

**A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INTERNADAS EM AMBIENTE
HOSPITALAR¹**
***THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN IN THE HOSPITAL
ENVIRONMENT***

Matheulli Guilherme Corrêa de Andrade²
Fabiola Hermes Chesani³
Carina Nunes Bossardi⁴
Marina Menezes⁵

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a qualidade de vida de crianças internadas em ambiente hospitalar. Este estudo foi pesquisa quantitativa realizada em um hospital pediátrico e público da região do Vale de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. O instrumento de coleta foi a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (AUQEI), que é um questionário baseado no ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de 4 figuras faces que exprimem diferentes estados emocionais (muito feliz, feliz, infeliz e muito infeliz) que são associadas a diversos domínios da vida, através de 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação. Dentre as 26 questões, 18 compõem as quatro dimensões do instrumento: autonomia, lazer, funções e família. Participaram 103 crianças, sendo 55,3% do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, a idade variou entre 4 e 12 anos. O escore geral obtido foi 54,66, em termos gerais, como feliz. Apenas doze crianças apresentaram qualidade de vida negativas. Os resultados indicaram que as crianças tendem a sentir-se muito feliz em relação ao lazer e feliz nas dimensões família, funções e autonomia, sendo a dimensão família a de maior média. Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre os índices de qualidade de vida apresentados pelas crianças do sexo feminino e masculino, bem como em função da idade das crianças e da clínica médica ou cirúrgica. O estudo indicou bons escores de qualidade de vida boa das crianças internadas no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, criança, hospital.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the quality of life of children hospitalized in a hospital environment. This study was a quantitative research carried out in a pediatric and public hospital in the Vale de Itajaí region, Santa Catarina, Brazil. The collection instrument was the Quality of Life Assessment Scale (AUQEI), which is a questionnaire based on the point of view of the child's satisfaction, viewed from 4 faces figures that express different emotional states (very happy, happy, unhappy and very unhappy) that are associated with different domains of life, through 26 questions that explore family, social relationships, activities, health, bodily functions and separation. Among the 26 questions, 18 comprise the four dimensions of the instrument: autonomy, leisure, functions and family. 103 children participated, being 55.3% male and 44.7% female, age varied between 4 and 12 years. The general score obtained was 54.66, in general terms, as happy. Only twelve children had negative quality of life. The results indicated that children tend to feel very happy in relation to leisure and happy in the dimensions of family, functions and

1 Fonte financiadora: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)/CNPQ

2 Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) egresso do curso de Fisioterapia. Itajaí – Santa Catarina. E-mail: matheullicorrea2907@gmail.com

3 Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) professora doutora do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Curso de Fisioterapia. Itajaí – Santa Catarina. E-mail: fabiola.chesani@univali.br

4 Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) professora doutora do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Mestrado em Psicologia, Curso de Psicologia. Itajaí – Santa Catarina. E-mail: carinabossardi@univali.br

5 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) professora doutora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina no Curso de Psicologia e Pós -Graduação em Psicologia. Florianópolis-Santa Catarina. Email: menezesmarina@yahoo.com.br

autonomy, with the family dimension being the highest average. There were no statistically significant differences between the quality of life indices presented by female and male children, as well as according to the age of the children and the medical or surgical clinic. The study indicated good scores for good quality of life of children admitted to the hospital.

KEYWORDS: Quality of life, child, hospital.

INTRODUÇÃO

Dependendo da fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, irá reagir de maneiras diferentes para se adequar ao meio. A criança é um ser imaturo e dependente em constante processo de crescimento e desenvolvimento. Um episódio de doença ou de hospitalização pode causar certo atraso ou até mesmo uma interrupção nesse processo. Durante a hospitalização, fica vulnerável a vários estressores, podendo gerar traumas passageiros ou mesmo permanentes (VIEIRA; LINHARES, 2011).

A internação é caracterizada como uma árdua experiência, apresentando grande impacto na vida de qualquer pessoa. No caso da criança, pode-se configurar como uma experiência traumática trazendo a imagem do hospital como um local de dor, afastando-a de sua vida cotidiana e do ambiente familiar e a colocando em um mundo desconhecido, com suas rotinas, equipamentos e pessoas fazendo com que a criança perca suas referências por estar longe de casa (CAMPOS e SILVA-SOBRINHO, 2015; GOMES *et al.*, 2012).

A criança quando adoece fica mais chorosa e, dependendo de como vivencia o processo de hospitalização, seu quadro emocional tende a piorar por conta do afastamento da sua casa e de seus familiares. O ambiente hospitalar e os procedimentos médicos também influenciam no quadro da criança. No processo de hospitalização, a criança fica restrita ao leito, na maior parte do tempo, cercada de estranhos, submetida a passividade frente aos procedimentos médicos, agulhas, cortes, imagens, cheiros, que muitas vezes são comuns ao profissional da saúde, fatores estes que podem ser ameaçadores e tornar ainda mais confuso o entendimento para a criança (GONZAGA *et al.*, 2016).

Menezes (2010) caracterizou algumas situações às quais a criança que nunca enfrentou o processo de hospitalização é submetida: dietas alimentares, imposição à dor física, justificadas em função do processo de melhora da criança, pessoas que constantemente verificam como esta reage ao tratamento por meio de aparelhos desconhecidos, sons emitidos por dispositivos diferentes, bem como a restrição do contato com familiares, colegas de escola, suscitando em alguns casos, a falta de adesão ao tratamento e comportamentos regredidos.

Neste sentido, a importância de avaliar a qualidade de vida destes sujeitos é fundamental, sendo necessário avaliar conceitos que abrangem desde fatores com características psicológicas quanto físicas, exigindo definições pessoais de valores, capacidades, satisfações e bem-estar e sua relação a objetivos, expectativas, padrões e preocupações, significando o quanto seus desejos e esperanças e aproximam do que realmente está acontecendo (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000; GUEDES e GUEDES, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2012; CRUZ *et al.*, 2016; MENZANI *et al.*, 2016).

Pesquisadores do fenômeno Qualidade de Vida (QV) indicam que o conceito é bem variado e pode representar um bem-estar e satisfação que são subjetivos, ou seja, as pessoas tentam nomear algumas características e avaliar seus sentimentos em relação a diferentes situações de vida. Diante de uma doença, tratamento médico ou da hospitalização propriamente dita, o sujeito passa a enfrentar uma específica sensação, em conformidade com as mudanças sofridas no estilo de vida, no âmbito familiar e, até mesmo, no contexto social mais amplo (ABDO e CUNHA, 2013; GOUVEIA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Para tanto, torna-se necessário conceituar e identificar a qualidade de vida em situações específicas como a hospitalização, por exemplo. Duas tendências predominam na área da saúde quanto à conceituação de qualidade de vida: “qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde. Na primeira tendência, qualidade de vida tem um sentido mais amplo, mais genérico. Um exemplo que ilustra essa tendência é a concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida considerando o contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele está inserido, e em relação a seus objetivos, suas expectativas, padrões e preocupações. O termo qualidade de vida relacionada à saúde tem um sentido mais restrito, que implica os aspectos mais diretamente associados às doenças ou intervenções em saúde (ABDO e CUNHA, 2013; GOUVEIA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A qualidade de vida de crianças com e sem acometimento de saúde está se tornando cada vez mais importante, mesmo que o desenvolvimento de tecnologias médicas favoreça o aumento da sobrevivência destes indivíduos, mas ao mesmo tempo não significa a promoção da qualidade de suas vidas (SOARES *et al.*, 2011). Nesse sentido, devem ser desenvolvidas pesquisas que se proponham a investigar a percepção e a compreensão das crianças sobre o contexto do tratamento

como um todo. A forma como elas se sentem necessita de avaliação constante pela equipe de saúde (ABDO e CUNHA, 2013).

Faz-se necessário que as crianças que vivenciam o adoecimento e a hospitalização possam, além de compreender sua doença, ser capazes de avaliar seu processo de saúde e de bem-estar, para assim tomar decisões relativas ao seu modo de cuidado. Para tanto, é imprescindível que os profissionais da equipe de saúde conheçam as compreensões e significados atribuídos pela criança referente ao seu momento para poderem adotar estratégias que viabilizem a participação ativa da criança no controle da doença e também no controle da sua qualidade de vida e da promoção de hábitos saudáveis e propulsores de desenvolvimento adequado (SILVA *et al.*, 2017).

Mediante a relevância da qualidade de vida deste público, o presente estudo tem como objetivo de avaliar a qualidade de vida de crianças internadas em ambiente hospitalar relacionando os diferentes domínios para melhor compreender este aspecto.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa com âmbito quantitativo realizada em um hospital pediátrico e público da região do Vale de Itajaí, Santa Catarina.

Participaram da pesquisa 103 crianças hospitalizadas. Os critérios de inclusão para o estudo foram estar na faixa etária de 3 a 12 anos, apresentar condições mentais, intelectuais e de comunicação para serem entrevistadas e ter autorização do cuidador para participar do estudo.

A QV pode ser definida como a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente, de maneira formal e padronizada. Neste conceito esta importância do papel dos questionários padronizados, que permitem a comparação objetiva, mediante pontuações com expressões numéricas absolutas ou percentuais (Oliveira *et al.*, 2015).

A coleta foi dividida em duas etapas, uma etapa para identificar o perfil clínico e a outra, para a avaliação da QV, por meio da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida - Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé (AUQEI), utilizando a versão validada para o português (Assumpção *et al.*, 2000).

Os dados da primeira etapa foram obtidos através da análise do prontuário dos usuários. Os dados coletados do prontuário foram o nome, idade, e patologia de base da internação. Os

dados da segunda etapa foram coletados pela escala AUQEI. A escala está adequada à especificidade e ao contexto em pediatria, incluindo a dimensão subjetiva, visando avaliar a sensação de bem-estar, ou satisfação das crianças em relação a alguns aspectos da vida, no momento atual, sem partir de inferências realizadas sobre o seu desempenho e produtividade. O instrumento AUQEI foi desenvolvido por Manificat e Dazord, em 1997, em estudo com 95 crianças, das quais 60% sem problemas de saúde, 26% pós-transplante renal e 14% soropositivas para HIV, com idades entre 3 anos e 9 meses a 12 anos e 6 meses (Assumpção et al., 2000).

Validado no Brasil, junto a 353 crianças saudáveis pertencentes a uma escola privada do município de São Paulo, atestando suas propriedades psicométricas e obtendo uma nota de corte de 48, abaixo da qual a QV das crianças estudadas foi considerada prejudicada. Sua versão atual visa avaliar a sensação de bem-estar, ou satisfação das crianças em relação a alguns aspectos da vida, visualizada a partir de 4 figuras que são associadas a diversos domínios da vida. Composto de 26 questões com escores que podem variar de 0 a 3, correspondentes, respectivamente, a muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz, distribuídas em quatro domínios que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação.

Dentre as 26 questões, 18 compõem as quatro dimensões do instrumento: autonomia (questões relativas a independência, relações com companheiros e avaliações), lazer (questões relativas a férias, aniversário e relações com avós), funções (questões relativas a atividade na escola, a refeições, deitar, ida a médico) e família (questões relativas a opinião quanto às figuras parentais e delas quanto a si mesmo). As 8 questões restantes não pertencem a um domínio específico sendo, portanto, analisadas de forma diferenciada dos demais domínios. O escore total do instrumento pode variar de 0 a 78 pontos. Este estudo baseou-se no ponto de corte de 48 pontos para avaliar o nível de QV em satisfatório e não satisfatório.

Os dados foram coletados durante o período de abril de 2016 e maio de 2017, totalizando 103 crianças. Estas coletas foram realizadas na unidade B do hospital, que é responsável somente pelas internações conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Esta unidade é dividida em duas alas, uma destinada a clínica cirúrgica e outra a clínica médica. A aplicação do questionário de QV foi realizada nos quartos juntamente com a supervisão do cuidador presente. O instrumento AUQEI é feito com o suporte de quatro figuras ou faces, que expressam diferentes estados emocionais da criança, associados a diversos domínios da vida. De início foi solicitado à

criança que apresentasse uma experiência própria vivida frente a cada uma das alternativas reportadas pelas quatro imagens. Uma vez identificados os estados emocionais correspondentes, passou-se à leitura das questões, pedindo que ela assinalasse, sem tempo definido.

A abordagem consistiu em um primeiro momento, com a explanação do objetivo da pesquisa e em seguida a leitura do instrumento com a explicação do mesmo, realizando assim a leitura de quatro imagens, que representam muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz, onde cada face possui uma pontuação de 0, 1, 2 e 3 respectivamente, o que permite ao final, possuir uma pontuação com a soma de todos os escores.

Os dados foram submetidos a procedimentos estatísticos considerando intervalos de confiança de 95%. Para verificar a normalidade dos escores os dados foram inicialmente explorados por meio de uma estatística descritiva com a utilização dos testes skewness e kurtosis, juntamente com a análise do histograma e a curva de normalidade. Ao final, para testar a hipótese de normalidade teste de normalidade de Kolmogorov–Smirnov. Como análises foram realizadas estatísticas descritivas (frequências, medianas, quartis, médias, desvio- padrão) e inferenciais (teste t de Student para amostras independentes para verificar a diferença entre grupos e teste de coeficiente de correlação de Pearson para verificar a correlação entre as dimensões do instrumento e as variáveis sociodemográficas). A coleta de dados iniciou somente após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 1.499.851 e seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/12. O projeto foi aprovado pelo edital 03/2016 Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

RESULTADOS

Dentre as 103 crianças participantes, 55,3% (n=57) eram do sexo masculino e 44,7% (n=46) do sexo feminino. A idade das crianças variou entre 4 e 12 anos, sendo divididas em três grupos, um com 34 (33,0%) crianças de 4 a 6 anos, 30 (29,1%) de 7 a 9 anos e 39 (37,8%) de 10 a 12 anos. A média de idade das crianças foi de 8,47 anos e desvio padrão de 2,79.

Em relação a patologia de base, 6,8% pertenciam ao sistema endócrino, 26,2% sistema digestivo, 4,9% sistema nervoso, 22,3% sistema musculoesquelético, 2,9% sistema urinário, 6,8% sistema cardiovascular, 2,9% sistema imunológico, 10,7% sistema respiratório, 4,9% sistema reprodutor, 3,9% sistema sensorial e 7,8% não apresentavam diagnóstico no momento da

coleta. Sobre a clínica em que a criança pertencia, 51,5% (n=53) se encontrava na clínica médica e 48,5% (n=50) na clínica cirúrgica.

No que tange à qualidade de vida, o escore geral obtido foi 54,66. Apenas doze crianças apresentaram QV negativa, sendo inferior ao ponto de corte de 48. A mediana obtida foi de 53,00, o que indica um ponto médio também acima do ponto de corte.

Foram feitas análises sobre a QV em termos de média, de forma geral e em comparação aos grupos masculino e feminino. O teste t de comparação entre grupos independentes indicou que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida total e por dimensões entre meninos e meninas.

As médias indicaram uma QV percebida pelas crianças, em termos gerais, como feliz (M=2,11 para meninas e M=2,09 para meninos). Já com relação às dimensões do instrumento, os resultados indicaram que as crianças tendem a sentir-se muito feliz em relação ao lazer (dimensão com maior média tanto para meninos quanto para meninas) e feliz nas dimensões família, funções e autonomia, sendo a dimensão família a de maior média, seguida das demais respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas descritivas da qualidade de vida e teste t de diferença de médias entre grupos masculino e feminino (N= 103).

Qualidade de vida	Escore (Mínimo e máximo)	Média (DP)		Teste t
		Feminino	Masculino	
	54,66 (43 e 76)	2,10 (0,26) (1,65 e 2,92)		
AUQEI	Total	2,11 (0,27)	2,09 (0,24)	t= -0,37 (101); p >0,05

Autonomia	1,74 (0,39)	1,79 (0,28)	t= -0,56 (101); p >0,05
Lazer	2,69 (0,35)	2,64 (0,39)	t= -0,61 (101); p >0,05
Funções	1,98 (0,41)	1,91 (0,43)	t= -0,79 (101); p >0,05
Família	2,38 (0,38)	2,37 (0,38)	t= -0,14 (101); p >0,05

No que se refere às questões que não compunham uma dimensão específica do instrumento, mas que versam sobre quando a criança vê uma fotografia sua ou assiste televisão, abordando momento atual da hospitalização e a relação que os tratamentos interferem, entre outras. A média obtida nesse quesito foi de 2,02 (DP=0,28) para as crianças do sexo masculino e de 2,04 (DP=0,33) para as crianças do sexo feminino, o que também permite indicar que as crianças apontam que estão felizes a esse respeito. O teste de comparação de médias também não indica diferenças estatísticas significativas (t= -0,39; P>0,05).

Numa análise considerando a distribuição dos participantes entre as clínicas médica e cirúrgica também não foram encontradas diferenças estaticamente significativas entre as médias de QV gerais e por dimensões (Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas descritivas da qualidade de vida e teste t de diferença de médias entre clínicas médica e cirúrgica (N= 103).

AUQEI	Média (DP)		Teste t
	Médica	Cirúrgica	
Total	2,09 (0,25)	2,11 (0,27)	t= -0,44 (101); p >0,05
Autonomia	1,78 (0,39)	1,74 (0,37)	t= 0,49 (101); p >0,05
Domínio Lazer	2,69 (0,33)	2,63 (0,40)	t= 0,80 (101); p >0,05
Funções	1,92 (0,43)	1,96 (0,40)	t= -0,43 (101); p >0,05
Família	2,36 (0,36)	2,38 (0,40)	t= -0,19 (101); p >0,05

Com relação a clínica médica, a maior média encontrada foi de 2,69 com desvio padrão de 0,33 e a menor média foi de 1,78 com desvio padrão de 0,39. Na clínica cirúrgica, a maior média foi de 2,63 com desvio padrão de 0,40 e a menor foi de 1,74 com desvio padrão de 0,37. Podemos perceber que as maiores médias pertencem ao domínio lazer que obteve uma maior pontuação entre os domínios e as menores médias, pertencem ao domínio autonomia que obteve a menor pontuação entre eles, nos permitindo indicar que as crianças também estão felizes, independente da clínica em que estavam.

Numa análise das relações entre as próprias dimensões do instrumento e entre as dimensões e a idade das crianças, o teste de correlação de Pearson demonstrou não haver uma relação significativa entre as dimensões do instrumento e a idade das crianças, com coeficientes variando entre $r = -0,04$ e $r = -0,16$, o que significa que os escores obtidos para a QV tendem a ocorrer independentemente da idade das crianças. Já em uma correlação entre as dimensões, o estudo revelou que elas estão positivamente correlacionadas entre si, com coeficientes variando entre $r = 0,26^{**}$ e $r = 0,78^{**}$. Tais resultados demonstram a coerência entre os itens do instrumento, contribuindo assim para a confiabilidade dos dados.

DISCUSSÃO

Fialho, Santana e Brandenburg(2015), avaliaram a qualidade de vida de noventa crianças de oito a onze anos sendo 47 do sexo masculino e 43 do sexo feminino, matriculados em duas escolas, uma pública e outra particular do município de Fortaleza, Ceará, no Brasil. A média de idade encontrada foi de 9,41 anos, e a proporção de crianças no sexo masculino e feminino, são similares ao presente estudo. Os índices de qualidade de vida obtidos também foram próximos aos desse estudo, já que os autores encontraram escores de 51,12 para todos as 90 crianças da amostra.

A principal relação com as patologias que motivaram o processo de internação, nesse estudo, está envolvida com o sistema digestivo. No estudo de Henry (2014) que atualizou o diagnóstico e tratamento de uma doença deste sistema, afirma que esta é uma das consequências mais comprometedoras e significativas da qualidade de vida de seus portadores. Mesmo sendo

indicada pela literatura, as crianças avaliadas não apresentaram diferenças na qualidade de vida em relação à sua patologia, representada aqui também pela clínica em que estavam internadas.

Nos estudos de Bezerra, Oliveira e Maia(2016), Braccialli *et al.*(2016) e Assumpção *et al.*(2000) foram encontrados escores da qualidade de vida mais elevados em crianças do sexo feminino e no estudo de Pereira e Petreça (2015) a percepção e o nível de satisfação foi maior no sexo masculino. Estas contradições dentre os estudos encontrados demonstram que a diferença de gênero apresenta comportamentos, preferências e atributos de personalidade apropriados, podem justificar as diferenças das percepções de qualidade de vida (VIANNA; FINCO, 2009). Tais achados demonstram a necessidade de ampliar os estudos relacionados à qualidade de vida no que se refere ao sexo das crianças, já que no estudo em questão, os dados não revelaram diferenças significativas entre meninos e meninas.

Ainda nesse estudo foi possível perceber que dentre as dimensões da qualidade de vida, as crianças tiveram uma maior pontuação nas esferas de lazer e família. Barros (2016), avaliou e identificou os domínios mais relevantes da qualidade de vida de 25 crianças portadoras de cardiopatia congênita sob a ótica das próprias crianças que tinham idade entre 4 a 12 anos. Na avaliação do escore geral da qualidade de vida, 18 crianças apresentaram uma qualidade de vida considerável satisfatória e acima do ponto de corte, com média geral de 52,50. E, em relação aos domínios, o mais bem pontuados também foram lazer e família, destacando questões que abordavam o aniversário, os pais e os avôs. O domínio que apresentou menor pontuação, assim como identificado nesse artigo, foi autonomia, indicando o grau de iniciativas e escolhas diminuídas em função da hospitalização, especialmente no que tange a estar longe de contextos como família e escola.

Abdo e Cunha (2013), avaliaram a qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV/AIDS, comparando-as com dois grupos de crianças com febre reumática e crianças sadias. Concluíram que o grupo de crianças infectadas possui uma qualidade de vida preservada, sem diferença relativa entre os outros grupos de crianças. Porém, quando comparado o escore total no AUQEI, segundo o sexo do grupo infectado não foram encontradas diferenças estatísticas nos escores do total e das dimensões de lazer, função e família.

Foi possível identificar que o domínio lazer, obteve maior pontuação entre os domínios, e relacionando com férias, avôs, aniversário. Revelando a importância de aspectos como brincar e

o próprio lazer com o bem-estar, não somente para crianças hígdas, mas também crianças hospitalizadas, trazendo benefícios como o aumento da autoestima, a transmissão de paz, a melhora no humor (DANTAS *et al.*, 2014).

Outro domínio relevante encontrado foi a família, com relação aos pais e irmãos, podendo ser considerado como fundamental para a criação da autoestima das crianças, juntamente com o crescimento saudável e sua socialização com o seu meio físico e social, assim como atender e responder as exigências necessárias à sua adaptação ao mundo. A família também é a principal fonte de apoio, pois é nos pais que as crianças buscam alívio do sofrimento durante algum tratamento, e a fragilidade dessa situação pode acarretar comprometimentos na vida dos afetados (BARROS, *et al.*, 2017).

Em contrapartida, o domínio autonomia, apresentou a menor pontuação dentre os domínios. Pode-se perceber que este, está relacionado com o fato de a criança dormir fora de casa, brincar sozinha, quando está longe de seus pais e o próprio estresse que a mesma passa durante o processo, não se tornando um aspecto ligado a maior qualidade de vida. Este domínio é considerado um determinante social da saúde em relação a saúde mental da criança e em relação ao exercício da liberdade onde a contraposição deste interfere no desenvolvimento fundamental da mesma que se encontra em uma condição diferente de seu cotidiano. As alterações na vida da saúde da criança com estresse, desorganiza e atinge a autoimagem, mudando a forma de perceber a vida influenciando diretamente na percepção da qualidade de vida pela criança (FROTA, *et al.* 2010; GRAZIANI, *et al.* 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a qualidade de vida na percepção de crianças hospitalizadas e, com isso, explorou-se os dados em relação ao sexo e a idade da criança e também com relação à patologia ser tratada na clínica médica ou cirúrgica. Os resultados, nesse estudo, indicaram bons escores de qualidade de vida e não foram encontradas significâncias estatísticas entre o sexo e a idade dos usuários, bem como em função da clínica, indicando assim, que a qualidade de vida tende a ser boa independentemente dessas variáveis.

REFERÊNCIAS

- ABDO, R. F.; CUNHA, R. V. da. Qualidade de vida em crianças infectadas pelo HIV / AIDS. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 33, n. 84, p.30-40, jun. 2013.
- ASSUMPÇÃO JR. *et al.* Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, mar. 2000.
- BARROS, L. A. F. Qualidade de vida em crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.3-15, 30 mar. 2016.
- BARROS, L. F. *et al.* Estudo de revisão da qualidade de vida e câncer infanto-juvenil. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.1, n.10, 1-13, [sl]. 2017.
- BEZERRA, J. C.; OLIVEIRA, L. C. B.; MAIA, E. M. C. Estresse e qualidade de vida em crianças com doenças renais crônicas hospitalizadas. **Psicologia, Saúde & Doença**, v.3, n.17, 382-388, [sl]. 2016.
- BRACCIALLI, L. M. P. *et al.* Qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral: percepção de cuidadores. **R. Bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p.57-69, mar. 2016.
- CAMPOS, R. B.; SILVA-SOBRINHO, R. A. O lúdico e a educação em saúde no cotidiano da pediatria de um hospital público. **Revista Pleiade**, v. 15, n.8, 37-41, [sl]. 2015.
- CRUZ, D. S. M. *et al.* Assistência Humanizada a Criança Hospitalizada. **Network Nursing Journal**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p.98-104, dez. 2016.
- DANTAS, F. R. A. *et al.* A contribuição do lazer no processo de hospitalização: um estudo de caso sobre os benefícios do projeto risoterapia. **Licere**, Natal, v.2, n.17, 53-85, mar. 2014.
- FIALHO, L. M. F.; SANTANA, J. R.; BRANDENBURG, C.. La calidad de vida infantil y sus dimensiones: percepción de escolares. **Barbarói**, [s.l.], p.227-241, 12 jul. 2015.
- FROTA, M. A. *et al.* Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 527-533, set. 2010.
- GOMES, I. L. V. *et al.* A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm.**, Fortaleza, v. 4, n.17, p.703-709, nov. 2012.
- GONZAGA, P. M. A. S. *et al.* A influência da ludicidade para a aprendizagem de crianças em regime de internação hospitalar. **Revista de Educação do Vale do São Francisco**, Petrolina, v. 11, n. 6, p.125-145, dez. 2016.
- GOUVEIA, M. J. *et al.* Imagem corporal e qualidade de vida na obesidade pediátrica. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 1, p. 52-59, abr. 2016.

GRAZIANI, L. M. *et al.* Avaliação da influência dos sintomas clínicos na qualidade de vida de indivíduos com síndrome de Williams-beuren. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.125-135, 2017.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 364-371, set. 2011.

HENRY, M. A. C. de A.; Diagnóstico e Tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico. **Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.210-215, maio 2014.

MENEZES, M. **A criança e sua rede familiar:** significações do processo de hospitalização. 2010. 411 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MENZANI, *et al.* Ser criança na classe hospitalar: a dimensão psicológica na interface educação e saúde. **Revista Rebram**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.106-120, jul. 2017.

OLIVEIRA, C. M.; ARAÚJO, A. P. Q. Self-reported quality of life has no correlation with functional status in children and adolescents with spinal muscular atrophy. **European Journal Of Paediatric Neurology**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.36-39, jan. 2011.

PEREIRA, A. P.; PETREÇA, D. R. Percepção e nível de qualidade de vida entre pré-escolares. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 7, n. 2, p.56-64, 8 jul. 2015.

SILVA, M. E. A. *et al.* Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p.1-10, 2017.

SOARES, A. H. R. *et al.* Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p 3197-3206,2011.

TEIXEIRA, I. P. *et al.* Adaptação cultural e validação do Questionário KINDL no Brasil para adolescentes entre 12 e 16 anos. **Rev. Bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 845-857, dez. 2012.

VIANNA, C.; FINCO, D. Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 33, p. 265-283, dez. 2009.

VIEIRA, M. E. B.; LINHARES, M. B. M. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 4, p. 281-291, ago. 2011