo onde razão e imaginação andem juntas, onde o sensível não seja compreendido como algo de menor valor.

A arte seria uma provocadora de sentimentos, na medida em que age sobre os sentidos humanos, e, dessa maneira, portanto, seria educadora. Porque possibilitaria ao sujeito conhecer as nuances das coisas cotidianas, por meio de seu próprio corpo, *encarnando a experiência, incorporando os sentidos, fazendo da vida algo contextual, parte de si* (AMORIM; CASTANHO, 2008, p.14).

Ormezzano (2009) faz uma reflexão sobre o sistema educacional, que não valoriza o trabalho com artes junto à formação dos alunos, sabendo-se que a arte tem um importante papel na formação humana, contribuindo para que as pessoas consigam compreender e explorar melhor o mundo. Porém, sabe-se que a sociedade ainda não agrega o mesmo valor do trabalho intelectual ao trabalho manual. Isso é fruto de uma herança cultural ultrapassada; é preciso modificar esses conceitos e introduzir uma educação ético-estética, a fim de oferecer uma educação do eu pessoal para cada pessoa, fazendo com que ela se compreenda melhor enquanto ser humano e, conseqüentemente, se estabeleçam relações mais saudáveis, éticas e humanas na sociedade.

Em alguns ensaios de introdução da arte e em disciplinas tradicionais dentro da universidade, percebe-se a dificuldade do próprio aluno em compreender e utilizar essa área de conhecimento. Ele é fruto de uma educação bastante tradicional e talvez, por isso, no início, fique apreensivo com essa nova experiência. O mesmo ocorre com o professor que tenta ousar nessas novas metodologias em sua área de conhecimento.

Há uma busca para o desenvolvimento de uma dimensão mais estética nas relações, onde se valorizam os sentidos humanos, onde se ultrapassam conteúdos específicos e se avança no sentido do sensível, da beleza e da harmonia da pessoa com o mundo, por intermédio do conhecimento e da reflexão sobre eles (AMORIM; CASTANHO, 2008).

Nos dias atuais, as pessoas, suas relações e suas vidas, são reféns de um mundo capitalista, voltado somente para a questão econômica. Isso adentra as salas de aula e atinge as crianças, que constroem sua concepção de mundo, também baseadas nestes conceitos. As crianças crescem e se desenvolvem pensando que precisam vencer na vida, ter boa condição econômica e adaptar-se ao ritmo do mundo dos adultos; não é permitido imaginar um mundo mais sensível e diferente. Por isso a necessidade de se introduzir, nas escolas, uma educação voltada para o

sensível, onde a criança tenha oportunidade para modificar essa ideia de mundo (CAMARGO; BULGACOV, 2008).

Introduzir a educação estética nas escolas não significa querer formar artistas, mas, sim, usar o sensível no processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que as crianças consigam construir uma nova concepção de mundo, consigam olhar a vida por diferentes ângulos e traçar novas perspectivas. Introduzir a estética no cotidiano escolar é respeitar as diferenças, é a defesa das possibilidades do ser humano, da expressão, dos sentimentos e das singularidades, de relações mais humanas que acolhem a beleza e o diferente, desenvolvendo novos olhares sobre o mundo. Desenvolver e estimular a capacidade de imaginação na criança é auxiliar na construção de uma pessoa mais livre, autônoma, que consegue vislumbrar transformações, pois estimula a capacidade criadora e a liberta do condicionamento racional de olhar o mundo por meio da condição de reprodução dominante (CAMARGO; BULGACOV, 2008).

A criança inicia sua comunicação gráfica por meio do desenho. É num emaranhado de riscos e cores que ela começa e se expressar e a se comunicar, e, engraçadamente, é a escola que suprime essa habilidade, pois a criança precisa substituir o desenho pela palavra escrita. Nesse ponto é que se percebe a dificuldade do desenvolvimento da educação estética nas salas de aula (GOLDBERG; YUNES; FREITAS, 2005; FREITAS; SHELTON, 2005).

Timidamente, a arte vem entrando nos ambientes hospitalares através de novas políticas de humanização, implantadas nos setores de saúde. Trazer a arte para o ambiente hospitalar não tem como objetivo maior a ideia estética de beleza, mas, sim, uma estratégia terapêutica onde, por meio da arte, ocorra um processo de inter-relacionamento entre o profissional da saúde e o paciente, e o contato do paciente com sua interioridade. Os primeiros trabalhos nesse sentido foram realizados com pacientes psiquiátricos, mas hoje se observa a disseminação desse trabalho em diferentes áreas hospitalares.

A transposição dos muros escolares, a saída da arte dos museus e exposições, e a entrada da mesma em ambientes como os hospitais, oportunizam a realização de trabalhos voltados para o exercício da imaginação, para autoexpressão, para novas experiências perceptivas, explorando a diversidade de valores e sentidos. Torna-se uma proposta inovadora e um trabalho educacional, voltado para a educação estética, que visa uma harmonia nas atividades entre os

diferentes profissionais que atuam no ambiente hospitalar junto às crianças hospitalizadas. Isso propicia o despertar, nos profissionais, de um olhar junto à criança, além de sua enfermidade, fazendo com que percebam potencialidades em um ser repleto de capacidades, sonhos e esperanças, sem deixar que sua doença retire o direito de continuar sendo criança (KRYMINICE; CUNHA, 2009).

É preciso, num primeiro momento, sensibilizar os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, despertar neles a sensibilidade e a compreensão de desenvolverem um processo educativo não só voltado para a questão da doença, mas voltado para a vida, onde, pela hospitalização, a criança não seja despersonalizada e não se incuta nela uma sensação de invalidez. É dever dos profissionais da saúde preservar o bem-estar físico e emocional da criança. Para tanto, necessitam cultivar o bom humor, trabalhar com a melhoria da autoestima das crianças, e conseguir penetrar em seu mundo colorido do *“faz de conta”*. Cabe aos profissionais, que trabalham em unidades pediátricas, a habilidade de adaptar-se ao mundo infantil e conseguir comunicar-se, estabelecendo diferentes linguagens; não é a criança hospitalizada que deve adaptar-se ao mundo adulto do ambiente hospitalar e dos profissionais de saúde.

Tapajós (2002) relata uma experiência que vem sendo aplicada no Curso de Medicina do Hospital de Clínicas da USP, onde foram introduzidos, por meio do ensino da arte, importantes aspectos da medicina. Foram utilizadas representações de artes plásticas e artes cinematográficas na abordagem com pacientes portadores do vírus HIV, a fim de sensibilizar e diminuir os preconceitos e a relutância dos alunos em cuidar destes pacientes. Há diversos trabalhos artísticos que abordam este tema, e envolvem as diferentes faces que se fazem presentes neste contexto, como a família, o ambiente hospitalar, os procedimentos e, também, os profissionais. Essa disciplina trabalha junto aos alunos um processo de autopercepção, compreensão de valores e articulação de seus sentimentos, contribuindo para uma melhor compreensão dos sentimentos e valores do outro (paciente).

Tem-se, nas escolas, como em universidades, o predomínio de uma educação voltada para a racionalidade, onde as informações se repetem ano após ano e são repassadas de forma muito gessada. É preciso que o aluno compreenda/fabrique o conhecimento, por meio de crenças, convicções e experiências pessoais.

Proporcionar experiências estéticas por meio da arte, em cursos universitários, poderia ser um meio a partir do qual seria possível despertar o sensível nos futuros docentes – pessoas que trabalharão com a arte de ensinar, lidando, diretamente, com a formação humana de alunos. Por meio de experiências estéticas refletidas (e não meramente proporcionadas, sem um enfoque reflexivo e uma discussão pertinente e profunda), com arte, os alunos iriam aproximando-se do universo sensível, podendo estabelecer um elo entre si e sua própria subjetividade. À medida que iria se reconhecendo como um sujeito autor de sua própria história, conhecedor de sua maneira de olhar o mundo, tornar-se-ia cômico de sua função e do lugar como partícipe na construção do mundo. Neste sentido, o docente que se faz fazer-se-ia, também, o sujeito criador (e dono) de seu modo de olhar e fazer as relações humanas, o mundo e a educação (AMORIM; CASTANHO, 2008, p.16).

Trabalhar com educação estética nas escolas e universidades é compreender que sem sentimento de prazer não se aprende significativamente, e que o desenvolvimento do sensível é o eixo deste processo, e deve ser o fundamento das práticas pedagógicas. Trabalhar o estético não é uma categoria menor de um processo intelectual, pelo contrário, é a possibilidade de se tornar mais inteligentes, pois quando aquilo que é ensinado toca, transforma, potencializa e projeta para novas possibilidades (GALEFFI, 2007).

De acordo com Duarte JR. (2001), o conhecimento científico e o saber sensível estão muito afastados na sociedade. O mercado influencia esse processo, direcionando a educação para seus objetivos, voltados para a tecnologia e o desenvolvimento econômico. Há uma fragmentação do conhecimento, não ocorrem investimentos na formação básica do ser humano, apenas na formação de um especialista intelectual. Está-se colaborando na construção de pessoas com um desequilíbrio pessoal e doente; o ser humano esconde-se atrás de caixas de medicamentos para não encontrar-se consigo mesmo; é preciso ensiná-los a viver sua vida cotidiana de forma saudável.

Busca-se o equilíbrio entre o sensível e o inteligível na sociedade. Necessita-se de sujeitos abertos às particularidades do mundo e sensíveis ao ser humano; os educadores preocupam-se em ensinar as grandes verdades universais e esquecem, ou desconsideram, os pequenos saberes. A grande missão da educação atual é conseguir estimular o aluno a sentir-se humano de modo integral, compreender seus sentimentos e desenvolver seus processos intelectuais e reflexivos. A educação do sensível perpassa o treino dos sentidos humanos e busca a formação de saberes

abrangentes e integrados da sociedade e da vida cotidiana do ser humano, até o equilíbrio nas duas dimensões: racionalidade e sensibilidade (DUARTE JR., 2001).

É preciso educar considerando a dimensão estética. A escola deve possibilitar essa experiência às pessoas, pois ali, para muitas pessoas, é o único local onde ocorre a aproximação com a arte e a oportunidade de experiências artísticas e estéticas. A experiência com a arte pode auxiliar as pessoas a dar novo significado à sua vida (ORMEZZANO, 2007).

O desenho infantil é um elemento mediador de conhecimento e autoconhecimento. Por meio dele é possível organizar informações e processar experiências vividas e pensadas. O desenho é o caminho para o exercício da imaginação e construção da subjetividade da criança; ele auxilia no desenvolvimento integral do indivíduo, tanto social e afetivo como cognitivo. O desenho de uma criança “fala” mais do que muitas palavras; cada imagem do desenho vem carregada de sentimentos e significados (GOLDBERG; YUNES; FREITAS, 2005).

Buscam-se possibilidades para humanizar o ambiente hospitalar; o colorido, dentro do hospital, traz um resgate da energia da vida. Ao desenhar e colorir imagens dentro do hospital, a criança o percebe como algo mais próximo de seu mundo, o que favorece sua integração neste ambiente. A produção de um desenho, pelo paciente, pode revelar a experiência da hospitalização, mostrando seu lado pessoal, seu processo de interação neste ambiente, sua compreensão de corpo e coletividade. A produção de imagens auxilia o paciente a entrar em seu mundo interior (VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007).

A imagem mental é uma produção da imaginação. Os artistas têm a habilidade de expressar as imagens mentais por meio da arte, pintura, escultura e outras formas. Nem todas as pessoas possuem habilidade de expressar suas imagens mentais de forma estética, mas todas têm imagens em seu inconsciente, e o fato de expressar estas imagens é, na maioria das vezes, um processo terapêutico. Ao expressar suas imagens mentais, as pessoas estabelecem uma via de comunicação com o mundo externo, e deixam aflorar muitos sentimentos e emoções que não seriam capazes de verbalizar.

O desenho sempre foi uma forma de comunicação entre as pessoas. Os desenhos nas paredes das cavernas feitos pelo homem primitivo, mesmo posteriormente, em diferentes áreas, como engenharia e medicina, foram utilizados para transmitir o conhecimento. Cada época da história relaciona valores e

características estéticas diferentes ao desenho, o que definia os períodos da cultura da arte; mas sempre além do valor estético, os desenhos de época vêm carregados de significados.

Ao desenhar, a pessoa consegue expressar seu mundo interior e exterior por meio de sentimentos, pois o desenho é uma forma de expressão e é um canal de comunicação. O desenho não pode ser trabalhado como uma cópia, mas precisa provir de uma construção do significado de mundo dessa pessoa (ORMEZZANO, 2009).

Os desenhos podem ser realizados em diferentes locais, de salas de aula até leitos hospitalares. Eles são um grande recurso para a compreensão e a expressão íntima e profunda do ser humano, e podem ser realizados e utilizados por qualquer pessoa. Foram utilizados por Furth (2004) junto às crianças em estado terminal, cuja capacidade de expressão verbal não era eficaz. Isso favoreceu para que seus medos e emoções inconscientes fossem tornados conscientes, e pudessem ser trabalhados e melhorados. O autor classifica os desenhos em duas categorias: desenhos espontâneos e desenhos de improviso. O desenho espontâneo é realizado sem a solicitação, por vontade própria da pessoa; o desenho de improviso é realizado por um pedido ou por um impulso repentino, pode ser um desenho livre ou um desenho direcionado a um pedido.

Os desenhos refletem, também, o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra. Eles podem ser utilizados para expressar e projetar tudo o que está ocorrendo com o corpo desta criança (FURTH, 2004).

Durante a realização de uma atividade artística desenvolvida pela criança, o importante não deve ser só o resultado final, mas, sim, toda a trajetória de construção desta atividade, onde se pode observar o seu comportamento e seu nível de desenvolvimento. Acompanhando a construção desta atividade, há possibilidade de conhecer e compreender melhor esta criança (VALLADARES, 2008a).

Tanto as obras de arte feitas por grandes artistas quanto os desenhos produzidos pelos pacientes provém do inconsciente; porém, os artistas acrescentam seu poder criativo e seu lado consciente, e as imagens terapêuticas são provenientes de um material bruto, primitivo, pouco desenvolvido, mas muito ligado aos complexos individuais; essa comunicação consegue revelar o inconsciente e sua energia. Os desenhos têm um efeito catártico e isso permite um movimento da energia interna, favorecendo o início do processo de cura (FURTH, 2004).

Três premissas devem ser compreendidas quanto à linguagem dos desenhos. A primeira diz que os desenhos provêm do inconsciente, do mesmo local de onde provêm os sonhos, e que os seres humanos têm um conteúdo inconsciente muito maior do que seu conteúdo consciente. Isso vem expresso nos desenhos de inúmeras formas; um simples risco no desenho, um corpo incompleto, todos esses “acidentes no desenho” tem uma relação com o conteúdo do inconsciente desta pessoa. A segunda premissa é que a figura é um método confiável e válido de comunicação com o inconsciente e da transmissão de sua intenção, mas a maioria das pessoas só compreende a palavra escrita como método válido de comunicação. Na terceira se compreende a associação entre mente e corpo, psique e soma, por meio da interpretação dos desenhos (FURTH, 2004).

O desenho é um processo que favorece o resgate interior do ser humano; desperta sentimentos e emoções e sensibiliza a pessoa em relação à vida, pois no momento da realização do desenho ocorre um processo de interiorização e de reflexão pessoal. Por meio da arte é possível representar o mundo interior, a cultura de um povo, seus sentimentos, suas emoções. A arte se apresenta por múltiplas linguagens, como: desenho, canto, dança, escrita e outros. Por meio dela, muitos pacientes, crianças/adolescentes, conseguem desenvolver melhor sua autocompreensão e seus relacionamentos, e compreendem melhor a realidade em que estão inseridos. A arte representa vida. Ela já ultrapassou os muros de museus e galerias e está invadindo outros espaços, como hospitais, tornando-se um instrumento utilizado na recuperação de crianças hospitalizadas (KRYMINICE; CUNHA, 2009).

Ao observar uma imagem, é impossível vê-la sem agregar um sentido à mesma. A leitura de imagem proporciona uma compreensão dos sentimentos e emoções da pessoa, no momento da realização do desenho. Hoje, a leitura de imagem pode ser, também, um método terapêutico ou de compreensão da imagem como símbolo, e vem ocupando espaço em ambientes onde há maior fragilidade humana, pois se torna uma forma sutil de compreensão do outro. O desenvolvimento da sensibilidade pode ser descoberto por diferentes meios, mas é um instrumento fundamental no processo educacional e de cuidado. A assistência de enfermagem junto à criança precisa utilizar diferentes e novos instrumentos para a educação em saúde e o cuidado.

1.3 Processos de comunicação e cuidado

Uma das mais importantes habilidades do ser humano é o processo de comunicação. A partir do nascimento, a primeira forma de comunicação é realizada pelo choro; é por meio dele que a mãe compreende quando seu filho está com fome, quando o choro é de dor ou quando, simplesmente, o bebê quer receber afeto, “um colinho”. De acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança, novas formas de comunicação vão surgindo; as mais efetivas, e que realmente consolidam a comunicação, são a fala e a escrita. Porém, sabe-se que existem diferentes formas de comunicação que são utilizadas e, muitas vezes, passam despercebidas.

O ser humano, antes de aprender a se comunicar verbalmente com os membros de sua cultura, desenvolve outras ferramentas comunicacionais. No primeiro ano de vida da criança ela utiliza os gestos, ações e olhares para manifestar-se. Por meio deles é possível haver uma interação social e uma interpretação dos desejos dela (AQUINO; SALOMÃO, 2009).

A comunicação foi o primeiro processo que mudou o ser humano a milhares de anos e, hoje, ainda por seu intermédio e por suas diferentes modalidades, a humanidade realiza grandes transformações sociais (GUIX, 2008).

O processo de comunicação pode ser desenvolvido por meio de signos, que podem ser símbolos ou sinais. Para tanto, se pode compreender o significado deles: os signos transmitem uma mensagem que faz referência a um objeto, ou ideia; os símbolos são signos com uma única mensagem possível. Os sinais são signos que tem mais que um significado (SILVA, 1996).

A linguagem tem como importante papel significar e comunicar. O sujeito acaba transformando o signo à mera comunicação intelectual, ou transmissão de informação. Porém, os signos são coisas sensíveis e operam sobre todos os sentidos do ser humano. Quando alguém conseguir associar os signos e os símbolos, estará realizando uma linguagem sensível (AMORIM; CASTANHO, 2008).

Pode-se classificar a comunicação em verbal e não-verbal. A verbal é a vocalização, a palavra ou a escrita. A não-verbal são os gestos, o silêncio, a postura corporal, expressões faciais, reações, sons e imagens. Na comunicação verbal é possível exercer um controle consciente sobre as palavras; portanto, essa comunicação é a menos confiável para que realmente ocorra a expressão dos

sentimentos verdadeiros, especialmente com as crianças (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Na comunicação verbal ocorre a exteriorização do ser social, e na não-verbal há a exteriorização do ser psicológico. Portanto, pode-se afirmar que os códigos de comunicação são audíveis, visíveis e sensíveis (SILVA, 1996). Ao conversar, as pessoas realizam, além de um processo de comunicação, uma integração entre cultura e sabedoria popular. A conversa não é somente uma troca de informações, mas, também, uma comunicação de afetos e sentimentos (DUARTE JR., 2001).

Aprende-se a comunicação não-verbal junto às regras sociais. Apenas ao olhar para uma pessoa é possível perceber, mesmo sem que ela verbalize, como ela está se sentindo naquele ambiente. É comum aos pais olhar para o filho sem verbalizar nada, mas emitir uma mensagem de aprovação ou desaprovação do que se está fazendo. Pessoas próximas, amigos, com um simples olhar compreendem o que o outro está pensando, em determinada situação.

Guix (2008) cita um trabalho realizado na Universidade da Califórnia, que permitiu constatar que a comunicação ocorre 7% pelas palavras, 38% pelo tom de voz e 55% pela linguagem corporal. Na comunicação verbal as palavras são os grandes instrumentos, utilizados conscientemente, para estabelecer uma relação. As palavras têm o poder de influenciar os relacionamentos entre as pessoas, por isso é preciso de cuidado ao falar, para realmente transmitir a mensagem desejada. No entanto, sabe-se que as palavras representam meramente um pretexto para o início de um processo de comunicação, que envolve, também, a comunicação não-verbal. Todo comportamento tem o mesmo valor que uma mensagem: 90% dos sinais que chegam ao cérebro são transmitidos por meio da visão, do toque, da audição e da respiração. As expressões do pensamento, no momento da comunicação, ocorrem muito mais pela forma não-verbal do que pelas palavras faladas (BRAGA; SILVA, 2006).

As crianças não possuem o recurso de argumentar verbalmente seus anseios da mesma forma que os adultos. Para tanto, atualmente, buscam-se alternativas para estabelecer uma relação de interação com as mesmas. A ludicidade é uma das estratégias que vem sendo amplamente explorada junto à criança, favorecendo a sua comunicação, despertando a sua curiosidade e estimulando a sua autonomia de forma livre e prazerosa.

A comunicação é parte integral do processo de cuidar na enfermagem. Uma conversa técnica ou lúdica junto à criança, ou paciente, contribui para conhecer as necessidades e desejos da pessoa e para estabelecer uma interação entre os sujeitos. Na realização de um contato não somente técnico, mas, também, sensível, que envolve, neste caso, a fala, o toque, o olhar, o sentir, o ouvir, há uma aproximação dos sujeitos, o ser cuidado e o cuidador (FERREIRA, 2006).

A qualidade do processo de comunicação estabelecido entre o cuidador e o ser que recebe o cuidado se reflete no tratamento e na melhora da saúde do paciente. O enfermeiro precisa estabelecer um processo de comunicação com uma linguagem acessível e compreensível, respeitando as diferenças culturais (FERREIRA, 2006).

Na saúde da criança ainda é preciso enfrentar muitos obstáculos para priorizar conceitos e ações de promoção da saúde e não a doença, a fim de promover o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, na busca da qualidade de vida. Para realizar educação em saúde é necessária uma comunicação adequada com a mãe, ou responsável, e a criança, sempre conhecendo a linguagem, a cultura, respeitando experiências pessoais de ambos e dialogando de forma não-científica. As ações recomendadas para o cuidado somente serão efetivadas se a mãe e a criança tiverem confiança no profissional da saúde. O profissional deve motivar e estimular a mãe/familiar e a criança a falarem, e observar sua linguagem do cotidiano, que é rica em significados e pode contribuir com muitas informações importantes para o cuidado da mesma. Muitas mães e crianças não estabelecem uma comunicação por não compreenderem o que lhes é dito, e não falam por vergonha de sua cultura e simplicidade. É preciso rever a postura profissional e as práticas educativas por meio de um processo de comunicação que possibilite o diálogo e a escuta sensíveis sobre as manifestações das crianças e/ou da família, favorecendo a formação de vínculos de confiança. Comunicação é um dos aspectos mais relevantes no processo de cuidar e ensinar as crianças (QUEIROZ; JORGE, 2006).

Em um estudo realizado junto aos familiares de crianças portadoras de doença crônica, constatou-se que a comunicação é a primeira condição para o desenvolvimento de uma interação entre família, criança e equipe de saúde. A conversa realizada com os familiares permitiu uma compreensão dos seus contextos, o exercício de perguntas e respostas, suas percepções de saúde e

doença, bem como, seus olhares para o cuidado. O diálogo permitiu à enfermagem conhecer e compreender quem são os cuidadores dessas crianças nos seus lares. Os familiares trouxeram à tona o sentimento de responsabilidade para a manutenção da saúde e da vida de seus filhos. Os participantes do estudo enxergaram a necessidade de que cada uma das partes envolvidas nesse processo – criança, família, equipe e serviços de saúde – interajam, relacionem-se e estabeleçam uma comunicação de qualidade. Isso tudo se destinou à adequação do processo de cuidado às crianças (RIBEIRO; ROCHA, 2007).

Uma melhora na qualidade da assistência aos serviços de saúde e a implantação do programa de humanização em saúde tem relação direta com o estabelecimento de uma adequada forma de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Para tanto, há a necessidade das escolas prepararem estes estudantes para tal capacidade, quebrando o paradigma de que a habilidade de comunicação é algo nato, pessoal, que acompanha o estudante desde sua casa. É necessário investir em aprendizagem e recursos metodológicos para ensinar os estudantes da área da saúde a desenvolver habilidades de comunicação com as crianças, adultos, idosos e familiares (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007).

Com frequência, nas práticas acadêmicas no ambiente hospitalar, se encontram alunos com um bom potencial intelectual, mas com dificuldade de expressar-se e de interagir com pacientes e familiares; isso torna este momento um grande sofrimento para ele. É comum ele saber que atitude e ação deve tomar frente à condição do paciente, porém não consegue estabelecer um diálogo e uma comunicação efetiva no processo de cuidado com o mesmo.

O professor deve trabalhar, junto aos acadêmicos, estratégias para o desenvolvimento das habilidades de comunicação. O estudante precisa compreender a comunicação competente como parte integrante e essencial do processo de cuidar. Através da comunicação aprende a estabelecer os vínculos, realizar a anamnese da criança, levantar suas necessidades e dificuldades e elaborar as orientações de saúde. O professor precisa mostrar o efeito desta habilidade na vida pessoal e profissional do aluno. A aquisição da competência em comunicação interpessoal é um requisito fundamental para a formação do enfermeiro (BRAGA; SILVA, 2006).

Estabelecer uma comunicação competente é atingir os objetivos dos comunicadores, levando em conta a comunicação verbal e não-verbal, a clareza e

objetividade nas interações interpessoais. Este é o compromisso do professor na formação de profissionais comprometidos em estabelecer um processo de cuidado efetivo junto aos pacientes. Quando se demonstra interesse pelo outro, consegue-se expressar a mensagem com mais clareza e compreensão, estabelecendo um adequado processo interpessoal e, conseqüentemente, uma comunicação competente (BRAGA; SILVA, 2007).

No processo de cuidado à criança hospitalizada, é fundamental que se estabeleça um processo de escuta junto à mesma, a fim de poder esclarecer suas dúvidas e anseios, realizando uma investigação e anamnese para a elaboração da sistematização do cuidado, oferecendo, desta maneira, um atendimento integral.

A comunicação entre a enfermagem e a criança não precisa ser uma simples troca de mensagens, e nem ser realizada de maneira intuitiva e impulsiva; precisa ser uma ação planejada e individualizada, com um objetivo terapêutico. A comunicação é, também, um ato criativo que é capaz de provocar mudanças na forma de agir, pensar e atuar dos envolvidos (PONTES; LEITÃO; RAMOS; 2008).

O processo de comunicação pode ser influenciado por diversos fatores. É importante que o enfermeiro estabeleça uma comunicação apropriada e oportuna a cada situação, utilizando técnicas eficazes, sendo que uma delas é saber ouvir. A escuta também é uma forma de comunicação (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Em uma pesquisa realizada por Ferreira (2006) junto à pacientes hospitalizados, sobre o cuidado e a comunicação realizada pela equipe de enfermagem, constatou-se que o ato de conversar com eles era algo primordial no cuidado, pois favorecia a integração deles no meio social, auxiliava na interação com a família e entre os próprios pacientes, traduzindo-se em momentos de trocas e afetividade. Ouvir e dar voz ao paciente, para que expresse seus sentimentos, também foi visto como essencial.

A comunicação é um processo que ocorre por meio daquilo que faz sentido na vida das pessoas envolvidas. Muitas vezes, perde-se a oportunidade do diálogo e da interação entre o enfermeiro e o paciente, ao valorizar excessivamente a sofisticação tecnológica, a utilização de palavras técnicas e rebuscadas, não fazendo entender-se pelo outro, mas conseguindo demonstrar, apenas, sabedoria intelectual (FERREIRA, 2006).

Quando um enfermeiro começa a estabelecer um processo de comunicação com uma criança, ele precisa ser muito sensível aos detalhes, levando em conta que, no início, mais vale a linguagem corporal do que a verbal. A proximidade demasiada da criança, que o enfermeiro acaba de conhecer, pode gerar medo, e ficar muito distante pode demonstrar indiferença. Por este motivo, indica-se o meio termo e muito bom-senso.

É importante o profissional da saúde aproximar-se do mundo da criança, olhos nos olhos; isso é possível se o profissional se colocar na altura do paciente. Por exemplo, se a criança estiver no chão, o enfermeiro precisa abaixar-se para falar com ela na mesma condição. Este gesto de aproximação vai auxiliar no estabelecimento de uma relação de confiança entre equipe de enfermagem e criança hospitalizada.

Braga e Silva (2006) afirmam que para conseguir compreender a expressão dos pensamentos e sentimentos do outro, é preciso competência interpessoal. Os humanos são seres de relações, e a comunicação é o processo que auxilia no crescimento pessoal. Quando se consegue promover relações interpessoais verdadeiras, demonstra-se a capacidade de compreender os sentimentos e pensamentos próprios e os do outro.

Quando se desenvolve o cuidado à criança hospitalizada, é preciso deixar claro para a mãe a importância de manter um equilíbrio na interação, de modo que ocorra um diálogo entre ela e o enfermeiro, mas, também, haja a oportunidade de uma interação e um espaço comunicativo com a criança. Isso permite estabelecer uma relação, fazendo com que ela perceba-se integrada neste processo de cuidado e de educação em saúde.

Perosa e Gabarra (2004) acreditam que ocorre uma boa relação interpessoal com a criança, por meio da interação afetiva e amistosa; mas dois aspectos fundamentais na relação entre os profissionais de saúde e a criança são deixados de lado: a troca de informações e a tomada de decisão.

Um estudo realizado por Hart e Chesson (1998 *apud* PEROSA; GABARRA, 2004), na Inglaterra, verificou que os sentimentos, as opiniões e as informações que a criança pode oferecer não são considerados pela equipe de saúde. Há uma grande dificuldade dos profissionais da saúde em abordar verbalmente a criança durante a hospitalização, consulta ou exame, pelo fato de pensarem que, assim, estão protegendo-a de conversas que possam afetá-las emocionalmente.

A criança tem facilidade de comunicar-se melhor de forma não-verbal. Ambientes estranhos, ou não familiares, dificultam a comunicação, fazendo com que ela fique tímida em relação às outras pessoas, dificultando, assim, suas expressões e sua comunicação.

Valladares (2008b) fala sobre a dificuldade da criança em comunicar-se no ambiente hospitalar, devido à exposição a diferentes situações, ao tratamento a que é submetida e à quebra de sua rotina diária. Uma estratégia que auxilia a comunicação e a expressão são as atividades lúdicas; por meio delas a criança é capaz de ser espontânea e mostrar seus verdadeiros sentimentos.

O desenho, para a criança, é uma ferramenta de comunicação. Por meio dele ela externaliza seus conflitos e emoções, expressa o que está ativo em sua mente, de forma muito particular. A leitura dos desenhos infantis precisa ser feita por profissionais capacitados e que seguem critérios científicos; nestes desenhos podem-se analisar essas expressões e estabelecer relações com dados reais e subjetivos (PILLOTTO; SILVA; MOGNOL, 2004).

Faz parte de um cuidado efetivo o processo de comunicação entre criança e profissional, onde se possa oportunizar uma relação de reciprocidade entre ambos, deixando a criança expressar seus saberes e reconstruir novos conhecimentos sobre seu corpo, sua doença ou sobre a vida.

O enfermeiro, além das habilidades descritas na legislação, precisa possuir ou desenvolver uma habilidade fundamental no processo de cuidado: a comunicação. Por meio de uma comunicação adequada junto à criança hospitalizada é possível conceituar melhor seus problemas e ajudá-la a enfrentá-los, criando alternativas para a solução dos mesmos. Cabe ao profissional conhecer e desenvolver mecanismos de comunicação que facilitarão seu desempenho (SILVA, 1996).

Quando o assunto é ser humano, não se pode pensar somente no fisiológico da pessoa, é preciso levar em conta o seu emocional. O emocional é o subjetivo, o que ele pode ou não expressar para o profissional, pela comunicação, mas isso vai depender da habilidade de comunicação entre o profissional e a criança. Isso se inicia estabelecendo um vínculo de confiança entre ambos, com base na empatia e na criatividade (SILVA, 1996).

Com o desenvolvimento e implantação da filosofia de humanização em saúde, o paciente deixou de ser visto apenas como portador de uma doença e

começou a ser visto de forma individualizada. Dentre os profissionais da área de saúde, o enfermeiro é o profissional que trabalha mais na identificação das necessidades básicas do paciente. Ele busca apoiar, confortar, orientar, informar e educá-lo frente suas necessidades e, para isso, o grande instrumento necessário é a comunicação. É por meio do estabelecimento de uma comunicação efetiva que o profissional conhece e compreende o paciente, suas carências, sua forma de pensar, agir e sentir. A partir destas informações, estabelece um plano de cuidado individualizado. Para conseguir estabelecer essas necessidades, o profissional precisa estimular o paciente para que seja um sujeito ativo, oportunizando a expressão de suas carências (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A compreensão e o conhecimento da comunicação não-verbal, pelo enfermeiro, podem auxiliá-lo a melhorar sua comunicação e a perceber com maior precisão os sentimentos do paciente; a comunicação não-verbal auxilia a expressão das emoções, favorecendo o reequilíbrio interno (SILVA, 1996).

As crianças estão sempre muito conscientes do ambiente a que estão expostas. Elas observam e atribuem significado a cada gesto que a pessoa realiza. A comunicação não-verbal é muito forte junto às crianças de qualquer idade, pois ela transmite mensagens importantes. Na maioria das vezes, elas precisam avaliar a pessoa desconhecida antes de estabelecer uma comunicação. O enfermeiro, neste caso, precisa ter o cuidado de manter uma distância segura da criança, iniciar uma conversa com os pais, e se ela tiver algum brinquedo, começar falando do brinquedo para ela, deixando-a mais a vontade para iniciar um diálogo (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Os autores relatam estratégias de técnicas de comunicação criativa com a criança, de forma verbal e não-verbal; serão citadas algumas que podem ser utilizadas. Técnicas verbais de comunicação criativa com crianças: contar histórias, ou pedir à mesma que conte alguma história; biblioterapia (utilizar livros para ler, compreender cenas, histórias, ou estimular desenhos); sonhos (pedir que ela conte um sonho ou pesadelo que teve); três desejos (pedir que fale sobre três coisas que deseja muito); e, completar frases (apresentar uma frase parcialmente elaborada e solicitar à criança que complete). Quanto às técnicas de comunicação criativa não-verbal, podem-se citar: mágica (usar truques simples de mágica, auxilia na criação da empatia com a criança); brincar (é a linguagem universal da criança, brincando as crianças projetam seu eu interior por meio da atividade); desenhar (segundo os

autores, é a forma mais preciosa de comunicação que pode ser utilizada de forma não-verbal e verbal – quando a criança conta a história do desenho). Os desenhos são as projeções do eu interior; podem ser espontâneos ou dirigidos, e podem ser avaliados e interpretados pelos profissionais das áreas competentes (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Em um estudo realizado por Souza, Camargo e Bulgacov (2003), buscando avaliar a importância da utilização do desenho como forma de expressão da criança hospitalizada, verificou-se o desenvolvimento de um diálogo muito expressivo entre criança e profissional de saúde. Ao realizar o desenho e contar a história, ela fazia tudo relacionado às suas vivências e sentimentos, o que se tornou uma forma de organizar seu pensamento e suas emoções. Quando a criança realiza o desenho e conta a história, desenvolve-se um meio ideal para o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre ela e o profissional da saúde. Na comunicação intersubjetiva pode-se compreender o significado das palavras e interpretar o desenho como forma de expressão e de conhecimento.

Muitas vezes, a criança hospitalizada apresenta maior dificuldade de comunicar-se verbalmente, devido ao contexto da doença e da hospitalização, pois se encontra fragilizada e, na maioria das vezes, internamente desorganizada; nestes casos, o desenho e a pintura são estratégias que facilitam a sua comunicação. A pintura é uma atividade de relaxamento e, também, prazerosa para a criança; através dela é possível o extravasamento de tensões, angústias, medos e agressividade, sendo um meio para a criança expressar seus sentimentos de forma não-verbal (VALLADARES; CARVALHO, 2005).

Na fase inicial da infância, ao desenhar um objeto, a criança, na maioria das vezes, tem dificuldade de expressar sua forma real, mas ela expressa sua compreensão sobre o objeto e a relação que faz deste com seu mundo. Na utilização da comunicação verbal pode-se tentar mascarar os sentimentos e modificar a mensagem; já no desenho isso não acontece. Portanto, o desenho é uma das formas mais honestas de comunicação.

Diversas discussões e avanços sobre o tema comunicação têm permeado os espaços de saúde e educação, buscando oportunizar ao estudante de enfermagem a oportunidade de trabalhar, desde sua formação acadêmica, estratégias de aprimoramento no processo comunicacional. A comunicação é a estratégia facilitadora para o enfermeiro provocar mudanças e abandonar estratégias

comunicacionais informativas e unilineares, utilizando práticas mais voltadas ao diálogo e ao sensível, construindo novos caminhos, novos sujeitos e novas interações (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

A construção dos subsídios teóricos ampliou a compreensão do contexto da infância, permitindo verificar as possibilidades transversais de diferentes temas na área da saúde, bem como o processo interdisciplinar possível no ambiente hospitalar.

CAPÍTULO II – CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, cuja base de investigação reside na abordagem fenomenológica. A perspectiva de investigação qualitativa centra-se em um contexto de descobrimentos, onde o que se investiga são os significados e não a frequência de fatos dentro das relações e estruturas sociais. A pesquisa qualitativa é um estudo que tende a ser holístico, buscando a compreensão do todo, de uma realidade que não é conhecida ou compreendida. O pesquisador tende a salientar aspectos da experiência humana, buscando compreendê-los em sua totalidade, de maneira integral, por meio do subjetivo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa abrange questões que não podem ser quantificadas, permitindo desvendar e compreender o significado das práticas sociais, das relações baseadas nas crenças, aspirações, valores e atitudes humanas.

A pesquisa qualitativa permite, ao pesquisador, compreender a dinâmica e a estrutura do fato ou situação em estudo, sob o ponto de vista de quem a vivencia, além de favorecer a compreensão dos fenômenos de modo singular; estimula a compreensão dos sentimentos, temores e valores dos sujeitos (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

Ao definir o referencial metodológico o pesquisador precisa levar em conta seus objetivos de pesquisa e a característica do estudo, e deve realizar com rigor todos os passos definidos, a fim de manter o foco e dar credibilidade a sua investigação. Pelo fato desta pesquisa buscar compreender o significado da experiência do uso de leitura e produção de imagens junto a crianças hospitalizadas, tendo como sujeitos os acadêmicos do curso de enfermagem, optou-se por utilizar o método fenomenológico. Este método busca conhecer os significados que emergiram da experiência vivenciada por estes sujeitos na comunicação e no cuidado com as crianças, a partir do uso de um instrumento novo, criado especialmente para esta investigação.

Merighi e Praça (2003) afirmam que a fenomenologia busca redescobrir o sentido da existência, o sentido do ser humano no mundo e o sentido global de existir no mundo. É o resgate do sentido do ser.

A pesquisa fenomenológica busca interrogar o sujeito sobre a experiência vivida por ele e o significado atribuído a esse processo, de maneira a compreender a experiência na forma que ela existe na consciência do sujeito. Ela não prioriza o objeto e/ou o sujeito, mas sim a relação sujeito-objeto-mundo (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

O método fenomenológico busca o significado do fenômeno e sua essência; muitas vezes é intuído pelo pesquisador, encontrando-se nas entrelinhas do que foi dito. A investigação fenomenológica fundamenta-se em uma maneira de pensar sobre as experiências de vida das pessoas, investigando os fenômenos subjetivos e a crença de que as verdades críticas sobre a realidade estejam fundamentadas nas experiências vividas pelas pessoas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No desenvolvimento desta pesquisa várias etapas precisaram ser desenvolvidas. No primeiro momento realizou-se um aprofundamento da revisão da literatura, com o intuito de compreender e conhecer a linha de pesquisa, a educação estética, o processo de leitura e a produção de imagem, buscando uma relação com o ensino da enfermagem na saúde da criança. Esta etapa acompanhou todo o processo e foi a oportunidade para ampliar os conhecimentos de pesquisas desenvolvidas sobre o tema e verificar as particularidades que podem surgir em diferentes estudos. Posteriormente, elaborou-se o desenho da pesquisa, com o objetivo da mesma. Este foi o passo inicial para os demais, descritos a seguir.

2.1 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Foi solicitada autorização para a realização desta pesquisa ao coordenador do Curso de Enfermagem da ULBRA – *campus* Carazinho, informando a proposta de estudo, seus objetivos e a anuência do mesmo (ANEXO A). Finalmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, que aprovou o projeto nº. 0151.0.398.000-09 (ANEXO B). A pesquisa também foi submetida à apreciação da Comissão de Ética do Hospital São Vicente de Paulo, de Passo Fundo, que autorizou a realização do trabalho (ANEXO C).

Esta pesquisa atende à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – diretrizes para a pesquisa com seres humanos, e observou os aspectos éticos. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os sujeitos autorizaram sua participação voluntária na pesquisa, assegurando-se o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. O TCLE (APÊNDICE A) foi apresentado aos participantes no primeiro encontro; surgindo dúvidas, as mesmas foram esclarecidas antes da sua assinatura. O termo foi firmado em duas vias, assinado pela pesquisadora e pelo participante, e cada um ficou em posse de uma destas vias. Durante a pesquisa foram assegurados o respeito e a dignidade moral, ética e cultural dos entrevistados. Os sujeitos têm assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, garantindo a preservação de sua identidade, por meio da utilização de codinomes. As entrevistas foram gravadas, após a anuência dos participantes; elas ficarão armazenadas por cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador, e após serão destruídas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguarda aos autores da pesquisa a propriedade intelectual dos dados e divulgação pública dos resultados.

2.2 Cenários do desenvolvimento do estudo

Para o desenvolvimento das atividades de leitura e produção de imagens com as crianças hospitalizadas, realizou-se contato com três hospitais da região norte do Estado do Rio Grande do Sul, que possuem unidade pediátrica. Destes três hospitais, dois são de médio porte, Hospital Frei Clemente de Soledade e Hospital de Caridade de Carazinho, e um de grande porte, Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.

No Hospital Frei Clemente foi realizado contato e apresentação do projeto à Enfermeira Gerente dos Serviços de Enfermagem da Instituição. Não foi necessária a apresentação da área física do local, pois a acadêmica que desenvolveu a atividade o conhece bem, sendo que é funcionária do mesmo. A gerente de enfermagem assinou um termo de concordância da participação do hospital na pesquisa (ANEXO D).

No Hospital de Caridade de Carazinho, o contato e a apresentação do projeto foram realizados com a Enfermeira Gerente dos Serviços de Enfermagem, juntamente com a Enfermeira da unidade e sua equipe. Este hospital é conhecido pelos acadêmicos, uma vez que é o campo de estágio que a ULBRA – Carazinho utiliza para as práticas do Curso de Enfermagem, dispensando maiores apresentações. A Gerente de Enfermagem também assinou um termo de concordância da participação do hospital na pesquisa (ANEXO E).

As atividades que foram desenvolvidas no Hospital São Vicente de Paulo, tiveram de ser conduzidas de forma diferente, pois envolveram um número maior de acadêmicos neste ambiente, sendo que este é desconhecido pelos mesmos. Em um primeiro momento, foi realizada uma reunião dos acadêmicos participantes com a Enfermeira responsável pela Unidade Pediátrica, que apresentou o perfil e as características da unidade, informou sobre cuidados de Controle de Infecção, colocou-se à disposição para auxiliar nas atividades e, posteriormente, apresentou a estrutura física da pediatria. Foi realizada, também, uma visita para conhecimento da unidade de oncologia.

Foi realizada, pela pesquisadora, com o auxílio de dois acadêmicos sujeitos da pesquisa, uma apresentação do projeto de pesquisa e recortes do referencial teórico do projeto aos funcionários da Unidade Pediátrica do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), a pedido da Enfermeira responsável da unidade. O objetivo deste encontro foi deixar a equipe informada sobre o trabalho que seria realizado junto às crianças hospitalizadas na sua unidade de trabalho e, também, despertar para a manutenção posterior desta proposta. Neste encontro, inicialmente realizou-se uma dinâmica de sensibilização com música, produção de desenhos e a leitura destas imagens pelo grupo; estas atividades, junto ao referencial teórico apresentado, permitiram ao grupo compreender melhor o que é leitura e produção de imagens. Ao final da atividade, foi apresentado um trabalho sobre leitura e produção de imagens, realizado pela Prof^a. Dr^a. Graciela Ormezzano, com pacientes adultas oncológicas. Participaram da atividade as enfermeiras e técnicos de enfermagem que atuam na Unidade Pediátrica do HSVP, nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite. A equipe demonstrou valorizar a atividade e apresentou-se disposta a colaborar com a pesquisa. O aceite da realização da atividade desta pesquisa na instituição ocorreu após a avaliação do projeto de pesquisa pela Comissão de Ética do HSVP, que autorizou a realização do trabalho (ANEXO B).

Os cenários indiretos desta pesquisa foram estes três hospitais da região, cada qual com características e peculiaridades próprias. Far-se-á uma breve descrição de cada um deles.

» **Hospital de Caridade Frei Clemente** – O nome do hospital é uma homenagem ao Frei Capuchinho Clemente, que foi pároco de Soledade por muitos anos. Frei Clemente foi um grande líder na comunidade, e concretizou várias obras em prol dos cidadãos, como a reforma da Igreja Matriz, a casa paroquial, a construção de um ginásio de esportes e, principalmente, a construção do prédio hospitalar “Beata Gema Galgani”, entidade que dirigiu e administrou pessoalmente por um bom tempo, até que forças hostis à Igreja Católica arrebataram de suas mãos a direção do hospital. Ele faleceu em 1952, mas sua memória permanece entre a população da cidade.

O Hospital de Caridade Frei Clemente é uma entidade filantrópica, possui 150 leitos hospitalares e conta com 160 funcionários da área de enfermagem. Atende à demanda das cidades da região, como: Barros Cassal, Fontoura Xavier, Ibirapuitã e Mormaço. O hospital dispõe de um moderno centro cirúrgico, serviço de tomografia, ala psiquiátrica, setor de hemodiálise, laboratório de análises clínicas, setor de emergência, unidade de tratamento intermediário, centro obstétrico e unidade pediátrica; esta é composta por 15 leitos. Atuam na unidade duas técnicas de enfermagem, nos turnos da manhã e tarde, e uma técnica de enfermagem a cada noite. A Enfermeira responsável é a que atende as outras unidades do hospital, também. Existem quatro pediatras que internam crianças nesta unidade.

» **Hospital de Caridade de Carazinho** – É uma entidade civil, sem fins lucrativos, fundada em 1938, por meio de ações e organizações dos cidadãos Carazinhenses que constituíram a Liga Pró-Engrandecimento do Município de Carazinho; sendo que, a construção de um hospital foi a primeira preocupação deste grupo. Em 1963, o Hospital de Caridade de Carazinho conquista o título de Entidade Filantrópica. O hospital conta com 152 leitos para internações e atende usuários do SUS, convênios e particulares; possui clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, maternidade, berçário, uma CTI, uma ala para tratamento de dependentes químicos e o setor de urgência e emergência. Compõem o quadro clínico 400 funcionários, sendo que, destes, 187 são técnicos e auxiliares de enfermagem e 23 são enfermeiros; os demais fazem parte das equipes de serviços de apoio. O corpo clínico é composto por 52 médicos de diferentes especialidades. É considerado um

hospital de médio porte. A unidade pediátrica é composta por 15 leitos. Trabalham, nesta unidade, seis técnicas de enfermagem: duas pelo turno da manhã, duas à tarde e uma em cada turno à noite, e uma enfermeira que gerencia esta e outra unidade próxima.

» **Hospital São Vicente de Paulo** – É uma instituição de saúde de grande porte, do norte do estado do Rio Grande do Sul. Fundado em 24 de junho de 1918, através de esforços de confrades da Sociedade São Vicente de Paulo junto com a comunidade passofundense. Surgiu pela necessidade de atendimento aos doentes acometidos pela Influenza espanhola de 1918, mas, meses após, perpassou o objetivo inicial e começou a atender doentes com patologias diversas. Mais tarde, em 1958, a instituição tornou-se pioneira na formação de profissionais de enfermagem, instalando sua escola de auxiliares de enfermagem. Em 1969, estabeleceu convênio com a Fundação Universidade de Passo Fundo, adquirindo, naquele ano, junto ao MEC, o título de Hospital Escola. É referência em múltiplos serviços de saúde para o norte do Rio Grande do Sul e Oeste de Santa Catarina, em diferentes especialidades. Atualmente, o HSVP disponibiliza 601 leitos para internação, sendo considerado um hospital de importância para a dinâmica dos serviços públicos de referência e contra-referência em saúde, tanto no cenário estadual quanto nacional. A unidade pediátrica desta instituição conta com 58 leitos, assistidos por 46 profissionais de enfermagem de nível médio e dois enfermeiros por turno.

O cenário principal, de onde emanaram os sujeitos desta pesquisa, foi o Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, no *campus* localizado na cidade de Carazinho, interior do Rio Grande do Sul. A Universidade segue uma filosofia confessional comunitária e regional, tendo uma visão cristã da pessoa e da sociedade, com a preocupação essencial na formação integral do ser humano, bem como, no desenvolvimento social da comunidade, imprimindo a indissociabilidade entre o conhecimento e a prática, pesquisa, valores e respeito aos direitos e integração do ensino, serviços e usuários. O Curso de Enfermagem foi implantado no ano de 2000, tem duração de dez semestres, funciona nos turnos vespertino e noturno, sendo que as práticas supervisionadas acontecem nos períodos da manhã e da tarde; a carga horária é de 4.080 horas/aula. O sistema de acesso é por concurso vestibular, de periodicidade semestral. O grau conferido aos concluintes é o de Bacharel em Enfermagem. O marco conceitual do curso é

norteado pela Filosofia Humanística e Holística, com base na compreensão da pessoa, seu objeto, como um ser biopsicosocioespiritual, em constante interação com o ambiente, onde busca o equilíbrio. O eixo temático do Curso de Enfermagem é o cuidado humano e seus processos, sob uma visão interdisciplinar.

2.3 Sujeitos do estudo

Sendo a pesquisadora, docente de um curso de enfermagem, definiram-se como sujeitos da pesquisa acadêmicos do curso de enfermagem da instituição de ensino a qual a mesma está vinculada.

Primeiramente foi realizada a seleção voluntária dos sujeitos da pesquisa, provenientes do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, *campus* Carazinho, que poderiam ser do sexo feminino e/ou masculino, mas que já tivessem cursado disciplinas até o quarto semestre. Foram levados em conta os semestres letivos que estes alunos já haviam concluído, pelo fato de que a partir do quarto semestre o aluno já conhece a rotina do ambiente hospitalar, pois já realizou dois semestres de atividades com práticas hospitalares.

A população em estudo foi constituída por quatorze acadêmicos de enfermagem, que já tinham cursado disciplinas até o quarto semestre, no Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, no *campus* Carazinho. Os participantes foram escolhidos através de um processo seletivo voluntário para interessados em participar deste estudo. Dos participantes, treze são do gênero feminino e um do gênero masculino. A faixa etária dos sujeitos ficou entre 21 anos até 39 anos; dentre eles, 10 atuam na área de enfermagem em nível técnico e um trabalha na enfermagem há 23 anos; o que trabalha a menos tempo, possui cinco anos de experiência na área. O maior número dos sujeitos estuda e trabalha; apenas quatro são estudantes, sem experiência prévia na área de enfermagem. Quatro sujeitos têm filhos, sete são casados e sete são solteiros. Percebe-se que o grupo é heterogêneo, com diferentes idades e experiências, tanto pessoais como profissionais. O Quadro 1 contém um resumo das características dos sujeitos da pesquisa.

Sujeito (codinome)	Idade	Sexo	Estado Civil	Filhos	Tempo de atuação na enfermagem	Semestre
Branca de Neve	33	F	casada	não	12 anos	5º
Cinderela	31	F	casado	sim	Não	7º
Mônica	29	F	casado	não	9 anos	5º
Mulher Maravilha	31	F	solteira	não	10 anos	7º
Pateta	37	F	casado	sim	17 anos	6º
Pato Donald	38	F	casado	não	23 anos	6º
Penélope Charmosa	25	F	solteiro	não	5 anos	7º
Pequena Sereia	25	F	solteiro	não	Não	7º
Peter Pan	21	M	solteiro	não	Não	7º
Princesa Sara	31	F	casado	sim	Não	7º
Shirra	27	F	solteiro	não	7 anos	6º
Sininho	39	F	casado	sim	5 anos	7º
Smurfett	30	F	solteiro	não	5 anos	6º
Ursinhos Carinhosos	25	F	solteiro	não	5 anos	6º

Quadro 1 – Resumo das principais características dos sujeitos selecionados para realizar a pesquisa.

No momento de descrever os resultados do estudo foram usados codinomes de personagens infantis aos sujeitos, sendo que cada um dos sujeitos escolheu um personagem infantil proveniente de lembranças da sua infância.

2.4 Desenvolvimento da vivência

Para a realização da coleta de dados junto aos sujeitos, várias etapas antecederam este momento; foi proposta uma vivência, descrita a seguir.

Após o embasamento teórico pela pesquisadora, surgiu a ideia da construção de um instrumento que tivesse imagens e espaços para o desenvolvimento de desenhos, pinturas e textos escritos, para utilizar junto às crianças hospitalizadas. Foi, então, construído o instrumento “Quando uma criança adoecer” (APÊNDICE B). O instrumento foi elaborado pela pesquisadora, que se inspirou em um livro de

Heegaard (1998), e usou de sua experiência e vivência junto às crianças hospitalizadas para definir os aspectos a serem abordados. Para uma boa apresentação deste, contou-se com o apoio de duas acadêmicas do curso de Tecnologia em Design Gráfico da UPF, Miki Onomichi e Clariana Donde, que realizaram as ilustrações do instrumento.

Foram estabelecidas normas para uma melhor aplicação do instrumento, a fim de orientar sua utilização pelos sujeitos da pesquisa. Este instrumento foi testado e avaliado previamente pela pesquisadora, considerando aspectos referentes ao estabelecimento de uma melhor comunicação e interação entre o acadêmico e a criança.

A vivência do acadêmico de enfermagem junto à criança hospitalizada valeu-se da utilização deste instrumento como suporte para alguns aspectos fundamentais: a comunicação, o cuidado, a anamnese e a educação para a saúde.

No primeiro momento realizou-se um encontro para apresentação do projeto e uma sensibilização da proposta de pesquisa aos sujeitos. Este encontro foi realizado, no *campus* da Ulbra-Carazinho, e contou com a presença dos acadêmicos de enfermagem interessados em participar da pesquisa. A atividade iniciou com a explanação da Especialista em Arteterapia, Prof^a. Liane Zart Arruda, que expôs suas experiências com arteterapia em diferentes ambientes hospitalares, como hemodiálise, oncologia e unidades de internação. Houve um grande interesse e muita atenção da parte dos acadêmicos frente às colocações da Prof^a. Liane. A convidada mostrou diversos trabalhos de leitura e produção de imagens desenvolvidos com pacientes no ambiente hospitalar.

Posteriormente, a pesquisadora apresentou o projeto, iniciando pela problemática, objetivos e metodologia; apresentou, também, o instrumento “Quando uma criança adoecer!”, os materiais e o uniforme a serem utilizados pelos sujeitos da pesquisa. Todos os presentes manifestaram interesse em participar, e ficaram curiosos em conhecer mais sobre o assunto; percebeu-se, na expressão de cada um, o encantamento sobre o tema. Foram discutidas a metodologia e as normas para a utilização do instrumento. A pesquisadora entregou um exemplar do instrumento para cada participante, a fim de estudarem em casa e verificarem possíveis dúvidas sobre o mesmo; as dúvidas que surgiram foram discutidas e sanadas pela pesquisadora, junto aos acadêmicos.

Os sujeitos da pesquisa, na qualidade de acadêmicos de enfermagem, realizaram uma vivência junto às crianças hospitalizadas, nas unidades pediátricas dos hospitais anteriormente citados, onde estimularam a leitura e a produção de imagens pelas crianças, utilizando o instrumento elaborado pela autora do projeto.

Para cada sujeito participante foi entregue um conjunto (Figura 1) composto de: sacola, estojo para pintura, três exemplares do instrumento “Quando uma criança adoecer!” e um avental colorido, para utilizar na realização das atividades junto às crianças hospitalizadas, e, ao mesmo tempo, servir para identificar os sujeitos no ambiente hospitalar.



Figura 1 – Conjunto de material entregue para os acadêmicos de enfermagem.

Os acadêmicos foram distribuídos em números diferentes, de acordo com a demanda de crianças hospitalizadas, ficando assim colocados: Hospital Frei Clemente – um acadêmico; Hospital de Caridade de Carazinho – três acadêmicos; e, Hospital São Vicente de Paulo – dez acadêmicos, sendo que dois destes trabalharam com crianças atendidas pela unidade oncológica, mas internados na unidade pediátrica. O grupo de estudantes elaborou uma escala para o

desenvolvimento das atividades no HSVP, a fim de não concentrar muitos acadêmicos no mesmo local e data, buscando causar a mínima interferência possível na rotina hospitalar.

A distribuição dos alunos levou em conta, também, o local de residência deles, a fim de não gerar custos com transporte e permitir a otimização do tempo por parte dos sujeitos.

Cada sujeito realizou a atividade com três crianças hospitalizadas; com cada uma das crianças foram realizados três encontros individuais. Cada encontro diário teve, em média, a duração de uma hora e meia com cada paciente. A idade das crianças participantes ficou entre três e 10 anos.

A dinâmica desta atividade desenvolveu-se da seguinte maneira: o acadêmico chegava à unidade pediátrica, vestindo o avental colorido e munido da bolsa com os materiais e fazia contato com a enfermeira do setor; esta direcionava alguns pacientes ao aluno, que visitava os mesmos, conversava com a criança e a família, e verificava o interesse da realização desta atividade. As crianças decidiam se desejavam participar das atividades ou não.

Após esses protocolos iniciais, o acadêmico iniciava o contato e o estabelecimento do vínculo com a criança. Se a condição da criança permitisse, a mesma era levada à brinquedoteca para realizar as atividades. Caso contrário, a atividade era realizada no próprio leito. Era aberto o estojo oferecendo todas as opções para desenho e pintura, e era apresentado o instrumento “Quando uma criança adoecer!”. O acadêmico lia e explicava as instruções em cada página, de acordo com a idade da criança e, depois, deixava a criança realizar os desenhos; em algumas páginas já havia desenhos sobre questões de educação em saúde; nestes momentos era realizado um processo educativo junto à criança. A criança desenvolvia partes do instrumento em cada encontro, mas no final de cada encontro o acadêmico solicitava à criança que contasse para ele o que ela havia desenhado e o que significava o desenho que havia feito. Este era um dos momentos mais interessantes e mais ricos da atividade, onde se estabelecia um processo de comunicação e cuidado muito próximo entre a criança e o sujeito.

Cabe ressaltar que com algumas crianças ocorreram mais de três encontros, pois a criança permanecia hospitalizada e solicitava ao acadêmico que retornasse, para continuar realizando desenhos.

Ao término da atividade com as três crianças, os sujeitos comunicavam a pesquisadora, que posteriormente agendava um horário com este acadêmico para realizar a entrevista fenomenológica, a fim de coletar os dados para esta pesquisa.

2.5 Procedimento de coleta e registro dos dados

A coleta de informações foi realizada por meio da entrevista fenomenológica, individual e não-estruturada, com a seguinte questão norteadora: O que significou para você trabalhar com leitura e produção de imagens junto às crianças hospitalizadas?

A entrevista é uma das técnicas mais usuais nas pesquisas qualitativas. É por meio da fala dos sujeitos que se buscam os dados ou informações sobre um tema científico que contribuirá para o desenvolvimento da pesquisa. A entrevista é uma conversa com propósitos bem definidos (MINAYO, 2004).

A entrevista fenomenológica é uma forma de compreensão de uma verdade proveniente de uma experiência vivenciada pelo sujeito; ao entrevistador cabe a interpretação compreensiva. As expressões e falas do sujeito podem ser comparadas às cores que um artista coloca em sua tela, por meio delas retrata o seu sentimento ou a sua experiência de mundo. Portanto, o entrevistador precisa penetrar no significado da fala do sujeito, interpretar a linguagem e intervir para estimular a conversa ou clarear um assunto, mas seguindo na mesma direção do sujeito, nunca intervindo na entrevista tirando o foco do significado do outro. Para tanto, é necessária muita sensibilidade da parte do entrevistador (CARVALHO, 1987).

Na entrevista não-estruturada o pesquisador tem a ideia do assunto que quer investigar e lança uma questão ampla do tema de estudo. É preciso estimular o sujeito a fornecer informações, mas sem induzir conceitos ou ideias, deixando-o a vontade para que se expresse da sua maneira (TOBAR; YALOR, 2001).

O fenômeno precisa ser interrogado pelo pesquisador, pois este busca conhecer o que as vivências significam para os sujeitos da pesquisa. Busca-se não uma relação de causalidades, mas sim dos significados atribuídos pelos sujeitos a essa experiência (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

A coleta de informações foi realizada com os acadêmicos de enfermagem, após eles terem realizado as vivências junto às crianças hospitalizadas. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada sujeito, tomando-se o cuidado de escolher um ambiente tranquilo, sem o risco de interferência de outras pessoas, um local agradável que permitisse ao sujeito sentir-se à vontade para falar. A duração média de cada entrevista foi de 50 minutos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

2.6 Interpretação dos dados

Na fase final da pesquisa ocorreu a análise e a validação das informações; nesse momento o pesquisador precisa compreender os dados de forma minuciosa. Foi realizada a leitura do conteúdo das entrevistas, em busca das significações dos sujeitos. Os dados coletados foram interpretados, as informações foram traduzidas para a linguagem psicoeducativa e foram estabelecidas as essências. Os dados desta pesquisa foram interpretados através do método fenomenológico; existem diversos métodos de análise dentro da fenomenologia, porém optou-se por utilizar o método fenomenológico proposto por Giorgi (2010) que é composto por quatro passos, e mais um passo proposto por Comiotto (1992). Isto tudo com o objetivo de descrever e perceber cada pessoa dentro de sua singularidade. Os passos deste método compreendem cinco etapas.

2.6.1 Primeiro passo – O sentido do todo

Neste passo o pesquisador deve captar da entrevista oral as vivências do entrevistado. É preciso realizar a leitura e compreensão dos textos provenientes das entrevistas.

A leitura das transcrições é necessária para que se tenha uma noção da descrição do fenômeno por inteiro. A abordagem fenomenológica é holística, uma vez que percebe os significados dentro de uma descrição. No entanto, esta fase da

análise não tem o intuito de esclarecer ou tornar mais explícito o sentido global da descrição. O pesquisador precisa ser sensível aos dados do fenômeno que está pesquisando. A diferença entre a fenomenologia e as outras abordagens qualitativas é que o fenomenólogo lê a descrição dentro da redução fenomenológica científica, isso significa que deve observar o foco das mudanças na leitura. É importante observar o sentido do todo e usar da sensibilidade para discriminar os objetos intencionais fornecidos pelo participante (GIORGI, 2010).

Concluindo, o objetivo principal deste passo é a leitura das transcrições das entrevistas, com o intuito de impregnar-se do conteúdo das mesmas para compreender a linguagem do entrevistado.

2.6.2 Segundo passo – As unidades de significado

Este passo consiste na redução fenomenológica, e nesse momento é necessário usar da percepção, visto que as descrições das entrevistas são bastante extensas para serem tratadas de forma holística, por isso é importante dividi-las em partes, formando as unidades de significado. As unidades emergem por meio da análise e releitura das entrevistas de forma espontânea, voltando ao início da descrição. A partir disso faz-se uma marca adequada nos dados, cada vez que há uma mudança significativa em seu sentido; devem-se numerar cada unidade em ordem crescente, junto ao número da cada entrevista (GIORGI, 2010).

É preciso ressaltar que a frase é uma unidade gramática, portanto não deve ser usada como referência de unidade de significado; ela não é adequada para revelar significados psicológicos (GIORGI, 2010).

As unidades de significado são o resultado da sensibilidade psicológica que o pesquisador traz para a tarefa. Elas baseiam-se na dimensão do que é mais sensível para o objetivo final da tarefa. O pesquisador não pode perder o foco, deve manter-se consciente do fenômeno específico que está investigando.

No fim desta etapa é que a descrição é dividida em uma série de unidades de significado. É uma atividade espontânea, que é mais determinada pela experiência vivida do pesquisador.

2.6.3 Terceiro passo – Transformação das unidades significativas em linguagem psicoeducativa

Este passo é o coração do método, sendo bastante trabalhoso, pois se tem a tarefa de descrever com cuidado as transformações dos dados originais dos participantes; o pesquisador deve ficar aberto e sensível ao que está sendo evidenciado pelos entrevistados.

Nesta etapa, uma vez mais, o pesquisador vai voltar para o início da descrição, que está delineada em termos de unidades. Em seguida, ele começa a interrogar o significado de cada unidade, para descobrir como expressar de uma maneira mais satisfatória as implicações psicológicas da descrição da experiência vivida (GIORGI, 2010).

É preciso mergulhar no mundo dos sujeitos para compreender sua essência. O pesquisador tem de estar aberto e sensível para compreender o que foi mostrado nas entrevistas. A linguagem psicoeducativa é a interpretação e expressão do fenômeno explicitado pelo sujeito.

O terceiro passo é um processo que leva algum tempo; não é feito rapidamente. O pesquisador tem que insistir com os dados, alterar e possuir uma cautela imaginativa, que inclui imaginar o oposto do que se poderia desejar expressar, até achar uma expressão que é adequada. Nessa análise começa uma perspectiva mais rica de mundo, mais complexa, e os significados psicológicos que estão incorporados na descrição do concreto são esmiuçados (GIORGI, 2010).

O pesquisador poderá escrever várias versões antes de atingir a expressão desejada, já que, nessa fase foram feitas as transformações da linguagem dos sujeitos em linguagem científica. Desta forma, é possível penetrar nos aspectos essenciais do fenômeno que se desvelava, reescrevendo as falas com suas estruturas de significado, respeitando, sempre, o discurso original.

2.6.4 Quarto passo – Síntese das estruturas de significado

Neste quarto passo, as unidades de significado transformadas servem como base para a elaboração de uma escrita, onde serão incorporadas em um único texto claro e objetivo, que visa atingir as essências do fenômeno. Estas essências correspondem às experiências vividas pelos participantes da pesquisa, de acordo com a percepção do pesquisador.

Na elaboração do texto, o pesquisador necessita ter o cuidado para não se arraigar nas análises parciais, mas, sim, em uma visão geral de toda a descrição, pois a escrita tem uma perspectiva muito mais abrangente do que as transformações. Isso é conseguido através da varredura de todas as unidades de significado transformadas, passando, comparando e contrastando o que parecem ser, a fim de verificar se eles poderiam ter vindo de algum tipo de experiência (GIORGI, 2010).

É a criação de algo novo, proveniente da fusão das percepções dos sujeitos e do pesquisador, onde se encontram os aspectos realmente significativos, mas sempre levando em conta a visão do todo. É preciso intuir as essências que emergem das falas dos sujeitos (GIORGI, 2010).

2.6.5 Quinto passo – Dimensões fenomenológicas

A partir das sínteses realizadas sobre as percepções dos participantes da pesquisa, no que diz respeito à trajetória de seus mundos, suas experiências e a leitura exaustiva dos discursos de cada sujeito, surge a necessidade de agrupar os fenômenos representativos em uma ficha denominada Dimensões Fenomenológicas. Esta abrange as vivências significativas, experienciadas no decorrer da trajetória de vida, que foram trazidas nas entrevistas como aspectos marcantes (COMIOTTO, 1992).

Este quinto passo tem como objetivo encontrar as dimensões mais significativas do fenômeno, que irão surgindo ao longo do trabalho e que compõem as essências.

É o encontro das dimensões mais significativas do fenômeno, que surgiram durante o trabalho e que irão compor as essências. As dimensões provêm da intuição e não da fragmentação do fenômeno. Ocorre a síntese entre a subjetividade e o mundo, de forma a estruturar os significados dados à vivência através da linguagem.

Após o desenvolvimento da vivência dos acadêmicos com as crianças, foi realizada a entrevista com os sujeitos da pesquisa, no caso os acadêmicos de enfermagem. De posse desse material, foram seguidas as etapas que o método escolhido recomenda, a fim de encontrar as essências e suas dimensões, provenientes desta vivência. Primeiramente, foi realizada uma leitura cuidadosa de todas as entrevistas, para se ter a noção do todo. Em seguida, separaram-se as descrições em partes, que são as unidades de significados. O passo seguinte foi transformar cada unidade de significado, originalmente expresso pelos entrevistados, em linguagem psicoeducativa. Estas unidades de significados, junto com a releitura das entrevistas, serviram como base para a elaboração do texto (APÊNDICE C) onde os sujeitos expressam o significado vivenciado na aplicação da leitura e produção de imagens, para a realização de um processo educativo e cuidativo do acadêmico de enfermagem com as crianças hospitalizadas.

Para finalizar, novamente foram realizadas várias leituras do texto, até se chegar às essências fenomenológicas e suas dimensões, que compõe o capítulo a seguir.

CAPÍTULO III – ESSÊNCIAS FENOMENOLÓGICAS

De posse do material coletado pelas entrevistas com os acadêmicos, o mesmo foi analisado pelo método fenomenológico, de acordo com a linha proposta por Giorgi (2010) e Comiotto (1992), seguindo as cinco etapas que compõe esta análise, citadas anteriormente. Utilizaram-se recortes das falas dos sujeitos obtidas na entrevista, como estratégia de exposição dos resultados encontrados, o que permite ilustrar melhor o que emergiu por parte dos sujeitos. Do conteúdo das entrevistas, e com a análise destas, buscaram-se as significações dos sujeitos frente a esta vivência e construíram-se quatro essências e suas dimensões:

O DESENHO NA COMUNICAÇÃO ACADÊMICO-CRIANÇA

- ⇒ Considerações sobre o desenho;
- ⇒ Dificuldades e benefícios da leitura e produção de imagens.

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO

- ⇒ Aprendendo a cuidar da criança;
- ⇒ Educação na/em saúde.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

- ⇒ Percepções sobre a criança hospitalizada e o instrumento “Quando uma criança adoecer!”;
- ⇒ Relação acadêmico-família.

FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

- ⇒ Sentimentos do acadêmico de enfermagem;
- ⇒ Equipe de enfermagem: predomínio da habilidade técnica.

3.1 O desenho na comunicação acadêmico-criança

Quando as pessoas falam em desenho, já ficam imaginando obras de arte perfeitas, maravilhosas ou com detalhes muito particulares; porém, quando a proposta é desenvolver arte em um ambiente limite, onde o objetivo não é a sua beleza externa, mas a transformação interna de quem a desenha, isso pode ser considerado ousadia, sonho e distância das questões reais de saúde da população. Mas esta é uma proposta única para cada criança, e provém da construção interna, que irá se basear nas experiências individuais de cada ser.

Esta essência objetiva mostrar o que os acadêmicos de enfermagem observaram quanto à utilização dos desenhos durante sua vivência com as crianças hospitalizadas e, ao mesmo tempo, compreender os benefícios da utilização desta proposta e algumas dificuldades observadas pelos acadêmicos durante o desenvolvimento da leitura e produção de imagens.

3.1.1 Considerações sobre o desenho

A experiência vivida pelos acadêmicos de enfermagem com Leitura e Produção de Imagens junto à criança hospitalizada os reportou a um universo não muito comum na academia, oportunizando a compreensão de uma nova forma de comunicação com as crianças.

Por meio dos desenhos realizados pelas crianças hospitalizadas, eles conseguiram conhecê-las melhor. As crianças desenhavam e, após o desenho, eram questionadas pelos acadêmicos para que expressassem verbalmente o

significado do que haviam ilustrado. Neste momento as crianças relatavam não somente os desenhos, mas, também, a sua história de vida.

Pelo desenho elas contavam do que gostavam de fazer em casa, falavam de sua família, de sua dor e dos seus sentimentos. Em vários momentos os acadêmicos relataram essa nova possibilidade de compreensão da criança. Elas dedicavam-se aos detalhes dos desenhos; algumas crianças são muito minuciosas e transpareciam suas características individuais, na leitura e produção de imagens. Dois dos entrevistados comentaram: “[...] eu senti o quanto eles me expressaram no desenho, a história de vida deles, o momento que eles estão passando [...] realmente eles representam através daquele desenho o que eles estão sentindo, o que eles estão pensando naquele momento [...]” (URSINHOS CARINHOSOS). “[...] é uma forma de conhecê-los mais profundamente [...] não só a história deles, mas os detalhes [...] teve uma que colocou muita cor, muito colorido, desenhava os canteiros da casa, o muro, desenhava os detalhes do quarto [...]” (PENÉLOPE CHARMOSA).

Explorar coisas novas é uma necessidade básica da criança, porém, quando ela adoece estas oportunidades se restringem, pois o hospital não é um ambiente estimulador. Muitas coisas da rotina diária de uma criança se modificam, coisas diferentes começam a fazer parte de sua vida, e isso a deixa mais fragilizada. É necessário que se oportunize a esta criança espaços e oportunidades para que o ambiente hospitalar não seja visto de forma tão negativa e ameaçadora e, ao mesmo tempo, se consiga restabelecer uma comunicação desta criança com o mundo (VALLADARES; CARVALHO, 2006b).

Chamou atenção aos acadêmicos à capacidade das crianças relacionarem e expressarem os fatos da sua vida e da sua doença. Esta capacidade de compreensão de diversos fatos da vida pela criança é subestimada, principalmente pelos profissionais da enfermagem, que muitas vezes consideram a criança incompetente em compreender assuntos do cotidiano. Claro que, para isso, deve-se utilizar uma linguagem que se aproxime de seu desenvolvimento cognitivo.

Nos desenhos eu consigo perceber claramente o que, há três anos foi a doença pra ela, e o que está sendo essa doença voltando [...] cada dia ela conseguia expressar nos desenhos exatamente o que ela estava sentindo, exatamente os conflitos que ela estava vivendo naqueles dias [...] (PEQUENA SEREIA).

Com frequência observa-se que a família e a equipe de saúde omitem da criança o conhecimento sobre sua doença, os procedimentos a que será submetida e as prováveis modificações que ocorrerão em seu corpo. Esta atitude é fundamentada em uma falsa ideia de diminuição do sofrimento para a criança, baseada no conceito de proteção à mesma e acreditando que ela é pequena para entender determinados assuntos. Sabe-se que isso não é algo simples de compreender para qualquer pessoa, seja criança ou adulto (RIBEIRO; PINTO JR., 2009).

O desenho era a condição de manifestar-se sobre assuntos que, na maioria das vezes, lhe é negada oportunidade, principalmente pelos pais, como uma forma de cuidado e proteção à criança. Existem vários aspectos que envolvem a doença, e fatos desta são velados aos pacientes, principalmente as questões emocionais da doença. Com a criança, os pais fazem este processo de filtro e, de certa forma, negação, a fim de não deixar a criança triste ou assustada. Destaca-se aqui o fato de uma criança que apresentava um distúrbio hematológico e expressou sua compreensão sobre a doença pelo desenho.

[...] ela me disse que quando ela foi internada na UTI [...] o quarto era vermelho [...] não tem quarto vermelho no hospital, então eu perguntei pra ela se ela sabia por que estava no hospital? [...] ela me disse que tinha uma doença no sangue [...] o sangue é vermelho [...] tu sabe que o meu quarto lá na UTI era todo vermelho, e tem o desenho, que ela pintou, o quarto, as paredes, tudo vermelho, então eu acho que ela associou aquilo com o sangue [...] (SININHO).

Ao realizar um desenho, a criança estimula seu lado intelectual, mental e emocional. Por meio desta representação simbólica, que são as cores, as formas e os tamanhos que a criança utiliza nos desenhos que produz, ela trabalha seu inconsciente, o que lhe permite elaborar e compreender muitas situações novas de sua vida, no caso, a hospitalização e a doença (VALLADARES; CARVALHO, 2006b).

Em uma pesquisa realizada por Grisanti, Lange e Ribeiro (2003), utilizando a técnica de desenho-estória com crianças acidentadas, os autores concluíram que para a criança o uso do desenho permite que ela reelabore seus sentimentos e os conflitos que envolvem este processo traumático.

Ficou evidente a importância do desenho e quanto este estimula a criança a falar, não importa a capacidade de realizar o desenho, a habilidade manual da criança ou a condição estética do mesmo, mas o que realmente a criança quer representar ali, o que ela consegue expressar no desenho. “[...] saiu tanta coisa assim que meu Deus *[risos]* o que significa? Mas cheio de significados [...] muitos, em cada conversa que tínhamos em cima daquilo, era tudo legível pra mim [...]” (URSINHOS CARINHOSOS). A esse respeito outro sujeito comenta:

[...] tu não consegue pegar muita coisa dela, ela tem vergonha de ti, ela não sabe o que falar, tu pergunta as coisas pra ela, e a primeira coisa é olhar pra mãe, e [...] e assim com o desenho [...] elas conseguem te passar muito bem o que elas estão pensando, o sentimento delas [...] (PETER PAN).

No desenvolvimento das atividades de desenho junto à criança, o acadêmico envolvia-se e falava com a mesma na linguagem dela. Ele penetrava no mundo infantil, demonstrava interesse nela e, com isso, estabelecia uma aproximação, um vínculo de confiança e respeito entre eles.

[...] então ela me contou das irmãs dela, da rotina, como era no colégio [...] que a mãe dela era separada, a mãe dela tinha um namorado, e depois ela me contou que a bisavó [...] ela ia me contando assim as coisas, e [...] e o desenho mostra muito *[silêncio]* como é que ela estava se sentindo (SININHO).

Alguns acadêmicos relataram muita insegurança ao iniciar esta atividade, medo de não conseguir aproximação com a criança, de não conseguir estabelecer uma relação com ela, independente dos pais. Mas todos foram unânimes em afirmar que o desenho possibilitou esta aproximação. Alguns já havia tido experiências em outros momentos com crianças, mas não haviam conseguido uma comunicação tão adequada como nesta experiência.

O desenho se mostra uma ótima estratégia de aproximação e de compreensão da criança, embora eles tenham diferentes características e expressões, se apresentem de diferentes maneiras, alguns coloridos, outros não. Uns desenham grande, outros, muito pequeno; alguns utilizam formas estranhas.

Eles desenharam e verbalizaram o seu desenho; algumas precisaram ser questionadas, mas isso é o interessante, pois, para a criança, ela não está falando de si mesma, está falando do desenho, então fica mais leve e natural para ela falar sobre determinado assunto. “[...] ele pintava, mas uma coisa mais tímida, eu perguntava ‘tu não quer usar cores? têm várias cores, vários tipos pra ti usar, pode usar giz de cera, canetinha [...]’, ‘não, não quero [...]’, tudo assim, só no preto e branco, preto e branco [...]” (PATETA).

[...] no desenho dele todas as pessoas eram assim, bolinhas. Que são as bolinhas? É catapora [...] ele não tinha catapora, tudo pra ele era catapora [...] e esses dois desenhos aqui [...] isso tudo é catapora, eu pedi pra mãe dele se ele já teve catapora, nunca teve, e tudo era bolinha nos desenhos [...] (PETER PAN).

Valladares (2008a) destaca a importância dos profissionais buscarem mais conhecimentos do mundo subjetivo infantil, aprofundando o conhecimento das produções imagéticas da criança, a fim de conseguir inserir-se no seu contexto.

Em um trabalho realizado por Menezes, Moré e Cruz (2008), os autores buscaram conhecer a utilização do desenho infantil dentro do contexto hospitalar; eles verificaram o uso do desenho em diferentes situações e com diferentes objetivos. Pode-se destacar que a atividade foi utilizada para aliviar a ansiedade das crianças no pré-operatório e para investigar e compreender como a criança percebe o processo de saúde e doença. O estudo aponta, também, que é um excelente instrumento de comunicação para ser utilizado junto à criança.

No primeiro contato do acadêmico com a criança, existia certa timidez de ambos e a necessidade de uma aproximação. Então, no início da proposta dos desenhos, a criança ficava apreensiva, mas nos dias subsequentes aquele momento era o mais esperado do dia. Havia uma necessidade por parte dela em realizar a atividade. Ela sentia-se comprometida e envolvida nesta tarefa, e demonstrava muita vontade e prazer em realizar os desenhos. Algumas queriam fazer todo o instrumento em um só dia. Foi bem destacada, pelos acadêmicos, a evolução da relação da criança com eles do primeiro até o último encontro, reafirmando a aproximação e o vínculo que se estabelecia. Os desenhos transpareciam muita

verdade, como é característica das crianças, a sinceridade. Três sujeitos comentaram: “[...] em cada desenho, em cada traçado assim, eles faziam aquilo com uma vontade [...] te passava uma coisa boa e no decorrer do trabalho a gente já estava criando um vínculo [...]” (CINDERELA). “[...] o que ela mais gostava no hospital era desenhar” (SHIRRA). “[...] no início era de uma forma, e no final já mudava tudo [...]” (CINDERELA).

O processo de hospitalização não faz parte do curso natural do crescimento e desenvolvimento infantil, podendo, assim, acarretar um desconforto emocional. Como alternativa para minimizar tais efeitos, utiliza-se com bons resultados as atividades lúdicas e a arteterapia junto às crianças. Estas oportunizam o desenvolvimento da expressão, e servem como estratégia protetora para a manutenção da saúde mental da criança (VALLADARES, 2008a).

Houve um envolvimento e um ótimo relacionamento entre os sujeitos e o público alvo, tudo isso apoiado na proposta dos desenhos. Alguns acadêmicos que já atuam na área de enfermagem como técnicos, relataram que aprenderam a dar valor ao que a criança expressa, e viram que é possível comunicar-se com ela e não somente com a mãe. Observou-se a aceitação e o interesse das mesmas, e conseguiu-se valorizá-las mais neste processo de cuidado, conseguindo comunicação, interação e respeito pelos seus sentimentos, sempre se aproximando do mundo infantil, usando a ludicidade como estratégia de aproximação.

3.1.2 Dificuldades e benefícios da leitura e produção de imagens

O desafio dos acadêmicos em aplicar a proposta de Leitura e Produção de Imagens junto à criança hospitalizada, estabelecida previamente com eles, saía das propostas tradicionais que estavam acostumados; ao invés de questionar a criança ou os pais sobre o que ela estava sentindo, onde sentia dor, o que gostava de comer, perguntas básicas da anamnese de enfermagem que são feitas para se conhecer e estabelecer um processo educativo e de cuidado, eles deveriam buscar estas informação pelos desenhos da criança, porém, deixando a criança à vontade e respeitando sua condição de saúde. Nem sempre tudo ocorria como o planejado ou o esperado por eles. Em sua entrevista, Petter Pan diz: “[...] eu até pensei, meu

Deus, não vai dar muito certo meu projeto, eu não vou conseguir, não sabia se eu estava fazendo errado alguma coisa [...]”.

É importante relatar as particularidades que surgiram desta vivência, entre os acadêmicos de enfermagem e as crianças hospitalizadas, na aplicação do instrumento “Quando uma criança adocece”, destacando dificuldades que surgiram e os benefícios relatados desta prática.

Nem sempre era possível iniciar a atividade no primeiro dia ou no primeiro contato, pois muitas sensações e imagens estranhas à rotina da criança estavam ocorrendo no hospital. Era preciso usar de sensibilidade para compreender o tempo e a capacidade de adaptação, de ambientação e confiança de cada uma das crianças e, também, foi preciso usar estratégias atrativas para despertar o interesse de algumas crianças, o que nem sempre era possível só com a conversa, como pode ser observado a seguir.

[...] no primeiro dia que eu cheguei, ele não queria [...] era bastante tímido [...] eu retornei, ele estava com os lápis na mão e já abrindo o livro pronto pra iniciar os desenhos [...] a cada dia ele mostrava mais vontade em desenhar, de conversar e cada vez foi se abrindo mais (PEQUENA SEREIA).

Ao chegar ao hospital, tudo é muito estranho para a criança: as escadas, as camas, os equipamentos, os profissionais com suas roupas brancas. A criança, com frequência, relaciona a internação a um ato punitivo, até por que neste local sofre intervenções invasivas, que provocam dor e medo. É comum sentirem sensação de abandono da função do cuidado da mãe, pois qualquer profissional da saúde chega, se aproxima, mexe nela, faz intervenções, verifica sinais vitais, administra medicação e realiza outras práticas. Sendo que, até então, isso era exclusividade da pessoa que sempre lhe dava medicação e fazia seus cuidados quando doente, sua mãe (OLIVEIRA, 1993).

Um dos objetivos principais desta atividade era a interação com a criança, sem a interferência dos pais; os acadêmicos perceberam, por parte de alguns pais, certa dificuldade, inicialmente, em deixar as crianças manifestarem-se espontaneamente, o que é compreensível, pois queriam conhecer a atividade e verificar se o acadêmico cuidaria bem de seu filho. “[...] a primeira criança a mãe

interferiu [...] tinha um livro da Avon daí eu peguei e [...] tu queres olhar? [...] a gente queria resgatar o que a criança estava querendo expressar e não o que a mãe queria que a criança dissesse [...]" (SMURFETE).

A doença na infância é um processo que não envolve só a criança, mas também a sua família. É um processo doloroso e angustiante para todos. A criança hospitalizada acaba afastada de seu mundo, de seus amigos, de suas brincadeiras, de sua escola e de parte de sua família. Ela conhece um ambiente estranho, diferente do seu cotidiano, que pode despertar muito medo e insegurança, além de sofrer as dores físicas que, geralmente, acompanham esse processo. Neste novo ambiente ocorre o contato com pessoas estranhas a ela, como os médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde. A necessidade de contato com estas pessoas estranhas pode gerar mais sentimentos desagradáveis (RIBEIRO; PINTO JR., 2009).

Por estarem em um ambiente diferente, por não conhecerem as pessoas que estavam ali, sua única segurança eram os pais; um simples olhar dos pais era uma aprovação, um incentivo em continuar. Ao mesmo tempo, eles ficavam inseguros, no primeiro momento, em se mostrar, em desenhar o que realmente queriam ou pensavam, ficavam muito dependentes da opinião dos pais em relação ao que desenhariam. Shirra comenta: "[...] parecia que eles esperavam a opinião do pai e da mãe, daí eu esperava um pouquinho e dizia 'não, faz o que tu achas' [...]"

Oliveira (1993) acredita que a criança é capaz de compreender, expressar e falar de sua doença. No entanto, este relacionamento entre a criança e a doença tem sido mediado pela mãe, que pensa que a criança não sabe falar por si só. Uma das crianças da pesquisa, quando questionada sobre quem sabe o que está acontecendo com você, respondeu que são os médicos e sua mãe.

Posteriormente ao primeiro contato, os pais perceberam a importância desta atividade junto aos seus filhos, e ficavam aguardando a chegada do acadêmico que, se por alguma dificuldade particular não chegava no horário previsto, já gerava certa ansiedade e insatisfação por parte das crianças e dos pais. Percebe-se isso como algo positivo, pois demonstra que a proposta estava sendo muito proveitosa e, ambos, tanto criança como família, compreendiam isso. Pode-se perceber pelo relato: "[...] o pai reclamou um pouco, nossa a prô dela não vem hoje [...] porque ela queria fazer o desenho [...]" (URSINHOS CARINHOSOS).

Quando um componente da família adoece, toda a unidade familiar fica alterada, gerando inúmeros conflitos e estresses entre estes membros (RIBEIRO; PINTO JR., 2009).

Algumas crianças não conheciam as cores, tinham dificuldades de movimentação dos membros que estavam com punção venosa, outras cansavam facilmente devido à própria doença. Estas crianças ficavam mais limitadas na realização da atividade, em relação às que estavam em melhores condições. Mas, quando se envolviam na atividade, esqueciam das limitações da doença; na realização de atividades com crianças é importante saber respeitar o ritmo delas. Penélope Chamosa relatou como uma das crianças que acompanhou se manifestou: “[...] eu já estou cansada, ela disse [...] não tem problema, no outro dia eu voltei, no que eu apareci na porta ela já pulou da cama, vamos pintar, vamos pintar [...]”. Sobre isso, outro sujeito comenta: “[...] ela não podia tirar o soro, no outro dia eu fui e ela disse: ‘tia eu não tirei o soro’, aí eu disse [...] ‘mas vamos tentar’ [...] ela começou fazer, ela fez e terminou o livro e queria mais, mesmo com o sorinho [...]” (PATO DONALD).

O fator mais limitante era a doença da criança. Isto foi bem verificado pelos acadêmicos. Todas gostavam muito de desenhar, mas se não o faziam era por condições físicas que impediam, mas logo que conseguiam se restabelecer, buscavam realizar a atividade. Eram poucas as patologias que limitavam esta participação da criança. Podem-se destacar as limitações pela dor e os efeitos colaterais da quimioterapia. “[...] ele estava muito ruim [...] no outro dia a minha colega foi e conseguiu fazer com ele [...]” (URSINHOS CARINHOSOS). “[...] algum procedimento mais agressivo, tipo mais invasivo [...] quando se iniciava com medicações [...] ele já queria largar tudo pra sentar na cadeira e fica quietinho, [...] dali pra frente era coisa ruim, então ele já parava [...]” (PEQUENA SEREIA).

Em uma pesquisa realizada por Cagnin, Liston e Dupas (2004) com crianças portadoras de câncer, as mesmas relataram a grande dificuldade em suportar o tratamento, sem contar as diversas alterações orgânicas que acompanham a doença e que limitam as atividades das mesmas.

Foi relatada, pelos acadêmicos, a possibilidade de uma adequada avaliação da criança por meio do desenho, compreendendo que é um importante instrumento que auxilia a realização da anamnese, do exame físico e das orientações de saúde. Também, há uma clareza ao afirmar que esta atividade não foi realizada só como

forma de distração e lazer a criança; em todo momento havia um objetivo educativo envolvido. Pato Donald falou, em sua entrevista: “[...] ela desenhava o que estava sentindo realmente, naquela hora ela estava com dor, ela desenhava onde tinha dor [...]”.

Observou-se, também, o quanto esta atividade auxiliava a criança a relaxar, a compreender melhor a situação que estava passando, a confiar mais nos profissionais e, ao mesmo tempo, percebia-se que elas conseguiam se alimentar melhor, dormir melhor e sentiam alívio em suas dores. Acredita-se que isso tenha auxiliado na melhora e na evolução do quadro clínico da criança. Pode-se perceber, por este relato: “[...] quando eu entrei no quarto a criança estava com uma fisionomia [...] no final foi totalmente diferente [...] ela já não tinha mais a dor [...] uma evolução dentro do quadro fantástica com o que [...] com desenhos, com projeções [...]” (CINDERELA).

Para Valladares e Carvalho (2006a) o desenho é visto como uma estratégia de comunicação entre a criança e o mundo, além de ser a oportunidade de expressar conteúdos do inconsciente de maneira a demonstrar seus sentimentos, suas tensões, medos, angústias, oportunizando, após a atividade, um relaxamento e uma sensação de bem-estar a esta criança. Valladares (2008a) complementa, em outro trabalho realizado com crianças hospitalizadas, que a utilização de diferentes estratégias, como o desenho ou a arteterapia, auxiliam a mesma a um melhor enfrentamento da doença e ao resgate de recursos saudáveis para enfrentar e aceitar melhor este momento. Além disso, estimula o sistema imunológico da criança, auxiliando-a para uma recuperação mais rápida.

Em alguns momentos foi solicitado auxílio pelos pais, para que os acadêmicos envolvessem seus filhos por mais tempo, pois eles estavam sendo preparados para realização de exames, outros de cirurgia e, assim, as crianças não ficariam com medo, pois estariam distraídas e não lembrariam o que estava por vir. “[...] a mãe dela disse: ‘demora muito, que dê para enganar por causa da fome’, e eu não tinha muitos desenhos e fiquei enrolando pra ela não ficar com fome [...]” (SHIRRA).

Foram citadas inúmeras vezes, pelos pais, a ansiedade e a preocupação da criança no retorno do acadêmico no dia seguinte. Elas queriam ter a certeza de que ele voltaria para continuar a atividade, tamanho interesse e prazer que tiveram em trabalhar no instrumento. Isso chegava a gerar ansiedade nas crianças, e muitas

colocações engraçadas. Mas isso motivava muito os acadêmicos, que percebiam como seu trabalho estava sendo bem-aceito. Pode-se observar isso no relato de dois sujeitos: “[...] inclusive ele pedia de um dia pra outro quando é que eu iria voltar, e se eu não iria me perde nesse trânsito [...]” (PEQUENA SEREIA). “[...] a mãe disse que ele estava super ansioso esperando [...] que eu viesse pra fazer os desenhos [...]” (SHIRRA).

É necessária a criação de espaços dentro dos hospitais, que oportunizem as crianças expressarem sua emoção. É comum encontrar nas falas dos profissionais de saúde, em relação à criança, a repressão destes sentimentos, usando expressões como "menino não chora" ou "vamos tomar a injeção pra poder ir para a casa logo". Dentro desta concepção da emoção, o desenho é visto como uma atividade expressiva, que vai trabalhar no plano mais profundo e oculto do pensamento da criança. Dessa maneira ela organiza e elabora suas emoções (SOUZA; CAMARGO; BULGACOV, 2003).

As crianças deixavam de lado até as brincadeiras que mais gostavam para realizar as atividades de desenho. Pode-se constatar que a atividade era vista por elas como prazerosa e interessante. De acordo com as mães, as crianças ficavam muito felizes depois da realização da atividade. Mônica comenta: “[...] ele deixava lá o computador, que é muito difícil, porque há uma disputa entre as crianças [...] ele deixava tudo e vinha pra brincar comigo, pra poder fazer os desenhos [...]”.

Ursinhos Carinhosos também se surpreendeu com isso: “[...] eu cheguei lá ele estava jogando vídeo game, então claro o vídeo game [...] melhor que fazer desenho [...] ele largou tudo e veio fazer desenhos comigo [...]”.

O acadêmico, ao final desta vivência, compreendeu tamanha importância desta atividade junto às crianças, porque elas relataram, por diversas vezes, a importância e a alegria de ter participado do trabalho, e manifestaram muito carinho pelo acadêmico. Algumas crianças chegaram a falar que não queriam sair do hospital, pois ali elas recebiam atenção, carinho e realizavam brincadeiras; os acadêmicos perceberam que seu trabalho estava tendo bons resultados. Nem todas as crianças da unidade tiveram a oportunidade de realizar as atividades com o instrumento, mas os acadêmicos percebiam o desejo delas em participar também; desta forma eles proporcionavam outras atividades de desenho com estas crianças, porém, infelizmente, sem poder dar a mesma atenção que proporcionavam às crianças que trabalhavam com o instrumento. Cinderela, em sua entrevista, comenta

sobre uma criança: “[...] e eu me emocionei muito porque quando ela terminou o livrinho dela [...] ela disse que ela gostou muito de mim, que ela me achou muito bonita, legal, que eu era muito feliz, sorridente que ajudei muito ela e isso foi muito importante [...]” (CINDERELA).

Valladares e Carvalho (2006a) afirmam que a dificuldade da comunicação verbal da criança pode ser aliviada pelo uso dos desenhos; por meio deles ela consegue expressar seus desejos e necessidades. O avanço no conhecimento do desenho junto à criança hospitalizada já é classificado como área de comunicação gráfica.

Pelos relatos das crianças e dos pais, pela vivência e observação dos acadêmicos nesta proposta, ficou evidente que a aplicação da Leitura e Produção de Imagens junto à criança hospitalizada é positiva, traz benefícios à criança e, também, à família; conseqüentemente, à equipe de enfermagem. Trata-se de uma atividade simples que não envolve grandes investimentos financeiros, basicamente uma filosofia de trabalho e recursos humanos dispostos a trabalhar nesta ideia.

3.2 Humanização na saúde e na educação

Esta essência busca refletir sobre a educação na saúde, considerando o ensino na enfermagem e o aprendizado do cuidado junto à criança. Conhecer novas concepções de cuidado a serem realizadas com a criança, perpassando o cuidado tradicional, que muitas vezes limita este acadêmico em ousar diferentes formas no processo assistencial, contribuiu na formação profissional deste grupo de alunos, que talvez possam ser disseminadores de novas ideias e estratégias, para serem utilizadas na assistência em saúde. Fez, também, com que os acadêmicos de enfermagem pudessem refletir sobre a utilização da educação em saúde, sendo esta uma atividade indispensável a ser realizada por um profissional competente e envolvido com o seu paciente.

3.2.1 Aprendendo a cuidar da criança

O desenvolvimento desta atividade aproximou os acadêmicos de crianças com as mais diferentes histórias, origens, famílias e patologias. Elas apresentavam desde cifose, pneumonias, apendicectomia, neuroblastoma, leucemia com recidiva de sistema nervoso central, artrite, pós-aneurisma e outros. A maioria eram crianças com doenças agudas. Para muitas, era sua primeira hospitalização, e outras eram portadoras de doenças crônicas e já haviam estado hospitalizadas diversas vezes.

Algumas crianças tinham uma precária condição socioeconômica, outras apresentavam ótima condição. Muitas vindas do interior, sendo a sua primeira vinda para a “cidade grande”; algumas eram provenientes da cidade. Uns eram filhos de agricultores humildes, que tinham dificuldade e até vergonha de se comunicar, outros os pais possuíam nível superior e compreendiam e se comunicavam bem com os profissionais da saúde.

Toda essa diversidade de crianças e de histórias oportunizou a compreensão da criança de forma independente, tanto da doença quanto da sua origem, pois foram acompanhadas crianças com patologias e situações distintas, mas o cuidado foi realizado independente da doença e de outros fatores, não usando limitações pré-estabelecidas a esta criança e, sim, vendo a criança enquanto pessoa, com potencialidades a serem trabalhadas e descobertas.

No desenvolvimento de relações interpessoais no ambiente hospitalar é possível favorecer, na criança doente, a expressão de seus sentimentos, e compreendê-la como uma pessoa concreta, e não simplesmente como um corpo doente. Ela é portadora de uma identidade e de uma história que a transforma em um ser singular (OLIVEIRA, 1993).

As crianças com dificuldade motora e intelectual, em um primeiro momento, foram rejeitadas pelos acadêmicos, pois eles buscavam um trabalho “bem-feito”; porém, eles compreenderam que, talvez, fossem as que mais desejavam participar da atividade, pelo seu interesse em ver o instrumento e pela sua dedicação na realização dos desenhos. Foi um grande aprendizado ver o quanto isso representou e foi importante para essas crianças, transformando-se em um processo de inclusão, no próprio ambiente hospitalar.

[...] nem ia fazer com ela [...] eu cheguei ela estava tão triste [...] a mãe disse [...] ela tem que vir todos os meses e isso é uma tortura [...] daí ela me viu e pediu o que tu vai fazer aqui, eu vou fazer um trabalho, ela disse, eu posso fazer [...] ela ficou tão feliz e a mãe então [...] ela queria ver se sua filha conseguia desenhar [...] a menina não tinha coordenação motora [...] (PATO DONALD).

A própria equipe de enfermagem desencorajava a aplicação do instrumento com estas crianças, pois também não as consideravam capazes de realizar atividades, subestimavam a criança e, também, nunca buscaram explorar as potencialidades e limites delas. “[...] a enfermeira disse, eu não sei se tu vai conseguir [...] tu não vai conseguir [...]” (PATO DONALD).

Desta maneira, o aluno pode perceber as diferenças entre as pessoas que fazem parte de nossa sociedade e aprender que a oportunidade não pode ser negada a ninguém. Em uma pesquisa realizada sobre atividades lúdicas com crianças hospitalizadas portadoras de paralisia cerebral, as pesquisadoras observaram que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e médicos, não acreditavam que isso seria importante, e nem que estas crianças conseguiriam interagir em brincadeiras. Por meio destas atividades foi possível mostrar que estas crianças possuem habilidades e formas alternativas de comunicação, desconhecidas dos profissionais de saúde e, também, dos pais, que muito se surpreenderam com seus filhos. O brincar durante a hospitalização promoveu um reconhecimento destas crianças e oportunizou a inclusão das mesmas no ambiente (SOUZA; MITRE, 2009).

A questão socioeconômica da criança é percebida pelos acadêmicos, que relatam como sendo um fator importante e de grande influência no processo de saúde e doença. É dito por eles que as crianças que vem do interior, proveniente de famílias bem simples, têm mais dificuldades em compreender e assimilar as orientações fornecidas. É importante refletir se são elas que têm dificuldade em assimilar as mensagens de quem deveria fazer-se compreender por elas não ou se os profissionais da saúde não aproximam a sua linguagem da compreensão dos mais humildes. Também, ao mesmo tempo, foram observadas crianças provenientes de lares onde há uma melhor condição financeira, onde as pessoas têm um grau de instrução maior, o que favorece a compreensão dos cuidados a criança e o entendimento em relação à doença. Nesse sentido, Mulher Maravilha afirma: “Então

foi uma nova leitura [...] da realidade delas, porque além da doença [...] a questão sócia econômica [...] chamou muito atenção”.

Observou-se, também, a diferença entre uma criança que têm doença crônica, ou que faz longo tratamento, das outras crianças doentes; estas parecem compreender melhor o que ocorre em seu corpo, conseguem falar melhor da doença e questionar sobre a situação, isso deve ser proveniente da grande parte do tempo que ela dedica em função desta doença, como aos tratamentos e limitações impostos pela patologia.

As crianças portadoras de doenças crônicas estabelecem uma relação diferente com o hospital e com a equipe, em relação às portadoras de doenças agudas. Para elas, a hospitalização faz parte de seu cotidiano, sentem-se mais à vontade neste ambiente, estabelecem vínculo com a equipe de saúde e até com outras crianças hospitalizadas. As mães, ou acompanhantes, também se apropriam mais das rotinas hospitalares e do quadro clínico da criança, o que oportuniza a discussão do caso de seu filho com os profissionais de saúde. Em contrapartida, as outras crianças não têm nenhum vínculo com o ambiente nem com a equipe de saúde, sentem-se perdidas, e as mães ficam sem orientações sobre o estado de saúde de seu filho, o que desencadeia o medo e a insegurança frente a esta nova situação (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

A fim de amenizar esse distanciamento, aliviar o medo e a insegurança que acompanham a criança e a família, há que se proporcionarem atividades diferentes na rotina hospitalar; este é um cuidado indispensável de ser realizado nas unidades pediátricas. É preciso promover atividades atrativas às crianças, próximas de seu mundo. Esta é uma forma especial de cuidado, e isso ficou bem entendido pelos alunos participantes da pesquisa. “[...] encher uma luva, um balão [...] cria alguma coisa nova [...] dando carinho e mostrando que você é confiável [...]” (PATO DONALD).

Branca de Neve também comenta a esse respeito: “[...] adoram quando a gente tem uma novidade [...] um brinquedo novo, vamos mostrar pro outro amiguinho [...] eles sentam na mesinha, daí um mostra o que fez, os três se mostravam o que cada um fez. [...]”.

A utilização da arteterapia no ambiente hospital, principalmente nas unidades pediátricas, é uma proposta inovadora que busca amenizar os efeitos negativos da doença e da hospitalização. Ela torna-se o caminho para trabalhar os efeitos

adversos que acompanham uma criança hospitalizada, como o estresse, a agressividade e a apatia, agindo de forma preventiva e profilática em desordens que possam atrapalhar o crescimento e o desenvolvimento saudável destas crianças (VALLADARES; CARVALHO, 2006a).

Essa atividade despertou curiosidade e inquietação nas pessoas, principalmente na equipe de enfermagem, pois levou a criança a sair de sua rotina padrão. Foi visto como um cuidado que vai além da recuperação física da criança, mas também cuida de seus sentimentos e favorece a aproximação do profissional com a criança.

[...] a gente estava num trabalho diferente, numa proposta diferente [...] o sorriso o jeito que tu entra no quarto, a abordagem que tu tiveres com o paciente já muda tudo, já vai facilitar todo o trabalho entende? Muitas vezes, isso passa despercebido, sabe. Eu digo, um gesto, um sorriso, um bom dia, um [...] a maneira de tu te colocar [...] (CINDERELA).

Alguns profissionais mostraram mais interesse em conhecer a atividade que estava sendo realizada; outros não esboçaram qualquer reação. Em determinado momento, foi solicitado por um profissional que um aluno realizasse esta atividade com uma criança, pois ele já não sabia mais como conduzir o cuidado a esta criança. Isso mostra que há uma boa aceitação das novas propostas por parte de diferentes profissionais e que, também, há uma necessidade de aplicação de novas estratégias de cuidado voltadas às crianças. “[...] a Dr^a. [...] disse olha estou sabendo que vocês estão fazendo um trabalho [...] teria uma criança bem interessante [...] já veio várias vezes [...] reviramos a criança de cabeça pra baixo, todos os exames foram feitos e não foi descoberto nada” (PATETA).

A busca do profissional para o desenvolvimento da atividade com a criança reflete, também, a importância do trabalho interdisciplinar, a confiança que deve existir entre os profissionais e o entendimento das competências de cada um.

Para os acadêmicos, esta vivência oportunizou a compreensão de um cuidar diferente, esquecendo as questões mais técnicas do cuidado, que são inerentes à profissão, ampliando a compreensão da criança por inteiro, além de sua doença. Utilizando essas novas formas de cuidar é possível o estabelecimento de uma relação adequada com a criança, condição indispensável para a realização de um bom cuidado, que não deixe traumas e nem provoque aversões à criança quanto às

questões da doença e hospitalização. A esse respeito, Pato Donald comentou em sua entrevista, maneiras para agir com as crianças, a fim de minimizar seus medos: “[...] olha o que a tia vai fazer [...] não dá para mentir que não vai doer [...] eu vou tentar fazer nessa boneca o que tu precisa fazer para ti melhorar [...] depois fazemos em você”.

Alguns profissionais estabelecem estratégias junto às crianças, de acordo com a individualidade de cada um, buscando amenizar os momentos mais difíceis durante a hospitalização, a fim de obter sua colaboração e aceitação do cuidado. Mencionam-se algumas estratégias que são utilizadas pelos profissionais, e que foram acompanhadas e relatadas pelos alunos: “[...] adotou um esquema com ela, que ela pode usar o bico na hora da punção, ela tem uma segurança no bico. Ela tira o bico e está tudo tranquilo, não chora [...] é tranquilo [...]” (BRANCA DE NEVE).

[...] tem o algodão dela, que ela segura na mão, que diz que vai passar, e ela segura a seringa e diz: ‘Quando tu fores fazer tu diz’. Daí começa 1, 2, 3 foi. Já terminou? [...] agora ela não chora mais [...] no momento em que eles tiverem confiança na gente, eles não vão mais ter medo (BRANCA DE NEVE).

De acordo com Silva *et al.* (2005), na prática do cuidado em enfermagem é imprescindível que os profissionais sejam pessoas comprometidas com a ética, dignidade e com compaixão ao ser humano. Neste processo de cuidado, os seres que cuidam e os cuidados se envolvem em uma relação intersubjetiva, que envolve emoções, sentimentos, valores e percepções de ambos no mesmo processo, ou no mesmo espaço de vida. O processo de cuidado exige aproximação, intimidade e acolhimento entre as pessoas. A grandeza dos sentimentos de amor, ternura, compaixão e convivialidade garantem à humanidade ao ser humano e a compreensão daquilo que realmente tem importância e valor na vida.

As primeiras experiências, os primeiros contatos que a criança tem com o ambiente hospitalar, com os profissionais da saúde, são os que vão levá-la a compreender este fenômeno como algo ruim, agressivo, assustador ou não. Portanto, depende muito da abordagem e da forma que esta criança é acolhida neste ambiente e de como viveu suas primeiras experiências sobre doença. A partir disso, ela manifestará suas reações futuras quando exposta novamente a

hospitalização e à doença. É preciso dispensar um tempo, principalmente nos primeiros contatos destas crianças, para explicar o que envolve o processo de doença e hospitalização, para estabelecer uma relação de confiança com ela e ajudá-la a compreender o que será realizado. Agindo desta maneira, talvez seja possível amenizar os traumas e as aversões que acompanham a criança quanto à doença e hospitalização. Os alunos, no desenvolvimento da atividade, observaram, em alguns momentos, a importância desta estratégia, como reflete a seguinte fala: “[...] 15 ou 20 minutos no primeiro contato entre criança e equipe de enfermagem já seria o suficiente para o surgimento da empatia e da confiança entre eles” (PRINCESA SARA).

A enfermagem parece não compreender este tempo de conversa como cuidado, como algo terapêutico. Parece considerar como perda de tempo realizar essa abordagem junto à criança. Alves, Deslandes e Mitre (2009) comentam que a equipe de saúde compreende como cuidado humanizado prestar a assistência com atenção e com qualidade, porém, sem reflexão, sem discussão e sem abertura para novas possibilidades de mudanças nestas práticas de cuidado.

Oportunizar a esses profissionais a vivência e novas práticas de cuidado, diferentes das que executam diariamente, pode ser a possibilidade de despertar uma reflexão maior sobre o cuidado e o estímulo a ousarem neste processo. Os acadêmicos que tiveram a oportunidade em participar desta vivência com as crianças trazem isso como algo muito bonito e revelador, extremamente compensador, possibilitando o olho no olho da criança e oportunizando a visão do todo no processo de cuidado.

A criança é vista como um ser muito sensível, que necessita ser compreendida e respeitada, que tem desejos e vontades próprias. Ela é diferente do adulto. Ela exige conquista e confiança para o estabelecimento do vínculo. Há que observar, com muita atenção, a criança, a fim de compreendê-la melhor; um cuidado muito importante, também, é o processo de escuta, onde ela tem a oportunidade de se comunicar, de falar, de se expressar. Quando se estabelece a escuta, os profissionais da saúde mostram interesse e respeito à criança e aos seus sentimentos.

O hospital pode ser considerado, também, como um local de relações sociais. Uma característica importante que auxilia neste processo de socialização é a transformação deste espaço hospitalar. Nas unidades pediátricas é imprescindível a

adequação do espaço para a criança, usando cores, mobiliário, valorizando a expressão lúdica, com profissionais habilitados e capazes de compreender a criança como um sujeito no mundo (MOREIRA; MACEDO, 2009).

Os adultos possuem um enfrentamento melhor da doença e da hospitalização, uma vez que são dotados de compreensões mais amplas do que a criança. Com os adultos, a equipe de enfermagem obtém respeito, inicialmente, só pelo uso do jaleco branco; este impõe certa autoridade ao profissional e intimida a pessoa, que assume a condição de paciente, bem de acordo com a definição literal da palavra. Já, com a criança, o uniforme branco pode ser assustador e provocar aversão na chegada, desencadeando diferentes reações. É por isso que é necessário transcender em algumas questões, como usar o colorido ao invés do branco no cuidado à criança, adotar estratégias que deixem o ambiente mais acolhedor e agradável, construindo uma imagem menos assustadora dos profissionais da enfermagem. Segundo Penélope Chamosa: “[...] você tem que ter audácia [...] ter criatividade [...]”. De acordo com Mônica: “[...] precisam muito de alegria [...] uma musiquinha que contagiasse mais, um vídeo [...] não a televisão simplesmente [...]”.

Em uma proposta humanizadora do ambiente hospitalar pediátrico, Valladares (2008a) propõe a articulação entre cuidados físicos e emocionais da criança, com o objetivo de proporcionar à mesma seu desenvolvimento afetivo, psicomotor, cognitivo e social de forma saudável, visando a recuperação e a reintegração desta criança. É preciso que os hospitais invistam em ambientes acolhedores, que valorizem os afetos e as emoções, somente assim haverá um melhor enfrentamento da doença e uma hospitalização com menos traumas.

Percebeu-se uma carência de estratégias e de cuidados diferentes a serem utilizados pela enfermagem junto à criança hospitalizada. Ainda, o foco da assistência de enfermagem fica mais direcionado aos cuidados específicos de medicação, curativos e outros. Isso foi visto e percebido pelos sujeitos, que manifestaram desejo pessoal de, no futuro, implantar esta vivência: “[...] mudança de cultura [...] quando tu chegar lá na frente como profissional [...] eu fiz aquilo na faculdade e deu certo, quem sabe eu implanto aqui na minha unidade [...] contar uma história [...] não leva dois minutos [...] antes de fazer a medicação [...]” (PRINCESA SARA).

Talvez, o início destas mudanças esteja na base deste processo, ou seja, na formação de profissionais voltados e abertos às novas propostas de humanização do ambiente hospitalar e à aplicação de um cuidado legítimo direcionado às diferentes necessidades de cada cliente.

3.2.2 Educação na/em saúde

O início de um semestre, uma disciplina prática nova, um novo grupo de colegas para estágio, uma unidade desconhecida, tudo isso gerou aos acadêmicos de enfermagem, ansiedade, insegurança e, até, medo. Não foi um início de semestre, mas foi um desafio aprender a conhecer, a se relacionar e a se comunicar melhor com a criança. O desejo de aprender coisas novas, trabalhar com leitura e produção de imagens e aproveitar ao máximo a oportunidade de trabalhar com crianças, que é algo que quase não se aprende na faculdade, foi o que motivou os sujeitos desta pesquisa, porém, não sem antes vivenciarem os desafios que surgem a cada nova etapa de um processo de ensino-aprendizagem. “[...] fiquei com certo receio [...] como é que eu ia levar aquela questão dos desenhos [...] como é que a gente iria fazer aquilo [...]” (SININHO). “[...] saía muito nervosa, muitas vezes [...] me doía às pernas do sistema nervoso quando eu chegava em casa [...] não sei se vão quebrar, alguma coisa vai dar errado, é uma área muito sensível trabalhar com as crianças [...]” (MÔNICA).

Alguns sujeitos comentam a dificuldade que foi iniciar e desenvolver esta atividade, pois não tinham habilidade de comunicação com as crianças, mesmo com as não hospitalizadas. Diziam que não sabiam o que falar quando se encontravam na frente de uma criança, pois as consideravam mais espertas e inteligentes que eles. Abaixo um relato de Branca de Neve, junto à sua colega, no início das atividades. “[...] no início ela disse, meu Deus, eu não vou conseguir, ela veio conversar comigo [...] vai lá, ele é um pouco rebelde no início, mas depois você conquista ele [...] ela conquistou ele com uma banana, ele adora bananas [...]”.

Os alunos perceberam que é por meio de coisas simples que, geralmente, se obtém o melhor resultado junto às crianças. Oportunizou, também, a eles,

enfrentaram seus medos e dificuldades, e aprenderem a conhecer, trabalhar, inovar e se comunicar com a criança.

De acordo com Cyrino e Toralles-Pereira (2004), é muito desafiador a proposta de romper ou inovar a forma tradicional de ensino na saúde. O grande objetivo desta proposta é a formação de profissionais com competências de trabalho nas relações entre humanos, recuperando a dimensão essencial do cuidado. O trabalho pedagógico do professor precisa romper as orientações restritivas à atividade técnica *de como fazer* e usar ações pedagógicas inovadoras, que levem a este aluno aprender a aprender, onde eles sejam protagonistas do aprendizado na relação teoria/prática.

Em um artigo escrito por Strieder (2008), no qual o autor faz várias reflexões sobre as concepções de educação, discutidas pelo Dr. Hugo Assmann, algumas se aproximam desta proposta educativa. Quando o autor aborda a importância da construção de significados e as possibilidades de ação no ato educativo, pode-se inferir que esta pesquisa oportunizou aos acadêmicos penetrarem no mundo infantil doente e, com isso, desenvolver um ato educativo diferente do tradicional. Esta prática oportunizou a estes aprendentes descobrir a sensibilidade humana na educação e desenvolver competências e criatividade nas relações entre as pessoas, devendo-se, ainda, acrescentar que foi uma experiência educativa prazerosa para a maioria dos acadêmicos participantes.

A criança, por si só, já representa fragilidade, inspira proteção, carinho e afeto; observar e acompanhar uma criança doente desperta sentimentos de compaixão e torna as pessoas mais sensíveis; exige um aprendizado profissional maior, é mais um obstáculo a superar e é uma nova situação a ser vivenciada. Mulher Maravilha, em sua entrevista, comenta sobre esses sentimentos: “[...] parece que a doença, o sofrimento deles é maior [...] acho uma área muito deprimente [...] eu me deprimos muito com criança doente”.

Aprender a trabalhar com o sofrimento do ser humano não é fácil e, também, não há uma didática específica ou própria para que os professores ensinem isso a seus alunos. Vivenciar o sofrimento da criança pode ser mais difícil ainda, pelo fato de tudo o que representa a criança, e pela forma frágil como ela é compreendida. Este aprendizado se construiu da vivência deste aluno junto a estas situações. Durante este processo, emergiram inúmeros conflitos pessoais e profissionais.

É frequente, durante a formação profissional, surgirem dúvidas quanto à escolha correta da profissão. Em muitos momentos surgem estes conflitos, principalmente entre os mais jovens. Verifica-se, hoje, que muitos iniciam um curso de graduação, mas não o concluem, mudam de área, pois percebem que não era o que desejavam para si. As atividades mais práticas e próximas da realidade do curso auxiliam essa definição e essa visualização profissional pelos estudantes, pois as atividades de sala de aula não conseguem passar a dimensão exata da atuação como profissional nas áreas específicas.

É interessante saber que esta proposta contribuiu para a confirmação e fortalecimento do caminho profissional dos sujeitos, embora desgastante no início; porém, no final chegaram a conclusão de que este é o caminho que querem seguir realmente, e que seu desejo é se tornar enfermeiro.

[...] será que estou no caminho certo, eu já me fiz várias perguntas [...] não me encaixei aqui e não sei se é isso [...] do que eu imagino pra mim no meu futuro profissional eu me realizei, foi uma coisa que eu me encontrei [...] eu me identifiquei [...] adorei as crianças [...] se tivesse que fazer de novo [...] eu estaria disposta, foi muito bom (CINDERELA).

Houve uma reflexão entre os sujeitos, sobre várias questões, que muitas vezes são levantadas durante sua formação profissional na academia. Uma formação que vai muito além da formação profissional, a formação humana. Ficou entendida, para a maioria dos sujeitos, a necessidade de uma construção pessoal antes da construção profissional; só assim eles estarão aptos a ingressar na vida profissional com competência. “[...] que tipo de profissional eu quero ser?” (SININHO). “[...] agora a gente enxerga as coisas de outra maneira [...]” (MULHER MARAVILHA).

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem, em seu artigo, discussões sobre a formação dos profissionais de saúde, e comentam que é preciso uma mudança nesta formação, buscando diferentes modos de ensinar aos acadêmicos o cuidar/tratar dos pacientes, levando em conta que é preciso a produção de afetos entre os sujeitos e o desenvolvimento da capacidade de escuta e diálogo entre ambos. É preciso formar profissionais que busquem o atendimento das necessidades sociais de saúde destes mesmos sujeitos, por meio da integralidade

da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento, que são estratégias propostas pelo sistema único de saúde vigente.

Durante este período, houve um processo de reconstrução profissional, de amadurecimento e de envolvimento com a realidade de trabalho; ao mesmo tempo, uma preparação profissional, diferente ou não da oportunizada, muitas vezes, na academia. Isso foi relatado diversas vezes pelos sujeitos nas entrevistas: “Eu pude crescer mais e me preparar para outras coisas que vão vir [...]” (MÔNICA). “[...] significou, assim, um ganho enquanto profissional, muito grande [...]” (PEQUENA SEREIA).

Oportunizar experiências junto às diferentes realidades de saúde da população, aos acadêmicos, durante seu processo de formação, é um grande diferencial que vai refletir quando estes estiverem atuando no mercado de trabalho. Há necessidade de transformar os conceitos de educação, pois ainda predomina a doença ao doente, a fragmentação em relação ao todo. É preciso trilhar novos caminhos, explorar novas práticas para a formação de profissionais, capazes de um pensamento crítico, preparados para enfrentar desafios e oportunidades dentro de uma nova proposta de formação de profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Este processo de ensino na saúde oportunizou aos acadêmicos a vivência da educação em saúde junto à criança hospitalizada. Trabalhar com educação em saúde é tarefa primordial do profissional da enfermagem, porém, percebe-se que ainda parece ser uma atividade mais voltada e desenvolvida junto à comunidade nas Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia Saúde da Família. No ambiente hospitalar, os profissionais ainda não sistematizaram o processo de educação em saúde da mesma forma que na comunidade; observam-se alguns ensaios tímidos nesta proposta. Esta atividade tinha como um de seus objetivos, despertar e trabalhar junto à criança processos de educação em saúde, e pelos relatos dos acadêmicos este objetivo foi alcançado. “[...] buscar no desenho uma forma de ensinar [...] o que eu mais senti com essas crianças foi o processo de educação [...] de elas se apropriarem de seus cuidados corporais [...] conhecerem o que é trabalho de saúde [...]” (PRINCESA SARA).

Uma das habilidades fundamentais de que necessita o profissional enfermeiro para o desenvolvimento da prática educativa é o diálogo. Por meio dele será possível compartilhar experiências de vida e promover ações voltadas à realidade de

cada pessoa. Muitas vezes, o enfermeiro realiza educação em saúde trabalhando junto aos sujeitos numa via de mão única, onde ele é o detentor do conhecimento e passa essa informação à criança e à família. A oportunidade de troca não existe, ele não ouve e nem oportuniza os sujeitos a também se expressarem, ou manifestarem o seu conhecimento sobre o tema. A educação em saúde perpassa as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação do paciente, mas necessita trabalhar junto ao desenvolvimento pessoal dos sujeitos do processo e, para que isso ocorra, são necessárias oportunidades de diálogo (GÓES; LA CAVA, 2009).

Foi manifestado, por vários acadêmicos, que o ponto mais relevante do trabalho foi a oportunidade de abordar temas sobre a saúde de forma lúdica. Alguns alunos aproveitavam a animação da atividade dos desenhos e contavam histórias conhecidas, mas modificavam algumas coisas a fim de dar um caráter educativo e informativo, e as crianças adoravam. A esse respeito, Peter Pan comenta: “[...] gordo porque é sinal que tem saúde, que ele é forte [...] daí eu expliquei que isso aqui seria obesidade”.

Durante as atividades de educação em saúde, as crianças surpreendiam os acadêmicos com suas respostas; muitas tinham clara compreensão dos hábitos saudáveis de vida e dos hábitos alimentares e de higiene. “[...] ele gosta das frutas pra fazer sucos, vitaminas [...] ele disse que não fazia bem o cigarro [...] cortar unha [...] lavar as mãos pra não dar vermes [...] ele explicava bem as coisas [...]” (SHIRRA). “[...] o que era o certo e o que não era ela já me dizia o porquê [...] bem inteligente [...] ela falou até da gripe A” (PETER PAN).

Em uma pesquisa realizada por Moreira e Dupas (2003) com crianças hospitalizadas e crianças na escola, da mesma faixa etária, eles buscaram compreender o conceito de saúde e doença para estas crianças. No conceito de saúde ambos os grupos compreendem que saúde é ter cuidados com a alimentação, higiene e atividade física e, principalmente, cuidar de si mesmo.

As experiências que acompanham estas crianças, algumas vezes, dificultam o trabalho educativo, pois acabam envolvendo conceitos pré-estabelecidos na família e, para a criança, os pais sempre estão corretos e estes são sua principal identificação. Então, como dizer à criança que fumar é um hábito inadequado, não é saudável, se seu pai é fumante. “[...] ela circulou o cigarro [...] mas o meu pai fuma [...] aquilo era normal para o ambiente dela [...] o meu pai toma cerveja [...]” (URSINHOS CARINHOSOS).

Um cuidado adequado à criança compreende, também, a educação em saúde, que precisa ser desenvolvida de forma a atender às necessidades da criança e de sua família. Esta educação em saúde junto à criança não pode ser focada somente nas questões que envolvem sua doença, mas, sim, voltadas às questões sociais, econômicas e culturais que também são partes do processo saúde-doença que envolve o ser humano (GÓES; LA CAVA, 2009).

Foi preciso habilidade e sensibilidade por parte dos acadêmicos nas atividades de educação em saúde junto às crianças; elas tinham muita curiosidade em conhecer e saber das coisas, uma das que mais chamava atenção deles eram os órgãos do corpo humano, queriam saber o local deles no corpo, e perguntavam muitas coisas aos alunos. “[...] aqui é o estômago [...] eles adoram aprender [...] me chamavam de Prof^a. com razão [...]” (PRINCESA SARA).

Esse processo de educação para a saúde estendeu-se, também, para as mães das crianças, que aproveitavam para ouvir e acompanhar estes momentos junto aos seus filhos, recebendo orientações específicas. Em uma pesquisa realizada por Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) a respeito da percepção do acompanhante da criança hospitalizada, a valorização da presença do acompanhante, pela equipe de saúde, foi destaque. Para que isso ocorra, os profissionais precisam criar empatia, dar atenção, comunicar-se e aproveitar para estabelecer um processo educativo e informativo. A presença do acompanhante pode ser vista como uma via de mão dupla entre ele e a equipe de saúde, no estabelecimento de uma prática educativa e humanizada. É possível realizar educação em saúde em qualquer ambiente e é necessário que se faça isso, principalmente junto às crianças, pois se estas adotarem hábitos saudáveis, poderão ser adultos e idosos com melhor qualidade de vida. É muito difícil mudar o estilo de vida de uma pessoa de 40 a 50 anos, por isso é necessário estimular as crianças para que compreendam o processo de saúde e, assim, será formada uma nova geração, mais voltada para os cuidados com a saúde. Percebe-se que a criança sente-se responsável e compreende que a sua saúde depende de seus hábitos.

Emerge a necessidade de se compreender a infância não como uma fase de passividade. É preciso ver a criança como protagonista de um cenário, de um contexto social, e sujeito de suas experiências. Os dois locais onde a criança pode desempenhar primeiramente este papel são a família e a escola. Porém, quando a

criança é portadora de uma doença crônica, o hospital também se torna um local de socialização importante (MOREIRA; MACEDO, 2009).

No desenvolvimento das atividades com as crianças, os acadêmicos conseguiram fazer uma articulação dentro do processo de cuidado, e buscaram relacionar a parte clínica da doença na criança, que era o motivo da internação. Por isso a colocação da maioria deles da questão de conseguirem a visão do todo da criança. Eles acompanhavam a evolução da doença, relacionavam a proposta do tratamento e teciam comentários desta observação, o que contribuía na sua formação profissional e no desenvolvimento do pensamento clínico. “[...] fez uma pneumonia e derrame pleural [...] não fez nada de fisioterapia respiratória, nebulização, não fez nada todo esse tempo, e ela ficou mais de uma semana só deitada [...] porque que não começaram antes a fazer fisioterapia, nebulização [...]” (PETER PAN).

Houve uma reflexão da prática profissional, onde os alunos puderam perceber e analisar seu comportamento durante as atividades práticas e de estágios curriculares acadêmicos, e observar o comportamento dos profissionais que estão inseridos no mercado de trabalho. Refletir sobre a atuação do enfermeiro por meio do olhar de uma lente de observação diferente da que eles vivenciam na academia, os auxiliou a perceber e compreender muitas das questões que são discutidas quanto ao papel profissional do enfermeiro. O grande envolvimento do enfermeiro com questões burocráticas e a falta do olhar humano durante a rotina diária do trabalho, fez os alunos perceberem que eles próprios, durante as atividades acadêmicas práticas, repetem essa mesma atuação. “[...] as pessoas acabam vendo só o burocrático [...] a gente mesmo, quando está lá nos estágios [...] fazer evolução logo [...] fazer os cuidados logo [...] não dá aquela atenção para conversa [...] uma atenção maior [...]” (PRINCESA SARA).

Deslandes e Mitre (2009) fazem algumas provocações sobre práticas de cuidado, por exemplo, por que não há, na prescrição, itens como: acolhimento, estímulo ao autocuidado, diálogo com o paciente, entre outros que são de extrema importância para a humanização do cuidado; sabendo que estas são práticas valiosas e, também, uma expressão de competência profissional, e que para saber realizá-las foi preciso um investimento de aprendizagem profissional. Talvez tudo isso seja o reflexo da força da cultura biomédica que persiste nos serviços de saúde. A dicotomia entre a teoria e a prática é algo intrigante e que pode ser bem

observada, oportunizando ao acadêmico a compreender o real contexto das políticas de saúde e sua aplicação na prática. A Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde, busca resgatar e implantar valores de respeito ao ser humano na prática dos serviços de saúde. No entanto, essas práticas ainda ficam no papel; no dia a dia, essa aplicação é muito tímida. É necessário um comprometimento integrado ente instituições de saúde, instituições de ensino e profissionais, todos voltados à filosofia proposta pelo PNH, para que assim se inicie a aplicação destas propostas na prática. Princesa Sara comenta: “[...] o diferencial de atendimento quem faz [...] o acadêmico [...] os funcionários eles conseguem mal fazer o trabalho, em função de tempo, de pouca gente [...]”.

[...] o nosso curso [*silêncio*] ele [...] ele fala muito de humanização [...] mas eu acho também que às vezes a humanização é um pouco da boca pra fora [...] tem certos profissionais que falam da boca pra fora e não aplicam aquilo que a faculdade preparou [...] (SININHO).

A busca pelo resgate humano nos serviços de saúde tem sido tema de muitas discussões e programas em nível governamental. A busca da aproximação das relações entre profissionais da saúde e usuários, profissionais entre si mesmos, e a aproximação do hospital com a comunidade são os objetivos do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000. Este programa destaca três pontos importantes e desafiadores aos gestores: a) permanente capacitação dos profissionais da saúde e estímulo para identificação de melhorias necessárias à sua condição de trabalho; b) participação do usuário na avaliação dos cuidados de serviços prestados; e, c) estímulo à organização comunitária nas ações de apoio e acompanhamento dos serviços de saúde da população (BRASIL, 2001).

Quando a criança envolvia-se com lápis de cor, papel e desenhos, ela tinha uma sensação de que aquele ambiente não era um hospital. Ela reportava-se mais para a questão escolar, para um ambiente mais ameno; o fato de os acadêmicos não usarem só roupa branca também propiciava essa sensação, tanto que em vários momentos os alunos não foram vistos como profissionais da enfermagem, mas, sim, da educação. “[...] ela me chamava de professora [...]” (CINDERELA). “[...] não viam a gente como enfermeira [...] tu era uma prô que estava vindo fazer aquela

atividade com eles, então, é um universo bem diferente trabalhar com essa parte das imagens [...]” (MÔNICA).

É preciso que os enfermeiros compreendam que cuidado e educação entrelaçam-se na realização de uma assistência competente a criança hospitalizada. Por meio do educar, o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar (GÓES; LA CAVA, 2009).

Durante a formação acadêmica, teorias, pesquisas e vivências acompanham este aluno, que vai construindo sua formação profissional com características individuais, provenientes da sua percepção durante este caminho. Muitos destes sujeitos já trabalham na área da enfermagem, já fizeram formação técnica e hoje fazem a formação de nível superior na enfermagem. Eles carregam toda a experiência acumulada em muitos anos, o que permite que observem as situações de diferentes ângulos.

[...] a gente tem professores e professores [...] tanto no curso técnico como na faculdade [...] eu aprendi um pouquinho com cada um deles [...] tem outros profissionais que tu olha e pensa, eu não quero ser como você nunca [...] eu acho que eu tenho maturidade agora pra saber como eu vou ser como enfermeira (SININHO).

Motta (2004) destaca que, desde a formação acadêmica o profissional de enfermagem é instrumentalizado para o mundo do cuidado, e que os valores existenciais e a sensibilidade são imprescindíveis nesta construção, onde espera-se uma prática voltada para o ser, a partir do ser.

O ensino na área da saúde precisa ousar e transcender, buscar novas estratégias, não ter limitações para diferentes formas de cuidado e libertar-se do modelo biomédico, que fica centrado na doença. Há que ampliar a percepção destes alunos, futuros profissionais, para compreenderem e acreditarem que é possível uma estratégia mais humanizadora nas relações de saúde-doença. Mônica, em sua entrevista, comenta: “[...] saí pensando muito [...] o que eu poderia fazer pra melhorar [...] poder ver esse lado, se preparar [...] pra quando gestor, resolver mudar, fazer um trabalho diferente, de um jeito mais iluminado, mais colorido né”.

A rotina já estabelecida, estratégias diferentes a serem utilizadas, o olhar estranho de outros profissionais sobre esta atividade, que muitas vezes é vista como algo menor no processo de saúde e doença desta criança, foram um grande desafio,

sendo que foi mais difícil para o aluno que já trabalha na área de enfermagem e não tem isso inserido na prática diária. “[...] foi um desafio muito grande embora eu já esteja trabalhando na área da enfermagem há 10 anos [...] bem complicado em alguns momentos [...]” (BRANCA DE NEVE).

Há um movimento e um reconhecimento das instituições de saúde sobre a necessidade de mudanças na educação dos profissionais de saúde, sabendo-se que o modelo de ensino dominante se baseia em uma visão tecnicista e alienante na formação profissional destes alunos. É necessário que as instituições de ensino se voltem para uma educação que valorize a equidade, a qualidade da assistência e a eficiência das ações em saúde (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

São as instituições de ensino e os professores os responsáveis por semear essas mudanças; é ali que ocorre a formação dos novos profissionais, é no tripé ensino, pesquisa e extensão que se vislumbra a possibilidade de se aprender e descobrir essas novas formas de cuidado e a construção de profissionais mais abertos para a visão da criança hospitalizada, mais voltados ao seu lado saudável, para resgatar e manter o que está bom dentro desta criança. É necessária uma mudança cultural no ensino dos profissionais da saúde, onde os alunos tenham oportunidade de vivenciar essa experiência junto às crianças, ou aos adultos, de modo que construam sua formação profissional baseada em ideias que valorizem essas estratégias, e os permitam não ter medo ou vergonha de utilizá-las junto às pessoas. Mas isso somente será possível se eles tiverem a oportunidade de experimentar essa sensação, esse sentimento que pode ser vivido junto às crianças e com os pacientes de diferentes faixas etárias. Onde ocorra uma verdadeira troca de saberes. “[...] eu quis dar um pouquinho de mim e recebi muito mais, é claro [...]” (SININHO). “[...] a gente consegue ver muito além [...] uma coisa muito intensa [...]” (URSINHOS CARINHOSOS).

Compreender a criança como um ser ativo e dinâmico, membro de uma sociedade, é respeitar as opiniões, as emoções e o seu processo de desenvolvimento. Ouvir e dar voz a criança é favorecer sua inclusão neste espaço, pois é ela quem sofre e sabe de sua doença. É, também, trabalhar para a humanização destes espaços de saúde e de seus profissionais (RIBEIRO; PINTO JR., 2009).

A vivência da experiência do desenho junto à criança desperta para as inúmeras possibilidades de novas estratégias de ensino, que possam trazer

diferentes significados aos participantes, sensibilizando para a construção de profissionais voltados para o respeito ao ser humano. Isso demanda profissionais que tenham habilidade de comunicação e cuidado, junto aos pacientes. Profissionais aos quais seja permitido aproximar-se da criança sem medo, rir com prazer e de forma sincera, quando isso for conveniente, que tenham a ousadia de traçar novos caminhos e, assim, se tornem pessoas felizes e satisfeitas com sua profissão. Além disso, profissionais que sejam capazes de promover ações junto às pessoas hospitalizadas, que permitam um comprometimento da enfermagem e a busca de sua própria saúde.

3.3 Relações interpessoais no ambiente hospitalar

Nesta essência far-se-á uma breve compreensão de como os acadêmicos de enfermagem perceberam os sentimentos que afloram na criança hospitalizada, e a compreensão da concepção imagética que acompanha a criança neste momento. Será abordada, também, a relação estabelecida entre os acadêmicos de enfermagem e a família da criança hospitalizada, e como essa família compreendeu a atividade realizada com seu filho.

3.3.1 Percepções sobre a criança hospitalizada e o instrumento “Quando uma criança adocece!”

Ao conhecer e compreender melhor a criança hospitalizada pode-se traçar intervenções mais direcionadas às suas necessidades, e que venham ao encontro de uma assistência individualizada a essa criança.

A leitura e produção de imagens junto às crianças hospitalizadas foi um instrumento valioso nesse processo, pois oportunizou essa expressão por parte das crianças junto aos acadêmicos de enfermagem, e auxiliou no estabelecimento das relações interpessoais. Castanha, Lacerda e Zagonel (2005) trazem como uma nova estratégia de cuidado, estimular a criatividade e exercitar a imaginação junto à

criança. Essas atividades auxiliam no estabelecimento de um equilíbrio, na transposição dos medos e inseguranças provocados pelo ambiente hospitalar.

Por meio dos desenhos, os sujeitos puderam compreender como a criança entende a doença, a hospitalização, a equipe de saúde, como é sua família, quais seus hábitos de vida, enfim, inúmeras coisas, mas que sem uma associação com algum processo lúdico ou imaginário, ou simplesmente com uma conversa, não seria possível ela expressar. Seguem relatos dos acadêmicos que demonstram como os desenhos auxiliaram nesse processo de aproximação e conhecimento da criança, como ilustra a Figura 2. “[...] expressam no desenho a história de vida deles [...]” (URSINHOS CARINHOSOS). “[...] é bem isso, a gente entende muito mais do que a doença [...]” (PENÉLOPE CHARMOSA).

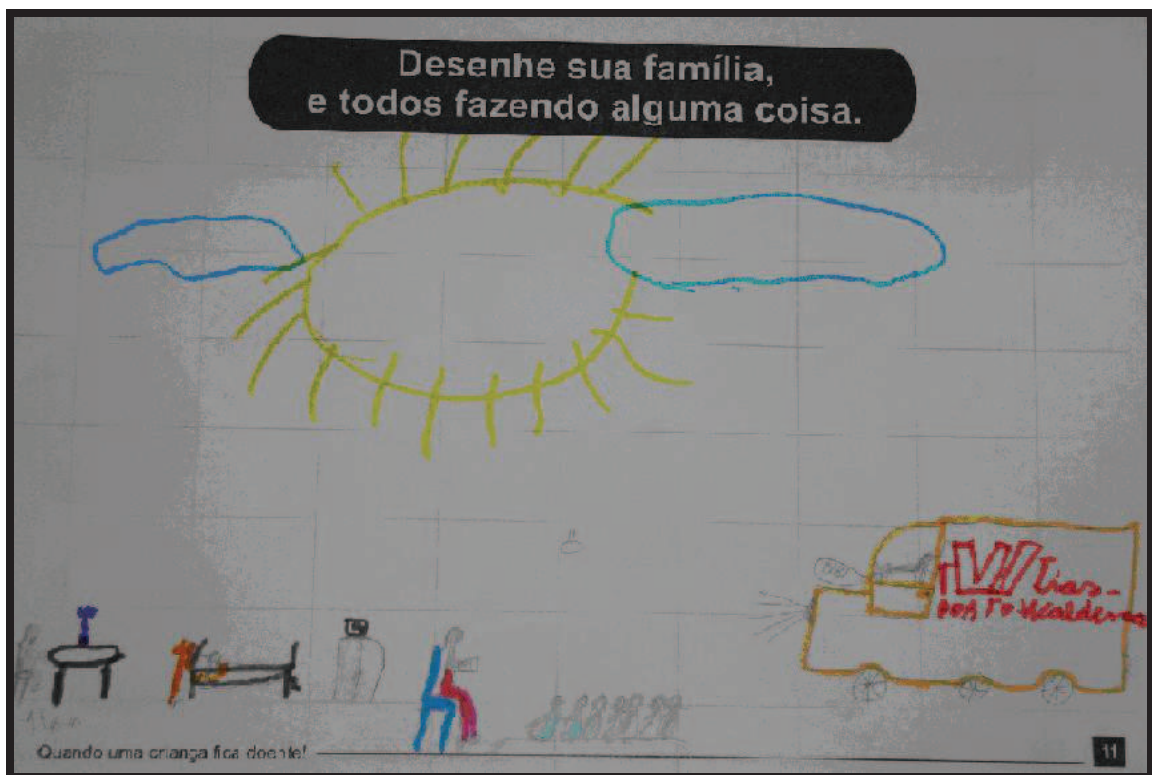


Figura 2 – A criança e sua família.

Pode-se dizer que isso oportunizou a criança refletir e compreender melhor os acontecimentos e a situação que está vivendo. Foi, também, a oportunidade de mostrar à criança um lado positivo dentro do hospital, uma relação mais humana e saudável entre ela e a equipe de saúde.

Os sujeitos da pesquisa perceberam o quanto de sensibilidade tem uma criança e o quanto os fatos e situações que a cercam refletem nela e em seus sentimentos. Eles dizem que as crianças percebem quando se trabalha com elas de forma verdadeira.

A falta de amigos, da escola, a distância dos outros irmãos, a saudade de casa, eram as coisas que mais provocavam tristeza nas crianças hospitalizadas. A importância dos acadêmicos de enfermagem perceber isso nas crianças, fez com que refletissem de forma diferente durante suas práticas e, quem sabe, isso auxilie para que se tornem profissionais sensíveis a essas necessidades da criança. Eles conseguiram perceber que há outras coisas na vida desta criança, além da doença. “[...] perceber o que é importante pra eles fora do hospital” (PENÉLOPE CHARMOSA). “[...] começar a ir para a aula [...] eles estão com vontade de retornar a vida normal deles” (BRANCA DE NEVE).

A criança ao ser hospitalizada deixa para trás sua casa, seus familiares, as brincadeiras e seus parceiros, a escola e seus animais de estimação, para entrar em um ambiente estranho, asséptico e ameaçador, onde os sons e odores são muito diferentes do seu cotidiano. É preciso que os hospitais atendam às necessidades da infância e se transformem em um ambiente estimulador e agradável para os pequenos (CARMO, 2008).

As crianças comunicam, por meio dos desenhos, que para elas o hospital se parece com um prédio grande, um local frio, uma máquina de curar crianças, um presídio, uma casa feia, fria e sem cor. O hospital é visto pelas crianças como um ambiente estranho ao seu cotidiano e algo muito distante do processo da infância.

Ribeiro e Pinto JR. (2009) trazem, como importante, a busca do conhecimento sobre como a criança compreende e vê o hospital, se o percebe como um local de cuidado à saúde, ou um local de sofrimento e punição. Sabe-se que há todo um processo histórico vinculado à ideia de hospital. A imagem que a criança faz deste ambiente é a representação social do mesmo, e compreender o que isso significa no imaginário dessa criança auxilia no processo de uma reconstrução da imagem.

Compreender como as crianças veem o hospital ajuda a entender as reações que as mesmas manifestam no período em que permanecem nele, e a pensar em formas de mudar essa imagem que elas têm do local. O hospital deveria ser visto, por elas, como um ambiente acolhedor, simpático, agradável e próximo de seu mundo infantil. Este é um grande desafio para os enfermeiros e administradores

hospitalares, muito mais para os que utilizam, em seus discursos, a humanização dos serviços de saúde.

A área física é, também, um importante elemento para o bem-estar e a boa adaptação da criança no processo de hospitalização. Cabe aos enfermeiros destas áreas buscarem modelos bem-sucedidos destes ambientes e procurar adaptar em suas unidades, pois o ambiente físico precisa ser acolhedor, tanto para a criança como para a sua família. Os ambientes indicados seriam mais acolhedores pintados em cores claras, detalhes coloridos, banheiros adaptados às crianças, ausência de escadas ou degraus; todos estes detalhes contribuem para uma assistência de melhor qualidade. Sempre levando em conta que o objetivo da assistência à criança hospitalizada perpassa o de sua reabilitação, mas objetiva o seu equilíbrio emocional, social e espiritual (HARADA; CUNHA, 2008).

A utilização das cores como estratégia para a criança demonstrar no desenho do corpo as sensações e sentimentos foi muito válida. A criança demonstrou, também, muito interesse em conhecer e saber sobre o corpo humano. Elas conseguiram expressar sentimentos e relacionar com as sensações no corpo quando elas acontecem (Figuras 3 e 4). “[...] desenhava que ele sentia medo e arrepiava as pernas inteiras [...] não sei se só conversando poderia me aproximar tanto da criança como assim pelo desenho [...]” (MÔNICA). “[...] a garganta ele disse [...] fica um nó quando ele tem vontade de chorar e fica com um aperto na garganta” (SHIRRA).

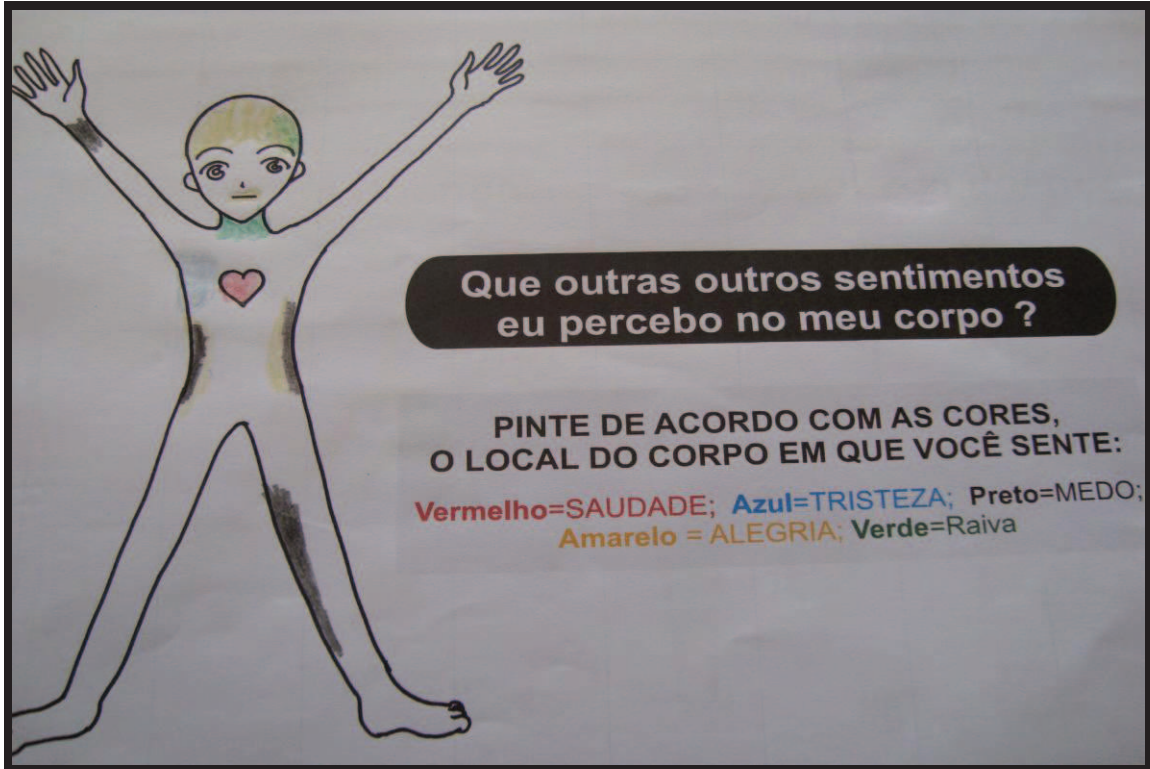


FIGURA 3 – Sentimentos da criança.

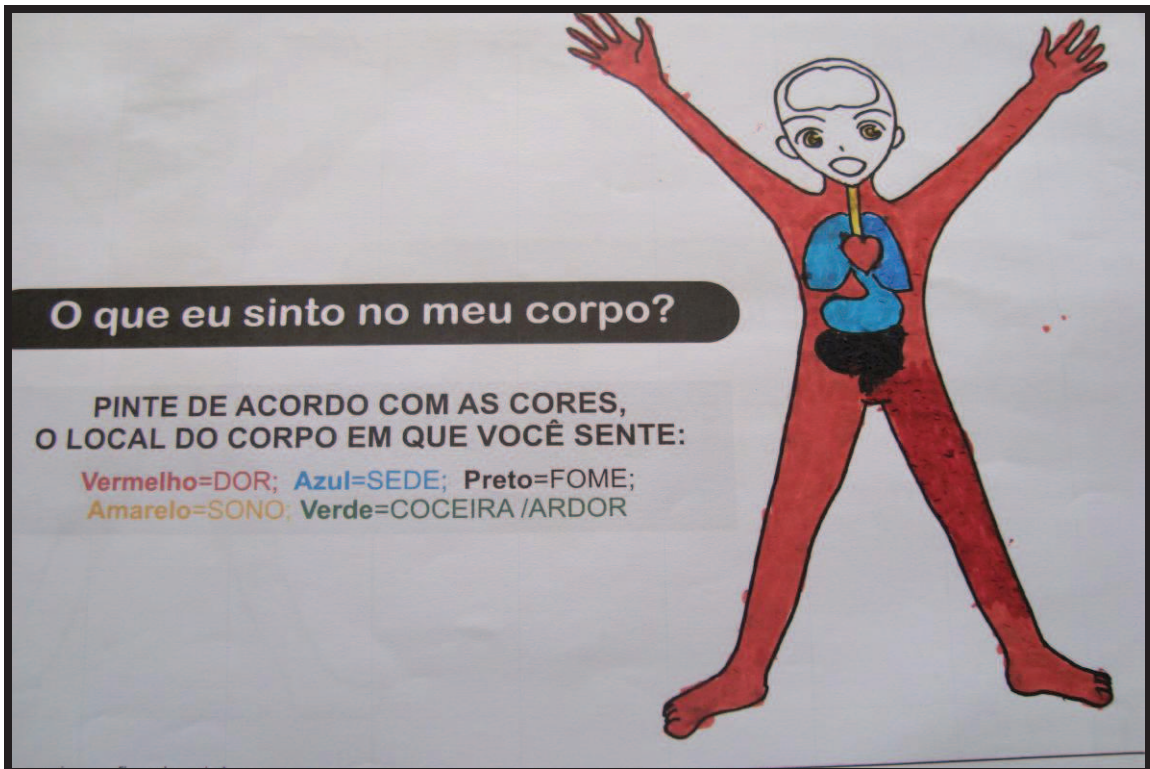


FIGURA 4 – Sensações da criança.

Por meio do desenho foi possível saber exatamente os locais de dor e o tipo de dor que a criança estava sentindo. Muitas vezes, contavam que sentiam dor no local do acesso venoso, mas após uma avaliação e observação do acadêmico junto à criança, percebia-se que não era dor, mas, sim, medo devido à agulha que se encontrava neste local. Foi possível perceber que os medos são iguais entre as crianças, todos referem os mesmos medos, da punção, da agulha, da injeção, dos procedimentos e de ficar sem a mãe junto com eles no hospital. Nos dias em que as crianças eram submetidas a procedimentos mais invasivos, dolorosos, à quimioterapia, às punções, elas manifestavam nervosismo, medo e ansiedade, e apresentavam dificuldade de iniciar a atividade e relaxar. Após a criança ter sido submetida a algum procedimento doloroso, desconfortável ou agressivo, foi possível perceber um ressentimento e uma mágoa dela em relação aos profissionais que realizaram os procedimentos.

Na opinião de Carmo (2008), a criança não é preparada para a hospitalização, pelo contrário, já é incutido na criança que o hospital é um ambiente ruim. Para ela o hospital é estranho e assustador e, logo que chega, é despojada de seus pertences e, muitas vezes, de suas próprias roupas, e inicia-se uma série de procedimentos, algumas vezes dolorosos, e isso se torna uma ameaça à sua identidade e autoestima, provocando-lhe ansiedade e medo.

Uma criança contou que ela era feliz antes de adoecer, mas que depois não é mais, porque no hospital existe a seringa e o soro. A dimensão que a criança dá a agulha é muito grande, mas isso, além da dor que provoca na criança, também está relacionado a uma questão cultural, pois frequentemente as pessoas utilizam isso para intimidar as crianças, e a citam como uma punição ou castigo. “[...] vou te levar pro hospital pra você fazer injeção [...] não posso fazer nada de errado, minha mãe vai me levar fazer uma injeção no hospital [...]” (PRINCESA SARA).

É preciso trabalhar uma mudança de conceitos sobre a doença e a hospitalização junto às pessoas, principalmente junto às crianças, para que compreendam a doença e a hospitalização de maneira mais tranquila e menos agressiva. Para a criança, adoecer é um grande castigo, por que isso é dito para elas durante vários momentos de suas vidas, mesmo que de forma indireta. Peter Pan relata, em sua entrevista, a conversa com uma criança, “[...] como é adoecer? Era só riscos, porque era ruim [...]”, o que se confirma através do desenho (Figura 5).

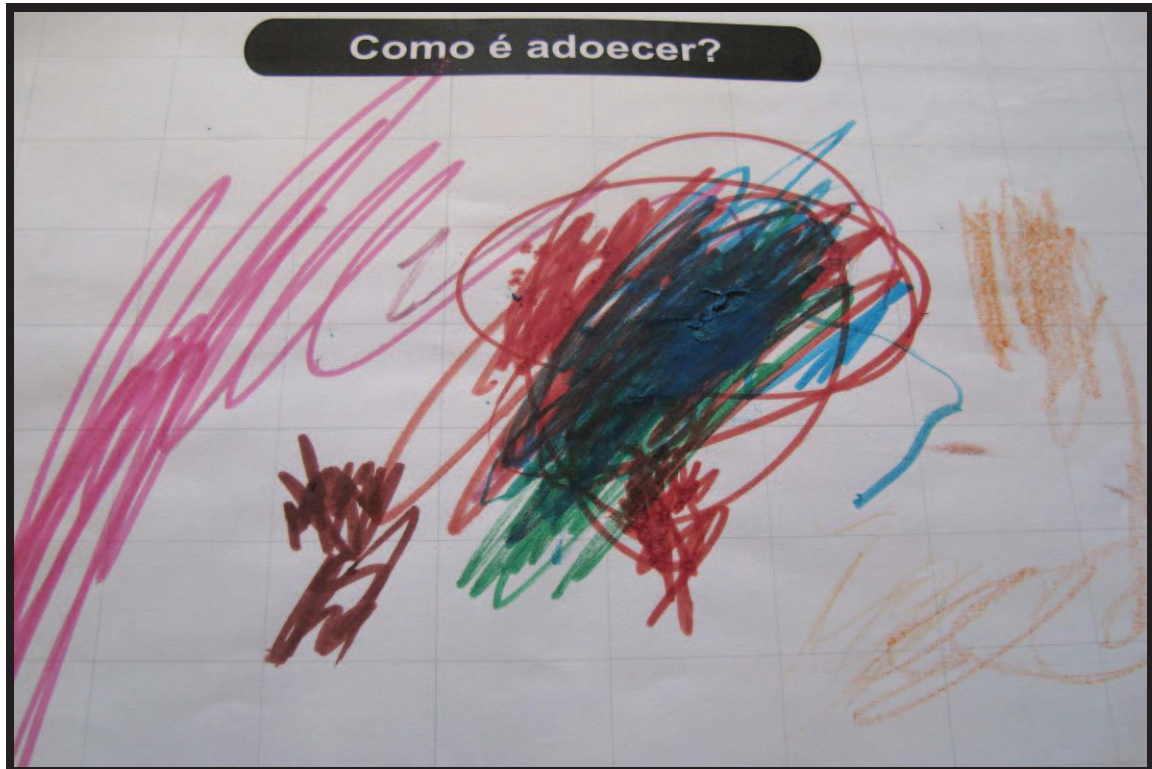


FIGURA 5 – Como é adoecer para a criança.

Há uma grande dificuldade das crianças perceberem aspectos positivos na hospitalização; as coisas que manifestaram gostar, no ambiente, foram a brinquedoteca, o computador, o vídeo game, andar nos corredores de cadeira de rodas e de realizar os desenhos.

O brincar é uma atividade muito importante na construção das relações sociais da criança e, também, na preservação de sua saúde mental, e auxilia a criança a adaptar-se a novas realidades. No ambiente hospitalar a brinquedoteca é, hoje, o local que mais se aproxima da infância, é um ambiente composto por brinquedos e jogos, é alegre, agradável, colorido, é a introdução do lúdico no ambiente hospitalar (CARMO, 2008).

Ficou clara a necessidade que as crianças tinham de aproximar-se do acadêmico, de manter-se em sua companhia, pois era um encontro agradável, onde eles conversavam, desenhavam, escreviam, realizavam atividades diferentes, prazerosas e sem dor, dentro do ambiente hospitalar. Essa atividade foi vista, por algumas crianças, como algo encantador, que possibilitou um novo olhar sobre a doença e a hospitalização. Segue o relato de um acadêmico que vivenciou essa experiência com uma criança. “[...] o pequenininho ele queria saber, veio me

perguntar se o hospital era sempre assim, se sempre tinha uma prof^a. dentro do hospital, que se tivesse ele podia ficar ali, não tinha problema de fazer injeção [...]” (PRINCESA SARA).

Isso mostra que é possível modificar ou amenizar a imagem negativa que existe da doença e da hospitalização junto à criança, mas para tal é preciso utilizar estratégias que aproximem os profissionais das crianças, não somente nos momentos de realização de procedimentos, mas, também, com atividades prazerosas a essas crianças. A este respeito, os sujeitos falam: “[...] querem mais proximidade de ti, ficar perto de ti [...] criança quer muita atenção [...] eles querem que você esteja perto” (MÔNICA). “[...] todo dia que a gente marcava, eles já estavam esperando [...] tia tu te atrasou [...] eles estavam naquela expectativa [...] tu sentia que era uma coisa boa que tu estavas passando pra eles [...]” (CINDERELA).

Cabe ao enfermeiro auxiliar a criança no enfrentamento do processo de hospitalização. A criança é um ser com inúmeras expectativas, inquietações, sonhos e desejos, e o adoecer interrompe esse processo e a condiciona a um novo estilo de vida. Para tanto, é preciso que o enfermeiro utilize cuidados criativos e ative as capacidades simbólicas da criança. O ser humano experiência dois mundos, o que vive diariamente e o que permite sonhar acordado, que é a utilização de sua imaginação. Cultivar e estimular o imaginário da criança hospitalizada auxilia a mesma a “esquecer” sua dor e a tornar-se mais colaborativa, pois consegue compreender o enfermeiro como alguém que pode lhe proporcionar coisas boas (CASTANHA; LACERDA; ZAGONEL, 2005).

Os acadêmicos de enfermagem buscaram saber que imagem a criança tinha da enfermeira e do médico; na maior parte das vezes, apareciam relacionados à realização de procedimentos com uma agulha e seringa, com frequência a enfermeira era representada usando o chapéu, que há muitos anos não faz parte do uniforme da enfermagem. Quando questionadas a respeito disso, as crianças disseram que viam isso na televisão e nos livros. Este é o estereótipo da enfermeira, presente na imaginação das crianças. Um acadêmico ficou sensibilizado quando uma criança lhe disse que os médicos e enfermeiras tiram sangue de seu corpo, dão remédio e mexem em seu coração. Essa criança expressa que sente, por parte destes profissionais, uma invasão física e emocional ao ser atendida por eles.

Os sujeitos puderam observar, também, por meio dos desenhos, como as questões cotidianas da vida e da família estão presentes junto à criança

hospitalizada, o fato de ter pais separados, o nascimento de um irmão; tudo isso foi expresso e verbalizado pela criança de maneira profunda e intensa.

Algumas vezes, quando o acadêmico iniciava o trabalho junto às crianças, elas referiam dor, medo, timidez, mas no decorrer da atividade tudo isso desaparecia e elas falavam sem parar.

Os acadêmicos perceberam e ficaram felizes ao verificar que as crianças também puderam expressar coisas boas nos desenhos, principalmente no final do tratamento, quando elas sabiam que estavam se preparando para sair do hospital nos próximos dias; elas significaram isso usando as cores da legenda do instrumento sobre o desenho do corpo (Figura 6). “[...] o amarelo, alegria, ele desenhou em todo o corpo [...] nossa tu estás com alegria, eu estou com alegria por tudo, porque eu vou para casa hoje [...]” (URSINHOS CARINHOSOS). “[...] o último que ela pintou, ela desenhou ela toda de amarelo, ela estava feliz [...] eu disse, mas porque pintou o coração de vermelho [...] porque eu vou sentir muitas saudades de vocês [...]” (BRANCA DE NEVE).

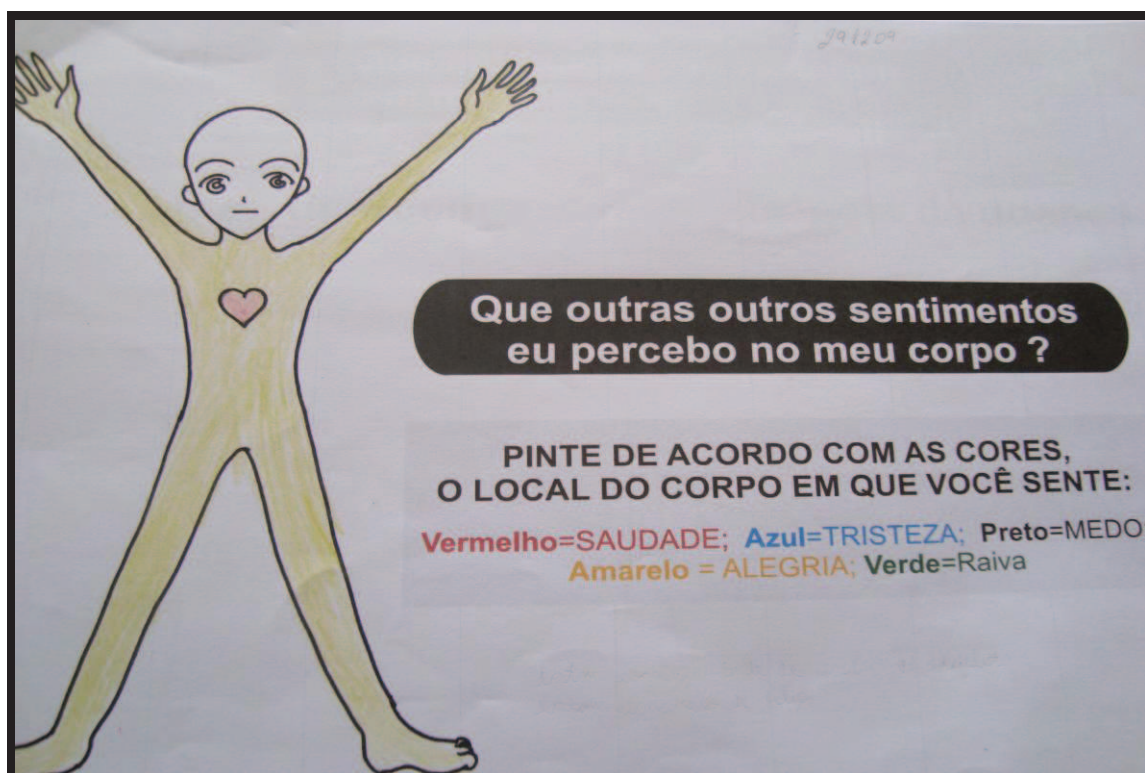


FIGURA 6 – Desenho da criança que Branca de Neve acompanhou, quando estava para receber alta hospitalar.

Castanha, Lacerda e Zagonel (2005) realizaram uma atividade de Contação de Histórias às crianças hospitalizadas. A atividade foi um momento de troca de experiências, de comunicação e de muita imaginação criativa entre enfermeiros e crianças. Os autores acreditam que é possível oportunizar a criança hospitalizada um sonhar colorido, por meio da utilização da imaginação de forma criativa e positiva, mesmo dentro do ambiente hospitalar. No desenvolvimento das atividades, as crianças sorriam e até dormiam tranquilamente ouvindo as histórias. Essa atividade mostrou que o enfermeiro não faz só cuidados que provocam a dor, mas, sim, atividades prazerosas e agradáveis, tornando o processo de hospitalização bem mais ameno.

É possível verificar que esse encontro entre alunos de enfermagem e crianças foi importante e significativo, deixando saudade para ambos. Quando algo deixa saudade é porque foi um momento bom, não é comum sentir saudade de coisas ruins. Isso foi relatado pelos sujeitos em vários momentos. “[...] tia tu me da um abraço, e me abraçou assim [...] tão bonito [...]” (CINDERELA). “[...] tu via que aquilo estava sendo bom pra eles [...] é muito gostoso de ver eles dando risada [...] eles são especiais” (PENÉLOPE CHARMOSA).

[...] eles gostaram muito de desenhar [...] um dia uma me pediu pra eu posar aqui [...] disse que eu não podia, que eu tinha a minha casa, que tinha minha mãe, mas então liga pra ela [...] tu não vai fazer nada em casa, daí ela perguntava se iria demorar muito pra mim sair de casa, no sentido de voltar pro hospital [...] (PEQUENA SEREIA).

Desenvolver uma relação de confiança com a criança, despertando nela a oportunidade de ver o profissional de saúde como alguém que foge do padrão estabelecido pela sociedade e pela própria família, com o estereótipo de uma pessoa que veste roupa branca com uma injeção na mão, foi muito importante, fez o acadêmico perceber que é possível que as crianças os compreendam de forma diferente.

3.3.2 Relação acadêmico-família

Até alguns anos atrás, a família era afastada da criança no momento da hospitalização, não se permitindo que ela permanecesse junto à criança. A enfermagem compartilhava dessa conduta e não via a permanência da família como algo importante para a criança. Existia um pré-conceito quanto à sua presença e acreditava-se que ela iria atrapalhar o trabalho da enfermagem e deixar a criança mais queixosa. Esse panorama modificou-se com o surgimento, no ano de 1993, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual, dentre inúmeras outras ações de proteção à criança e ao adolescente, veio garantir o direito da permanência dos pais junto aos seus filhos hospitalizados. É nítida a imagem das unidades pediátricas nos primeiros anos após a implantação do ECA, onde os corredores tornavam-se leitos improvisados para o descanso dos pais que permaneciam cuidando de seus filhos. Hoje ainda há um grande despreparo nas estruturas físicas das unidades pediátricas, a fim de acomodar dignamente os pais. Foi percebida essa dificuldade e a falta de cuidado para com as famílias pelos sujeitos da pesquisa. “[...] daí aquela família já fazia uma semana que a mãe dormia na cadeira, então uma coisa que tinha que ter pras mães, era um lugar que elas pudessem dormir pra cuidar dos filhos [...]” (MULHER MARAVILHA).

Na opinião de Alves, Deslandes e Mitre (2009), houve um grande ganho nas relações interpessoais, tanto para os usuários como para os hospitais, da presença do acompanhante junto à criança hospitalizada; porém, acredita-se que isso poderia ser melhorado muito, a partir de uma compreensão associada a um projeto terapêutico sistematizado, onde seria realizada a integração da família no processo de cuidado ao seu filho.

Houve uma mudança no conceito dos profissionais de saúde em aceitar a presença da família junto à criança, mas pode-se e deve-se avançar mais neste sentido. Muitas vezes não se compreende o cansaço de uma mãe que passa várias noites sem dormir adequadamente e sem uma acomodação digna. Ainda, percebe-se pela equipe de enfermagem certa resistência em aceitar e trabalhar junto com a família. O relato de um acadêmico demonstra claramente essa ideia. “A gente tem que dar atenção para o pai, para a mãe, para a avó [...] é complicado de lidar com a família [...]” (MULHER MARAVILHA).

É visto que quando uma criança adocece a família adocece junto, portanto o cuidado de enfermagem à criança doente estende-se à sua família. Góes e La Cava (2009) sugerem um modelo assistencial centrado na família, onde esta seja incentivada a participar ativamente do cuidado à criança. Para tal, o enfermeiro deve compreender a importância da manutenção do vínculo familiar junto a essa criança hospitalizada. Não é mais possível ver a família da criança como um entrave ou um atrapalho para a enfermagem; a família é sinal de segurança para a criança, no momento em que ela se encontra em um ambiente estranho ao seu mundo, como é o hospital, ela torna-se mais dependente da família. O desenvolvimento das atividades junto às crianças provocou curiosidade e certa insegurança, inicialmente, por parte das mães e/ou acompanhantes, que questionavam sobre a proposta, e queriam saber o significado deste trabalho. “[...] o que vocês vão fazer com esse desenho [...] ver o lado, o desenho da criança, da colocação da criança [...] tu chega ali e faz o procedimento, mas não está perguntando [...] assim um desenho [...] é um significado totalmente diferente” (CINDERELA).

É bem destacada, pelos acadêmicos, a confiança conquistada no decorrer das atividades, pelos pais das crianças, quanto ao trabalho desenvolvido com seus filhos. Eles se tornaram grandes incentivadores desta ideia e utilizaram o momento das atividades para realizarem atividades pessoais e, até, para relaxar um pouco. Eles também têm um grande desgaste físico e emocional durante a hospitalização de seu filho, passam noites dormindo mal, ficam mal acomodados, precisam se afastar do trabalho e, ainda, vivenciam diversos sentimentos como medo de a criança não melhorar e, algumas vezes, sentimento de culpa por pensar que não cuidaram direito de seu filho. Ficou compreendido que esta atividade realizava um cuidado indireto a esses pais. “[...] a mãe trabalha muito, corre muito, a mãe até chorou [...] disse que se culpa muito [...] não tenho tempo de ficar com ela em casa, tenho que trabalhar, ela estava muito nervosa [...]” (SHIRRA). “[...] a questão dos pais eu achei que eles tiveram bastante abertura, não dificultaram, eles até agradeceram porque eles estavam exaustos, cansados, sabe notei que muitos não queriam mais ficar dentro do quarto [...]” (PENÉLOPE CHARMOSA).

As crianças mostravam, constantemente, a importância e a necessidade da presença da família, e algo que manifestavam era o medo de que a mãe fosse embora e as deixassem sozinhas no hospital. O medo da ausência da mãe é um dos maiores fatores de estresse para a criança hospitalizada.

A família é a maior referência de mundo da criança, é nela que ela recebe amor, proteção, carinho; a família cria condições para que essa criança cresça e se desenvolva saudável. Quando há o adoecimento da criança, ocorre uma ruptura no mundo familiar e ambas ingressam em um mundo estranho, o mundo hospitalar. Inúmeros sentimentos afloram nesta família: medo, culpa, ameaça e raiva. A equipe de enfermagem necessita ser solidária à criança e à família, fornecendo informações e o apoio necessário. A presença da família é fundamental para o cuidado da criança, ela oferece segurança, preserva os laços de afeto e se torna um elo entre a criança e o hospital (MOTTA, 2004).

Estabeleceram-se vínculos entre o acadêmico, a criança e a família. Os familiares, em muitos momentos, aproveitaram esse contato para conversarem, desabafarem e para serem ouvidos pelo aluno, pois também estavam precisando de cuidado e atenção. As mães relataram aos alunos a compreensão e a importância percebida por elas nesta atividade. Falaram que a atividade as auxiliou muito durante a internação, e que houve uma atenção maior dispensada ao seu filho, o que gerou bastante satisfação por parte delas. “[...] alivia a dor, alivia o sofrimento da criança e dos familiares [...]” (MULHER MARAVILHA). “[...] ela disse: que quem fez com que ela melhorasse, foi você, porque tu deu atenção, tu deu carinho no momento que ela mais precisou [...]” (CINDERELA).

Ajudou, também, a despertar um novo olhar da mãe para o seu filho, inclusive, para algumas, oportunizou a compreensão das possibilidades da criança, que acaba sendo subestimada ou superprotegida pelos pais e pela própria sociedade. Com uma criança, foi muito importante o fato de ela ter desenhado e contado a história dos desenhos para a aluna. A mãe emocionou-se muito, pois sua filha tem sérias dificuldades na escola, e isso oportunizou a mãe a ver que a filha consegue realizar atividades de desenhos e estabelecer relação entre eles. Isso despertou na mãe a necessidade de buscar uma nova escola, que compreenda melhor a sua filha, invista e aposte nas potencialidades dela. “[...] a mãe dela ficou surpresa [...] nossa eu nunca achei que ela fosse escrever isso [...]” (PETER PAN). “[...] a mãe se surpreendeu com aquele desenho, olha ali como é que ela desenhou, olha como é que ela fez [...] isso teve uma relação ótima com os pais [...]” (CINDERELA).

Os profissionais de saúde, ao tratarem de uma criança portadora de necessidades especiais, têm dificuldade em buscar um tratamento despojado de

preconceitos e limitações a esta criança; há uma grande dificuldade em reconhecer potencialidades nela e, até, de desafiá-la a desenvolver novas habilidades. Muito comumente as pessoas a tratam de forma limitada e não acreditam que ela tenha potencial para desenvolver algumas habilidades. Souza e Mitre (2009) desenvolveram uma pesquisa com crianças portadoras de paralisia cerebral e sua relação com o brincar, e puderam verificar que o brincar oportunizou relaxamento, sorrisos e até gargalhadas nessas crianças, mostrando que elas compreenderam a atividade como prazerosa. Além disso, houve a possibilidade de os profissionais e os pais observarem habilidades desconhecidas por eles, e a utilização de formas alternativas de comunicação. Os autores acreditam que quando os profissionais e os pais visualizam essas possibilidades, há um maior comprometimento e envolvimento por parte deles em investir continuamente no desenvolvimento dessas crianças.

Algumas famílias eram bastante humildes e apresentavam dificuldade de informação e de compreensão sobre o que estava ocorrendo com seu filho. Não compreendiam o quadro clínico e não recebiam informações em uma linguagem mais simples por parte dos profissionais médicos e da enfermagem, a fim de que pudessem entender o diagnóstico do seu filho e ter noção dos cuidados necessários com ele. Fica clara a importância de a enfermagem desenvolver um trabalho de orientação junto às famílias das crianças hospitalizadas, e integrá-las no processo de cuidar de seus filhos. Princesa Sara relata que: “[...] não é simplesmente o desenho [...] mas é uma forma de interagir [...] descobrir o que a família tem por trás, se está precisando de ajuda, e muitas vezes não sabe a quem recorrer [...]”.

Nesse sentido, pode-se complementar com o que diz outra entrevistada:

[...] uma das dificuldades que eu achei [...] é a família entender o que é tudo isso, o que acontece nesse processo [...] nesse menino [...] ele teve um neuroblasto e era localizado, então agora ele já evolui para mais partes do corpo [...] a família ainda acha que é daquela dimensão do início [...] (PEQUENA SEREIA).

O verdadeiro cuidado em pediatria envolve não só a criança, mas, também, a sua família, considerando que criança e família se tornam um só cliente. Na pesquisa de Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), com pais de crianças hospitalizadas, eles descrevem que os mesmos compreendem a humanização da

equipe de saúde como um conjunto complexo de atitudes/ações motivadas por um pensamento ético, humanitário, social e holístico.

Os sujeitos puderam conhecer e se relacionar com diferentes crianças e famílias, cada qual com suas características e histórias, sendo que houve uma confirmação por parte deles sobre a importância do envolvimento da família no processo de cuidado à criança. Isso reforça o que muitas vezes é discutido em sala de aula, e nem sempre é visto no desenvolvimento das atividades práticas. Também, oportunizou a compreensão do quanto à questão socioeconômica e cultural da família reflete no processo de saúde da criança. Cinderela expressa isso, em sua entrevista. “[...] poder interagir com os pais e com a criança [...] é uma coisa que a gente não consegue, muitas vezes, ver e automaticamente é tão [...] é tão técnico [...]”.

Em determinadas situações, a família reagia de forma diferente, e isso foi vivenciado pelos acadêmicos, o que oportunizou a compreensão da dimensão que é, para uma família, ter um filho doente. Houve situações onde as famílias mostraram-se revoltadas com o processo de doença na criança, não compreendendo o porquê dela ter que passar por isso e sofrer tanto. Em outras situações, perceberam o limite desta família, que muitas vezes não tinha mais força e nem esperança de seguir adiante. Um aspecto importante, também, é quando a criança é filha de pais separados, o que acaba, muitas vezes, levando a um desgaste maior do cuidador. Nem sempre esses pais mantêm uma boa relação após a separação, o que reflete na criança, que sofre mais ainda com isso e, neste momento de fragilidade, demonstra a necessidade da presença do pai e da mãe junto com ela. Para compreender isso é preciso, por parte da enfermagem, sensibilidade, envolvimento e comprometimento junto a essa criança e sua família. Várias dessas situações foram relatadas pelos sujeitos. “Hoje ele só tem metade da estrutura, só tem a mãe [...] ela disse que não aguenta mais, porque além do problema da doença, tem os problemas emocionais” (BRANCA DE NEVE).

[...] a separação da mãe e do pai influenciou totalmente [...] essa criança deve estar sofrendo com isso [...] estava triste, estava deprimida, e aí por isso que a doença aconteceu [...] tanto que ele falava do pai, cadê meu pai, o pai não veio, faz um mês que o pai não vem [...] (PRINCESA SARA).

A mãe aparece como a relação mais afetiva para a criança, por isso é sempre a mais presente na hospitalização da criança; o pai permanece mais nos bastidores deste cuidado ao filho, apoiando e incentivando as decisões maternas (OLIVEIRA, 1993).

Muitos pais não se sentem seguros em enfrentar a situação da enfermidade de seu filho, e acabam abandonando a família durante o processo da doença, principalmente nas doenças crônicas. É como se fosse uma fuga para não ver o sofrimento da criança e da mãe. Algumas pessoas consideram essa atitude como uma covardia e, outros, como uma grande fragilidade por parte deles. As crianças manifestaram, claramente, o reflexo da situação familiar que estão vivendo. É impossível separar ou imaginar que isso não afete a criança.

[...] no início era um pai super presente [...] de uma hora pra outra, quando ele viu que a doença não estava mais tendo resultado, ele acabou abandonando ele e a esposa [...] pode ser um agravo também da doença, o abandono [...] [...] você tem saudade de alguma coisa? Tenho do meu pai [...] em um desenho ele se pintou de verde. Por que você pintou de verde? Porque eu fico verde de raiva quando o meu pai não vem me ver. É saudade dele, é (BRANCA DE NEVE).

Houve, também, outros exemplos de envolvimento familiar onde as crianças relataram o grande carinho que sentiam dos pais durante a hospitalização, esse foi o momento de maior aproximação entre pais e filhos. Muitos pais dividiam muito bem a responsabilidade de cuidado com o filho, o que não desgastava tanto nem um e nem o outro e, ainda, mantinham uma boa organização da relação familiar. Smurfete relatou a experiência de um pai que estava cuidando seu filho. “[...] o pai também, enquanto ela estava internada, revezava com a mãe [...] o pai ajudava as outras crianças a se divertirem, fazia aviãozinho, ia para o corredor brincar com as crianças [...]”.

Em uma pesquisa realizada por Souza e Mitre (2009), com crianças hospitalizadas, foi observada a importância de se realizar a aproximação com a criança mediada pelo seu acompanhante, isso favorecia o estabelecimento de vínculo com a criança e, também, a construção de uma relação de aproximação com seu acompanhante. A relação do acompanhante e da criança, no hospital, é a maior segurança desta criança, pois é com ele que ela tem intimidade e confiança e é na

presença dele que ela fica mais tranquila, favorecendo, assim, o desenvolvimento do cuidado.

Os acadêmicos buscaram uma aproximação junto à família da criança, procuraram estabelecer o vínculo entre eles, trabalhar educação em saúde, dar apoio, estabelecer diálogo e, principalmente, estavam dispostos a ouvi-los.

A atividade apresentou um resultado muito bom na recuperação da criança e deixou a família muito satisfeita e agradecida; isso foi verbalizado pelas mães aos alunos: “[...] a mãe dela chegou pra mim e disse: eu não sei como te agradecer, porque de ontem pra hoje [...] ela está completamente diferente, melhor em todos os sentidos, fiquei feliz [...]” (CINDERELA).

Busca-se, hoje, aproximar cada vez mais a família, não só pai e mãe, mas, sim, avós, tios, primos e outros, do hospital, junto à criança que está hospitalizada. A maior parte das unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica possibilita a presença dos pais nas 24 horas do dia, e estendem o horário de visita de outros familiares por até dez horas por dia, porém, com alguns cuidados de controle de infecção e limitação de dois familiares à beira do leito. Isso demonstra a evolução da compreensão por parte dos profissionais de saúde quanto à importância da família no processo de recuperação da criança, e como aliados da equipe de saúde no processo de cuidado.

3.4 Formação pessoal e profissional

A construção da formação profissional perpassa pela construção pessoal primeiramente; é como a construção de uma casa, que deve ser alicerçada solidamente aos valores, às ideologias, crenças e concepções. Neste caso, ao cuidado e ao ser humano. A contribuição desta experiência para os acadêmicos de enfermagem possibilitou o surgimento de diferentes sentimentos, que oportunizaram uma reflexão pessoal e uma revisão de valores. Também, foi a oportunidade de observar o cuidado de outro ângulo, com diferentes lentes, que despertou um conflito profissional, onde se percebeu uma dicotomia entre as questões teóricas acadêmicas e a realidade prática, principalmente frente à equipe de enfermagem e a sobreposição das habilidades técnicas em detrimento da humanização.

3.4.1 Sentimentos do acadêmico de enfermagem

Durante essa vivência, no estabelecimento do processo de aproximação com a criança, os acadêmicos tiveram diferentes sentimentos; um deles foi o medo de não conseguir desenvolver o trabalho, a forma de como iniciar a abordagem junto à criança e a aceitação por parte delas em participarem. As próprias crianças pareciam perceber isso e ficavam mais tímidas no primeiro momento, até conhecerem e se habituarem ao aluno.

[...] saí pensando muito [...] o que eu poderia fazer para melhorar, se era eu que estava muito quieta, se eu tinha que sorrir mais, se eu tinha que deixar ele desenhar, se eu tinha que trocar a página [...] no começo, aí depois já ia fluindo, assim uma troca [...] (MÔNICA)

Para alguns, o desafio de superar a dificuldade em trabalhar com as crianças foi muito grande, exigiu comprometimento, força de vontade e muito empenho para vencer a insegurança e a ansiedade que os acompanhava nos primeiros encontros. Também, foi dito por vários, que ver uma criança doente desperta neles muita tristeza e certa decepção em relação à vida, é difícil ver uma criança sofrendo. “[...] enquanto acadêmica de enfermagem isso faz a gente refletir bastante, o que é uma criança que está no hospital? [...]” (PEQUENA SEREIA).

Foi possível perceber a necessidade da utilização da sensibilidade para desenvolver o cuidado à criança, e que as formas de interagir e trabalhar com ela são muito diferentes da relação junto ao paciente adulto. Emergiu, também, insegurança, dúvida de como cuidar corretamente da criança, de como trabalhar bem junto à família desta criança, e de como não sofrer frente ao sofrimento da criança. Eles buscavam, na criança, a aceitação e aprovação dela quanto ao trabalho e a eles mesmos.

Os alunos de enfermagem aprendem o cuidar como essência principal de seu trabalho e, por sua natureza e definição, o cuidado é somente e sempre positivo. O cuidar é a garantia da manutenção da vida, é a construção de um ambiente propício para crianças e adultos. As emoções humanas estão presentes no processo de

cuidado e promovem as relações humanas em experiências gratificantes de prazer, segurança, confiança e crescimento (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007).

O desenvolvimento desta atividade não se limitou somente aos acadêmicos e às crianças, mas expandiu-se para a família e para os colegas de trabalho dos alunos. Eles sentiam necessidade de compartilhar e falar das emoções e dos sentimentos que vivenciavam a cada encontro com as crianças. Então, as pessoas mais próximas compartilhavam com eles esses sentimentos. A cada dia eram novas descobertas, momentos diferentes que encantavam os sujeitos e despertavam a curiosidade dos que acompanhavam o trabalho.

[...] várias semanas antes de começar o projeto eu já falava dele, comentei com as minhas colegas [...] nós falávamos por telefone, como é que está o trabalho? [...] cheguei em casa e contei para os meus familiares [...] minha mãe, meu pai, meu filho, meu marido, e eu contei o que eu estava fazendo [...] expliquei tudo [...] (SININHO).

Os sujeitos afirmam ter desenvolvido uma ótima relação e aproximação com todas as crianças, porém, todos referem uma criança em especial. Cada um deles identificou-se mais e envolveu-se mais intensamente com uma das crianças que trabalhou. Essa empatia maior com uma criança é natural, todos os profissionais têm isso no seu cotidiano. Sempre há uma pessoa que sensibiliza mais e que faz reportar a aspectos da própria vida do cuidador, ou faz lembrar algum familiar, ou pessoa próxima. Assim, este acaba tendo uma afinidade maior com alguns pacientes, e isso é próprio do ser humano. A experiência também propiciou uma reflexão pessoal muito intensa, e uma avaliação sobre o que é problema, dificuldade, sobre as coisas que realmente tem valor, e os fez ter uma visão mais ampla da vida e deles mesmos. “[...] a gente às vezes se põe na situação deles [...] estão começando uma vida [...] e a gente às vezes reclama por tão pouca coisa, e eles estão aí tentando sobreviver [...] às vezes não dá certo [...]” (BRANCA DE NEVE).

Alguns acadêmicos começaram a recordar e lembrar-se de sua infância, de suas experiências com doença e hospitalização e, até, das estratégias que foram utilizadas com eles. Foram alguns momentos de nostalgia de um tempo que já passou, mas que é o tempo das crianças doentes e hospitalizadas com quem eles

estavam convivendo. “[...] as coisas pequenas durante a infância a gente lembra muito melhor que as da adolescência [...] eu fiquei doente quando eu era criança e eu nunca me esqueço [...]” (PENÉLOPE CHARMOSA).

A criança precisa de novos modelos de cuidado à sua saúde, os modelos hospitalocêntricos já não cabem mais nos dias atuais. Busca-se, hoje, um modelo de cuidado ampliado à criança, voltado ao mundo infantil, e não baseado no cuidado ao adulto. A infância é singular a cada pessoa, e o que for perdido nesse período não retornará mais (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Para os alunos, vivenciar esta experiência foi uma sensação linda e gratificante, pois mostrou claramente o desenvolvimento do vínculo e formação da confiança entre eles, o surgimento da amizade, o carinho recíproco; sentimentos verdadeiros e muito nobres emergiram nestes encontros, entre os acadêmicos e as crianças, que vieram complementar a sua formação pessoal e profissional.

[...] eu ajudei muito ela, e isso foi muito importante [...] o trabalho que a gente realizou [...] a minha presença [...] me desejava muita felicidade e que tinha gostado muito do trabalho [...] aquela coisa verdadeira, aquela coisa pura, eu não imaginava que num período de três, quatro dias que a gente ficou junto isso se transformasse numa coisa tão boa, tanto pra ela, como pra mim (CINDERELA).

O cuidado deverá ser pautado no respeito, solicitude, afeto, compaixão e cooperação, a fim de oferecer o suporte necessário e uma relação de ajuda para a criança e sua família (MOTTA, 2004)

Antes de querer ser profissional é preciso ser pessoa, são necessários valores pessoais; só assim será possível à construção de um verdadeiro profissional. Esta vivência trabalhou desta forma junto a eles, os reportou aos valores pessoais primeiramente e, posteriormente, aos valores profissionais, oportunizando várias reflexões. Os levou a se depararem com diferentes realidades e situações vividas pelas crianças e suas famílias.

De acordo com Silva e Sena (2006), há um movimento importante no processo de ensino na enfermagem, onde se busca a formação de um enfermeiro voltado, cada vez mais, ao ser humano e sua subjetividade. Mas, para tal, é preciso que a formação deste esteja sustentada em referencial crítico-reflexivo, envolva a

interdisciplinaridade, estimule o estudante a refletir sobre a realidade social e amplie as discussões para além dos muros da universidade. Essas ações poderão oportunizar a formação de um profissional mais capaz para a vida e para o trabalho, e com condições de ser agente transformador da realidade social que está inserido.

O grande ingrediente dessa vivência foi a utilização do sentimento. Quando as pessoas usam o sentimento em seu trabalho, tudo se torna especial e cheio de valor. Pequena Sereia manifestou isso, dizendo: “[...] foi um ganho pessoal [...] uma experiência [...] não tem como descrever [...] é um aprendizado sem tamanho”.

O fato de relembrar a experiência vivida mexia muito com os sentimentos e emoções dos acadêmicos, pois foi uma vivência muito intensa em suas vidas. “[...] dá uma emoção assim de reviver [...]” (MÔNICA).

No contexto da área hospitalar, falar em emoções parece soar estranho; é visível que na prática hospitalar os sentimentos procuram ser reprimidos. A formação dos profissionais de saúde é muito racional e dominante, portanto, emoção é um termo ausente dentro dos currículos destes profissionais, e isso se reflete na relação com o paciente. É preciso ensinar os profissionais de saúde a trabalhar com emoções (SOUZA; CAMARGO; BULGACOV, 2003).

Algumas crianças apresentavam limitações provenientes da sua patologia, o que exigia mais tempo e disponibilidade do acadêmico e, também, habilidade para conseguir auxiliá-las a desenvolver o trabalho; foi muito importante a oportunidade de participação destas crianças. Na maioria das vezes, quando há atividades diferentes, estas são excluídas devido às suas limitações, pois se acredita que elas não têm capacidade de participar, e que isso é indiferente para elas. Uma destas crianças, além de realizar as atividades, solicitava ao acadêmico que realizasse fisioterapia nela, pois acreditava que isso a faria voltar a andar. A esperança, o desejo e a confiança desta criança foi uma grande lição a este acadêmico.

[...] ficar com ele um pouco, eu tinha que conversar, ele tinha dor, ele sentava, ele deitava, então era difícil [...] fui pegando o jeitinho dele [...] foi muito interessante de trabalhar com ele, até pela patologia difícil, pelo sofrimento dele [...] me apeguei bastante nele [...] é bem difícil não lembrar ele todo dia [...] (MÔNICA).

Fala-se e estuda-se muito sobre deficiência, porém, ainda há preconceito para com os portadores de deficiência; isso é fruto de uma cultura histórica, mas, sabe-se que já foi muito pior. Ainda existe uma cultura de negação a essas pessoas, e os profissionais de saúde compartilham, muitas vezes, destas atitudes. É preciso avançar em conhecimento e discussões, a fim de lançar novos olhares a essas crianças, e aprender a viver e conviver com elas (FALKENBACH; DREXSLER; WERLER, 2008).

Os acadêmicos se depararam com algumas questões que fazem parte da profissão enfermagem, mas que são, na maioria das vezes, veladas, não discutidas, e são pouco trabalhadas na academia durante o período de formação, que são a terminalidade e a morte. Pensar e vivenciar a terminalidade e a morte de um adulto é muito diferente de pensar a terminalidade e a morte da criança. O ser humano compreende que no ciclo da vida, quem deve morrer são as pessoas idosas, nunca as crianças. Nas famílias, acredita-se que os filhos devem acompanhar a morte de seus pais, e nunca os pais devem vivenciar a morte de um filho. Os profissionais de saúde, ao vivenciarem a terminalidade e a morte da criança, sofrem este conflito da quebra do ciclo da vida, e sofrem muito, também, ao acompanhar a família desta criança.

[...] vai dizer o que para uma mãe [...] aí ela começou a chorar [...] a gente tem que lutar, e a mãe disse: Eu estou cansada de lutar, sabe, as minhas forças, esperanças estão terminando [...] e tu vê que ele fica desanimado, a mãe esta desanimada, e ele sabe que ele não tem mais muita chance [...] a gente às vezes fica sem chão [...] (BRANCA DE NEVE).

A morte é vista, pelos profissionais de enfermagem, como um fracasso profissional, pois eles são educados para cuidar somente da vida. Quando se deparam com a terminalidade/morte, percebem que não sabem como trabalhar com isso, pois sua formação foi voltada a questões teóricas e práticas de manutenção da vida. No enfrentamento de um paciente terminal, principalmente a criança/adolescente, eles percebem, além da dificuldade que tem com o fenômeno da morte, a falta de preparo para apoiar e confortar a criança e a família (COSTA; LIMA, 2005).

Acompanhar esse processo junto à criança e a família trouxe muita emoção e aflorou inúmeros sentimentos junto aos acadêmicos, oportunizou um repensar sobre

atitudes e ações dos profissionais frente à morte. Eles relatam que, em determinados momentos, precisavam sair do quarto, pois a emoção era muito grande, vendo tudo o que aquela criança, que tinha pouco tempo de vida, desenhava e falava. Foi uma experiência de vida muito significativa para os acadêmicos. “[...] já fazia dias que ele estava ali [...] daí podemos esperar [...] a criança acabou falecendo [...] foi muito triste [...] eu me emocionei bastante [...] fiquei bastante chocada [...]” (PATETA).

É preciso um trabalho diferenciado nas academias sobre as questões que envolvem a morte. Os profissionais precisam poder trabalhar com isso de forma humana, desmistificada e com menos sofrimento.

É preciso que as escolas preparem o futuro profissional para trabalhar com a morte, fato que fará parte de seu cotidiano profissional. Também, as instituições de saúde precisam se preocupar com os profissionais que vivenciam este processo, a fim de minimizar o sofrimento que este evento causa nos mesmos, podendo chegar a provocar a Síndrome de *Burnout*¹.

Oportunizar, a esses profissionais, reflexões sobre o tema morte e sobre a vivência e elaboração do luto, pode ser uma estratégia, para minimizar o sofrimento e, também, para compreender a morte de forma mais saudável (COSTA; LIMA, 2005).

Os alunos receberam lições de vida dessas crianças e aprenderam coisas que não se aprende nos livros e nem nos bancos escolares, somente na convivência. Os acadêmicos sentiram uma sensação de impotência frente a essa criança, o não saber o que fazer, como agir, pensar que essa criança não terá a oportunidade de viver sua adolescência, de ter filhos, de cursar uma faculdade. Eles relatam que a morte de uma criança tem uma dimensão muito maior do que a do adulto. Como agir com a mãe desta criança, o que dizer a ela. Houve momentos de revolta, tanto da criança quanto da família, pois, se foi difícil para os alunos compreenderem e aceitarem isso, muito mais estava sendo para a família e para a própria criança aceitar e compreender o inevitável, a morte. Os sujeitos relatam essas sensações e sentimentos perante a morte, em sua entrevista “[...] aquela dor

¹ A síndrome de *burnout* é consequente a prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

emocional de ver o paciente mal, morrendo, ou sabendo que não vai se recuperar [...]” (PATETA).

[...] pra ele o hospital não está importando agora [...] ele está muito decepcionado com o tempo que está internado, com o remédio que não dá certo, com a boca cheia de feridas [...] então chega a hora que o desânimo deles é visível [...] daí tu tem que parar [...] tem que sabe entender [...] (BRANCA DE NEVE).

Afloram, junto à equipe de enfermagem, várias emoções e sentimentos quando se confrontam com a morte de crianças. Eles sentem desespero, incapacidade e frustração, se envolvem com a família e participam do momento da perda, ficando num estágio conflitante, sentindo-se como membros da família, como se estivessem de luto (BELLATO, 2007).

Na relação doença, criança e morte, os sujeitos concluíram que eles têm muito a aprender e, talvez, nunca consigam compreender plenamente estes fatos. Isso vai ocorrer por meio das vivências e experiências que farão parte de sua profissão. Na enfermagem e, principalmente, nas disciplinas de neonatologia e saúde da criança, o enfoque é para a vida, para o nascimento, ensinam-se diferentes modos de cuidado aos bebês e às crianças, trabalha-se para que tenham uma adolescência saudável e busca-se que se tornem pessoas com saúde e uma boa qualidade de vida, porém, não são desenvolvidos conteúdos sobre cuidados para auxiliar as crianças no processo de morrer.

[...] em relação à gente, como acadêmico, nós temos muito a aprender ainda, cada dia é um desafio, cada criança vai ser um momento diferente [...] as superações de cada um são diferentes, o entendimento de cada criança em relação à doença é diferente, a própria questão cultural. A gente aprende muito com eles, muito, muito, muito. Cada criança é um aprender novo, é uma caixinha de surpresas (BRANCA DE NEVE).

Há um despreparo no enfrentamento da morte. Os acadêmicos de enfermagem, quando vivenciam isso, não sabem o que fazer, tem dificuldades em se aproximar dos familiares, não sabem o que falar e como agir. Isso ocorre por que, muitas vezes, os seus professores também não conseguem agir e ensiná-los a lidar com este momento (BERNIERI; HIRDES, 2007).

O encerramento e a despedida dos encontros com as crianças também foi um momento difícil; havia se estabelecido um vínculo entre eles e, como a criança gostava muito da presença do aluno, a despedida era um momento de emoção e dificuldade para ambos. “[...] tinha que ver o abraço que ela me deu [...] sabe não tem como dizer, tchau não vou te ver mais [...]” (PENÉLOPE CHARMOSA).

O sorriso, o abraço, as demonstrações de gratidão das crianças para com os alunos, encheu seus corações e os fez sentirem-se muito especiais, conseguindo perceber a dimensão do cuidado, o quanto isso é importante na vida dos seres humanos, o sorriso no rosto das crianças foi um sentimento indescritível, gerou muita emoção e os deixou mais sensíveis em vários momentos, mostrando as possibilidades de como tornar-se um profissional completo e realizado, e que usa a emoção no seu trabalho. “[...] me emocionei, chorei, me senti frágil [...]” (SININHO). “[...] bom, aquele dia eu chorei tanto, eu cheguei em casa tão emocionada [...]” (CINDERELA).

Por muito tempo foi dito e ensinado aos profissionais da enfermagem que estes não poderiam expressar sentimentos, e deveriam ser imparciais frente às situações. Ao mesmo tempo, isso se tornou um mecanismo de defesa e proteção do profissional contra o seu sofrimento. Porém, sabe-se que é impossível não ter sentimentos; o que se pode recomendar é que essas emoções não sejam vividas de forma intensa na frente do paciente, a ponto de prejudicá-lo e deixá-lo inseguro e assustado (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007).

Para os acadêmicos, participar dessa pesquisa foi um desafio e uma oportunidade, tanto para eles como para as crianças; foi uma experiência diferente da rotina da enfermagem que eles conheciam, e isso oportunizou ganhos pessoais, profissionais e muito aprendizado. Foi muito mais do que trabalhar enfermagem, pedagogia, ludicidade, arte, foi uma vivência humana. Não foi uma atividade técnica, mas, sim, sensível, e cheia de emoção.

3.4.2 Equipe de enfermagem: predomínio da habilidade técnica

As experiências prévias da criança sobre doença vão repercutir positiva ou negativamente em seu processo de hospitalização. É importante que a equipe de

enfermagem tenha preparo e compreenda a importância da abordagem inicial junto à criança, no momento da sua chegada e antes de iniciar a realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Os acadêmicos reforçam a necessidade do estabelecimento da confiança entre equipe de enfermagem e as crianças; também, dizem que isso é possível com simples gestos e atitudes para com a criança. Preparar a criança para essa nova experiência exige, da equipe de enfermagem, disposição, comunicação, habilidades e o uso de estratégias que os aproximem das crianças e, também, tempo disponível para isso.

[...] esses primeiros contatos que eles têm no hospital [...] são muito agressivos, e é a partir desses primeiros contatos que vem o medo, que vem o receio [...] trabalhando de uma forma melhor talvez essa mágoa que eles tem, esse ressentimento, fosse menor [...] se na primeira internação [...] não fosse feito nada à força e trabalhado toda essa questão [...] não iria gerar tanto medo quanto gera [...] (PEQUENA SEREIA).

A partir da compreensão de que a criança é um ser singular e com características próprias, em processo de desenvolvimento, fica evidente a necessidade do entendimento de suas particularidades, de seus significados sobre saúde-doença, e de todos os sentimentos que estão envolvidos neste momento. O profissional da enfermagem precisa estar apto a compreender essas necessidades emocionais e sociais que, também, fazem parte deste ser; para tanto é preciso estratégias que estabeleçam o diálogo e a comunicação afetiva entre ambos. Com a compreensão desta criança e de suas concepções, estar-se-á construindo uma assistência de enfermagem que vai além do conhecimento teórico e das habilidades práticas, mas centrada na criança e na sua identidade (MOREIRA; DUPAS, 2003).

Talvez, a falta de tempo seja o fator mais utilizado para justificar a não compreensão destas necessidades das crianças; foi observado, muitas vezes, um pequeno número de funcionários para atuar nestes setores, o que provoca sobrecarga de trabalho, e faz com que priorizem suas atividades, sendo que para eles o fundamental é a realização dos cuidados técnicos e administração de medicamentos para as crianças. Sobre isso, Pateta comenta: “[...] as enfermeiras hoje em dia não tem esse tempo [...] elas entram no quarto, falam as coisas [...]

fazem os procedimentos [...] não se envolvem [...] não sei se é correria do dia a dia que faz isso com elas”.

Castanha, Lacerda e Zagonel (2005) relatam que o enfermeiro tem medo de realizar atividades diferentes das que executa junto às crianças, pois, ao sentar-se ao lado de uma criança para ler uma história, realizar um desenho, pode ser questionado pela equipe, afinal, com tantas atividades que tem para realizar fica sentado. A equipe também pode questionar se isso vai auxiliar na melhora do quadro clínico da criança.

Essas questões envolvem um posicionamento e uma ideologia de trabalho por parte dos profissionais da enfermagem e, também, um comprometimento administrativo e de filosofia institucional por parte dos gestores da área de saúde.

No trabalho realizado com as crianças, os acadêmicos buscaram conhecer a imagem e a compreensão que elas têm da equipe de saúde, principalmente da enfermeira. A maioria delas as relacionou com a medicação e com a realização de procedimentos como: curativos, punções venosas e injeções. A compreensão da enfermagem é vista de maneira muito técnica pela criança, em determinados casos, algumas crianças referem à enfermeira e o médico como os responsáveis pela cura e melhora delas. Isso foi relatado por Pato Donald: “E ela fala da enfermagem só quanto aos procedimentos, não fala da enfermagem brincando, fazendo outras coisas com ela”.

Algumas crianças desenharam a enfermeira bem colorida e alegre, uma de braços aberto, outra sorrindo, outra com um grande coração no centro do corpo, e uma das crianças referiu que seu grande desejo era poder brincar com a enfermeira. Esse é um dos grandes desejos dos acadêmicos de enfermagem que realizaram esta vivência, poder demonstrar outras possibilidades para a criança compreender o enfermeiro, além dos cuidados técnicos, oportunizar uma imagem diferente mais próxima da equipe de enfermagem, com menos medos e mais voltada para a afetividade e o diálogo. Poder trazer para junto da equipe de saúde das unidades pediátricas, o colorido, abandonando o uniforme branco que tanto causa aversão às crianças; utilizar a ludicidade como estratégia de aproximação e de comunicação com a criança; isso pode ser o início de uma nova visão sobre o profissional enfermeiro. Pode-se perceber isso pelo relato de Penélope Chamosa: “Ela olhava pro meu avental [...] e colocava o dedo nos bichinhos e dizia: que lindo o teu avental! Essa coisa de não chegar com o branco, não chegar assustando”.

Isso é uma mudança de paradigmas possível de ser realizada, de baixo investimento financeiro e com uma boa resposta de aceitação pelas crianças.

A necessidade percebida pelos acadêmicos foi da falta de tempo da enfermeira junto às crianças, o não estabelecimento do diálogo com elas, onde seu foco ficava voltado só para a realização de procedimentos técnicos e burocráticos. Além disso, alguns relatam a falta de comunicação com a família da criança e, também, a falta de preparo e orientações para a alta hospitalar, enfocando a não realização de educação em saúde. Tudo foi percebido pelos acadêmicos, como, inclusive, foi visto por eles a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, em diversos momentos. Isso propiciou uma reflexão de que há uma falta de posicionamento pelos enfermeiros na busca de melhores condições de trabalho, a fim de oferecer uma assistência de enfermagem de melhor qualidade. Fica evidente que o foco da assistência está voltado para o lado técnico, e as outras questões são deixadas de lado.

[...] teria que ter mais ensinamento de conversa com a criança [...] não só chegar lá e fazer os procedimentos [...] vai lá punçiona, instala o soro, nebuliza [...] tempo pra ficar com as crianças, com as mães, escutar [...] essa comunicação não é estabelecida [...] é mais em nível de técnicas, técnicas, técnicas [...] (PATETA).

Na avaliação de Deslandes e Mitre (2009) há uma invasão de tecnologia junto às relações humanas, tornando as pessoas dependentes dela. Na questão da saúde, isto é muito mais intenso, pois não se podem negar os avanços clínicos que a tecnologia trouxe, porém, ela está afastando as pessoas, reduzindo o diálogo, a anamnese, a narrativa entre o profissional de saúde e o paciente; não há mais o encontro entre os sujeitos.

Os acadêmicos puderam perceber que as crianças conseguiam distinguir os profissionais que faziam um atendimento diferenciado com elas, os que dedicavam um pouco de seu tempo com atividades diferentes, além da execução de técnicas, junto a eles. Eles ficam muito carentes dentro do ambiente hospitalar, então, uma atenção diferente por parte dos profissionais tem um efeito positivo junto a elas.

[...] os profissionais que mais se comunicam [...] elas sabem que cargo tem, o que fazem [...] elas sabem tudo, inclusive os turnos de trabalho [...] ela me contou que a enfermeira que ela mais gostava era a enfermeira da noite, era a que mais brincava [...] (SININHO)

Os acadêmicos puderam presenciar algumas situações onde a enfermeira foi vista, pelas crianças, como uma pessoa muito autoritária; foi quando ela falou com o tom de voz alto com algumas crianças, o que as deixou bastante assustadas, sendo relatado diversas vezes para os acadêmicos. Outra situação foi quando a enfermeira chamou a atenção dos pais de uma criança nos cuidados da limpeza do quarto; a criança ficou muito tensa e parecia que buscava proteger seus pais desta situação. É claro que o enfermeiro necessita zelar pelos cuidados no ambiente hospitalar, existem normas e regras que devem ser seguidas, mas esses exemplos servem para refletir o quanto às atitudes do enfermeiro são percebidas pelas crianças, e como elas ficam gravadas em suas memórias.

A equipe de enfermagem mostrou interesse e curiosidade na atividade desenvolvida pelos acadêmicos junto às crianças. O trabalho era admirado e, muitas vezes, era solicitado auxílio para explicar algo para a criança. Eles falaram diversas vezes do quanto isso estava sendo importante para as crianças, e que esta atividade deveria ser implantada no ambiente hospitalar. Nota-se que a equipe percebe a importância e a necessidade destas atividades junto às crianças, mas faltam recursos humanos e gestores comprometidos para colocar isto em prática.

[...] a enfermagem, eu acho que tem muitas coisas que aos pouquinhos poderia ser mudado, trabalhar melhor, e ter maneiras de você se aproximar da criança, muitas maneiras, mecanismos de você chegar perto dela, de você conquistar, fazer essa troca, mas você precisa de tempo, tempo para estabelecer aquela confiança e pra isso tem que de repente organizar a unidade, ter mais funcionários pra eles poderem atender melhor (MÔNICA).

Pedroso e Vieira (2009) afirmam que quando os profissionais não compreendem o cuidado em saúde de forma coletiva, se isentam de atitudes e ações transformadoras, pois passam a desresponsabilizar-se e culpabilizar os outros. Com muita frequência, acomodam-se nos jargões populares comuns entre os profissionais da saúde como: “Sempre foi assim”, “Se os gestores não fazem a

parte deles, não há o que fazer”, “Na teoria é de uma maneira, mas na prática é de outra”. Infelizmente são encontrados, diariamente, profissionais pensando desta maneira.

Sabe-se que existe a Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde, que vem sendo discutida e implantada nas instituições de saúde; porém, é compreendido pelos acadêmicos, inicialmente, como uma proposta demagógica, fala-se muito e pratica-se pouco. É preciso rever os objetivos e a filosofia desta política para que, realmente, ela ocorra de forma concreta. Essa política poderia ser a oportunidade de uma mudança cultural no processo de cuidado na área de saúde, por todos os profissionais e instituições. Mas para isso é preciso que as pessoas se proponham a conhecer e colocar em prática esta proposta. Princesa Sara comenta sobre isso: “[...] ta aí a política nacional de humanização que demonstra tudo isso [...] ta faltando esses profissionais darem uma lida nessa política, conhecerem essa política [...]”.

Na opinião de Castanha, Lacerda e Zagonel (2005), o enfermeiro parece não perceber as possibilidades de diferentes cuidados junto à criança doente no ambiente hospitalar, a não ser as restritas em atividades técnicas e administrativas, mantendo seu foco no cumprimento das rotinas hospitalares. O seu relacionamento com a criança limita-se em estabelecer estratégias para recuperação e melhora da doença. É esquecida a possibilidade de realizar cuidados que tragam alento a essas crianças, por meio de um cuidado humano e solidário.

Um dos grandes diferenciais de humanização dentro do ambiente hospitalar é a atuação dos acadêmicos de enfermagem. Na realização das atividades práticas, os docentes buscam trabalhar, junto aos acadêmicos, o cuidado humanizado. O acadêmico tem um maior tempo disponível, vem motivado para as atividades práticas e busca promover satisfação aos pacientes. A equipe de enfermagem acaba por entrar em uma rotina de trabalho e, com isso, acaba deixando de lado questões aprendidas e trabalhadas durante a sua formação acadêmica; para isso, são necessárias atividades de educação continuada junto à equipe, momentos de reflexão e motivação para implantar e desenvolver inovações nas atividades de cuidado. Cinderela acredita que: “[...] as pessoas tem que ver o ser humano como um todo e de maneira especial [...]”.

É importante que haja um equilíbrio entre a teoria ensinada na academia e a prática vivenciada no ambiente hospitalar, durante as atividades de estágio. Com

frequência o aluno depara-se com dicotomias entre teoria e prática, entre o que foi ensinado e o que se vê no cuidado ao paciente, pela equipe de saúde. Essa dissociação entre o aprender e o fazer é uma questão determinante na concepção pedagógica, revelada pela educação permanente como uma possibilidade de aproximar o ensino da organização dos serviços de saúde em um movimento de reflexão crítica, pontuando as mudanças requeridas para a educação, atenção e gestão dos serviços de saúde e da educação (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

[...] eu não estava fazendo procedimentos, eu estava fazendo outro tipo de trabalho, [...] como enfermeira, tu tem que ser boa no procedimento [...] mas tu também não pode esquecer o lado humano [...] tu vê que meio se perdeu esse lado humano [...] passa batido por causa da correria (SININHO).

A enfermagem, ao trabalhar a humanização, junto às crianças, não deve ser vista como uma profissão de fazer o bem, de maneira assistencialista e paternalista, mas, sim, deve ser compreendida como uma profissão baseada em competências técnicas, conhecimentos científicos e habilidades humanas, pois o objeto de trabalho deste profissional é a vida humana.

O foco maior da enfermagem é o cuidado ao ser humano. Se não existir o cuidado, as pessoas não existem como humanos. Na opinião de Silva *et al.*(2005), em um estudo realizado sobre o cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, reflete-se sob uma obra de Boff que faz alusão a um bichinho virtual, o “*Tamagochi*”, o qual também necessita de cuidado, mesmo que seja apertar um botão simulando o atendimento de uma necessidade do mesmo. Porém, é cômodo e fácil adaptar-se ao apertar do botão, mas o cuidado humano exige muito mais que isso. São necessárias formas diferenciadas e humanizadas de cuidado, a fim de abolir o descuido ao ser humano, que está presente em diversas situações do cotidiano, quando a enfermagem se limita a “apertar botões”. É necessário buscar a integração entre arte e ciência no resgate da dignidade humana.

O vivenciar desta atividade trabalhou muito com as questões de humanização dos acadêmicos. Eles tiveram a oportunidade de ser vistos de maneira diferente pelas crianças, o que trouxe muita satisfação e alegria para eles. Compreenderam que é possível cuidar, de diferentes maneiras, e que a atividade técnica não deve se

sobressair às atividades de cuidado humano; ambas têm o mesmo valor. Em muitos momentos, o que a criança mais precisava era de carinho e atenção, e isso tem um valor tão grande ou maior que o curativo ou a dose do antibiótico. Aprenderam, também, que não basta ter boa habilidade técnica para ser um bom profissional, é preciso, sim, muita habilidade humana e sensibilidade; esses são ingredientes indispensáveis para a realização de um verdadeiro cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário lançar novos olhares no processo de cuidado à criança, transcender paradigmas, desenvolver estudos *com* as crianças doentes e não *sobre* as crianças doentes; trabalhar junto às equipes de saúde, instrumentalizando-as, a fim de que compreendam melhor a criança, que a vejam como elemento principal no processo de cuidado.

Os avanços tecnológicos modificaram o cenário na área de saúde e vem auxiliando no diagnóstico precoce e preciso de várias doenças, garantindo a cura e a sobrevivência das pessoas, independente da idade. Mas, resta a preocupação de que o ser humano necessita de cuidado humano, que as máquinas e a tecnologia não conseguem oferecer. É necessário deixar de lado, por um momento, a tecnologia e se voltar para as questões mais humanas e sensíveis. É preciso ver a criança não como um corpo doente, e que pode seguir as mesmas regras e rotinas do mundo adulto, mas como um ser com particularidades em seus cuidados e que merece ser vista de forma diferente.

Os profissionais de enfermagem são os que atuam mais próximos das crianças hospitalizadas, em relação aos outros profissionais que fazem parte das equipes multiprofissionais. Portanto, são os que mais agregam e estabelecem relações com as crianças e sua família. Também, a enfermagem é a profissão que busca compreender o paciente de forma integral, de maneira ampla e holística, não se preocupando com as especialidades. Por isso, é necessário investir em novas possibilidades na sua prática de cuidado, permitindo a construção de ações criativas, no intuito de humanizar os cuidados hospitalares como um todo.

É imprescindível viabilizar a proposta de humanização dos espaços pediátricos hospitalares, seguindo as diretrizes proposta pelo Ministério da Saúde, visto que a implantação deste programa de Humanização do Ministério da Saúde não seria necessária se houvesse suficiente humanização nos espaços de saúde.

Há a necessidade de acolher a criança e sua família no momento da hospitalização, conversar com elas, orientá-las sobre as rotinas, atividades e cuidados que serão realizados. O primeiro contato e as primeiras experiências da criança com a hospitalização são decisivas para a imagem que ela vai criar deste processo. Esta deve ser uma filosofia de trabalho institucional conhecida por todos,

e deve acontecer em todos os espaços de atendimento à criança, desde a porta de entrada da instituição de saúde e não somente na unidade pediátrica.

Se as crianças sentirem-se acolhidas, felizes e integradas no ambiente hospitalar, mais fácil será sua recuperação, menos traumática será a hospitalização e menos interferências sofrerá o seu processo de desenvolvimento. A humanização da assistência é um direito e, também, uma necessidade das crianças hospitalizadas, e a utilização do lúdico pode ser um importante recurso capaz de aliviar a ansiedade, o medo e o sofrimento das crianças doentes, além de ser um recurso indireto para a família destas crianças, pois quando os pais percebem seu filho mais relaxado e feliz, eles também se sentem mais aliviados.

É necessário compreender a importância do cuidado às famílias das crianças hospitalizadas, respeitando as particularidades de cada uma e adequando-se à realidade delas, a fim de conseguir estabelecer empatia, comunicação efetiva e cuidado, desenvolvendo um processo educativo, também, junto às famílias. Isso tudo reverterá em uma melhora da imagem do ambiente hospitalar pelas famílias e pelas crianças e auxiliará na manutenção e promoção da saúde destas crianças.

Os cursos de graduação em enfermagem poderiam utilizar a arte como componente de trabalho e introduzi-la em seus currículos, na estratégia de despertar, nos acadêmicos, o cuidado humanizado com as crianças. Ao estudar a história da enfermagem desde os primórdios, Florence Nightingale, precursora da ciência na enfermagem, já dizia que enfermagem é arte, é a mais bela das artes; mas como trabalhar estes conceitos sem a dimensão sensível e intuitiva, com a atenção voltada somente à tecnologia?

A utilização do desenho mostrou-se uma ótima estratégia de aproximação e comunicação com as crianças. Foi uma oportunidade para a construção de um diálogo e do desenvolvimento de uma anamnese. Na utilização do instrumento “Quando uma criança adoce!” foi possível conhecer a criança participante da pesquisa, sua família, seus medos, sentimentos, dores, desejos, e estabelecer uma comunicação eficaz e a criação de um vínculo entre criança e acadêmico de enfermagem. Dentro de um processo de comunicação e cuidado desejado, é necessário que ocorra, também, o processo de escuta; exercitar o processo de escuta junto às crianças possibilita que os indivíduos se tornem mais humanos.

É oportuno estimular os alunos para que se aprofundem nas relações, compreendam e conheçam seus pacientes, a fim de conseguir traçar um plano de cuidado individualizado, de acordo com a necessidade de cada um.

O uso do desenho também se mostrou um excelente instrumento para educar na saúde e oportunizou a compreensão de outras formas de ensino. Sensibilizou os acadêmicos de enfermagem quanto à importância do estabelecimento de relações mais humanas, promovendo outros aprendizados.

A educação em saúde foi vista como componente essencial do cuidado de enfermagem, e o uso da arte pode ser uma possibilidade de trabalho junto às crianças. Os sujeitos da pesquisa, os acadêmicos de enfermagem, realizaram esta proposta com muito comprometimento e empenho, e foram unânimes em afirmar o quanto isso foi significativo para o crescimento e formação de sua vida pessoal e profissional. A atividade os fez refletir e experienciar situações como a terminalidade e a morte da criança, despertando a necessidade de melhor compreender este processo, mostrando a lacuna que existe sobre este tema dentro das academias. Também, foi a oportunidade de perceber as possibilidades que existem para realizar diferentes cuidados junto às crianças. A vivência dessa experiência despertou, nesses acadêmicos, a compreensão de outro mundo de possibilidades de cuidado.

As dificuldades verificadas nas práticas acadêmicas, onde os alunos não conseguiam estabelecer relações com as crianças e buscavam todas as informações com as mães e relacionavam-se, praticamente, com estas, foram superadas nesta pesquisa; aqui os pais deixavam os filhos a sós com os acadêmicos, oportunizando a aproximação e uma relação entre eles.

Por várias vezes, os acadêmicos ficaram impressionados com as atitudes, conversas, desenhos e colocações que as crianças manifestavam, e isso fez com que compreendessem o quanto é importante reconhecer a criança como um sujeito no processo saúde-doença.

Verificou-se que esta metodologia é viável e pode ser utilizada nos cursos de enfermagem junto aos acadêmicos, uma vez que há compreensão de que arte e imaginação são fundamentais para o cuidado humanizado.

Adentrar em um mundo, a princípio, estranho ou diferente do que estavam acostumados, e conseguir realizar um cuidado de forma diferente, sem a preocupação técnica, permitiu uma maior aproximação entre os acadêmicos de enfermagem, as crianças e suas famílias, e o estabelecimento de um novo tipo de

relação, até o momento, desconhecida por eles. O uso do desenho os aproximou do mundo das crianças e permitiu compreendê-lo.

Introduzir uma disciplina que trabalhe questões mais voltadas à arte e à fusão do inteligível com o sensível nos currículos dos cursos da área da saúde, pode ser o início de uma proposta inovadora e de resgate a alguns valores do cuidado, que acabam ficando esquecidos pela urgência, burocracia e complexidade das atividades inerentes aos profissionais de saúde.

Percebe-se uma dificuldade, na equipe de enfermagem, em valorizar as atividades de cuidado que não envolvam questões técnicas; parece que consideram isso como algo de menor importância na recuperação da saúde da criança, e o que realmente tem valor é a terapêutica medicamentosa e os cuidados físicos.

Na formação dos profissionais de saúde, e em suas bases curriculares, as emoções constituem uma dimensão ausente. Busca-se uma formação basicamente racionalista, principalmente nas relações interpessoais. O profissional que fala e vive as emoções que o ambiente hospitalar proporciona nem sempre é bem-visto perante a equipe. Porém, isso é condição básica para que se possa continuar humano e sensibilizar-se perante o sofrimento alheio.

Essa experiência mostrou a necessidade de sonhar e imaginar, inerente a toda criança, independente da condição social ou de saúde. Se for possível cuidar dos sonhos e da imaginação das crianças, estará sendo realizando um cuidado sensível, usando a arte no processo de cuidado da enfermagem.

Há que ensinar aos alunos de enfermagem que o verdadeiro cuidado às crianças envolve o amor e a preocupação com a felicidade delas.

Acredita-se que será necessário pesquisar mais sobre a contribuição da arte junto aos acadêmicos de enfermagem e outros profissionais da área da saúde, pois, assim, estar-se-á despertando, nestes futuros profissionais, a utilização da arte e do sensível em suas práticas diárias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, FA; SABATÉS, AL. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008.

ALVES, CA; DESLANDES, SF; MITRE, RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 581-94, 2009.

AMORIM, VM; CASTANHO, ME. Por uma educação estética na formação universitária de docentes. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 29, n. 105, p. 1167-84, set./dez. 2008.

AQUINO, FSB; SALOMÃO, NMR. Contribuições da habilidade de atenção conjunta para a cognição social infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 233-41, abr./jun. 2009.

BELLATO, R *et al.* A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 255-63, set. 2007.

BERNIERI, J; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96, jan./mar. 2007.

BORTOLOTE, GS; BRÊTAS, JRS. O ambiente estimulador à criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 422-9, 2008.

BRAGA, EM; SILVA, MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 329-35, set. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura – Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar**, Secretaria de Assistência à Saúde. Programas e relatórios. n. 20. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 2005.

CAGNIN, ERG; LISTON, NM; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 51-60, mar. 2004

CAMARGO, D; BULGACOV, YLM. A perspectiva estética e expressiva na escola: articulando conceitos da psicologia sócio-histórica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 467-75, jul./set. 2008.

CARMO, A. **A brinquedoteca hospitalar: uma intervenção positiva para criança hospitalizada**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, São Paulo, 2008

CARVALHO, AS. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CASTANHA, ML; LACERDA,MR; ZAGONEL, IPS. Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 94-9, 2005.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, set./out. 2004.

COMIOTTO, MS. **Adultos médios: sentimentos e trajetória de vida – estudo fenomenológico e proposta de auto-educação**. 1992. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1992.

COSTA, JC; LIMA, RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança /adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-7, mar./abr. 2005.

CYRINO, EG.; TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-13, maio/jun. 2004.

DESLANDES, SF; MITRE, RMAM. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 641-9, 2009.

DUARTE JR., JF. **O sentido dos sentidos a educação (do) sensível**. Curitiba: Criar Edições, 2001.

FALKENBACH, AP; DREXSLER, G; WERLER, VA. A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. 2065-73, dez. 2008.

FAQUINELLO, P; HIGARASHI, IH; MARCON, SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-16, out./dez. 2007.

FERREIRA, MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-30, maio/jun. 2006.

FREITAS, LBL; SHELTON, TL. Atenção à primeira infância nos EUA e no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 197-225, maio/ago. 2005.

FURTH, GM. **O mundo secreto dos desenhos: uma abordagem junguiana da cura pela arte**. Trad.: Gustavo Gerheim. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2004.

GALEFFI, DA. Educação estética como atitude sensível transdisciplinar: o aprender a ser o que se é propriamente. **Em Aberto**, Brasília, v. 21, n. 77, p. 97-111, jun. 2007.

GIORGI, A. **The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach**. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press, 2010.

GÓES, FGB; LA CAVA, AM. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 932-41, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a18.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

GOLDBERG, LG; YUNES, MAM; FREITAS, JV. O desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 97-106, jan./abr. 2005.

GUIX, X. **Comunicação eficaz: os labirintos da comunicação**. Trad.: Carolina Caíres Coelho. São Paulo: Ciranda Cultural, 2008.

HARADA, MJCS; CUNHA, ICKO. Unidade Pediátrica: características físicas. In: ALMEIDA, FA; SABATÉS, AL. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. p. 1- 10.

HEEGAARD, M. **Quando alguém tem uma doença muito grave: as crianças podem aprender a lidar com a perda e a mudança**. Trad.: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 1998.

HOCKENBERRY, ML; WILSON, D; WINKELSTEIN, ML. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KRYMINICE, AOS; CUNHA, CRA. As múltiplas linguagens artísticas e a criança enferma. In: MATTOS, ELM (Org.). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 174-87.

LEITE, ÁJM; CAPRARA, A; COELHO FILHO, JM (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Savier, 2007.

MENEZES, M; MORÉ, CLOO; CRUZ, RM. O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 189-98, 2008.

MERIGHI, MAB; PRAÇA, NS. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2003.

MINAYO, CS *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MOREIRA, MCN; MACEDO, AD. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 645-52, mar./abr. 2009.

MOREIRA, MEL; GOLDANI, MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-7, mar. 2010.

MOREIRA, PL; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 757-62, nov./dez. 2003.

MOTTA, AB; ENUMO, SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

MOTTA, MG. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 758-60, nov./dez. 2004.

OLIVEIRA, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 326-32, jul./set. 1993.

OLIVEIRA, JR; BRÊTAS, JRS; YAMAGUTI. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 386-93, set. 2007.

ORMEZZANO, GR. Debate sobre abordagens e perspectivas da educação estética. **Em Aberto**, Brasília, v. 21, n. 77, jun. 2007.

_____. **Educação estética, imaginário e arteterapia**. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

PEDROSO, RT; VIEIRA, ME. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 695-700, 2009.

PEROSA, GB; GABARRA, LM. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 135-47, 2004.

PILLOTTO, SSD; SILVA, MK; MOGNOL, LT. A leitura do texto não verbal na produção gráfica infantil. In: ORMEZZANO, GR (Org.). **Questões de Artes Visuais**. Passo Fundo: UPF, 2004. p. 194-202.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad.: Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, AC; LEITÃO, IMTA; RAMOS, IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-8, maio/jun. 2008.

QUEIROZ, MV; JORGE, MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 117-30, jan./jun. 2006

RIBEIRO, CR; PINTO JR., AA. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 3-16, jun. 2009.

RIBEIRO, RLR; ROCHA, SMM. Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 112-9, jan./mar. 2007.

RODACOSKI, GC; FORTE, LT. Prática pedagógica em complexo hospitalar. In: MATTOS, ELM (Org.). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 60-78.

SALOMÉ, GM; ESPÓSITO, VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, nov./dez. 2008.

SILVA, KL; SENA, RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-9, 2006.

SILVA, LWS *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-5, jul./ago. 2005.

SILVA, MJP. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SOUZA, AN. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.

SOUZA, BL; MITRE, RMA. O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2009.

SOUZA, SV; CAMARGO, D; BULGACOV, YL. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 101-9, maio/jun. 2003.

SPAGNUOLO, RS; PEREIRA, MLT. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1603-10, nov./dez. 2007

STRIEDER, R. Hugo Assmann e reflexões sobre ser humano, educação e aprendizagem. **Comunicações – Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba**, Piracicaba, ano 15, n. 1/2, p. 39-56, jan./dez. 2008.

TAPAJÓS, R. A introdução das artes nos currículos médicos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 27-36, fev. 2002.

TOBAR, F; YALOR, MR. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informações de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIGO, TR; TENG, CT; HALLAK, JEC. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-33, set./out. 2007.

VALLADARES, ACA *et al.* Arteterapia e psicologia analítica aplicadas na área hospitalar pediátrica. In: Jornada Goiana de Arteterapia, 2, 2008, Goiânia, GO. **Anais...** Goiânia: FEN/UFG/ABCA, 2008a. p. 41-9. cap.7.

VALLADARES, ACA. **A arteterapia humanizando os espaços de saúde**. São Paulo: Casapsi, 2008b.

VALLADARES, ACA; CARVALHO, AMP. Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 128-33, 2006a.

_____. A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 350-5, set. 2006b.

_____. Arteterapia com crianças hospitalizadas: desenvolvimento e análise da pintura. In: FRANCISQUETTI, AA (Org.). **Arte medicina**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2005. p. 119-29.

VASCONCELLOS, EA; GIGLIO JS. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 375-83, jul./set. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Acadêmico(a) de Enfermagem.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que busca explorar a experiência da utilização da arte por meio da leitura e produção de imagens, para o estabelecimento de um processo de interlocução entre crianças hospitalizadas e os profissionais da saúde, a partir de uma atividade desenvolvida por alunos do curso de graduação em enfermagem.

Não haverá riscos, nem desconfortos, nem gastos de qualquer natureza, nem receberá pagamento nem gratificações pela sua participação. Poderá solicitar esclarecimentos sempre que sentir necessidade e poderá interromper sua participação a qualquer momento sem qualquer penalização ou prejuízo. Consentindo sua participação, você responderá, de forma livre e espontânea, a uma entrevista feita pela pesquisadora, que será gravada para auxiliar na transcrição dos dados. Tudo o que for dito, registrado ou escrito será utilizado para fins científicos, assegurando seu anonimato.

Surgindo qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento, poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa, Sandra Maria Vanini, Enfermeira, registro no Conselho N°. 63383, residente na Rua Roberto Tasca, 51, bairro São José – Passo Fundo/RS. Telefones: (54) 3311-3151 ou 9974 3094. E-mail: san.van.@terra.com.br

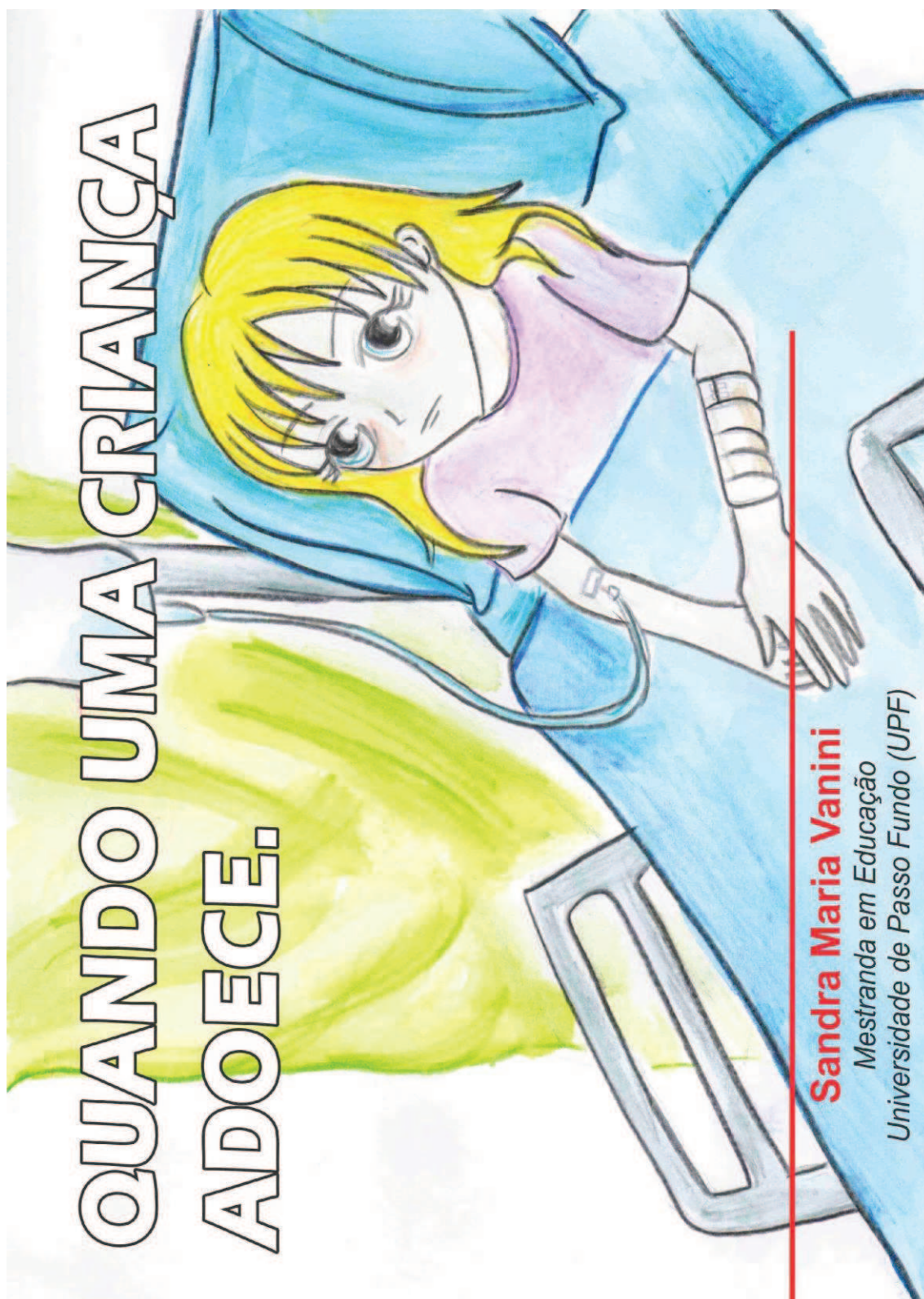
Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo em participar da pesquisa, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

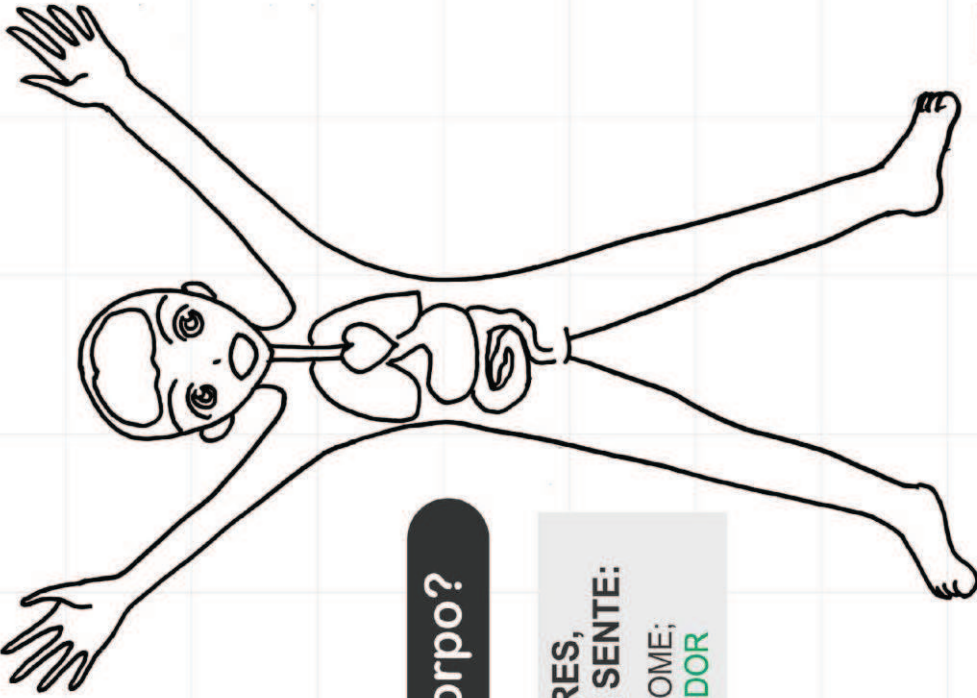
_____, _____ de _____ de 2010.

Sandra Maria Vanini
Pesquisador Responsável pelo Projeto

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B – Instrumento “Quando uma criança adoecer!”



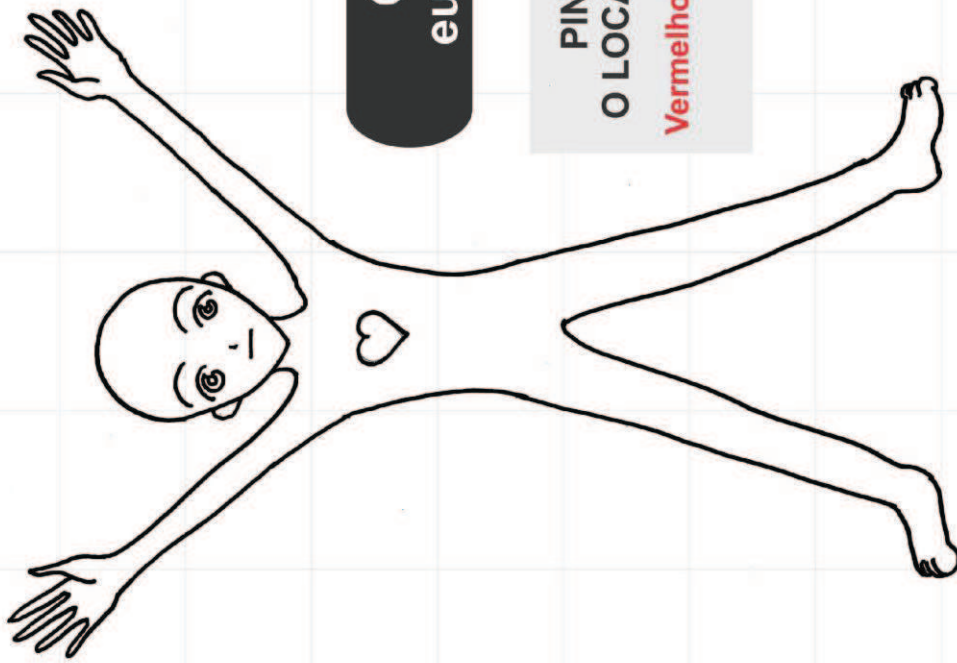


O que eu sinto no meu corpo?

**PINTE DE ACORDO COM AS CORES,
O LOCAL DO CORPO EM QUE VOCÊ SENTE:**
**Vermelho=DOR; Azul=SEDE; Preto=FOME;
Amarelo=SONO; Verde=COCEIRA/ARDOR**

Quando uma criança adoece.

03



Que outros sentimentos eu percebo no meu corpo ?

PINTE DE ACORDO COM AS CORES, O LOCAL DO CORPO EM QUE VOCÊ SENTE:
Vermelho=SAUDADE; Azul=TRISTEZA; Preto=MEDO;
Amarelo = ALEGRIA; Verde=Raiva

Quando uma criança adoeece.

Que mudanças aconteceram em meu corpo pela doença.

Antes da doença

Depois da doença

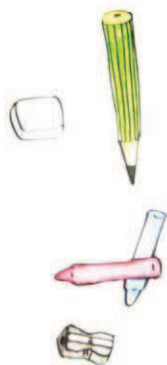
Quando uma criança adoeece.

05

Como é adoecer?



Do que você não gosta no Hospital?

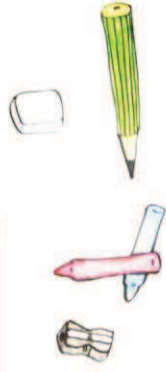


Quando uma criança adoeece.

**Do que você mais gosta
quando está no Hospital?**



**Desenhe o que você gosta
de fazer fora do Hospital.**



Existem algumas regras que precisam ser seguidas para se ter saúde. Faça um círculo ao redor dos desenhos que mostram regras que devem ser observadas para nossa saúde.

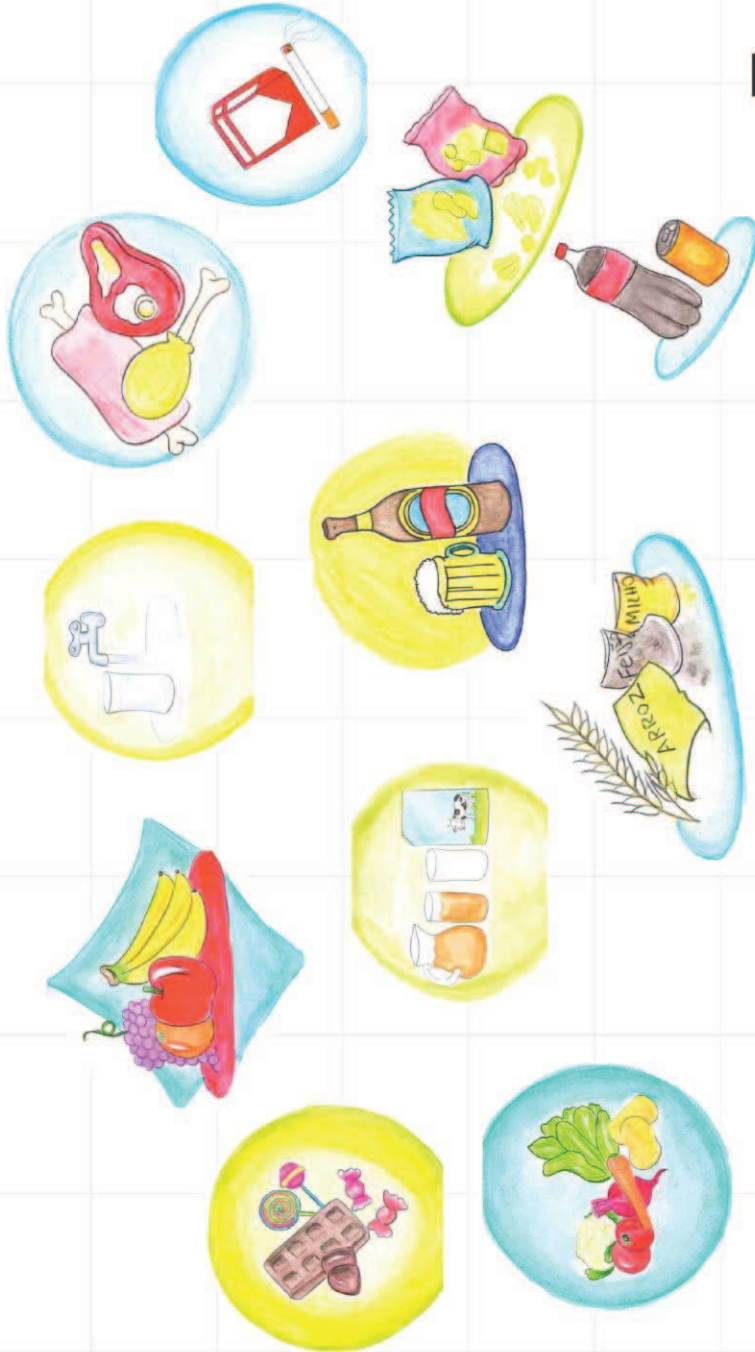


Quando uma criança adoecer.

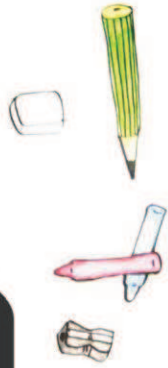
**Desenhe 3 coisas
que você gosta de comer.**



Existem coisas que ingerimos que nos ajudam a ter saúde, outras atrapalham. Faça um círculo ao redor dos desenhos que mostram coisas boas para nossa saúde.

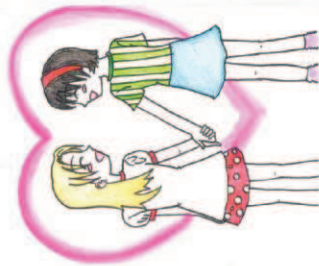


**Desenhe sua família,
e todos fazendo alguma coisa.**



Quando uma criança adoece.

Existem condições e atividades que nos ajudam a ter saúde.
Faça um círculo ao redor dos desenhos que mostram
essas condições e atividades boas para nossa saúde.



Quando uma criança adoeece.

O que as(os) enfermeiras(os) e as(os) médicas(os) fazem no meu corpo durante o tratamento?



Quando uma criança adoece.

O hospital se parece com...



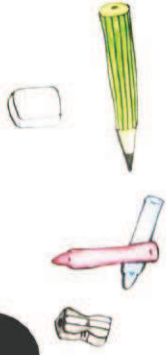
Quando uma criança adoece.

Desenhe a(o) Enfermeira(o).



Quando uma criança adoecer.

O que você mais deseja agora?

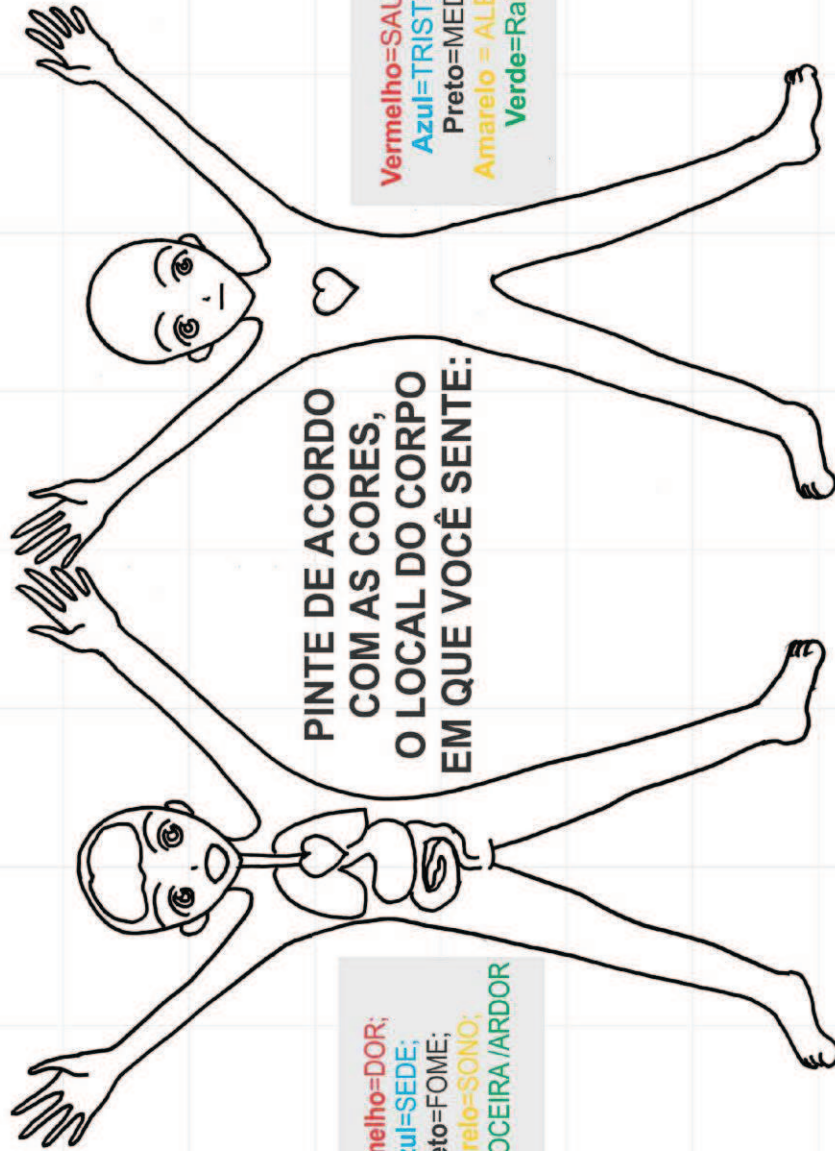


Quando uma criança adoece.

Como você está se sentindo hoje?



Como está meu corpo hoje?



Vermelho=DOR;
Azul=SEDE;
Preto=FOME;
Amarelo=SONO;
Verde=COCEIRA/ARDOR

Vermelho=SAUDADE;
Azul=TRISTEZA;
Preto=MEDO;
Amarelo = ALEGRIA;
Verde=Raiva

PINTE DE ACORDO
COM AS CORES,
O LOCAL DO CORPO
EM QUE VOCÊ SENTE:

Quando uma criança adoece.

**Desenhe algo que
gostaria de me contar**

**Escreva algo que
gostaria de me contar:**

Quando uma criança adoece.

Sandra Maria Vanini

Mestranda em Educação
Universidade de Passo Fundo (UPF)

Ilustrações: Miki T. Onomichi & Clariana Donde.

Guia inspirado do livro de: Heegaard, M. Quando alguém tem uma doença muito grave: as crianças podem aprender a lidar com a perda e a mudança. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese - Porto Alegre, Artmed, 1998.

Passo Fundo/RS, 2009.

APÊNDICE C – Síntese das estruturas de significado

» 1ª Entrevista – Sininho

Sininho falou da importância deste trabalho inovador para todos os participantes, principalmente para o crescimento acadêmico, e diz que este tem muitos significados. Ela fala da primeira experiência com uma menina de sete anos, com leucemia, e do medo de não conseguir desenvolver o trabalho.

Esta foi a criança com quem mais se envolveu e se identificou. Disse que conseguiu ter uma compreensão mais ampla da criança. Durante a experiência com esta menina, Sininho se reportou à sua vida, fazendo relação e comparação com seus problemas pessoais e os problemas da criança e sua família. Sininho falou muito sobre tudo o que a menina falou, enquanto desenhava: família, escola e hospital.

A mãe da criança confiou no trabalho e aproveitou o tempo para fazer coisas para si. A acadêmica acredita que quem mais ganhou com a atividade foi ela, pois cresceu como pessoa e conseguiu ver a vida com outros olhos; a atividade mexeu com seu emocional.

Sininho fez combinados com a criança que, no início, estava mais tímida, de modo a permitir que ela também decidisse por atividades que gostaria de fazer. A pedido da menina, elas enfeitaram o quarto todo com bandeiras cor de rosa. Sininho percebeu a importância de realizar atividades diferentes junto às crianças no hospital.

Nos desenhos das crianças, a enfermeira apareceu realizando procedimentos e é comparada ao médico, sempre com pressa. A criança disse gostar de uma enfermeira da noite, pois é a única que brinca com ela. A menina falou que tem doença no sangue, e Sininho relacionou com o quarto vermelho que a menina desenhava. Sininho explicou que era estudante de enfermagem e que também tinha professora.

Por meio dos desenhos, Sininho compreendeu os sentimentos da criança. A criança desenhava e explicava que os médicos e enfermeiras retiram sangue de seu corpo, dão remédio e mexem em seu coração, isso tocou muito Sininho. Os

desenhos eram muito pequenos, tristes e com cores escuras; só o desenho do desejo de ir para casa era grande.

Sininho compartilhou com a família e com os colegas de trabalho esta experiência. Este trabalho fortaleceu a certeza, em Sininho, do seu desejo em ser enfermeira, e ela fala da importância dos professores em sua construção profissional.

A acadêmica comenta sobre a demagogia que se percebe quanto à humanização, fala-se muito e pratica-se pouco. Ela relata que esta não foi uma experiência técnica, mas, sim, humana, muito sensível e cheia de emoção. Ela fala, também, da importância ética na formação do profissional, da busca da realização profissional, e da necessidade de uma construção pessoal antes da profissional. Acredita que este trabalho possa contribuir muito para a enfermagem, e tem certeza que irá desenvolver estas atividades, quando enfermeira, junto aos seus pacientes. Sininho percebeu a importância de realizar atividades diferentes junto às crianças no hospital.

» 2ª Entrevista – **Cinderela**

A acadêmica relata que foi fácil desenvolver o trabalho, as crianças eram comunicativas e receptivas, e os pais aceitaram bem a proposta. Fala, também, da importância deste trabalho, tanto para ela como para as crianças, sendo válido, produtivo e prazeroso.

Cinderela disse que as crianças, ao realizarem o desenho, construíam vínculo com ela e demonstravam vontade e prazer de realizar a atividade. Uma criança, no primeiro dia, ficou apreensiva quanto ao trabalho, o que preocupou a acadêmica, achando que ela não estava sabendo conduzir a tarefa; mas, ao voltar no dia seguinte, a criança estava lhe aguardando muito feliz e pediu a ela um abraço. Cinderela ficou muito emocionada com esta experiência; a mãe desta criança percebeu a importância do trabalho com sua filha e agradeceu pelo carinho e atenção.

Cinderela percebeu o quanto de significado esta atividade traz para a criança, e a própria criança relatou a ela como isso foi importante. O vínculo entre a acadêmica e as crianças se construiu muito rápido; ela percebia a carência afetiva

nas crianças, e refletiu sobre o fato de a enfermagem esquecer-se da atenção com o lado humano e preocupar-se mais com questões técnicas.

Ela compreendeu o valor do sorriso, do toque, do carinho, do estabelecimento do vínculo com a criança e da importância da presença da família. Algumas crianças aceitavam logo a atividade, outras precisam adquirir confiança.

A acadêmica relata que esta experiência foi muito boa, gratificante e maravilhosa. Ela fala que o sorriso no rosto da criança, após a realização da atividade, é algo que não tem preço e que traz muita realização profissional.

Esta atividade trouxe, de acordo com Cinderela, a certeza do caminho profissional. Ela aprendeu que é possível inovar, fazer diferente, usar outros caminhos; que é possível respeitar o paciente e se aproximar das crianças. Este trabalho foi uma troca entre aluno e paciente.

Cinderela disse que foi uma experiência que mexeu com seus sentimentos e a emocionou diversas vezes. Ela acredita que quando se usa o sentimento nas atividades de enfermagem, se está fazendo a diferença.

A atividade oportunizou a reflexão sobre sua prática acadêmica e a percepção de que ela, também, trabalhava de forma mecânica, sendo que esta oportunizou um olhar humano sobre sua prática. A grande desculpa, na enfermagem, para a não utilização destas estratégias é a falta de tempo, o que nem sempre é real.

As mães gostaram muito do trabalho realizado com seus filhos, o que acabou oportunizando uma melhor aproximação e conhecimento delas com suas crianças. O desenho oportunizou o conhecimento e a compreensão do que a criança entende da sua doença, do hospital e da sua família e, também, serviu para ter uma visão mais positiva da hospitalização.

O trabalho realizado levou a uma melhora da evolução do quadro clínico da criança. Uma menina marcou mais Cinderela, pela maturidade da conversa que desenvolveram.

Cinderela conclui que esta é uma proposta diferente, que é positiva tanto para a criança, para a família e para a equipe de enfermagem.

» *3ª Entrevista* – **Pato Donald**

Pato Donald contou que as crianças demonstraram, pelos desenhos, tristeza por estarem doentes e hospitalizadas, pela falta dos amigos e por receber injeção. Afirmou, também, que elas gostavam dos médicos e enfermeiras, pois estes poderiam curá-las.

Pato Donald afirma ter gostado muito desta vivência. No início as crianças não tinham interesse em realizar a atividade, mas depois adoravam. Chegavam a esquecer que estavam com soro ou recebendo medicação e, quando realizavam a atividade, ficavam mais felizes, e suas mães também.

Uma das crianças atendidas pelo acadêmico chamou mais a atenção, pois ela tinha dificuldades motoras e intelectuais, mas, assim mesmo, ela se empenhou na realização das tarefas.

A mãe desta criança ficou muito emocionada ao ver a filha realizar com tanta dedicação as atividades, pois a mesma apresenta dificuldades na escola. Isso despertou nela, um olhar para as potencialidades de sua filha. As mães, no primeiro momento, ficavam inseguras, mas depois confiavam plenamente seu filho para que Pato Donald realizasse as atividades.

Pato Donald conclui que o trabalho despertou a curiosidade da equipe de enfermagem, que compreendeu ser uma atividade importante na pediatria. Ele, também, percebeu a criança como um ser muito especial e carinhoso, mas que merece observação escuta, sendo necessário estabelecer uma relação de confiança entre ele e a enfermagem. Ressalta a importância do brinquedo terapêutico, e de não agarrar e prender a criança para a realização dos procedimentos. O médico achou o trabalho importante; sendo que as crianças veem a enfermeira associada à medicação.

» *4ª Entrevista* – **Penélope Chamosa**

Penélope Chamosa diz que se sentiu útil, e que esta experiência foi muito gratificante e desafiadora. Ela fala da dificuldade que sentia em trabalhar com crianças; relata que não conseguia uma aproximação com elas, tanto a nível profissional como pessoal. Sentiu muita insegurança ao iniciar o trabalho, pensando

que não conseguiria desenvolver bem a atividade, pois pensava não gostar de trabalhar com crianças.

Falou de sua dificuldade de comunicação com as crianças, de não saber o que falar junto a elas, pois as considera muito espertas e inteligentes. Acredita que a pessoa que trabalha com crianças precisa de audácia e criatividade.

Penélope Charmosa recorda que, quando criança, sofria muito quando tinha que ir ao hospital, o que era muito estressante, pois precisava viajar para fora de sua cidade de origem. Lembra de uma vez em que precisou fazer RX, quando disseram a ela que ficasse bem quietinha que a Xuxa iria aparecer naquela televisão.

A acadêmica diz que é preciso não traumatizar a criança, trabalhando-a de forma tranquila e segura, passando uma boa imagem do hospital e dos profissionais. Ela confessa que seu desempenho nesta atividade foi uma surpresa muito boa, e compreendeu que é possível aproximar-se da criança e estabelecer uma comunicação.

O desenvolvimento deste trabalho junto à criança oportunizou a criação do vínculo de confiança e amizade entre acadêmico e criança hospitalizada; ela disse que sentiu o carinho das crianças por ela, e essa sensação foi linda.

Penélope Charmosa comenta que é preciso trabalhar em etapas com as crianças, pois elas cansam, mas, já no outro dia, estão esperando cheias de energia para continuar a atividade.

De acordo com a acadêmica, os pais gostaram muito da atividade, até agradeceram, pois estavam exaustos, cansados, e aproveitaram a oportunidade para sair do quarto, sendo que o trabalho se desenvolve melhor sem a presença dos pais, pois as crianças, quando eles estão juntos, ficam mais dengosas.

Outro ponto que Penélope Charmosa comenta é o de que as crianças não a identificavam como profissional da enfermagem, principalmente pelo uso do avental colorido. Ela diz que a criança relaciona o branco com a injeção e procedimentos dolorosos. Porém, o colorido do avental cativa as crianças, e elas a viam como uma pessoa que veio brincar com elas.

Penélope Charmosa comenta que uma das crianças perdeu o acesso venoso, e ela explicou e orientou tudo que aconteceria; a criança acalmou-se e ficou disposta a colaborar, mas quando chegou à técnica de enfermagem de roupa branca ela começou a chorar.

Um momento difícil para a acadêmica foi o encerramento das atividades com as crianças, e a despedida. Ela relata que esta atividade proporcionou uma terapia para ela própria e que, ao mesmo tempo, ajuda muito a criança a compreender o porquê das coisas, a ter outra visão do hospital e da hospitalização, de maneira mais humanizada.

Penélope Chamosa comenta que as crianças percebem quando se trabalha com elas de forma verdadeira. Por meio do desenho ela aprendeu a se aproximar e a conversar com as crianças, rir com prazer e de forma sincera, e isso lhe trouxe uma grande satisfação profissional e pessoal.

A acadêmica fala da riqueza dos detalhes dos desenhos; mesmo quando eles estavam desenhando já se percebiam características individuais de cada um, os detalhes; por meio dos desenhos é possível saber, de cada uma das crianças, suas famílias, seu mundo e seus sentimentos, a imagem que eles têm da hospitalização e dos profissionais.

Penélope Chamosa sugere que esta atividade seja implantada nos hospitais, pois acredita que trará inúmeros benefícios a todos. Ela considera este trabalho audacioso e simples, mas que traz muitos benefícios e auxilia muito a criança e os profissionais. Fala, também, que o desafio de comunicar-se com a criança foi superado por ela.

» 5ª Entrevista – Ursinhos Carinhosos

Ursinhos Carinhosos diz que realizar este trabalho foi emocionante, foi o máximo, foi muito gostoso, foi uma experiência diferente da rotina da enfermagem. Foi quando ela dedicou seu tempo para conhecer, conversar e compreender as crianças.

A acadêmica diz que compreendeu o quanto o desenho auxilia na comunicação com a criança, não importando a estética do desenho, mas o significado deste para a criança. Todos os desenhos eram carregados de muito significado.

Por meio do desenho ela conheceu a história de vida das crianças, de suas famílias, os seus pensamentos e sentimentos. Ela imaginou que, talvez, muitas das crianças pudessem ter doenças somáticas, devido aos problemas familiares, como

pais separados e o nascimento de irmãos mais novos, pois eles representavam estes fatos de sua vida nos desenhos com muita intensidade.

O uso do jaleco colorido foi muito atrativo para as crianças; elas ficavam aguardando, ansiosamente, a chegada de Ursinhos Carinhosos para realizar os desenhos, deixando de lado as brincadeiras e, até, o vídeo game, para desenhar. A acadêmica diz que esta atividade foi um cuidar diferente, pois deixou as técnicas de lado e oportunizou compreender e conhecer a criança por inteiro, além de sua doença.

Ursinhos Carinhosos diz que, algumas vezes, as pessoas queriam interferir nos desenhos das crianças; dependendo da criança, ela ficava mais insegura e tímida. Quando as crianças desenharam a enfermeira, uma a fez cuidando de sua irmã que havia quebrado o braço; outra a fez chorando, pois ela cuida de todos e ninguém cuida dela.

Havia crianças que queriam desenhar tudo num dia, e outras cansavam mais, devido a sua doença. A acadêmica tentou trabalhar com um menino, mas ele não aceitou; dias depois, a colega de Ursinhos Carinhosos, Mônica, realizou um ótimo trabalho com este menino.

Nas questões de educação em saúde, uma criança disse que o cigarro é saudável, pois seu pai é fumante.

Ursinhos Carinhosos compartilhava diariamente, com sua mãe, as experiências vividas com as crianças.

O que angustiava bastante as crianças no hospital eram os limites de espaço, o soro e a injeção. Por outro lado, gostavam da brinquedoteca e do vídeo game.

» 6ª Entrevista – Shirra

Shirra conta que estava ansiosa e insegura para iniciar o trabalho. Ela diz gostar de crianças, mas não de crianças hospitalizadas, pois não se sente capaz de criar vínculo com elas e acredita que não tem paciência, não consegue ver criança chorando e entra em pânico quando isso acontece. Porém, gostou desta experiência, pois foi um trabalho diferente; não foi só administrar medicações às crianças; ela conseguiu uma aproximação junto a elas.

Várias crianças manifestaram desejo em participar da atividade. No início, alguns pais ficavam apreensivos, mas depois do esclarecimento da proposta ficaram tranquilizados. A acadêmica percebeu que algumas crianças buscavam a opinião dos pais na hora de realizar as atividades, mas, como haviam sido orientados, os mesmos não se manifestavam.

Shirra atendeu crianças com diagnósticos de artrite reumatóide e anemia falciforme, rinite alérgica, asma e meningite de origem desconhecida. As crianças demonstraram as sensações e sentimentos que estavam sentindo por meio das cores da legenda do instrumento, desenharam o que gostam de comer, desenharam a sua família. Eles contavam várias coisas de seu corpo para a acadêmica, por meio dos desenhos. Disseram gostar somente da brinquedoteca e do computador no hospital. Falaram que não gostam do hospital pelo fato de ter injeção, e sentem muita saudade de casa e dos amigos. Para eles, o hospital se parece com um prédio ou casa grande. Desenharam a enfermeira bem colorida, e um a fez com um coração bem no centro do corpo; uma das crianças disse que seu desejo era brincar com uma enfermeira.

Segundo as mães, as crianças ficavam ansiosas aguardando a chegada de Shirra. Ela trabalhou com as crianças questões de educação em saúde. Duas delas tinham ótimo discernimento do que são hábitos saudáveis de vida e de higiene, mas uma não tinha a mesma compreensão.

A acadêmica identificou-se mais com uma criança de nove anos, que tinha ótima habilidade de desenho e gostava que fizessem fisioterapia com ela, por que acreditava que isso a faria voltar a andar.

Shirra buscou aproximar-se das mães, a fim de realizar uma anamnese, e percebeu algumas muito preocupadas com seus filhos e, outra, relapsa no cuidado ao filho; inclusive, deixava a criança sozinha no hospital e saía para passear.

A acadêmica sugere que seja investido nesta proposta, pois há uma grande carência destas atividades por parte das crianças hospitalizadas, e que este seja um trabalho contínuo, de longo prazo. Pensa, também, que a enfermagem precisa dispor de mais tempo junto à criança, não, simplesmente, chegar correndo e realizar a medicação e os cuidados.

» 7ª Entrevista – Pequena Sereia

Pequena Sereia falou que esta experiência lhe trouxe ganhos pessoais, profissionais e muito aprendizado. O uso do desenho oportunizou compreender os sentimentos e sensações das crianças, e estabelecer uma comunicação com elas, sem a presença da mãe.

As crianças baixadas na Unidade de Oncologia compreendem melhor a doença, já sabem o que será feito em seu corpo, amadurecem mais rápido, são muito questionadoras e sensíveis.

Pequena Sereia acredita que, tradicionalmente, a academia não oportuniza experiências como essa, e que isso auxilia muito na formação profissional. Ela relata as dificuldades, como acadêmica, para estabelecer um processo de comunicação com as crianças, porque elas chegam com traumas de experiências prévias de hospitalização e da enfermagem. Ela acredita que isso decorre da falta de estratégias e sensibilidade ao abordar as crianças, por parte dos profissionais. Percebe-se, nas crianças, um ressentimento, uma mágoa em relação aos procedimentos que são realizados nelas.

A acadêmica atendeu três crianças, todas pacientes da Unidade de Oncologia: duas com leucemia e uma com neuroblastoma. No início, uma delas não queria participar, mas depois gostou muito. A primeira menina, de oito anos, foi sua melhor experiência; Pequena Sereia envolveu-se muito com ela e com sua família. Uma menina realizou os desenhos, mesmo com a mão direita imobilizada pela punção; só desanimou quando começou as sessões de quimioterapia.

Uma criança solicitou que a acadêmica dormisse no hospital, com medo de que ela não voltasse no outro dia.

Pequena Sereia observou que os profissionais que melhor estabelecem comunicação com a criança, são lembrados e citados pelas mesmas. Ela percebeu a dificuldade das famílias entenderem o quadro clínico das crianças e a necessidade de ter uma orientação e um trabalho junto a essas famílias.

Foi observada a confiança dos pais no trabalho e a oportunidade para eles conversarem, desabafarem e serem ouvidos pela acadêmica. As crianças reagiam de acordo com as situações a que eram submetidas. Nos dias que realizavam punção, quimioterapia, eles demonstravam, por meio da atividade, muita ansiedade, medo e nervosismo.

As crianças manifestavam o desejo de voltar para casa, a fim de se livrar dos procedimentos dolorosos, reaverem sua liberdade e voltar para a escola.

» *8ª Entrevista – Petter Pan*

Petter Pan relatou as dificuldades de iniciar o trabalho, pensando que não conseguiria devido às dificuldades de comunicação e compreensão que tinha com as crianças. Entretanto, através da atividade desenvolvida com a utilização do desenho, conseguiu uma melhor aproximação com as mesmas, sem a interferência dos pais, e pode compreender os sentimentos, pensamentos e desejos das crianças. Ele confirmou a importância do desenho para essa aproximação e compreensão da criança.

Nos desenhos, as crianças expressam se sentem dor, fome, sono e coceira, dizem não gostar do hospital, de ficar doente, da comida e da cama do hospital; referem tristeza quanto à hospitalização e alegria quando da alta hospitalar. Elas, também, referem saudade da família e de brincar ao ar livre. As únicas coisas que demonstram gostar no hospital é andar nos corredores de cadeira de rodas, de escrever e desenhar.

Os desenhos das crianças apresentam-se de maneiras diferentes. Alguns são grandes e coloridos, outros são pequenos e sem cor. Há crianças que preferem escrever a desenhar. “A enfermagem apareceu fazendo curativo e a representação do hospital foi de um prédio grande repleto de janelinhas”.

Algumas crianças apresentavam mais interesse em realizar as atividades, enquanto outras não queriam fazer as atividades de desenho. Algumas não contam nada, outras contam muitas coisas.

Todas as crianças atendidas por Petter Pan tinham sete anos, eram inteligentes e conversavam bastante. Duas estavam hospitalizadas por infecção urinária e duas por apendicectomia.

Uma das crianças chamou atenção do acadêmico, pois fazia todos os desenhos com bolinhas, onde dizia ser catapora, porém a mãe disse que o filho nunca teve a doença. Petter Pan destacou a oportunidade de ter trabalhado educação em saúde com as crianças. Esta criança disse que “adoecer é muito triste

e é sentir-se muito fraco”. Ele percebeu isso nos seus desenhos, os quais sempre tinham janelinhas em um canto.

Uma das crianças falou que seu maior medo no hospital era ficar sem a presença da mãe.

Petter Pan observa várias janelinhas iguais em diferentes desenhos. O diagnóstico desta criança demorou quatro dias para ocorrer e isso agravou o quadro clínico dela. A cirurgia foi muito complexa e a criança quase não resistiu à mesma. Ela já está a 15 dias no hospital e teve outras complicações, como pneumonia e derrame pleural. O acadêmico fez uma crítica nesta situação, dizendo que deveriam ter tido mais atenção ao quadro clínico da criança, e iniciado precocemente a fisioterapia e a nebulização.

Petter Pan destacou, ainda, ter tido mais entrosamento com uma das crianças.

» 9ª Entrevista – **Pateta**

Pateta diz que se sentiu muito gratificada, valorizada e realizada por poder participar deste trabalho. Acredita que contribuiu com as pessoas e agregou conhecimento para si. Diz ter conseguido um ótimo envolvimento e relacionamento com as crianças.

A primeira criança que tentou desenvolver o trabalho faleceu, e a acadêmica, inicialmente, ficou chocada. Foi muito triste, ela emocionou-se bastante. Seu diagnóstico era meningite viral.

Quanto às outras crianças, uma era de classe socioeconômica alta e duas de classe socioeconômica baixa. Pateta observou a diferença de compreensão e desenvoltura relacionada a esta condição. As mães foram interessadas e participativas na proposta com seus filhos.

Uma pediatra procurou Pateta e pediu que trabalhasse com uma menina que estava internada; a acadêmica interessou-se bastante por esta criança. Era uma menina que referia dores, porém foram feitos todos os tipos de exames e avaliações e não se estabelecia diagnóstico. Seu pai havia falecido e a família dela eram uma irmã e a mãe. A mãe encontrou um namorado e, a partir daí, nasceu uma menina.

Foi questionada a criança em relação ao namorado da mãe e ao bebê, e a menina referiu gostar muito dos dois.

Foi sugerido à mãe investigar com uma psicóloga se não era uma dor de origem emocional. A menina não relatou nada estranho nos seus desenhos.

Pateta fala que o grande aprendizado desta experiência foi que a enfermagem precisa aprender a conversar com a criança e não, simplesmente, executar procedimentos. Deve estabelecer um processo de escuta com a criança e com a mãe, também.

A acadêmica faz duras críticas sobre a atuação da equipe de enfermagem, dizendo que há falta de comprometimento e envolvimento com o paciente, falta de orientações e trabalho junto a este e sua família, assim como falta de preparo do paciente e da família para a alta hospitalar.

Também, diz que não há posicionamento dos enfermeiros em relação ao seu trabalho, e que não buscam a qualidade da assistência junto ao setor administrativo, solicitando materiais e condições necessárias para isso, e atribui a essa atitude o medo que eles têm de perder o emprego.

Pateta reforça que o grande envolvimento da enfermagem é com os aspectos técnicos e que não há um envolvimento com o lado humano.

» 10ª Entrevista – **Smurfete**

Smurfete diz que a experiência foi ótima e que, embora já trabalhe na área da enfermagem, nunca havia parado para ouvir uma criança, mas sempre estabelecia comunicação com a mãe da mesma.

Uma mãe tentou interferir no trabalho da filha, e uma delas solicitou que a acadêmica ficasse com sua filha enquanto saía um pouco do hospital. Houve até uma mãe que era professora e ficou curiosa pelo trabalho, então ficou acompanhando, mas sem interferir. Era a primeira internação de uma criança e esta estava com muito medo, principalmente do hospital e das medicações; as outras tinham experiências prévias de hospitalização.

As crianças queriam desenhar todo o instrumento no primeiro dia, elas adoravam realizar as pinturas e os desenhos. Se Smurfete atrasava, elas já ficavam preocupadas.

No dia da alta de uma delas, os pais tiveram que ficar aguardando até ela realizar os desenhos da atividade. Outra criança, também no dia da sua alta hospitalar, ligou para Smurfete, solicitando que ela viesse para se despedir.

Outra criança era mais manhosa e dengosa, tendo dificuldade em realizar o trabalho. Uma das crianças contou que era feliz antes de adoecer, depois não era mais, e que o ruim é a seringa que tira sangue e o soro, o bom era a brinquedoteca.

As crianças, por meio do desenho, falaram sobre a família, o hospital, as enfermeiras, a doença, a hospitalização e sua alimentação.

Smurfete sugere que, na brinquedoteca, haja mais material de desenho para as crianças utilizarem. Elas adoravam o estojo de desenho usado por ela. A acadêmica disse que no início as crianças estavam com dor, medo de contar as coisas, mas, no decorrer da atividade, a dor passava e elas começam a falar bastante.

» 11ª Entrevista – Princesa Sara

Princesa Sara diz que o ponto mais relevante da realização deste trabalho foi a educação para a saúde, onde trabalhou junto às crianças temas sobre saúde, de forma lúdica; o trabalho oportunizou, também, o estabelecimento de um processo de educação em saúde para as mães das crianças hospitalizadas.

O segundo ponto que destaca é a oportunidade da criança ter outra visão do hospital, da enfermagem e da doença, desmistificando a imagem de dor, sofrimento e, até, castigo, que é ensinado à criança.

Outras vantagens relatadas pela acadêmica foram que as crianças que realizaram a atividade dormiam melhor, alimentavam-se melhor, esqueciam as dores, a hospitalização, e ficavam mais tranquilas.

Princesa Sara fala que a realização dos desenhos, junto às crianças, não foi trabalhada, somente, como distração; teve um objetivo educativo maior por trás da atividade. Ela percebeu o desenho como um importante instrumento que auxilia a realização da anamnese, do exame físico e facilita as orientações de saúde.

A acadêmica relata esta experiência com muita satisfação e felicidade, e que isso representou, em sua vida, muito mais que enfermagem e pedagogia: foi uma

vivência humana. Acredita que esta experiência deveria ser levada adiante e que seriam obtidos ótimos resultados provenientes dela.

Comenta que as crianças estavam tímidas para iniciar as atividades, que várias não conheciam as cores, mas queriam aprender e desenhar. Elas queriam, também, conhecer o corpo humano, e não era à toa que a chamavam de professora.

Princesa Sara diz que não se desenvolvem estas atividades na prática, e de forma regular, por falta de comprometimento e pelo pequeno número dos profissionais da enfermagem, visto que existem muitas crianças para atender e a prioridade, para eles, é a medicação.

Ela relata que, talvez, 15 ou 20 minutos, no primeiro contato, entre criança e equipe de enfermagem já seria o suficiente para o surgimento da empatia e da confiança entre elas.

A acadêmica relata que não há um preparo para trabalhar com as crianças, pois os profissionais têm pouco tempo de estágio nesta área e, apenas, estudam o básico, não aprendendo diferentes maneiras de cuidar da criança.

Princesa Sara diz que chegava à pediatria e convidava as crianças para desenhar, e vinham todas para a salinha; após desenharem, ela aproveitava para inventar histórias conhecidas, mas com um fundo educativo. Segundo ela, as crianças adoravam e até os pais gostavam destas atividades.

A equipe de enfermagem a recebia muito bem e admiravam o trabalho que desenvolvia com as crianças e, muitas vezes, solicitavam seu auxílio para explicar algo para as crianças.

Para Princesa Sara, as mães aproveitavam o tempo que ela ficava desenvolvendo a atividade com as crianças para resolverem coisas de ordem pessoal. Elas saíam confiando o cuidado de seus filhos a aluna, e depois que souberam que ela era acadêmica do curso de enfermagem, ficaram ainda mais tranquilas.

Uma das crianças acompanhadas perguntou se hospital é sempre assim, com professora dentro dele, por que se for, ela não teria problema de permanecer ali e nem de fazer injeção.

A acadêmica pensa que os enfermeiros preocupam-se muito com o trabalho burocrático; os próprios acadêmicos de enfermagem, quando em estágio, preocupam-se, basicamente, em fazer a medicação e registrar a evolução de enfermagem.

Princesa Sara acredita que se o aluno for instigado na academia, a realizar diferentes formas de cuidado, quem sabe, quando for profissional, coloque algumas em prática. Ela acredita em uma mudança cultural na área de saúde, principalmente com a implantação da Política Nacional de Humanização, mas é preciso que os profissionais e os gestores da área de saúde conheçam e coloquem em prática esta política nos hospitais e unidades de trabalho.

O diferencial de humanização no ambiente hospitalar, até o momento, de acordo com Princesa Sara, é realizado pelos acadêmicos em estágio, e ela não percebe o comprometimento da instituição e dos funcionários nesta proposta.

» 12ª Entrevista – Branca De Neve

Branca de Neve fala sobre o trabalho como um grande desafio, principalmente por envolver crianças. Diz que trabalhar com criança já é difícil, mas com a criança da oncologia mais ainda, sabendo que ela não vem sozinha, vem com a família.

No início as crianças pareciam ter medo e restrição de realizar o trabalho, mas depois gostaram da atividade, interagiam e se envolviam. Branca de Neve explicou para a família o que seria esta atividade e a importância da mesma para a criança.

A acadêmica relatou, também, que houve muitos momentos de revolta da família sobre a doença do filho, mas que a equipe de enfermagem estabeleceu uma relação de cuidado a essa família.

A primeira criança era um pouco tímida, mas depois se tornou bastante espontânea, sendo que ela era detalhista nos desenhos. A mãe sempre o acompanhava, o pai não podia estar presente, mas era sempre lembrado pelo menino. Ele fez todo o trabalho com muito empenho e expressou muito bem seus medos no seu tratamento. É muito conhecido no hospital e muito querido, sendo que ganhou um computador, no Natal, dos funcionários.

Ele tem uma amizade muito grande com seu médico, que é recíproca, e isso o ajuda bastante. O mesmo ocorre com a equipe de enfermagem e sua família. Ele expressa que sua maior alegria é acabar o tratamento e poder voltar para a escola.

Branca de Neve diz que, na sua percepção, ele foi muito verdadeiro em todos os desenhos que fez. Ela conta que, às vezes, durante a atividade, precisava sair da sala, pois a emoção era muito grande vendo o que o menino desenhava e falava.

Pelo fato de a acadêmica trabalhar nesta unidade há dez anos e conhecer estas crianças desde o início do tratamento, havia um vínculo muito forte entre eles. Branca de Neve observa que as crianças reagem, também, de acordo com as medicações e procedimentos a que são submetidos no dia. Mas, observa que os medos são iguais entre elas: medo da punção, da agulha, e dos procedimentos.

Todas as crianças atendidas por Branca de Neve perderam o cabelo, mas para elas isso tem menos importância do que os procedimentos invasivos, e elas sabem que o cabelo vai crescer de novo. O grande desejo delas é voltar, ou iniciar a escola.

Acompanhando outra paciente, a acadêmica fala que fica evidente, entre as crianças, a diferença cultural e socioeconômica. Esta criança sabe todos os detalhes de sua doença, da cirurgia, explica seu quadro clínico a todos com muita autoridade. Os de origem mais humilde também compreendem, mas de outra maneira.

Segundo Branca de Neve, a equipe de enfermagem, quando se depara com pacientes assim, muitas vezes fica apreensiva, imaginando que será mais difícil trabalhar com ela e sua família.

Ela fala de estratégias utilizadas com as crianças, pela equipe de enfermagem, na realização da punção: é permitido usar o bico, segurar algodão na mão, ou contar até dez junto com a criança.

Branca de Neve relata que no último dia da etapa de quimioterapia de uma criança, ela se desenhava toda de amarelo, pela representação da cor ser alegria no instrumento, e desenhava um coração vermelho significando saudade. Ela também pediu uma cópia do instrumento "Quando uma criança adoecer".

A acadêmica fala, também, da experiência com outro menino que já estava em fase final (ele faleceu um mês após o término do trabalho) e já vinha realizando o tratamento há três anos, mas estava regredindo. No início ele chegava feliz, correndo, rindo com novidades para contar à equipe; acompanhado dos pais. Mas, nos últimos dias já não enxergava bem e não caminhava mais. O pai os abandonou, então vinha só com a mãe. Esta, segundo Branca de Neve, estava em seu limite, não apresentando condições emocionais de suportar as dificuldades e seguir adiante.

Branca de Neve fala da dificuldade em vivenciar estes últimos momentos junto à mãe e a criança; saber que não há mais nada a ser feito, saber que ele não será adolescente, e ouvir os relatos da saudade que sente de seu pai. A acadêmica pensa, até, que o quadro possa ter se agravado pela ausência do pai. Ele estava em uma fase em que apresentava momentos agressivos com a equipe, não tolerando mais os procedimentos invasivos.

Quanto à visão do hospital, para o menino, já não tinha mais importância, uma vez que ele queria comer, mas sua boca estava cheia de aftas, ele não conseguia beber uma coca-cola e não tinha mais esperança.

Branca de Neve diz que, muitas vezes, sente-se sem chão. Outras vezes, recebe lições de vida dos pacientes, pois eles chegam mais felizes e bem humorados do que ela no hospital. Afirmar ter aprendido que a confiança e a compreensão são as melhores estratégias de cuidado que a equipe de enfermagem pode estabelecer com estas crianças. E que, muitas vezes, é simples conseguir a confiança deles, com pequenos gestos que conduzem a isso.

Ela diz que como acadêmica há muito que aprender na relação doença, morte e criança. Relata que cada criança é um novo aprender, uma caixinha de surpresas.

» 13ª Entrevista – **Mônica**

Mônica disse que o trabalho foi interessante, gratificante e que foi uma experiência magnífica em sua vida. Principalmente por ser com crianças, pois ela tem pouca experiência com elas, e percebeu isso como um grande desafio. Então, sempre refletia se estava desenvolvendo adequadamente a proposta, e como deveria se comportar frente à criança.

A acadêmica disse que a criança é um ser muito enigmático, que é necessário conquistá-la, coisa não tão simples como imaginava. Que é preciso estabelecer confiança com ela para se conseguir desenvolver um bom trabalho, e que os desenhos auxiliam neste processo.

Através dos desenhos feitos pela criança é possível conhecê-las, pois só conversando não conseguiria tanta aproximação com elas. Mônica percebeu que seus medos e desejos são muito parecidos. Além disso, os desenhos auxiliam a conhecer a própria família da criança. A atividade é encantadora e muito educativa.

Ela disse que os pais gostaram da atividade e se envolviam junto com os filhos, mas sem interferir.

Um dos meninos atendidos por Mônica tinha cifoescoliose, apresentava bastante dor e, muitas vezes, ele desenhava deitado. Ela reflete sobre a importância de a enfermagem estabelecer uma comunicação adequada com a criança, usar novas formas de cuidar, sem deixar traumas, e estabelecer vínculo de confiança com as crianças.

As crianças relacionavam o hospital como um local de dor e de dificuldades. Elas não relacionavam os acadêmicos com a enfermagem, mas sim com professores; isso foi adentrar em um universo diferente. As crianças largavam tudo que estavam fazendo para desenhar.

Uma das crianças atendidas não queria ir embora do hospital, pois ali recebia atenção, carinho e realizava brincadeiras; isso deixou a acadêmica feliz, pois percebeu que seu trabalho estava tendo resultados.

Mônica diz que a criança é sensível e que é importante os profissionais compreender o momento delas, saber ser firmes e seguros, mas saber respeitar e recuar quando necessário. A forma de atender uma criança é diferente daquela de atender um adulto. É preciso muita habilidade e tranquilidade; ela exige conquista e confiança, e deve ser encantada. Já, com o adulto, só pelo uniforme branco consegue-se o respeito deles.

Após essa experiência Mônica diz que se sente mais preparada para trabalhar junto às crianças. Ela deixa sugestões para melhorar o ambiente hospitalar: usaria um uniforme colorido para a equipe da enfermagem, uma área de lazer maior, mais brinquedos, ambientes coloridos e alegres, música, vídeos infantis, mais sorrisos no rosto da equipe e mais encantamento na realização dos cuidados junto às crianças.

Para o comprometimento da equipe, talvez fosse necessário ampliar o número de profissionais, realizar atividades de educação continuada e trabalhos de sensibilização, levando em conta a compreensão das diferenças entre as crianças, e que cada dia é diferente do outro.

» 14^a Entrevista – **Mulher Maravilha**

Mulher Maravilha relata a dificuldade que possui em trabalhar com crianças, pois considera deprimente e sente-se muito triste ao ver uma criança doente. Por outro lado, ela sentiu-se muito recompensada na realização deste trabalho, pois fugiu do atendimento mecânico, olhou para a face da criança e deixou de atentar para a medicação e para os procedimentos. Disse que a experiência foi bonita e reveladora e que, ao mesmo tempo, ampliou a visão do todo na criança. Ela fala, também, que é uma atividade que exige muito comprometimento e envolvimento com os familiares, e reflete muito as questões socioeconômicas e culturais de cada família.

A acadêmica acredita que a criança sofre mais do que o adulto quando doente. Afirma que sente dificuldades na realização de procedimentos com as crianças, e que não gosta da pressão da família, sentindo-se insegura na presença deles.

As crianças acompanhadas por ela eram provenientes do interior, vinham de famílias que não tinham muito cuidado com a saúde e não compreendiam as orientações que eram passadas, ou seja, eram pessoas muito simples.

Essas crianças revelaram inúmeras situações à Mulher Maravilha, por meio dos desenhos, incluindo as coisas das quais mais gostam, a vontade de ir para casa e sua dor. Um menino desenhou o hospital como uma casa feia, fria e sem cor.

A acadêmica conseguiu desenvolver atividades de educação em saúde com as crianças. Ela refletiu sobre a falta de envolvimento e cuidado da equipe de enfermagem com a família. Comentou sobre o risco de morte em uma das crianças que acompanhou, e disse que a morte de uma criança tem uma dimensão muito maior que a de um adulto.

Mulher Maravilha observou que uma família estava muito estressada com a situação do filho, e que a mãe tentava barganhar coisas para obter vantagens. Afirmou que essa experiência foi proveitosa, tanto para a criança como para a família, sendo que ambos gostaram muito da atividade.

Ela acredita que a proposta deveria ser implantada, pois percebe a falta de um cuidado humanizado à criança e à família, no entanto, não há estrutura para isso, faltando, principalmente, os recursos humanos.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para a realização da pesquisa**UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL**
CARAZINHO

Eu, Nédio Bedendo Coordenador do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, *campus* Carazinho, Enfermeiro COREN nº 76164, ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa intitulada: Leitura e produção de imagens: um processo educativo e comunicacional com a criança hospitalizada, que será desenvolvida com acadêmicos do curso de enfermagem desta universidade, o qual tem como pesquisadora responsável Prof. Enfª Sandra Maria Vanini, Enfermeira e professora desta instituição, autorizo a realização e coleta dos dados com os acadêmicos do curso de enfermagem.

Carazinho 08 de outubro de 2009

Prof. Nédio Bedendo

Coordenador do Curso de Enfermagem da ULBRA, *campus* Carazinho.

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UPF



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 219/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 28/10/09, analisou o projeto de pesquisa **“Leitura e produção de imagens: um processo educativo e comunicacional com a criança hospitalizada”**, CAAE nº 0151.0.398.000-09 de responsabilidade da pesquisadora **Sandra Maria Vanini**.

Incluir a arte dentro dos currículos dos cursos da área de saúde pode ser a oportunidade de trabalhar na construção de um profissional não só competente tecnicamente, mas também capaz de compreender o ser humano na sua integralidade. Esta ação pode facilitar no estudante a prática da reflexão e o estabelecimento de relações com o paciente, que o levem a tornar-se um profissional que consegue desenvolver sua profissão baseada em um paradigma Humanista.

O projeto tem como objetivo investigar a contribuição da leitura e produção de imagens, para o estabelecimento de um processo de comunicação entre crianças hospitalizadas e os profissionais da saúde, a partir de uma atividade desenvolvida por alunos do curso de graduação em enfermagem. Para isto, a pesquisadora fará um estudo qualitativo envolvendo dez acadêmicos, do sexo feminino e/ou masculino, que já tenham cursado disciplinas até o quarto semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, no município de Carazinho-RS. Os participantes trabalharão junto às crianças hospitalizadas, em hospitais do interior do Rio Grande do Sul, onde estimularão a leitura e a produção de imagens pelas crianças, com o auxílio de um instrumento elaborado pela autora do projeto com auxílio de designer gráfico, intitulado “Quando uma criança adoece!”. Para alcançar os objetivos do estudo, será utilizada para a coleta das informações, uma entrevista não estruturada individual. A coleta de dados junto aos acadêmicos será realizada em datas previamente estabelecidas em local tranquilo e livre de qualquer interferência.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 4 de novembro de 2009.

ANEXO C – Aprovação da Comissão de Ética – HSVP

Passo Fundo 27 de outubro de 2009

Avaliação do projeto *Leitura e Produção de Imagens: Um Processo Educativo e Comunicacional com a Criança Hospitalizada* de Graciela Ormezzano e Sandra Maria Vanini.

Obrigado por encaminharem este projeto para a avaliação do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital São Vicente de Paulo e sobre este assunto tão relevante.

Este estudo com um material gráfico eloqüente pretende melhorar a comunicação e o entendimento entre enfermagem e a criança enferma.

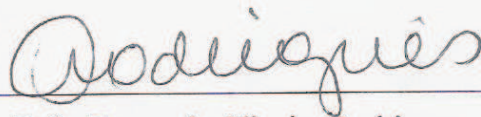
Não se encontrou inconvenientes e o estudo poderá ser realizado no HSVP.

GPPH Hospital São Vicente de Paulo

ANEXO D – Termo de concordância Hospital de Caridade Frei Clemente

Eu, Teresa de Oliveira Rodrigues, Gerente de Enfermagem do Hospital Frei Clemente de Soledade, Enfermeira COREN nº 71353 , ciente dos objetivos da atividade proposta junto as crianças hospitalizadas, autorizo o desenvolvimento da atividade de leitura e produção de imagens, na unidade pediátrica desta instituição. Sabendo que isto é parte da pesquisa intitulada: Leitura e produção de imagens: um processo educativo e comunicacional com a criança hospitalizada, o qual tem como pesquisadora responsável Prof. Enf^o Sandra Maria Vanini.

Carazinho 22 de dezembro de 2009



Enfa. Teresa de Oliveira Rodrigues

Gerente de Enfermagem do Hospital Frei Clemente de Soledade

Terezinha O. Rodrigues
Enfermeira - R.
COREN 71.353

ANEXO E – Termo de concordância Hospital de Caridade de Carazinho

Eu, Alexandra Hermes da Silva, Gerente de Enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho, Enfermeira COREN nº 106452, ciente dos objetivos da atividade proposta junto as crianças hospitalizadas, autorizo o desenvolvimento da atividade de leitura e produção de imagens, na unidade pediátrica desta instituição. Sabendo que isto é parte da pesquisa intitulada: Leitura e produção de imagens: um processo educativo e comunicacional com a criança hospitalizada, o qual tem como pesquisadora responsável Prof. Enf^o Sandra Maria Vanini.

Carazinho 22 de dezembro de 2009


Alexandra Hermes da Silva
Gerente Assistencial
COREN 106452

Enfa. Alexandra Hermes da Silva
Gerente de Enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho