

O SUPORTE PSICOLOGICO E A CRIANÇA HOSPITALIZADA: O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA CRIANÇA E EM SEUS FAMILIARES

2010

Monografia solicitada como pré-requisito para a graduação em psicologia da disciplina TCC (Trabalho de conclusão de curso), da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana

Dayana Lima Dantas Valverde

Psicóloga pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, BA (Brasil)

Orientação:

Prof^ª. Esp. Mônica Pollyanna Sales Rios Carneiro

Contacto:

dayanaxu@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar como o ambiente hospitalar pode afetar emocionalmente a criança hospitalizada bem como seus familiares. Além de identificar os fatores emocionais relevantes diante do processo de hospitalização, verificando a importância do trabalho interdisciplinar da equipe assistencial, bem como as estratégias de enfrentamento como suporte emocional, abordando o papel do psicólogo diante da hospitalização da criança e sua família. Primeiro serão abordados os aspectos psicológicos na hospitalização. Em seguida será discutido o impacto do processo da hospitalização na família. E, por fim, as estratégias de suporte emocional, citando algumas delas. Neste capítulo também será discutida a importância do psicólogo como suporte para criança, bem como sua família.

Palavras-chave: Criança, família, hospitalização e estratégias de enfrentamento

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado a minha filha Bianca Lima Dantas Valverde, que durante seu processo de hospitalização me ensinou que o amor, a compreensão e a dedicação da família são de extrema importância para a criança, principalmente em momentos que alguns sentimentos se intensificam a exemplo do medo e angústia durante a hospitalização. Agradeço pelo simples fato de sentir no seu sorriso e no seu olhar uma força tão pura que me fez acreditar que por mais dolorosa que seja a situação, se estivermos unidos e em família nunca estaremos sós.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, mais um objetivo alcanço em minha vida, por isso devo agradecer inicialmente a Deus, pela minha vida, pela força e luz durante minha caminhada. Aos meus pais Almir e Lourdes, pelo amor, carinho e dedicação sempre. Aos meus irmãos Daniela e Daniel, pelos momentos vividos juntos. Aos meus filhos Bianca e Murilo, pela paciência e compreensão.

A amiga e orientadora, Mônica Pollyana Carneiro por proporcionar dias de aprendizados que levarei sempre comigo. A professora Veruska Rangel, pela paciência e por proporcionar que esse trabalho fosse mais prazeroso.

Aos amigos que conquistei ao longo desta caminhada pelo companheirismo, carinho e paciência, pelos momentos alegres e angustiantes compartilhados, em especial a Andréa Rios, Carlos Madeira, Mirela Falcão, Leane Cunha, Itana Amâncio, Thais Felix, Tatiana Azevedo, Daniela, Antonio e Jadson Magalhães, Denize Guimarães, Luciane Oliveira, Luciana Lopes e Catiane Bispo.

Enfim, a todos os amigos, colegas e mestres que não mediram esforços para que eu pudesse chegar até aqui, o meu agradecimento eterno. A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho monográfico.

Aprendendo a viver...
Trabalhar com crianças doentes e
Hospitalizadas é uma experiência
Única, inigualável.
É viver cada momento como se
Fosse o ultimo.
É estar junto, sempre.
É sorrir, brincar, sofrer.
É aprender a viver!
(CHIATTONE, 2009.)

1. INTRODUÇÃO

A psicologia hospitalar é o campo da ciência de compreensão que objetiva os aspectos psicológicos em torno do adoecimento. A experiência do adoecimento é vivida de forma subjetiva em cada sujeito. A intervenção hospitalar tenta minimizar o sofrimento e seqüelas emocionais que permeiam os aspectos saúde-doença do processo de hospitalização.

O hospital é uma instituição onde existem suas próprias regras e estrutura. Projetado e ou planejado para tratar a doença, o somático, nem sempre leva em conta as necessidades biopsicossociais do sujeito que ali se encontra. De acordo com essa estrutura, o bem estar psicológico do paciente não é o principal objetivo do atendimento e sim prestar socorro àquele que tem um sofrimento relacionado com o biológico e o orgânico.

Embora a palavra hospital venha da palavra hospitalidade, muitos pacientes não o consideram como local hospedeiro. O bem estar psicológico do paciente não é o principal objetivo do atendimento e sim prestar socorro aquele que tem um sofrimento relacionado com o biológico e o orgânico. Os pacientes são distribuídos por unidades de acordo com seu diagnóstico e, então, são submetidos a normas e rotinas rígidas e inflexíveis, favorecendo um ambiente de solidão e isolamento, independente da gravidade da doença, gerando sentimentos como ansiedade, insegurança, angústia e medo.

A doença tende a tirar a pessoa da sua rotina, de suas atividades de lazer, do convívio com a família e dos amigos. A experiência de estar doente é sentida de forma única. O hospital separa a criança do seu ambiente familiar e entes queridos, seus pais ou responsáveis autorizam essa separação confiando na necessidade de internamento, assim o hospital representa para a criança um ambiente desconhecido e impessoal, restrito de possibilidades de atividades como o brincar, sendo um lugar muitas vezes de solidão, tristeza, saudade de casa, da escola, amigos e familiares. Diante disso pergunta-se: Como a hospitalização pode afetar emocionalmente a criança e seus familiares?

É possível que, com estratégias de apoio emocional ao paciente, sua família, e uma interação mais adequada e interdisciplinar com a equipe assistencial, as crianças possam elaborar suas fantasias, retomando seu equilíbrio psíquico e lidando com seus temores ocultos.

Não somente a criança, mas também os familiares passam por momentos de angústia diante da internação, sendo muitas vezes despertados sentimentos de culpa e de perda. Estas experiências e sentimentos, a mudança brusca na rotina da criança e sua família precipitam uma série de conseqüências. Quando uma criança adocece toda a família adocece junto e o suporte psicológico oferecido para criança bem como a sua família, tentará minimizar alguns fatores estressantes.

A família representa um grupo organizado, uma estrutura. Quando surge uma doença, percebe-se a desestrutura do grupo familiar, estes estão diante de acontecimentos de perda de controle, incertezas e vulnerabilidade, tornando esse momento de hospitalização estressante e angustiante.

O psicólogo hospitalar analisará como o ambiente hospitalar pode afetar emocionalmente a criança hospitalizada, bem como seus familiares, objetivando identificar os fatores emocionais relevantes diante da hospitalização, verificando a importância do trabalho interdisciplinar da equipe assistencial, bem como as estratégias de enfrentamento durante a hospitalização como suporte emocional, deixando claro seu papel diante da hospitalização da criança e seus familiares.

Essa pesquisa tem cunho bibliográfico, exploratório e descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa sobre hospitalização e crianças.

2. ASPECTOS PSICOLOGICOS NA HOSPITALIZAÇÃO

A hospitalização em muitos momentos pode se tornar um mal necessário quando se apresenta como o único recurso para a recuperação da saúde. A internação além de estar sempre associada à dor, ao sofrimento e a morte, afasta a pessoa de seus familiares e da sua relação com a vida. Diante disto, “entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que, através de sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do individuo como um ser global, gerando desarmonização da pessoa”. (SANTOS & SEBASTIANI, 2003, p.150).

Segundo Campos (1995) a Organização Mundial da Saúde conceitua saúde como sendo um bem estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A preocupação com o bem estar, a identificação e atendimento das necessidades de cuidados de saúde no ser humano, aliados às estratégias e as ações técnico - científicas referentes ao cuidado físico e emocional constitui em requisitos essenciais para a eficácia do processo de hospitalização. Sendo assim, saúde é uma harmonia do bem estar físico psicológico e ambiente social.

A mesma autora (op.cit) afirma que “a internação é uma ruptura da história do sujeito, pois ele percebe que não é mais o mesmo”. Ao pensar em doença, percebe-se que ali se encontra um

sujeito que teve seu ciclo de vida quebrado abruptamente e invadido em sua singularidade. Não importando o quanto pode ser confuso, essa nova situação, é imposto a conviver com essa realidade. (1995, p.30).

O hospital é um contexto complexo que envolve capacidades, comportamentos e atitudes dos profissionais que tratam da saúde. Em geral todos buscam o objetivo de curar não importando os meios para que cheguem a tal objetivo. Em muitos momentos não valorizando os aspectos emocionais. Crepaldi (1999, p.93) diz que “a visão de quem atende é por assim dizer etnocêntrica, na medida em que a alteridade dos usuários não é aspecto relevante, ou seja, o paciente e sua família é que devem adequar-se ao universo hospitalar”.

Na hospitalização existem vários fatores que devem ser entendidos, como relata a autora:

Com relação ao processo de hospitalização, pode se dizer que este deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas, como um conjunto de fatores decorrentes destes e suas implicações na vida do paciente. (GIL, 2006, p.19).

O paciente, ao ser hospitalizado, passa a fazer parte das regras e rotinas da instituição, cuidado pela totalidade dos profissionais do setor, sendo de extrema importância o esclarecimento das etapas vividas nesse contexto. “Um relacionamento precário entre o paciente e a equipe de saúde pode infligir-lhe sofrimentos que transcendem a própria a enfermidade”. (ANGERAMI, 2004, p.37).

De acordo com Kitayama e Bruscatto (2008, p.140):

O sofrimento pode ser compreendido como uma angústia acentuada, que transcende o desconforto corporal, relacionando-se intimamente à sensação de ameaça à integridade pessoal diante das adversidades. Resulta da leitura pessoal que cada paciente faz da sua condição existencial e dos significados que atribui a essa condição.

A doença traz para a realidade do sujeito a perspectiva dos sintomas físicos, como a dor e das limitações corporais, mesmo que sejam temporárias ou permanentes. A presença de dor e outros sintomas físicos e psíquicos deixam à pessoa confusa diante de sua hospitalização, não sabendo como agir. “Apesar disso, a dor deve ser compreendida como fenômeno complexo resultante da interação entre o físico e o psíquico, uma vez que a sua intensidade será definida tanto pela lesão orgânica quanto pela subjetividade do doente”. (KITAYAMA & BRUSCATTO, 2008, p.134).

Gil (2006, p.7) comenta que “a condição do sujeito de estar doente e hospitalizado, pode afeta-lo emocionalmente, causando “dor psíquica”. Considerando está ”dor” como uma “dor” pela perda da condição do sadio e não pela doença orgânica propriamente dita, mas sem deixar de considerá-la”.

Sobre isso Straub (2005, p.477) acrescenta dizendo que:

A experiência da dor é um fenómeno multidimensional e complexo que envolve não apenas eventos físicos como também fatores psicológicos e processos de aprendizagem social que as pessoas adquirem por meio de familiares e aprendizagem cultural. Todos os pacientes de dor são membros agentes (e reagentes) de grupos sociais.

Campos aponta que, a doença é um inimigo que deve ser localizado, estudado e combatido e para isso, usam-se medicamentos e profissionais de saúde para vencer essa doença. Porém, muitas vezes, parece que se esquece o significado do adoecer. “A doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família”. (1995, p.42).

A hospitalização e a doença impedem o individuo de seguir sua vida cotidiana, tira-o do convívio familiar e dos amigos. O equilíbrio é interrompido pelas necessidades internas e solicitações externas comuns a esse processo. E se esse equilíbrio não é restaurado, tem-se uma crise.

Diante disso Perez (2008, p.69) chama atenção para duas questões: “a da mobilização psíquica gerada pelo impacto psicológico do adoecer e da perda condição de saudável, e a da falta de infra-estrutura da instituição, acirrando ainda mais a crise do paciente”.

Além de uma crise, a doença é vivida de modo singular pelo sujeito, com significante influência cultural e ambiental, sabendo-se que cada cultura influencia na maneira de reagir, perceber e representar um ataque à estrutura da personalidade desse sujeito e também da sua família. Além de determinar uma crise acidental na sua existência. (LUSTOSA, 2007).

Chiattonne (1984 *apud* Campos, 1995, p.48) completando esse pensamento, assim se expressa: “A doença em si é um fator considerável de desajustamento, pois acaba por provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios na criança e em sua família. Assim, a criança fisicamente doente estará afetada em sua integridade”.

Diante do processo do adoecimento percebem-se algumas crenças que, Paulino e Franco (2008, p.223) acrescentam corroborando:

O significado atribuído à perda da saúde, às causas da doença ou inabilidades dá a dimensão da carga emocional associada ao processo de adoecimento. Podem aparecer desde causas iminentemente biológicas, como presença de vírus ou relacionadas à carga genética; explicações sobrenaturais que envolvem crenças religiosas e punição; até fatores sociais, como pobreza, ou disfunção pessoal ou familiar. Como qualquer sistema de crenças, o significado atribuído à condição de adoecimento relaciona-se a influencias religiosas e culturais.

No tocante a assistência com crianças no hospital é fundamental o conhecimento sobre o desenvolvimento da infância. Nesse âmbito, torna-se necessário que o profissional esteja atento para questões relacionadas à saúde do paciente de forma integral, voltando para ações preventivas. (CALVEST *et.al*, 2008).

A doença e a internação podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para a criança e sua família, além de ocasionar um rompimento brusco nas suas atividades do dia a dia. O afastamento do ambiente familiar, social e afetivo pode suscitar a estes indivíduos, reações tais como comportamento regressivo, raiva, depressão, insegurança, medo, punição.

O ambiente hospitalar é para ela um local de proibições; lá não se pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto e dependendo das regras do hospital também não se pode brincar. Este lugar é em geral assustador, pois não há nada nele que possa identificar com suas experiências anteriores, e somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação, tornam a experiência ainda mais agravante. (FERRO & AMORIM, 2007, p.04).

Nos primeiros anos de vida, a criança depende das ligações familiares para crescer. Ela precisa de cuidados com o corpo, alimentação e com a aprendizagem. Mas nada disso é possível se ela não encontra um ambiente de acolhimento e afeto. (CHIATTONE, 2009). Alguns autores defendem que várias pesquisas constataram que crianças sem acompanhamento constante de familiares, apresentam um número maior de reações físicas, porém os pais necessitam passar uma mensagem de confiança. Uma integração harmoniosa entre eles pode contribuir para uma melhor adaptação e cooperação, ajudando a equipe médica. (OLIVEIRA, 2005).

Da mesma maneira, outros autores acrescentam que:

Quando cuidamos de uma criança hospitalizada, deveremos, portanto, compreender que estamos diante de um momento de uma pessoa que está se desenvolvendo. Isso pressupõe que, na dependência de sua fase, experiências anteriores e suporte (continência) familiar, ela poderá ter instrumentos necessários e suficientes para superar as dificuldades impostas pela doença e hospitalização. (AZZI & ANDREOLI, 2008, p.94).

A criança internada sofre pelo aparecimento ou intensificação dos procedimentos, pois os primeiros dias de internação são marcados por exames e condutas agressivas para obtenção de um diagnóstico, que causam dores ou intensificam seu sofrimento. Chiattonne (2009, p.26) ainda completa dizendo que: “vários fatores inerentes à hospitalização e várias conseqüências nocivas dessa medida que contribuem para o aparecimento de agruras existenciais e de problemas graves, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente”.

Nesse sentido Favaroto e Gagliani (2008, p.88) afirmam:

Para criança, a entrada em um hospital é uma experiência assustadora e geradora de muita ansiedade. Depara-se com uma situação desconhecida, em relação a espaço físico, a pessoas, muitas vezes enfrentando clima de desinformação que intensifica suas fantasias e temores. Durante a hospitalização a criança tem que enfrentar muitos aspectos penosos como separar-se do meio familiar, rotinas e normas preestabelecidas diferentes das habituais, além de procedimentos de claro valor aversivo, principalmente nos casos em que a criança é internada para procedimento cirúrgico.

Chiattonne (2009) afirma que a criança que necessita estar internada sofre pelo medo do desconhecido como a enfermaria, o leito, as roupas, os exames, o alimento, as pessoas a sua volta, a falta de informação, criando um clima de suspense, fantasias e temores. Ainda sofre pela sensação de punição e culpa, correlacionam o aparecimento da doença a fatores externos, acredita que errou e por isso está sendo punida, deixando-a resignada à doença. Sofre também pela limitação de suas atividades ou de estímulos, o espaço físico limitado, a falta de estimulação, e a rotina diária da enfermaria entristecem a criança.

Ao ser hospitalizada a criança conhecerá novos personagens que agora irão interagir: o hospital e o médico. Essa nova situação poderá desencadear sentimentos e reações não experimentadas anteriormente, pois ela não se sente conectada ao seu mundo ao qual estava acostumada. Autores como Soares e Sanarosa (2006, p.1) assim se expressão:

A criança, desconectada do seu mundo, passa a vivenciar situações que a deixam insegura: exames, medicações, blocos cirúrgicos, radiografias, intervenções até então desconhecidas, o que poderá leva-la a apresentar reações como: choros, gritos, recusa de ficar no hospital, regressão, problemas alimentares, distúrbios do sono, ou distúrbios de conduta, estados depressivos, e outros.

É de grande importância que os médicos nas suas relações com seus pacientes devem esclarecer dúvidas recorrentes, como o porquê das condutas a serem seguidas, exames, entre outros. Tornando com que o paciente sinta-se seguro e participativo. Nesse sentido, ressalta que, “se tentarmos tratar da doença ignorando o doente, veremos que os resultados não serão satisfatórios”. (ROCCO, 1992, p.46).

Alguns autores como Dias e Baptista (2003) defendem que cada indivíduo percebe situações e eventos de formas diferentes e quando isso se aplica a criança hospitalizada, essas percepções irão depender da compreensão de realidade que esta tem. Para tanto, estar implicado sua capacidade cognitiva, sua idade, suas crenças e valores de discriminar e compreender eventos como a hospitalização.

O medo da hospitalização ocorre em quase todos os casos, pois o paciente se percebe indefeso e incapaz de atuar e decidir sobre si mesmo, sendo necessário passar esta função a outros, os quais, muitas vezes nem lhe transmite confiança.

E de acordo com Guareschi e Martins (1997, p.423-424):

A doença e a hospitalização constituem, portanto, uma crise na vida da criança. A hospitalização é uma experiência estressante e traumática, podendo a criança apresentar manifestações de ajustamento, como inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontrolável de fugir, dependência e falta de receptividade orgânica ao tratamento durante a internação, que conseqüentemente poderá afetar seu comportamento após sua permanência no hospital.

Uma criança internada muitas vezes necessita ser separada da mãe, da família e seu ambiente doméstico. Mello Filho (1992) afirma que esse meio invasivo pode conter vários prejuízos para a saúde desta, como o hospitalismo e ressalta a importância da participação da mãe bem como dos familiares nesse novo e difícil momento. Nesse sentido Lima *et.al* (1999, p.38) concordam que: “quando a assistência hospitalar está centrada nas necessidades da criança doente e não apenas na doença, quando é permitido aos pais participarem do cuidado, eles sentem-se mais tranquilos e confiantes”.

A criança vê que seu corpo, construção de sua vida, está reduzido, afetado, e invadido, e como doente, ela não reconhece a si mesma, e precisando ser vista, aceita e reconhecida pelo olhar do outro, o olhar dos profissionais que estão cuidando dela, o olhar de sua família para que também ela possa aceitar o seu corpo doente. A criança sofre também com as conseqüências nocivas da hospitalização, pois ainda não dispõem de amadurecimento psíquico para elaborar as agressões pelas quais está passando. (FRANÇANI *et.al.*,1998).

Guimarães (1988 *apud* Dias e Baptista, 2003, p.55-56) enfatiza o desenvolvimento e alguns fatores para uma melhor compreensão desse momento salientando que:

A criança, durante seu desenvolvimento, explora e interage com seu meio de forma contínua e recíproca, à medida que lhe são oferecidas oportunidades em ambientes considerados como favoráveis. Os fatores ambientais, quando positivos, podem favorecer o desenvolvimento de uma forma global, e, se negativos, podem comprometê-lo.

De acordo com Lange (2008), num contexto hospitalar, os sentimentos, as emoções e as sensações, às vezes se acentuam com o tipo de tratamento e de internação, destacando-se o medo do desconhecido, da importância diante de sentimentos muitas vezes incontroláveis que permeiam as vivências tanto do sujeito internado, bem como seus familiares, tornando-as perturbadoras.

Nesse mesmo contexto, a autora acima citada (op.cit) afirma que a forma como cada pessoa lida com situações estressantes como internações, procedimentos invasivos, cirurgias, dependerá de como se encontra a estruturação da personalidade desse indivíduo, de sua condição cognitiva e emocional, da possibilidade de discriminação da realidade e de redimensionamento da problemática, que possibilitará ou não a mobilização de recursos adaptativos de enfrentamento.

Freitas (1980 *apud* Campos, 1995, p.46) chama atenção da percepção do sujeito em relação à doença dizendo:

As reações de cada paciente são ditadas pelo seu mundo interno, pela sua historia psicossocial e do seu contexto familiar. Há uma serie de fatores que podem determinar dinamicamente formas de estar doente. Apesar das diferenças individuais, durante a enfermidade todas as crianças passam por situações reais e imaginarias comum a todas, e que em todas provocam grande ansiedade. Uma das situações comuns é a percepção da morte, consciente ou inconsciente.

Chiattonne (2009) destaca alguns fatores relacionados à instituição hospitalar que podem trazer sofrimento para o sujeito, são as atitudes da equipe, as rotinas hospitalares rigorosas e com pouca flexibilidade, o tipo de internação, podendo ser por emergência, a mais agressiva, ou via ambulatório que é considerada mais tranqüila, a duração da internação e a natureza da doença. Sendo assim “o desconhecimento por parte do paciente da rotina hospitalar poderá gerar ansiedade e sofrimento facilmente evitáveis pelo trabalho de conscientização dessa rotina”. (ANGERAMI, 2009, p.15).

No hospital, a criança é retirada do seu dia-a-dia, é privado de sua liberdade, privacidade, passa por momentos onde, os procedimentos institucionais, regras e rotinas estão em primeiro lugar e esse cenário confuso acaba por contribuir negativamente. “O impacto da hospitalização pode incidir em qualquer fase do desenvolvimento infantil, sendo alguns períodos mais vulneráveis a episódios de desestruturação”. (AZZI & ANDREOLI, 2008, p.95).

Quanto ao aspecto descrito anteriormente:

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais. (SIMONETTI, 2004, p.15).

Freitas (1980 *apud* Campos, 1995, p.45) justificando esses conflitos e comportamentos comenta: “[...]Na situação de doença, internação, cirurgia, a intensa ansiedade é capaz de desencadear comportamentos regredidos, a criança volta a maneiras mais antigas de se comportar”.

De maneira geral pode-se dizer que a ansiedade e a variedade de sentimentos intensificam alguns comportamentos como birras, choro, retrocessos nos hábitos adequados para idade, perturbações no sono e na alimentação. Barros (1998, p. 15) diz que “a experiência de hospitalização é fonte de stress e ansiedade para a maioria das crianças, podemos mesmo contribuir para um risco acrescido de perturbações de comportamento e de psicopatologia a médio e longo prazo”.

Assim, na experiência da hospitalização a criança além de sofrer esses aspectos, sofre com a intensificação dos procedimentos, não compreendendo as condições que se encontra, onde vê seu corpo sendo manipulado e avaliado, além de ter que se adequar ao novo e assustador ambiente. Nesse período a criança torna-se também paciente e pode enfrentar incômodos emocionais relacionados ao processo de despersonalização, que será discutido abaixo.

2.1 Despersonalização

No período de hospitalização o paciente sofre um processo de despersonalização, pois deixa de ter seu próprio nome e passar a ser o número do leito x ou y. Existe uma quebra de domínio de si próprio. (ANGERAMI, 2004).

Nesse sentido este autor ainda afirma que:

A despersonalização do paciente deriva ainda da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos que, além de abordar a pessoa em sua amplitude existencial, fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida. (ANGERAMI, 2004, p.67).

O sujeito ao ser hospitalizado, muitas vezes, sente-se como se perdesse sua identidade, pois ao entrar no hospital, traz consigo crenças, valores e atitudes próprias. Porém, diante da instituição hospitalar, passa a ser tratado como mais um doente entre muitos, recebendo uniformes, leitos e quartos numerados. Aquilo que antes ele organizava e determinava, agora é substituído pela rotina hospitalar. Mesmo sabendo a relevância e a importância de ser cuidado, a perda das referências vivida no seu dia a dia é quebrada, gerando o processo de despersonalização.

Assim, na despersonalização o indivíduo se vê implicado na perda dos referenciais ao nível existencial, isto é, quando internado o sujeito é destituído da sua condição de pessoa, deixando de seguir sua rotina e hábitos simples, como higiene pessoal, lazer, estudo dentre outros e passando a adquirir regras e costumes do ambiente que agora permanecerá. (FONGARO & SEBASTIANI, 2003).

Essa posição do paciente pode ser notada em Moffat (1987 *apud* Campos, 1995, p.46-47):

[...]a nova situação o colocou fora de sua história, ficando alienado, estranho para si mesmo. O suceder de sua vida paralisou-se, a percepção não consegue ler a realidade e o futuro está vazio. Esta é uma vivência de suprema angustia, a pessoa fica desesperada, desestruturou-se a leitura prospectiva de sua ação.

Na medida em que ocupa o lugar de paciente, submetendo-se a tudo e a todos, ficando sujeito ao domínio de uma estrutura hospitalar, “transforma-se, então, em uma doença, em um órgão doente, em um número de leito”. (CREPALDI, 1999, p.90). Com isso, passando a si

reconhecer como um ser doente, não sabendo mais da sua condição enquanto pessoa, passando a ter uma percepção limitada, tanto da sua realidade interior como exterior.

Neste sentido Campos (1995, p.32) assim coloca:

Podemos perceber que o individuo, na sua condição de paciente, fica sujeito ao domínio de uma estrutura hospitalar e ao poder de profissionais que agem, muitas vezes, ferindo a autonomia e a tomada de decisões do próprio paciente, como se fossem senhores da verdade. Isto porque a dinâmica que se estabelece nas relações terapêuticas tem mais a ver com a “doença do que com a pessoa que está doente”.

Testa (1992, p.52) afirma que “o resultado sobre o enfermo das normas impostas junto aos comportamentos dos trabalhadores de saúde do hospital é a anulação simultânea de sua individualidade, e de sua socialidade”. Reforçando esse pensamento Gil (2006, p.18) ressalta dizendo que “[...]alguns membros da equipe de profissionais da área da saúde estão voltados para uma atenção curativa, quando o doente é visto e tratado como peça de uma máquina que está desajustada e necessita de reparo”.

Quando uma pessoa precisa de ser hospitalizado, os membros da equipe necessitam que o paciente que ali se encontra, acostume-se a realidade imposta, como reafirma Straub (2005, p.451):

Espera-se que os pacientes hospitalizados se conformem de maneira submissa às regras do hospital, incluindo seus horários de comer, dormir e receber visitas, além de disponibilizar-se para exames e tratamentos quando o médico ordena. Eles podem dizer pouco ou nada sobre quem pode examiná-los, quando os exames irão ocorrer, o que podem vestir ou quando tomam seus remédios.

A vivência dessa situação traz uma experiência de ruptura para o sujeito, o contato com o inesperado, sendo difícil lidar com a própria doença, o indivíduo passa por uma descompensação, sem saber sobre si e sobre o próprio corpo. “Há uma inegável tendência no pensamento contemporâneo a enxergar, a nós mesmos e aos outros, não como se tivéssemos nossas doenças, mas como se fôssemos nossas doenças”. (REMEN, 1993, p.24). Nesse momento o paciente passa a ocupar o lugar de objeto, colocando de lado sua individualidade, passando a viver com as regras instituídas.

Straub (2005, p.451) reforça dizendo que:

[...] quase todos os aspectos da identidade do paciente, além de sua razão para estar no hospital, desaparecem. Às vezes, essa despersonalização é tão completa que a equipe do hospital conversa entre si na frente do paciente, ignorando suas perguntas e comentários e usando jargões médicos para excluí-los.

Esses procedimentos que médicos e técnicos de saúde usam junto ao leito dos pacientes podem provocar e reforçar sentimentos de insegurança e medo, já que a linguagem não é clara para os mesmos. Essa rotina inesperada e incompreendida, a vulnerabilidade e o medo do desconhecido diante desse novo contexto, “há um sofrimento diante da imagem de si mesmo, já alterada”. (CAMPOS, 1995, p.30).

Com o surgimento da despersonalização a relação médico-paciente torna-se desfavorável. O estabelecimento de vínculos e equilíbrio entre os mesmos fica prejudicado, resultando em condições precárias de atendimento. Portanto, “a despersonalização gera uma gama enorme de sentimentos que vão permear a relação paciente-profissional tais como: desconfiança, agressividade, sentimentos de rejeição, de desprezo”. (PEREZ, 2008, p.67).

É preciso lembrar que diante do adoecimento, não só esta uma pessoa doente, existe ali um ser humano, com desejos e direitos e que precisam ser visto e respeitado como tal. “A sensação de não ter sua dor reconhecida é fonte de grande desamparo e sofrimento”. (KITAYAMA & BRUSCATO, 2008, p.137).

Chiattonne (2009, p.74) afirma que:

O ser humano, na verdade, é uma unidade muito complexa, composta de diversos sistemas biológicos diferentes, mas coordenados que permitem uma interação eficaz entre o mundo interno e o mundo externo do indivíduo. Todo o sistema, então, encontra-se complexamente entrelaçado buscando atingir uma função de alto nível, referente à coordenação e integração de unidades celulares, tecidos e órgãos na unidade total, determinando que o funcionamento seja harmonioso e que o fim seja individual.

A doença traz consigo a incerteza, um cenário de difícil compreensão, a necessidade de ser cuidado, porém sem a certeza da cura. O sujeito passa a ser paciente e o cuidado é de responsabilidade do hospital, que para seu funcionamento como instituição, é preciso que o indivíduo se submeta as suas regras, como horários, visitas, alimentação. Sendo assim, o sofrimento é intensificado diante da vulnerabilidade da hospitalização.

Segundo Seitz (2006, p.156):

O processo de hospitalização é agressivo e doloroso, além de inevitável e inadiável. Os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que deixar seus compromissos para serem resolvidos, sua família sem assistência e, além disso, tem de “mudar-se” para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem a dor, o medo e a incerteza.

Durante a hospitalização a criança passa a dividir o espaço físico com outras, que nem sempre tem o mesmo problema que o seu. Esse contexto é um momento difícil, em que tudo é desconhecido, tanto para a criança como para sua família. Ambos passam por momentos de tensão e nervosismo, necessitados serem ouvidos e compreendidos. “O mais importante é saber

que as pessoas geralmente têm necessidade de sentir que os outros acreditam nelas; que a sua dor e fraqueza, bem como a coragem e força individuais, são percebidas e reconhecidas”. (REMEN, 1993, p.107).

Tratar o paciente de forma fragmentada, colocando-o na condição das regras e normas institucionais, identificá-lo pela doença e não pela pessoa que ali se encontra doente, são alguns fatores que corroboram para a despersonalização do sujeito. “É necessário lembrar que antes de ser um doente, ele é uma pessoa que está doente”. (CAMPOS, 1995, p.29).

Nesse sentido Ribeiro (1983 *apud* Stassun e Radtke, 2006, p.117):

[...]a vontade do paciente foi aplacada, seus desejos coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho, proscrito; seu mundo de relações, rompido. Ele deixa de ser sujeito e vira apenas objeto da prática do médico hospitalar, suspenso de sua individualidade, transformado em mais um caso a ser contabilizado. As questões emocionais, psicológicas do paciente (fora dessa construção histórica da medicina) acabaram ficando em segundo plano, seu enfrentamento a essas necessidades empíricas da prática cotidiana no hospital que são tão influentes na situação do paciente, quanto a degeneração orgânica do organismo, ficaram agora a cargo dos psicólogos.

Assim, deve-se evidenciar no tratamento das enfermidades humanas, e complexidade do ser humano, considerando que este mesmo hospitalizado possui vontades, desejos e necessidades, que muitas vezes, devido ao enrijecimento do ambiente hospitalar, impede as realizações e até as expressões desses sentimentos. “Nesse sentido, deve-se atentar para o processo de despersonalização pelo qual passa o paciente ao ser hospitalizado e as conseqüências que tal evento pode ocasionar no desenvolvimento global do sujeito”. (ZARDO & FREITAS, 2004, p.07).

3. A FAMÍLIA NO PROCESSO DA HOSPITALIZAÇÃO

Quando um membro da família adoece, sua família adoece junto, existindo uma mobilização desta, pois sofre com o medo de não saber lidar com essa nova situação de crise. “Diante a doença e hospitalização do ser infantil, a família se depara com duas tarefas: cuidar da pessoa que se encontra doente e lidar com as emoções que emergem e que passam a transformar as relações entre seus membros”. (FERRO & AMORIM, 2007, p.14).

Além dessas tarefas, os pais ainda tem que pensar nos outros filhos durante esse tempo, não sabendo o que fazer, sentindo-se divididos, preocupados também com os outros filhos que ficaram em casa. (MILANESI *et.al* 2006).

A doença do filho e a possibilidade de hospitalização geram alguns comportamentos na família como ansiedade, medo, impotência e não aceitação diante da doença, bem como as

dificuldades de atender as exigências da instituição ao qual são impostos. Diante disso o autor corrobora dizendo:

Os efeitos da doença estão interligados aos efeitos da hospitalização, pois assim que a criança adoce e vai para o hospital em busca de ajuda, a família mostra-se temerosa e reage de maneira ambígua. Deseja saber o que o filho tem, pois alega que conhecendo a doença poderá fornecer-lhe assistência mais adequada; mas por outro lado, nega a doença em si mesma e a necessidade de internação, por ter dificuldade de enfrentar a realidade que se antevê. (CREPALDI, 1998, p.84-85).

Ressalta-se a importância da relação médico-família, como nos alerta o autor dizendo ser “interessante levar em conta a postura do pediatra ao lidar com a criança, porque influencia a família, reforçando condutas inadequadas pré-existentes ou desvalorizando condutas corretas, abordadas no momento da orientação”. (MELLO FILHO, 1992, p.199).

Nesse aspecto, é importante que tanto o médico quanto a equipe que esta atendo a criança e a sua família, entenda o quanto é difícil e doloroso para a mãe perceber o filho doente, sentindo-se impotente diante dessa situação, sendo mais agravante quando essa sente descaso dos profissionais de saúde ao solicitar assistência e ou orientações. (MILANESI *et.al*, 2006).

Menegatti (2001 *apud* Urbini, 2007, p.05) afirma que toda rotina dessa família é subitamente modificada para dar conta do adoecimento.

[...]um novo contexto se apresenta para o paciente, seus familiares e a equipe, as relações pessoais e o convívio são alterados, e muitas vezes eles não têm repertório comportamental disponível para responder a essas situações, facilitando o aparecimento de reações emocionais e respostas conflitivas.

A família busca a cura desse paciente e deseja que os médicos dêem essa certeza, o que algumas vezes não é possível devido ao diagnóstico dado, e a incerteza de como o paciente irá reagir, fazendo aumentar a impotência familiar e conflitos de sentimentos. A reação que algumas famílias demonstram como fuga e negação, refletem a insegurança da vivência, da impotência, pela falta de habilidade e flexibilidade em enfrentar as existências diante a doença e a hospitalização.

Segundo Azzi e Andreoli (2008, p.95):

Um dos momentos mais críticos no processo de adoecimento é o advento do diagnóstico de uma doença. Este tem efeito complexo sobre a família e a criança em virtude da multiplicidade de fatores, positivos e negativos, que incidem ao mesmo tempo em um conjunto (ou sistema) que se encontrava estável até aquele momento.

De acordo com esses autores acima citados (op.cit) existem evidências que o impacto negativo é relativamente mínimo sobre os familiares e crianças, para tanto, os mesmos necessitam serem adequadamente manejados, ou seja, sendo preparados e orientados para a compreensão do processo de hospitalização. Sendo assim, esses fatores quando bem acompanhados, passa a serem vistos positivamente, pois as crianças e seus familiares tornam-se previamente estável emocionalmente, com habilidades de reorganização diante de situações difíceis.

É importante a participação familiar nesse novo contexto, pois “quando a família está próxima ao doente, esta pode desempenhar um papel estimulador, incentivando-o em suas conquistas, animando-o a prosseguir”. (GIL, 2006, p.19). A criança que tem como referencial sua família, perceberá que não esta sozinha. Desse modo, “se os pais conseguem controlar seus temores, seu sentimento de culpa perante a doença do filho e sua ansiedade diante da hospitalização, conseguem realizar a preparação para a internação de forma clara e objetiva”. (CHIATTONE, 2009, p.43).

De toda forma, a ameaça ou sensação de perda de segurança e controle podem desencadear reações disfuncionais, seja por medo do diagnóstico e tratamentos adequados, ou por uma simples rotina hospitalar. Essas pessoas deverão ser preparadas e acompanhadas nas suas necessidades, sentindo-se acolhida, para que possa ampliar de forma participativa do seu processo saúde-doente. De acordo com Lustosa (2007, p.6) “é nesse momento que a família precisa de ajuda! É aí que ela se sente insegura,desabando, ansiando por um apoio efetivo, por uma compreensão profunda de sua situação, de um ambiente que lhe possa devolver o equilíbrio, a força, enfim, a estabilidade”.

Diante disso, outro autor concorda acrescentando que:

O cuidado eficiente da saúde depende do diagnostico e tratamentos corretos. Depende também da ampliação das perspectivas, incluindo o reconhecimento dessas forças pessoais presentes, a despeito das aparências enganosas e do desenvolvimento de métodos e técnicas para mobilizá-las. (REMEN, 1993, p.24).

Lange (2008) destaca que no hospital os pais podem ter dificuldades de saber como agir para entender as necessidades físicas-psicoemocionais de seu filho, que está doente e num ambiente que tem situações e regras próprias. “As pressões e demandas decorrentes dos cuidados de longo prazo, as rotinas e os procedimentos constantes podem levar os pais a se sentirem incapazes de exercer seus papeis e impotentes no alívio a dor (física ou psicológica) do seu filho”. (AZZI & ANDREOLI, 2008, p.96).

Esses fatores também são mencionados e confirmados por Crepaldi (1998, p.85):

Esta condição levava-os a experimentar estados de confusão diante de tantas situações inusitadas, como o acúmulo de informação que lhe era transmitida logo que chegavam, e/ou a vivência de situações desagradáveis, desencadeadas, entre

outros fatores, por presenciarem cenas de sofrimento no cotidiano do hospital. Outro fator que gerava muita ansiedade decorria da necessidade de si submeter o filho a muitos exames que frequentemente eram invasivos, e cujo resultado demandava uma longa espera.

Para Angerami (2003, p.107) “os pais e a família, como um todo, são elementos altamente representativos do desenvolvimento infantil, no sentido de que a família é a unidade de representação básica da criança”. Nesse sentido, torna-se essencial a busca do equilíbrio dos pais diante da hospitalização do seu filho, pois os tendo como referência a criança responderá mais positivamente aos procedimentos necessários para sua recuperação. Diante desta realidade, pode-se afirmar que “a família, o microcosmo do paciente. Para a criança a atitude dos pais é mais importante”. (ANGERAMI, 2009, p.20).

Nesse contexto, a família se torna um fator importante de suporte emocional sendo que, “o grupo familiar exerce influência na estruturação do psiquismo da criança e na formação de sua personalidade, apresentando-se como unidade emocional, um sistema único, vivo, que tem nexos em sua própria história”. (ZIMMERMAN 2000 *apud* LANGE *et.al*, 2008, p.206).

A indecisão, a insegurança e a ansiedade levam os pais a mudarem de comportamento, o que é percebido pela criança, que busca sua segurança num padrão de cuidados ao qual esta acostumada. Sendo assim, o papel que os pais desempenham é vital para o ajustamento social e psicológico da criança durante a hospitalização, seja qual for a sua idade. (OLIVEIRA & COLLOET, 1999). Com tudo isso “na tentativa de buscar um significado e um motivo para a doença, o casal pode deparar-se com situações de agressão para com o companheiro, tentando diminuir seus sentimentos de culpa e frustração”. (FAVARATO & GAGLIANI, 2008, p.80).

Segundo Favarato e Gagliani (2008) por não saber lidar com essa nova situação, muitos pais vivem grande conflito, manifestando sentimentos de impotência e culpa. Ainda nesse contexto, Nicoletti (2009, p.39) ressalta que “a falta de estrutura psíquica, a estrutura familiar desorganizada, as duplas mensagens dadas à criança, acredito eu, leva o indivíduo a uma série de comportamentos que determinam uma personalidade frágil e difícil de ser trabalhada”.

O aumento da ansiedade, quando ocorre no contexto familiar com poucos recursos de confronto para ajudar a criança, poderá explicar, ou mediar, muitas das seqüelas psicopatológicas e de desenvolvimento, a médio e em longo prazo. (BARROS 1998).

Muitas vezes, com a entrada do filho no ambiente hospitalar, os pais podem apresentar problemas emocionais decorrentes do próprio ambiente hospitalar, bem como sua dinâmica de trabalho, aliado ao fato de conviver com a doença de seu filho. Assim alguns autores chamam atenção da necessidade de compreensão de alguns fatores observados na estrutura familiar nesse processo.

A hospitalização de crianças caracteriza-se como um possível fator de risco para manifestação de estresse e desestruturação familiar. As famílias de crianças hospitalizadas são consideradas igualmente clientes, necessitando também de

cuidados, especialmente quanto às suas discriminações ante processo de hospitalização e da doença. Alterações comportamentais dos familiares podem caracterizar-se como fatores desorganizadores, com possibilidades de ruptura no processo de cuidados às crianças e surgimento de transtornos comportamentais, tanto para os infantis quanto de seus cuidadores. (GOMES; LUNARDI FILHO 2000 *apud* DIAS *et.al*, 2008, p.169).

Lange (2008) no seu artigo sobre a psicodinâmica familiar nos acidentes infantis ressalta a importância do papel da família frente a crianças hospitalizadas, e justifica que apesar das constantes transformações sofridas ao longo dos anos, a família ainda se constitui como núcleo mais importante na formação da personalidade da criança, onde as primeiras experiências são postas em práticas. E ainda acrescenta que:

A função básica da família é a de proteção aos seus membros, ajudando a superar conflitos e dando apoio emocional. A família é um grupo natural que se desenvolve, de acordo com as necessidades psicossociais e os padrões de relacionamentos entre seus membros. A estrutura familiar vai ser constituída por esses padrões, que por sua vez vão delinear o seu funcionamento. (MINUCHIM; FISSHIMAN 1990 *apud* RIBEIRO & LANGE, 2008, p.217).

Reforçando esse pensamento segundo alguns autores “o apoio dos familiares também pode permitir as crianças sentirem-se mais seguras e protegidas, e assim reagirem mais positivamente ao ambiente hospitalar”. (OLIVEIRA *et.al*, 2005, p.46).

Segundo Barros, a importância da presença e acompanhamentos dos pais bem como o papel que estes desempenham na forma de como a criança enfrenta seus problemas e os tratamentos médicos são de extrema relevância, pois as influências dos comportamentos dos familiares irão refletir de forma positiva ou negativa no processo de internação da criança. Nesse sentido a autora afirma que “pais ansiosos têm filhos mais queixosos e difíceis de tratar”. (1998, p.21).

Assim, ao refletir sobre os fatores determinantes do desenvolvimento saudável de uma criança, além das condições biológicas inatas, é preciso pensar sobre a influencia familiar, da comunidade na qual esta inserida e aspectos mais amplos da conjuntura socioeconômica e política sem perder de vista as transformações temporais e históricas de cada um desses contextos. (MOLINARI, *et.al*, 2005, p.20).

A partir dessa compreensão é importante entender que os familiares da criança doente e internada também passam por transformações, tendo de confrontar as suas próprias dúvidas, angústias e medos são essenciais, pois um funcionamento cotidiano familiar desses indivíduos irá ajudar a criança a controlar seus medos, possibilitando assim uma melhor compreensão das ações que fazem parte da hospitalização. Então, torna-se imprescindível um acompanhamento psicológico, não apenas a criança, mas a essa família. (ANGERAMI, 2009).

[...]A família, ao ser englobada no atendimento hospitalar, receberá condições e sustentáculos emocionais para que o paciente encontre alívio no sofrimento provocado pelo afastamento do núcleo familiar. Paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar, com o risco de perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo: as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar. (ANGERAMI, 2009, p.18).

Desta forma, é importante o trabalho do psicólogo junto ao paciente e seus familiares e segundo Angerami (2004, p.138) “é ainda na psicologia hospitalar que é possível descobrir, de modo concreto, um dos preceitos máximos da psicologia, que é o da cura pela palavra. A palavra cura o sofrimento emocional e espiritual, bem como a dor provocada pelo sofrimento físico”.

4. ESTRATÉGIAS DE SUPORTE EMOCIONAL NA HOSPITALIZAÇÃO

São de extrema importância o apoio e acompanhamento da equipe interdisciplinar. Segundo Soares e Vieira (2004, p.299) “a hospitalização da criança significa agressão ao seu mundo lúdico e mágico e por isso, requer do profissional que a assiste, a compreensão do mundo infantil”. Os profissionais que trabalham com essas crianças devem compreender que ali se encontra um ser em desenvolvimento necessitando de cuidados e paciência, pois tudo é muito assustador. Sendo assim, Chiattonne (2009, p.26) afirma:

Todos os profissionais da área de saúde devem ter noções claras de que a doença é um ataque à criança como um todo, que a criança doente estará afetada em sua integridade e que seu desenvolvimento emocional também estará bastante comprometido.

Quando se valoriza a criança, ouvindo-a, permitindo que seja participativa no processo do cuidado, dispondo de orientações, dando-lhe direito a falar de suas fantasias e dificuldades relacionadas à doença e sua hospitalização, o profissional que a acompanha irá melhor conduzir o processo de recuperação e isso se torna indispensável, não só para a criança como sua família. (MELLO FILHO, 1992). Chiattonne (2009, p.39) acrescenta dizendo que “a maneira como a equipe de saúde desenvolve seu trabalho no hospital é um outro fator importante a se considerar quando se discutem as conseqüências nocivas causadas pela hospitalização”.

Segundo Calvetti *et.al* (2008) a equipe deve auxiliar além do paciente, sua família a superar aspectos de dificuldades relacionados a hospitalização. Assim um trabalho interdisciplinar com a família e a criança tornam o atendimento humanizado, auxiliando no processo de melhora do paciente. “Nesse âmbito, torna-se fundamental como critério de atitudes do cuidado o amor à

verdade por parte do profissional cuidador, com intuito de fortalecer o vínculo com a criança e familiares”. (op.cit, p.231).

Chiattonne (2009, p.95) deixa claros a relevância do acompanhamento psicológico e seus objetivos, dizendo que:

[...]A atuação objetiva a minimização do sofrimento inerente ao processo de doença e hospitalização da criança, fazendo dessa família um elemento ativo no processo, condição para o êxito do tratamento. Deve-se objetivar também a promoção de saúde mental integral da criança, valorizando a relação de influxos satisfatórios entre mãe e filho. A atuação visa a atenção, o apoio, a compreensão, o suporte ao tratamento, a clarificação de sentimentos, o esclarecimento sobre a doença, o fortalecimento do grupo familiar-reorganização do grupo, o levantamento de dados sobre a relação familiar, o estar junto, o apoio incondicional.

Favarato e Gagliani defendem que é função de toda a equipe multiprofissional, proporcionar uma adaptação saudável e humanizada para a criança no ambiente hospitalar. Conseqüentemente, “viver em um ambiente humanizado nos possibilita viver um dia-a-dia mais ameno, harmonioso e consciente”. (2008, p.97).

Da mesma maneira, alguns autores falam da colaboração e participação da família e justificam sua importância na colaboração diante do adoecimento da criança. Chiattonne (2009, p.49) reconhece que:

Quando o hospital consegue estabelecer com tranquilidade e principalmente com dignidade seu papel de provedor de saúde aos pacientes, dificilmente assumirá uma postura capaz de afastar os familiares. Se bem orientados, não questionam absolutamente, mas sim são informados da evolução clínica de seus filhos. Por outro lado, dificilmente assumirão o papel de inquisidores se estiverem participando ativamente do processo de doença e hospitalização, é claro, com o apoio da equipe de saúde.

Alguns autores falam da importância da humanização no contexto hospitalar, porém a postura de diversos profissionais de saúde são o distanciamento e a indiferença em relação a sua clientela. Crepaldi diz que muitos profissionais agem assim, pois “trata-se de uma forma de defender-se contra o seu envolvimento com a dor do outro, protegendo-o do sofrimento que esta situação na maioria das vezes encerra”. (1999, p.91). Essas e outras atitudes da equipe provocam afastamento e incompreensão do paciente, contribuindo para o desajuste emocional do mesmo.

Chiattonne (2009, p.36) salienta que “esse clima de suspense e desinformação faz aumentar as fantasias e os temores das crianças”. A criança internada está em situação de crise, de estresse e sofrimento psíquico, e esta crise não ficará sem expressão. Ela expressará sua insatisfação, a

sua dor ou angústia, através da palavra ou através do comportamento, que provavelmente será diferente do habitual. (CAMPOS, 1995).

Diante disso Perez (2008, p.66) acrescenta:

O contato com a dor e o sofrimento do paciente produz a reedição e a mobilização de situações e ansiedades primitivas tais como o medo da própria morte, o medo do sofrimento. Essa mobilização psíquica, tão intensa e contínua, exige ajustes e adequações de estratégias defensivas que propiciem a integração destas tensões, condição necessária para existir dentro deste ambiente de trabalho.

É imprescindível que a criança seja preparada para a internação, é importante que seja informada em uma linguagem que possa entender os motivos que esta passando, tendo uma noção da sua doença, enfim, participando do seu processo de hospitalização. “O preparo da criança para a hospitalização deve ser realizado pelos pais, sendo estes as pessoas mais importantes e significativas para o paciente. Para tal, os pais devem receber um apoio adicional para um bom desenvolvimento da tarefa”. (CHIATTONE, 2009, p.42). Esse apoio adicional nesse sentido pode advir da equipe assistencial como importante instrumento de suporte emocional.

Segundo a mesma autora acima citada (op.cit), essa preparação deve não deve ser prolongada ou excessiva, deve-se objetivar não escondendo a verdade desta, para que consiga elaborar a situação evitando aumentar as fantasias e ansiedade do pequeno paciente. Em alguns casos “quando se procede à internação de crianças muito pequenas, que pela pouca idade não têm condições para compreender a internação, deve-se tentar amenizar o sofrimento oferecendo-lhes carinho físico”. (2009, p.45).

Outros autores também afirmam a importância do preparo emocional do paciente. Pode-se notar essa afirmação em Ferro e Amorim (2007, p.6):

É necessário preparar emocionalmente o paciente nas situações de angústia e estresse no contato com a hospitalização, para que seus medos e fantasias sejam amenizados. Alguns exames além de invasivos, agressivos e dolorosos, requerem uma aparelhagem complexa que emitem sons e ruídos; esses procedimentos embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência. A assistência humanizada não é só condição técnica, mas primeiramente solidariedade, amor e respeito pelo ser humano, uma vez que a criança em sua condição “indefesa” busca nos adultos apoio, carinho e compreensão.

Nessa perspectiva uma compreensão do funcionamento psíquico do paciente é imprescindível, bem como o acompanhamento do psicológico tanto da criança quanto sua família. “E se a instituição hospitalar frequentemente se mobiliza buscando caminhos que

possam levá-la ao encontro de sua humanização, então certamente o psicólogo terá papel decisivo nessa estruturação”. (ANGERAMI, 2004, p.03).

Nesse contexto, os objetivos do atendimento psicológico segundo Dias e Baptista (2003, p.65) são:

No sentido de promover o bem-estar biopsicossocial dos pacientes e seus familiares. Para tanto, procura-se trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, objetivando uma visão global do paciente dentro de um enfoque, interdisciplinar, possibilitando também apoio e assistência técnica à equipe.

Desse modo, o psicólogo deverá avaliar os comportamentos inadequados, além de propor instrumentos eficazes e capazes para minimizar o sofrimento do paciente e sua família e possibilitando para a boa evolução no processo hospitalar. Também nesse sentido, o autor abaixo explica a importância de oferecer um ambiente receptivo e acolhedor, devendo se levar em conta a instabilidade da criança e sua família diante da hospitalização, proporcionando condições para uma melhor adaptação.

Lima *et.al* (1999, p.34) assim afirma:

A hospitalização é uma experiência estressante que envolve profunda adaptação da criança às várias mudanças que acontecem no seu dia-a-dia. Contudo, pode ser amenizada pelo fornecimento de certas condições como: presença de familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores da saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras.

Como já foi dito anteriormente no capítulo 3, a internação é para a criança uma experiência assustadora e que a ansiedade e o medo tornam-se constante. Ela encontra-se fragilizada, necessitando de apoio e segurança. Sendo assim, é importante ressaltar o atendimento compartilhado onde “a reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipe de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando, assim, o planejamento de um cuidado mais integral, holístico e humano”. (GOMES & ERDMANN, 2005, p.21).

Darbyshire (1994 *apud* Lima *et.al* 1999, p.34) salienta algumas estratégias em outros países:

Uma variedade de estratégia tem sido apontadas, principalmente na Inglaterra, mas também em outros países, entre os quais se inclui o Brasil. A estratégia central parece incentivar e encorajar os pais ou responsáveis a permanecerem com suas crianças durante as hospitalizações e, mais recentemente, a participarem dos cuidados dispensados a elas.

Várias estratégias podem ser usadas para minimizar o sofrimento da criança e seus familiares e o psicólogo é extremamente importante para facilitar esse processo. A hospitalização sendo um momento de dúvidas e temores, o psicólogo poderá orientar pais, crianças e profissionais de saúde, criar condições para que o paciente e seus familiares reflitam sobre o significado do seu adoecer, melhorando a compreensão de ambos, facilitando seu equilíbrio.

Campos (1995, p.60) acrescenta dizendo:

O trabalho de um profissional da saúde, como agente catalizador, seria o de fazer emergirem as possibilidades e recursos de cada ser para a cura de sua doença, buscando aclarar o significado das atitudes de sua vida e compreensão de sua doença. Assim, é necessário que o psicólogo, assim como outros profissionais da saúde, torne-se consciente de sua própria responsabilidade e utiliza adequada e conjuntamente a tecnologia que possui, ao lado de sua participação pessoal.

Segundo Dias e Baptista (2003) o psicólogo poderá além de orientar os pais da criança hospitalizada, informando da importância da participação no processo saúde-doença de seu filho, a adaptação à rotina da instituição, direitos e deveres, focalizando suas necessidades e reações emocionais ocasionadas pela hospitalização. Incentivar a família a ser participante, dando suporte durante a internação, objetivando a doença e o tratamento, facilitar a interação entre equipe de saúde, paciente e familiar.

Segundo os autores acima citados (op.cit) é importante que o psicólogo faça um papel de interlocutor da família e ou paciente com a equipe. Junto à equipe de saúde o psicólogo deve “orientar nas condutas mais adequadas, relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares. Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos pacientes, visando despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais”. (2003, p.65).

Amorim, Bruscato e Lopes (2004 *apud* Ferro e Amorim, 2007, p.25) consideram que:

a intervenção psicológica na equipe de saúde deve propiciar a oportunidade de auto-reflexão sobre o papel profissional; como também focalizar junto à equipe alguns aspectos emocionais envolvidos na tarefa assistencial aos pacientes e seus familiares. Esse serviço deve formar multiplicadores de saúde mental no contexto hospitalar, instrumentalizando os profissionais de saúde a identificarem disfunções emocionais nos pacientes e familiares, bem como a adotarem formas de manejo mais satisfatórios na execução de seu trabalho.

O psicólogo também deverá intervir junto ao paciente viabilizando a participação desde no seu processo de hospitalização e doença. Angerami (2004, p.75) salienta que é “[...]importante que o psicólogo tenha bem claros os limites de sua atuação, para não se tornar ele também mais um elemento abusivamente invasivo que agride o processo de hospitalização”. Sendo preciso quando oferecer condições para que o paciente lide melhor ao enfrentamento de suas reações psicológicas, diminuindo e adequando medos, ansiedades, idéias irrealis, dentre outros.

Possibilitando através de materiais e instrumentos que podem ser lúdicos, para melhor enfrentamento dessas questões. (DIAS e BAPTISTA, 2003).

Na situação de hospitalização pode-se dizer que a ajuda como o oferecimento de oportunidade à criança para expressar seus sentimentos a respeito das suas experiências assim como a ansiedade, a hostilidade e a raiva, poderá entender a forma de viver essas situações, voltando ao seu nível anterior do desenvolvimento psicossocial e intelectual. (SADALA; OLIVEIRA ANTONIO, 1995).

Desta forma, as implicações compartilhadas e descritas por vários autores, relatam o sofrimento e os danos trazidos por uma hospitalização prolongada, fazendo-se necessário desenvolverem trabalhos que favoreçam a humanização na instituição hospitalar. Sendo assim é fundamental desenvolver e criar mecanismos para que ajude a criança a enfrentar a doença e o período de hospitalização. (MOTTA & ENUMO, 2004).

Nessa perspectiva, segundo Oliveira *et.al* (2009, p.308) “[...]a brincadeira pode ser uma forma de enfrentamento desta situação de hospitalização, bem como uma forma de humanizar as relações no contexto de internação”. Reforçando esse pensamento Mussa e Malerbi (2008, p.85) concordam que “muitos autores têm defendido a idéia de que deve-se propiciar atividades lúdicas à criança hospitalizada, especialmente porque ao brincar ela altera o ambiente em que se encontra e aproxima-se da sua realidade cotidiana”.

4.1 Atividades lúdicas enquanto estratégias de enfrentamento emocional

O brincar é essencial para as crianças, faz parte do seu desenvolvimento cognitivo, motor e sua socialização. O brincar facilita o crescimento, os relacionamentos grupais, desenvolve a comunicação consigo e com o mundo externo. Assim, o brincar pode ser avaliado como uma estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. (MUSSA & MALERBI, 2008).

Em suma Ribeiro e Lange (2008, p.222) concordam que:

Na relação entre a criança e o brincar, surge um dialogo subjetivo entre esta e o mundo. A criança estabelece relações com o ambiente por meio da interação com objetos que lhe dão prazer, representando simbolicamente nos jogos infantis suas fantasias, desejos e experiências.

Sobre esse assunto, Favarato e Gagliani (2008, p.90) dizem que “o brincar é imaginativo, mas, ao mesmo tempo, se relaciona com a realidade da criança.” Consequentemente, na hospitalização o brincar com finalidade terapêutica, possibilita a oportunidade de reorganização, equilíbrio, diminuindo o medo e ansiedade, dando um sentido de perspectiva para a criança. Oliveira *et.al* (2009, p.310) acrescenta que “as atividades lúdicas, ao propiciarem situações de tomadas de decisão e autonomia, transformaram o ambiente hospitalar despersonalizante em um lugar mais previsível e controlável para a criança”.

Lange e Matina (2008, p.281) destacam vários estudos sobre o brincar e sua importância no desenvolvimento infantil, acrescentando:

Piaget buscou compreender o desenvolvimento cognitivo, Vygotsky, o desenvolvimento das funções superiores da mente. Freud, apesar de não ter elaborado uma teoria do brincar, traz a idéia de que o brincar infantil se refere à realização de desejos e à aquisição de controle sobre eventos traumáticos e Winnicott (1975) afirma que o brincar facilita o crescimento individual, a criatividade e, portanto, a saúde.

Chiattonne (2009) corrobora afirmando que varias atividades lúdicas podem ser usadas no ambiente hospitalar, como brinquedos variados, caixa lúdica, desenho livre, jogos, dramatização, teatrinho de fantoches, boneco paciente, música, brinquedo dirigido, dentre outros.

Manipulando os brinquedos e interagindo com eles, o paciente poderá expressar seus sentimentos diante da hospitalização e sua doença. Chiattonne (2009, p.56) revela que “os resultados são surpreendentes, na medida em que, enquanto brincam, as crianças conseguem exprimir seus medos, falar sobre a doença, sobre o tratamento, o hospital, a saudade da família, sobre a morte etc”.

As crianças assim passam a expressar por meio da atividade lúdica, o momento em que estão vivendo, criando situações parecidas, sentindo-se apoiadas e ouvidas na sua maneira de dizer o que estar sentindo. “Ao brincar, a criança se situa no presente, passado e futuro, separando situações traumáticas, simbolizando, falando e representando conteúdos que a perturbam”. (LANGE & MATINA, 2009, p.282).

Vivenciar esse novo momento em atividades lúdicas, abrindo espaço e oferecendo oportunidades para que a criança verbalize e elabore seus sentimentos em torno da sua doença, é de extrema importância, pois diante desse suporte junto às crianças, possibilitara que a mesma torne mais participativa e ativa durante a sua hospitalização. (OLIVEIRA *et.al*, 2009).

Chiattonne (2009, p.69) cita algumas atividades lúdicas e sua importância. De acordo com essa autora:

Procurando fazer com que as crianças participem ativamente do processo de doença e hospitalização, com que conheçam seu corpo, localizem sua doença, expressem fantasias e ainda conheçam melhor os outros pacientes internados, nós desenvolvemos uma atividade na sala de recreação denominada “boneco paciente”.

Nesta atividade, a criança de forma organizada entende melhor o que fazem no hospital. Nessa dinâmica, elas conseguem ter noção do seu tratamento, o porquê dos medicamentos e exames, bem como a importância destes, tornando-se assim ativas no seu processo de recuperação. (CHIATTONE, 2009).

Da mesma maneira e com o mesmo objetivo a autora acima citada (op.cit) relata outra atividade; a dramatização. Segundo ela sendo a preferida pelas crianças, onde as mesmas podem dramatizar situações de rotinas no hospital, como exames, cirurgias e aplicação de medicamentos. Podendo também, dramatizarem atendimentos médicos ou com a equipe de enfermagem. “Dramatizar o médico ou outro membro da equipe de saúde é trocar de papel e vivenciar o outro lado da situação, além de se ter a oportunidade de se colocar por inteiro no contexto dramatizado”. (CHIATTONE, 2009 p.67). Essa atividade trabalha-se os medos, as emoções, podendo esclarecer dúvidas e falsos conceitos.

Assim, do ponto de vista de Romano (2008, p.209):

Através da atividade lúdica e do jogo, a criança forma conceitos, seleciona idéias, estabelece relações lógicas, integra percepções, faz estimativas compatíveis com o seu crescimento físico e desenvolvimento e, o que é mais importante, vai se socializando. Assim, ela pode ser livre para descobrir novos significados em resposta a novas experiências, ao invés de ser conduzida a reproduzir significados criados por outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença é sempre uma pausa, uma quebra dos padrões de hábitos aos quais as pessoas estão acostumadas a viver. Ela é experimentada como uma força, exigindo mudanças na sua maneira de viver, ignorando escolhas individuais. O ambiente físico do hospital é por si só uma fonte de medo e estresse. A intervenção institucional, às vezes, determina mudanças estruturais de base, mas, ainda assim a realidade institucional deve ser considerada em sua amplitude e até no determinismo de sua ocorrência. O afastamento dos colegas e familiares a sensação de incertezas e impotência envolve a criança numa atmosfera de angústia e medo.

Ao ser hospitalizada a criança é afastada do seu mundo, das suas escolhas, dos amigos e familiares. A doença, o mal-estar, o patológico e o ambiente estranho provocam medo e angústia. Essa ruptura é experimentada como difícil de suportar, causando sentimentos desagradáveis, equivalentes, no plano psíquico, à dor física, podendo a dor física e a dor psíquica converterem-se uma na outra. Esses turbilhões de sentimentos gerados pela hospitalização e a doença faz com que tanto a criança, como sua família entre em desequilíbrio.

A pessoa hospitalizada, bem como sua família vive varias experiências emocionais importantes, como o medo, a ansiedade, fantasias mórbidas, impotência e sentimentos difíceis como à sensação de culpa, desamparo e fragilidade, podendo muitas vezes desenvolver comportamentos agressivos e regressivos.

Quando uma criança adoece sua família adoece junta. A família se vê privada de suas atividades rotineiras, sendo imposta pelos limites que a doença provocou, esta desequilibra, pois perde seus pontos de referência e sustentação. Quase sempre a família mostra um sentimento de culpa pela doença e hospitalização da criança. Diante do desequilíbrio e buscando seu equilíbrio

alguns membros da família podem apresentar comportamentos que antes não havia experimentados.

Assim, segundo os autores pesquisados a hospitalização infantil, o impacto da crise de saúde na criança e em seus familiares é muito complexo e bastante individual, porém de acordo com a pesquisa, existe um sofrimento psíquico tanto da criança quanto de sua família, que podem ser minimizado através de estratégias.

A atuação psicológica no ambiente hospitalar busca minimizar o sofrimento psíquico do paciente e seus familiares e suas seqüelas emocionais, buscando junto a eles uma compreensão do seu processo saúde e doença.

O psicólogo pode intervir junto à família no sentido de atender as necessidades primitivas de proteção e segurança dos seus membros, acolhe-la, orientando em como ajudar o doente, mediando às dificuldades com o relacionamento com a equipe, buscando o equilíbrio das atitudes que envolvem esse relacionamento. A intervenção junto à família visa também o esclarecimento das condições necessárias ao restabelecimento físico e emocional do paciente.

Como suporte, o psicólogo atua também junto à equipe, discutindo os casos e atitudes da criança bem como sua família, orientando em situações de comportamentos não aceitáveis e buscando a humanização.

No tocante a intervenção junto à criança hospitalizada, o psicólogo pode utilizar uma abordagem lúdica com finalidade terapêutica. Proporcionando a criança a oportunidade de reorganizar sua vida, diminuindo ansiedade e dando um sentido de perspectiva. Além disso, o trabalho ludoterápico facilita o desenvolvimento da criança e o entendimento da sua doença, proporcionando que a mesma traga para o real, seus medos, frustrações e fantasias em relação à doença.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A. Elementos institucionais básicos para implantação do serviço de psicologia no hospital. CAMON, V. A. A. *Tendências em psicologia hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ANGERAMI, V. A. Psicologia hospitalar. Passado, presente e perspectivas. ANGERAMI, V. A. (Org.); CHIATTONE, H. B. C. *et.al. O doente, a psicologia e o hospital*. 3. ed. atualizada. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ANGERAMI, V. A. (Org.). A família e a morte da criança. ANGERAMI, V. A. (Org.). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

AZZI, S. G. F; ANDREOLI, P. B. de A. O cuidado da criança hospitalizada com a doença grave e sua família. Knobel, E. *et.al Psicologia e humanização- assistência dos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008.

BAPTISTA, M. N; BAPTISTA, A. S. D. *et.al. A psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar*. BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, H. B. C. Uma vida para o câncer. ANGERAMI, V. A. (Org.); CHIATTONE, H. B. C. *et.al. O doente, a psicologia e o hospital*. 3. ed. atualizada. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

DIAS, R. R; BAPTISTA, M. N. *et.at. Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica*. BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

DIAS, R. R; LALONI, D. T. *et.al. Suporte familiar e saúde: identificação de contingências em unidades de terapia intensiva pediátrica*. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

FAVARATO, M. E. C. S; GAGLIANI, M. L. Atuação do psicólogo em unidades infantis. ROMANO, B. W (Org.). *Manual de psicologia clinica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

FONGARO, M. L. H; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. ANGERAMI, V. A (Org.). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

KITAYAMA, M. M. G; BRUSCATO, W. L. Abordagem psicológica da dor no paciente grave. KNOBEL, E. *Psicologia e humanização –assistência aos pacientes graves*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

LANGE, E. S. N; MATINA. E. A. B. *et.al*. Psicologia hospitalar e humanização do atendimento: relato de uma intervenção com profissionais de saúde .LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

_____ Brinquedoteca hospitalar, da implantação à efetivação: um sonho que se tornou realidade. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

LANGE, E. S. N; SOUZA, C. L. *et.al*. Estágio supervisionado em psicologia hospitalar: uma experiência em traumatologia e ortopedia, com pacientes idosos internados. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

LANGE, E. S. N; PENAQUIO, A. *et.al*. Tríade familiar e fortalecimento de vínculos: reflexões acerca da prevenção primária no adoecer infantil. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

LIMA, L. A. Intervenção precoce em neonatologia. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

MELLO, A. M. Psicossomática e pediatria. MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

NICOLETTI, E. A. Aids no contexto hospitalar. ANGERAMI, V. A. (Org.); CHIATTONE, H. B. C. *et.al*. *O doente, a psicologia e o hospital*. 3. ed. atualizada. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

OLIVEIRA, E. B. S; SOMMERMAM, R. D. G. A família hospitalizada. ROMANO, B. W (Org.). *Manual de psicologia clinica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PAULINO, F. G; FRANCO, M. H. P. Humanização do processo assistencial: a família como cuidadora. KNOBEL, E. *Psicologia e humanização –assistência aos pacientes graves*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

PAZINATO, P. Contos de fada no hospital. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

PEREZ, G. H. A unidade de emergência. ROMANO, B. W (Org.). *Manual de psicologia clinica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

REMEN, N. R. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, E. A. P; LANGE, E. S. N. A psicodinâmica familiar nos acidentes infantis. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

RIBEIRO, E. A. P; LANGE, E. S. N. A psicodinâmica familiar nos acidentes infantis. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina - paciente. MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

ROMANO, B. W. O espaço de brincar. ROMANO, B. W (Org.). *Manual de psicologia clinica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ROMARO, R. A. Intervenções e psicoterapia breve no contexto hospitalar. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

SANCHEZ, F. I. A. Sistema familiar de crianças com transtorno global do desenvolvimento. BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

SANTOS, C. T; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. ANGERAMI, V. A (Org.). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar-o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

STRAUB, R. O. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TARDIVO, L. C. O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. LANGE, E. S. N (Org.). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2008.

TESTA, M. *O hospital: visão desde o leito do paciente*. Revista de saúde mental coletiva. Vol.1, n1. Porto Alegre, 1992.

TORRES. A. O paciente em estado crítico. ROMANO, B. W (Org.). *Manual de psicologia clinica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

Sites:

BARROS, L. *As conseqüências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo*. *Análise Psicológica*, 1998, 1(XVI):11-28. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a03>. Acesso em: 20/10/2009.

CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. *Paidéia*, FFCLRP-USP, Ribeirão Preto, junho 1999. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/bioetica.pdf>. Acesso em: 21/04/2010.

CREPALDI, M. A; VARELLA, P. B. A recepção da família na hospitalização de crianças. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.10, n.19, Dec.2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n19/05.pdf> Acesso em: 22/04/2010.

CREPALDI, M. A. Famílias de criança hospitalizadas: os efeitos da doença e da internação. *Rev. Cienc. Saúde*, Florianópolis, v.17, n.1, jan/jun.1998. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/familiasCriançasHospitalizadas.pdf> Acesso em: 24/04/2010.

CALVESTTI, P. U; SILVA, L. M. *et.al.* Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *PSIC-Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v.9, n.2, p.229-234, jun/dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf> Acesso em: 28/12/2009.

FRANÇANI, G. M. *et.al.* *Rev.latino-am.enfermagem*. v.6. n.5, p.27-33 – dezembro. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n5/13857.pdf> Acesso em: 04/02/2009.

FERRO, F. O; AMORIN, V. C. O. As emoções emergentes na hospitalização infantil. *Revista científica de psicologia*. Macéio, junho, 2007, ano1, n.1. Disponível em: <http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm> Acesso em: 30/03/2010.

FONSECA, M. T. A. *O papel do psicólogo pediátrico*. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a21.pdf> Acesso em 16/03/2010

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS, L. M. M. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. *Rev.Esc.Enf.USP*. v.31, n.3, p.423-36, dez, 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/389.pdf> Acesso em: 12/02/2010.

GIL, A. C. *Funções psíquicas, suas alterações e a dinâmica do sujeito em processo de hospitalização*. Palhoça, 2006. Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/AlineCostaGil.pdf> Acesso em: 05/06/2009.

GOMES, G. C; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital *Rev. Gaúcha enferm*, Porto Alegre (RS) 2005 abril; 26(1):20-30. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4537/2467> Acesso em: 05/04/2010.

LEPRI, P. M. F. A criança e a doença: da fantasia à realidade. *Rev. SBPH* v.11 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008 Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a03.pdf> Acesso em: 13/09/2009.

LIMA, R. A. G. de; ROCHA, S. M. M. *et.al.* Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev.latino-am. Enfermagem- Ribeirão preto*. V.7, n.2, p.33-30. abril, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf> Acesso em: 05/05/2010.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. *Rev. SBPH* v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007 Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a02.pdf> Acesso em: 06/04/2009.

MEDEIROS, D; PINTO JUNIOR, A. A. Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do questionário desiderativo. *Rev. SBPH*. jun. 2006, vol.9, no.1 [citado 16 Março 2010], p.91-99. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v9n1/v9n1a08.pdf> Acesso em: 03/05/2010.

MILANESI, K; COLLET, N; *et.al.* Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev. bras. enferm.* 2006, vol.59, n.6, p. 769-774. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a09.pdf> Acesso em: 24/03/2010

MOTTA, A. B; ENUMO, S. R. F. *Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil.* Psicologia em estudo, Maringá, v.9. n.1, p.19-28, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf> Acesso em: 04/02/2010.

MOLINARI, J. S. de. O. *Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica.* Psicologia argumento, Curitiba, v.23, n.43 p17-26, out./dez.2005. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0027.pdf Acesso em: 24/04/2010.

MUSSA, C; MALERBI, F. E. K. *O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas.* Psicologia: teoria e pratica, 2008, 10(2):83-93. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v10n2/v10n2a07.pdf> Acesso em: 12/05/2010.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança- família. *Rev. latino-am. Enfermagem.* Ribeirão Preto. v.7, n.5, p.95-102. dezembro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf> Acesso em: 10/10/2009.

OLIVEIRA, G. F; DANTAS, F. D. C; *et.al.* *O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade.* São Paulo, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf> Acesso em: 11/09/2009.

OLIVEIRA, de. H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada *Cad. Saúde Públ.* Rio de janeiro, 9(3):326-332, jul./sep, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/20.pdf> Acesso em 01/05/2010.

OLIVEIRA, L. D. B; GABARRA, L. M; MARCON, C. *et.al.* A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* ago. 2009, vol.19, no.2 [citado 16 Março 2010], p.306-312. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbcdh/v19n2/11.pdf> Acesso em: 26/03/2010

PARCIANELLO, A. T; FELIN, R. B. *E agora doutor, onde vou brincar?* considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói.* Santa Cruz do Sul, n.28, jan./jun.2008. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/356/584> Acesso em: 05/03/2010.

PEDROLO, F. T; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. *Revista brasileira de cancerologia*, 2002, 48(1): 49-56. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo4.pdf Acesso em 01/05/2010.

PESSINI, L. *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar.* Bioética 2002. vol.10, n.2. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf> Acesso em: 28/04/2010.

PINTO, F. E. M. *Psicologia hospitalar: breves incursões temáticas para uma (melhor) pratica profissional.* (São Paulo). Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a02.pdf> Acesso em: 13/09/2009.

RIBEIRO, C. R; PINTO JUNIOR, A. A. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Rev. SBPH* v.12, n.1 Rio de Janeiro jun. 2009 Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a04.pdf> Acesso em: 08/09/2009.

SABATES, A. L; BORBA, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005, vol.13, n.6, p.968-973. ISSN0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf> Acesso em: 30/03/2010.

SADALA, M. L. A; ANTONIO, A. L. de O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* Ribeirão Preto- v.3, n.2, p.93-106, julho,1995.

SANTOS, B. C. *et.al.* *Uma análise das conseqüências de atividades lúdicas no desenvolvimento biopsicossocial de crianças hospitalizadas.* Belém, 2002. Disponível em:

http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/ANALISE_CONSEQUENCIAS.pdf
Acesso em: 05/01/2010.

SCHMITZ, S. M. *et.al.* *A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem.* Ciências, cuidado e saúde. Maringá, v.2, n.1, p.67-73, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5570/3542> Acesso em: 10/04/2010.

SEITZ, E. M. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínicas médicas. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis*, v.11, n.1, p.155-170, jan./jul.,2006. Disponível em: <http://dici.ibict.br/archive/00000919/01/ETD-2005-52%5B1%5D.pdf> Acesso em:14/08/2009.

SIQUEIRA NETO, A. C. de. *O brincar no desenvolvimento infantil.* Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=380> Acesso em:27/04/2010

SOARES, M. da. S; SANTAROSA, L. M. C. *Buscando melhor qualidade vida para crianças hospitalizadas através de ambientes digitais virtuais.* Disponível em: <http://www.niee.ufrgs.br/eventos/CIIEE/2007/pdf/CP-305%20Artigo%20Marlene%20Soares%20e%20Lucila%20Santarosa.pdf> Acesso em:07/05/2010

SOARES, V. V; VIEIRA, L. J. E. S. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. *Rev. Esc. Enferm- USP*, 38(3):298-306. , 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/08.pdf> Acesso em: 30/03/2010.

STASSUN, C. C. S; RADTKE, F. M. Investigação dos impactos da relação da equipe de saúde perante a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI pediátrica e neonatal do hospital regional alto vale. *Revista Caminhos*, Rio do Sul, v.7, n.1, p.111-135, jul./dez. 2006. Disponível em: http://www.unidavi.edu.br/PESQUISA/revista/material_publico/7ed/Franciane_Radtke_E_Cristian_Cae.pdf Acesso em: 23/02/2010.

URBINI, M. P. *O serviço de psicologia hospitalar visto por familiares de pacientes internados em UTI neo-pediátrica.* São Paulo, 2007 Disponível em: http://www.psicocare.net/psicologia/arquivos/monografia_sepaco.doc Acesso em: 09/10/2009.

ZARDO, S. P; FREITAS, S. N. *Considerações acerca da educação na transição paradigmática: a condição humana da criança hospitalizada*. (Santa Maria, RS, 2004). Disponível em: <http://www.ufsm.br/gpforma/2senafe/PDF/001e5.pdf> Acesso em 20/04/2010.