



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

**O PSICÓLOGO, A CRIANÇA E SEUS PAIS**  
**REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO**  
**EM UTI PEDIÁTRICA**

YUMI HORI MARTINS DE CIRQUEIRA

BRASÍLIA,

DEZEMBRO/2008

YUMI HORI MARTINS DE CIRQUEIRA

**O PSICÓLOGO, A CRIANÇA E SEUS PAIS**  
**REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO**  
**EM UTI PEDIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Professora-orientadora Morgana de Almeida e Queiroz.

Brasília, dezembro de 2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

---

Prof<sup>ª</sup> Morgana Queiroz  
Orientadora

---

Prof. Marcos Abel  
Examinador

---

Prof<sup>ª</sup> Sandra Baccara  
Examinadora

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília, dezembro de 2008

## Agradecimentos

À minha família pelo carinho, compreensão e por me auxiliarem na busca constante de novos horizontes.

Ao meu pai, Aquêis, por me apoiar e dar suporte para que eu siga meus sonhos e encontre meu próprio caminho.

À minha mãe, Cecília, por seu carinho, atenção, companhia e amor, sem os quais não teria vencido os momentos de desânimo e incertezas que se apresentaram no decorrer dessa etapa da minha vida.

Aos meus amigos Adriana Alencar, Alan Cosmo, Fernanda Wahrendorff, Pedro de Oliveira, Pedro Henrique Vianna, Rafael Veras, Rayssa Liao e Thaís Costa, pela presença, amizade e força, sempre! E a todos que compartilharam comigo os momentos difíceis desta etapa de monografia.

Aos meus amigos de graduação, que percorreram comigo este caminho, ao longo de cinco anos. Em especial ao Bernardo Cherulli, Camila da Escóssia, Carolina Thomé, Júlia Manzoni, Lucas Frederico, Polyanna Peres e Raphaella Pizani pela convivência, trabalhos em grupo e por mostrarem-se disponíveis ao estudo e à amizade.

Aos amigos de estágio do Núcleo de Perícia Social (NUPES) do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios - MPDFT, que me acompanharam durante um ano e meio, sempre me apoiando, incentivando, ensinando, formando a melhor equipe de estágio que poderíamos ter e ser. Agradecimentos especiais à Alessandra Pontes, Angélica Mariz, Annie Carvalho, Daniel Berquó, Guilherme Braga, Kelly Barbi, Larissa Benvindo, Max Meirelles, Monique Dumont, Pollyana Moreira, Thaís Vasconcellos, Vanessa Nascimento e Victor Araújo pelos (muitos) momentos de alegria e pela compreensão durante este período, e à Josiane Simões, Karolina Varjão e Nadja Oliveira, minhas preceptoras.

À Adriana Dias, minha preceptora no estágio de Psicologia Hospitalar, por me dar oportunidades de experimentar e procurar minhas próprias formas de trabalhar, sempre me auxiliando e orientando.

À minha professora-orientadora Morgana Queiroz, pela inspiração e oportunidades de aprendizado, que foram essenciais para a realização desse trabalho e definição dos novos rumos a seguir, bem como pelas orientações prestadas, seguidas de votos constantes de que eu conseguiria dar conta desta tarefa.

Agradeço também aos demais professores do curso de Psicologia que fizeram parte da minha vida acadêmica, pela dedicação e profissionalismo com que me transmitiram o conhecimento.

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>6</b>
<b>Processo de hospitalização infantil em UTI pediátrica .....</b>	<b>9</b>
Processo de adoecimento e hospitalização infantil .....	9
Implicações biopsicossociais .....	11
A hospitalização em UTI pediátrica – a criança hospitalizada e sua família em UTI pediátrica.....	16
Quais as implicações da hospitalização em UTI pediátrica? .....	16
Relação família e criança hospitalizada em UTI pediátrica.....	18
<b>Atuação do psicólogo em contexto hospitalar .....</b>	<b>22</b>
<b>Relato de experiência – reflexão sobre os efeitos da relação entre a criança e seus pais no processo de internação hospitalar infantil .....</b>	<b>29</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>39</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>41</b>

## Resumo

A internação hospitalar de crianças de até três anos de idade em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geralmente acarreta sofrimento físico e emocional, além de ruptura com as atividades e relacionamentos cotidianos. Diante disto, o trabalho foi desenvolvido enfocando os possíveis efeitos da relação entre a criança e seus pais no processo de internação hospitalar infantil. Apresenta, ainda, algumas contribuições da Psicologia Hospitalar neste contexto, considerando que a enfermidade e a hospitalização geralmente causam sofrimento psíquico tanto nos pacientes pediátricos quanto em seus familiares, especialmente os que permanecem no hospital como acompanhantes. Para tanto, foi realizada revisão de literatura acerca do tema, relacionada com a experiência de estágio adquirida ao longo dos dois últimos semestres, visando identificar as questões que surgem com a rotina hospitalar e os sentimentos que emergem neste contexto. O trabalho está dividido em três capítulos, a saber: Processo de hospitalização infantil em UTI pediátrica, Atuação do psicólogo em contexto hospitalar e Relato de experiência: reflexão sobre os efeitos da relação entre a criança e seus pais no processo de internação hospitalar infantil. Dessa forma, concluiu-se que devido ao rompimento com a rotina e os sentimentos que surgem durante a internação infantil, os pais têm papel especialmente importante, que deve ser estimulado pelo psicólogo, oferecendo segurança e apoio à criança durante o período de adoecimento, auxiliando na adaptação à sua nova condição e ao ambiente e rotinas do hospital. Além disso, há implicações biopsicossociais, em que a criança pode apresentar atrasos ou regressões em seu desenvolvimento físico, psíquico, emocional, social e afetivo, devido às limitações que a enfermidade e a hospitalização trazem, temporária ou permanentemente. Estas implicações ocorrem com frequência ainda maior em casos de internações prolongadas ou repetidas, que podem, ainda, desencadear psicopatologias nos pacientes ou em seus familiares. Por fim, propõe-se que, para propiciar interações entre os pais e as crianças hospitalizadas, a presença constante dos pais seja incentivada na UTI pediátrica, a não ser em situações em que a saúde do paciente possa ser prejudicada pela presença de acompanhantes. Além disso, propõe-se que em casos de dificuldades da criança ou de seus acompanhantes durante a internação e na relação entre eles, o psicólogo intervenha, por meio de atendimentos em que os pacientes e familiares possam se colocar e escolher participar ou não. Tais atendimentos podem basear-se em diálogos (observando a linguagem verbal e também a não-verbal) e atividades lúdicas que auxiliem o paciente e seus acompanhantes no processo de adaptação ao ambiente hospitalar, encorajando-os a expressar seus sentimentos, a questionar o que não entenderem, de modo a possibilitar melhora em quesitos relacionados à enfermidade e à internação.

Palavras-chave: Hospitalização infantil, UTI Pediátrica, Acompanhantes de pacientes.

A hospitalização ocorre quando a pessoa necessita de tratamento médico e tem de permanecer no hospital para que sua enfermidade seja adequadamente tratada. Há os ambulatórios, enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), locais onde a pessoa recebe atendimento multidisciplinar de acordo com suas necessidades, utilizando o espaço físico e os equipamentos do hospital.

Neste trabalho, propomo-nos a estudar o impacto da internação hospitalar infantil para a criança de até três anos de idade e seus familiares, bem como os efeitos das relações entre eles no enfrentamento à enfermidade da criança e as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar em contexto de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica.

Neste setor, pudemos observar que a hospitalização infantil geralmente acarreta intenso sofrimento psíquico ao paciente e aos familiares envolvidos nesse processo e, com base nessas observações e em interações com os envolvidos, foram levantadas as seguintes questões: quais as repercussões psicológicas da internação em UTI pediátrica, para as crianças e também para seus familiares, em especial os que permanecem em sua companhia na UTI? Quais as possibilidades de atuação do psicólogo neste contexto? E quais os possíveis efeitos da relação entre pais e crianças em contexto de internação hospitalar?

É importante ressaltar que, no ambiente hospitalar, ocorrem sofrimento físico e emocional, uma vez que os procedimentos tendem a ser invasivos e dolorosos, agredindo o organismo, havendo, ainda, poucas explicações em relação aos procedimentos.

Para as crianças, é possível que o estranhamento seja ainda maior, e nos casos de ruptura com a rotina externa ao hospital, a adaptação ao novo contexto seja ainda mais difícil, por ser um local desconhecido, em que ela fica afastada do convívio familiar e de seu ambiente costumeiro, com procedimentos que ela não compreende e na companhia de pessoas que ela não conhece e que lhe impõem limites rígidos, com regras e exigindo bom

comportamento, deixando a segurança de seu contexto habitual (bebês e crianças), e ainda de freqüentar a escola e brincar (a depender da etapa de desenvolvimento na qual se encontra).

Este contexto pode mobilizar diversos sentimentos na criança, como medo, ansiedade, raiva, culpa, estresse, entre outros, além de dificultar o estabelecimento ou aprofundamento das relações familiares e interações com outras pessoas e com o meio externo, que possibilitariam novas experiências e aprendizado. Em vez disso, elas têm que lidar com a dor e a rotina do hospital, além do rompimento com suas atividades rotineiras e a falta de proximidade afetiva e física de pessoas do seu convívio. Convém lembrar que, nos casos de crianças que nunca saíram do hospital, essas dificuldades também podem ocorrer, uma vez que a dor, a submissão aos procedimentos e limites impostos pela internação, os sentimentos que emergem frente à hospitalização e a falta de estímulos também estão presentes.

No contexto de internação hospitalar, percebem-se também dificuldades de adaptação dos familiares, frente ao sofrimento de ter um membro da família necessitando de cuidados intensivos, às mudanças em suas rotinas e às dúvidas e incertezas que surgem com a internação da criança em UTI.

Deve ser considerado ainda o fato de a equipe de saúde também ser afetada emocionalmente pela enfermidade e sofrimento destas crianças internadas, necessitando de treinamento adequado para lidar com as pressões decorrentes de sua profissão e o estresse, objetivando a melhoria do atendimento.

Com tantas variáveis envolvidas, verifica-se a importância de se estudar o assunto, identificando os fatores que afetam a criança e seus familiares em casos de hospitalização em UTI e o que é possível fazer para melhorar o atendimento por parte da equipe médica, de enfermagem, de psicologia e de outros profissionais que estão em contato com as crianças internadas e seus acompanhantes, visando aumentar a qualidade das interações entre todos os

envolvidos, enfocando-se aqui a relação mãe-bebê, ou cuidador-criança, para propiciar um desenvolvimento mais saudável para essas crianças, com maior qualidade de vida.

Para tanto, este trabalho contém informações que facilitam a compreensão das emoções e comportamentos que podem se manifestar durante o período de hospitalização, propondo uma reflexão acerca do sofrimento infantil durante o período de adoecimento e internação, considerando a criança como sujeito em interação com familiares e equipe. Além disso, verifica-se a importância do trabalho da equipe de Psicologia em contexto hospitalar, buscando minimizar os desconfortos que a hospitalização provoca em todos os envolvidos. Com estes propósitos, o presente trabalho baseia-se em uma revisão de literatura, relacionada a uma reflexão sobre experiência de estágio na área hospitalar.

Organizamos este trabalho nos seguintes capítulos: Capítulo 1 – Processo de hospitalização infantil em UTI pediátrica, que trata dos processos de adoecimento e hospitalização de crianças, considerando as implicações biopsicossociais e a relação dos familiares com a criança durante o período de internação; Capítulo 2 – Atuação do psicólogo em contexto hospitalar, no qual são abordadas algumas das funções e possibilidades que o psicólogo tem neste espaço; Capítulo 3 – Relato de experiência: reflexão sobre os efeitos da relação entre a criança e seus pais no processo de internação hospitalar infantil, considerando a experiência obtida ao longo de dois semestres de estágio em hospital com perfil materno-infantil, na UTI pediátrica.

## **Processo de hospitalização infantil em UTI pediátrica**

### **1.1 – Processo de adoecimento e hospitalização infantil**

A hospitalização implica em mudanças na rotina da pessoa internada e de sua família e, conforme Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), é uma situação crítica especialmente se o paciente for uma criança, devido à ansiedade gerada pelo ambiente estressante e pelas restrições de apoio para o enfrentamento da internação, além dos afetos configurados nestas circunstâncias. Para estes autores, geralmente, os pais são uma das únicas fontes de segurança e apoio que a criança tem durante a hospitalização.

Segundo Chiattonne (1984), a modernização técnico-científica da Medicina nas últimas décadas tem afastado esta ciência de um de seus objetivos primordiais, ou seja, a promoção da saúde. Assim, encontramos, atualmente, uma tendência em se caracterizar a medicina apenas como uma ciência curativa, para a qual são destinados muitos recursos/desenvolvimento tecnológico, porém são deixadas de lado as medidas profiláticas. Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) também afirmam que diversos autores consideram que, durante a hospitalização, o paciente não é tratado de acordo com sua condição de ser humano, e sim como se fosse uma máquina com defeito, que deve receber passivamente os tratamentos que lhe são impostos.

Chiattonne (1984) considera que esta tendência afeta diretamente o trabalho com crianças doentes, uma vez que são seres humanos que dependem diretamente do cuidado do outro e sofrem intensamente devido à doença e também pelo rompimento do vínculo com seus familiares e amigos. A doença, nestes pacientes, propicia ou aumenta desequilíbrios neles mesmos e em suas famílias. Desta forma, a doença e a hospitalização da criança configuram experiências emocionalmente complexas, tanto para a criança quanto para seus

familiares e outras pessoas com as quais ela convive. Além disso, a criança fisicamente doente tem sua integridade afetada, tanto organicamente quanto emocionalmente.

Ajuriaguerra (1976), citado em Lima (2004), afirma que, diante da doença, surge um novo contexto na vida da criança, no qual ela tem de se adaptar à situação imposta pela internação, utilizando seus recursos internos para estabelecer relações com a equipe de profissionais e com o próprio hospital, procurando lidar com o estresse decorrente dessa realidade. Assim, dependendo da situação, os pacientes e familiares podem agir de forma receptiva ou repelir o contato com a equipe, de modo que às vezes um mesmo paciente ora busca uma proximidade, ora se fecha ou chora, reações não necessariamente relacionadas a seu estado orgânico de saúde.

Estas relações podem ser consideradas turbulentas por modificar a rotina da criança e envolver dor, oscilações entre sentimentos negativos e de desamparo e sentimentos positivos, dificuldades de adaptação à rotina hospitalar, afastamento do convívio familiar e do contexto em que vivia, além de propiciar o surgimento de incertezas frente à perspectiva de melhora ou de sofrimento, limitações físicas e, até mesmo, morte.

Segundo Baptista, Baptista e Dias (2003), a hospitalização representa, por vezes, dependência e sofrimento físico e psicológico, uma vez que o paciente tem que se submeter a um novo ambiente, que lhe é desconhecido, com a doença como nova condição e a necessidade de se estabelecer relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar.

Desta forma, Sarti (1988), citado em Lima (2004), afirma que o contexto de adoecimento traz sensações desagradáveis tanto do ponto de vista psicológico quanto corporal, e a criança hospitalizada teria fontes de ansiedade externas, diretamente relacionadas às situações vivenciadas no ambiente hospitalar, e internas, provocadas pelos sentimentos de angústia ou ansiedade relativos à doença e às fantasias construídas por ela acerca de seu estado de saúde.

### **Implicações biopsicossociais**

O contexto hospitalar representa perdas significativas para o psiquismo infantil (Lima, 2004) e também para seu desenvolvimento físico, ao promover a retirada da criança de seu contexto e interferir em seu processo de evolução e desenvolvimento, que de outro modo a levariam a obter conquistas e aprendizado autônomos. A criança internada se distancia do convívio com outras pessoas, familiares ou não, que não as presentes na UTI, fica impossibilitada de brincar e ir à escola, em caráter temporário ou permanente, e tem suas experiências limitadas, devido ao ambiente e à sua condição física (em geral, bastante debilitada e conectada a aparelhos) – condições que dependem de algumas variáveis, como as mencionadas por Trinca (1987), citado em Lima (2004): a natureza da doença e se ela é aguda, crônica ou progressiva, o local de tratamento (domiciliar, ambulatorial ou internação), e a duração e impacto do tratamento. O autor destaca, ainda, alguns fatores subjetivos que interferem na forma como se dá o processo de desenvolvimento durante a hospitalização e nos prejuízos que a internação provocará, como as características de personalidade, fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, processos psicopatológicos anteriores, qualidade do vínculo com os pais e familiares e informações que a criança tem sobre sua doença e hospitalização.

Chiattonne (1984) afirma que a doença infantil deve ser tratada no sentido de minimizar o sofrimento da hospitalização, deixando de considerar a criança como “um sintoma clínico, desprovida de sentimentos e sentido existencial” (pp. 16), e passando a encará-la com suas características individuais e inter-relações com o meio em que vive.

O acompanhamento de crianças hospitalizadas, portanto, apresenta peculiaridades que não são observadas em pacientes adultos, uma vez que elas ainda estão em desenvolvimento físico, mental e social, portanto, segundo Lima (2004), ainda não tem maturidade para lidar com as adversidades provenientes de seu adoecimento e internação.

Para Guimarães (1988), citado em Baptista, Baptista e Dias (2003), durante seu desenvolvimento, a criança explora e interage com seu meio, “à medida que lhe são oferecidas oportunidades em ambientes considerados como favoráveis” (pp. 55-56). Desta forma, deve-se considerar que a hospitalização possivelmente trará prejuízos ao desenvolvimento, por oferecer menor quantidade de estímulos sensoriais, afetivos, sociais e pedagógicos à criança, impondo dificuldades sociais, educacionais e psicológicas para a criança e sua família.

Santos (2003) descreve a saúde como o silêncio dos órgãos, de modo que o ser humano viveria adormecido, esperando não ser acordado para a finitude, a impotência diante da morte, e que quando a doença se instala no corpo, há um “pedido para voltar à condição anterior, a um momento em que o corpo não se fazia notar, um corpo silencioso, que não era um lugar marcado pela inquietação, pelo sem-sentido e pela possibilidade da finitude” (p. 04).

Romano (1999), entretanto, cita Forratini (1979), que afirma que, se inicialmente a Medicina considerava a saúde como o silêncio do corpo, logo teve de abandonar esta descrição, visto que se constatou que podia haver doença sem sinais físicos perceptíveis. Assim, segundo ela, o enfoque acerca do que é doença foi ampliado, passando a tratar-se de um bem-estar biopsicossocial. A autora ressalta que é cada vez mais “tênue o limite entre o estado de saúde e o de doença” (pp 37), de modo que “saúde significa a completa e contínua adaptação do organismo ao ambiente em que vive” (idem). Ela acrescenta, ainda, que esta funcionalidade se refere à reação aos estímulos e agressões do meio em que a pessoa vive, mas também em busca de seu bem-estar.

Segundo Santos (2003), durante a hospitalização geralmente surge a angústia diante da enfermidade, da marca no corpo, uma vez que é neste momento que a pessoa se depara com a possibilidade de morte, deixando de ser mero espectador.

Winter (1997) relaciona as doenças aos processos emocionais, embora não descarte outras possíveis causas para as enfermidades, como os processos biológicos e a incidência hereditária. Segundo a autora, o homem possui potencialidades e fragilidades recebidas por meio de herança filogenética e biológica, além de seu meio ambiente proporcionar-lhe proteção contra agentes que poderiam alterar seu equilíbrio orgânico. Para Winter, portanto, a doença resultaria de desequilíbrios orgânicos ou na forma como a realidade é vista por cada pessoa, e deve ser considerada uma soma de fatores, que não podem ser investigados separadamente.

Farias (1988), citado em Lira (2005), desenvolveu um estudo acerca da hospitalização infantil em que as crianças ficavam sem a mãe, e verificou que elas apresentavam alterações no desenvolvimento de suas habilidades psicomotoras e das interações sociais e afetivas. Em sua dissertação, Lira (2005) cita, ainda, Gus (1991), ao afirmar que a criança pode regredir a estágios de desenvolvimento anteriores como mecanismo de defesa frente à doença, e Jacob (1996), ressaltando que nos dois primeiros anos de vida da criança, o afastamento da mãe é vivido com muita angústia e pode causar estresse significativo, dependendo da relação mãe-filho.

Lira (2005) destaca, ainda, que nos primeiros cinco meses de vida da criança, essa separação em relação à mãe pode levar à angústia de separação, que pode ser observada por meio de alterações no sono e em sua postura corporal. Baldini e Krebs (1999) afirmam que as crianças internadas geralmente comportam-se inicialmente de forma retraída e passiva, depois manifestam ansiedade e depois egocentrismo e comportamentos negativistas e exigentes.

Chiattonne (1984) fala sobre a sensação de abandono vivida pela criança em situação de internação hospitalar, que parece ser mais intensa e frequente em crianças de até três anos de idade. Ela cita o trabalho de Sarti (1975), em que são enumeradas algumas reações à

separação materna, como o retardamento do crescimento e do desenvolvimento, distúrbios do sono, diminuição da afetividade e distúrbios do comportamento, entre outros.

A autora afirma que as crianças reagem de formas diferentes a essa sensação de abandono: os pacientes de 0 a 6 meses de idade em geral choram durante longos períodos até adormecerem, sendo que alguns podem assustar-se com a aproximação de pessoas, e após 4 ou 5 dias tendem a ficar mais quietos e indiferentes, o que pode ser interpretado erroneamente como adaptação, uma vez que eles passam a sofrer calados. A equipe de saúde ou os familiares da criança devem procurar estimulá-la constantemente, sob o risco de ocorrerem problemas em seu desenvolvimento ou mesmo um quadro grave conhecido como “hospitalismo”, em que eles podem vir a falecer.

As crianças de 6 meses a 1 ano também choram bastante e, após alguns dias, têm regressões comportamentais e demonstram tristeza, indiferença e sofrimento. Chiattonne (1984) ressalta que o horário de visitas proporciona algum conforto à criança, porém ao se ver sozinha novamente, ela sente-se confusa. A criança pode apegar-se a algum membro da equipe de saúde, buscando laços para amenizar seu sofrimento.

Já as crianças de 1 a 3 anos de idade, que geralmente já sabem andar e se expressar verbalmente, conseguem perceber a situação de hospitalização, embora tenham dificuldade para entender as explicações e acontecimentos. Nos primeiros dias de internação, choram até cansar e seu sofrimento dificilmente é contido, podendo evoluir para um quadro depressivo. As crianças que podem andar livremente perambulam pela enfermaria, choramingando e perguntando pela mãe (Chiattonne, 1984).

Segundo Bordin e Côrrea (1990), citados em Baptista, Baptista e Dias (2003), “o desconforto psicológico em crianças diante da hospitalização e doença pode proceder de fatores como o contexto de vida, a não-familiaridade com o ambiente hospitalar e internações prolongadas ou repetidas” (pp. 56-57). Observa-se que tal desconforto pode ser minimizado

pela presença de um familiar em tempo integral, direito da criança garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), salvo em casos em que o atendimento à criança exija o isolamento, uma vez que o direito à vida vem em primeiro lugar.

Segundo Chiattonne (1984), a sensação de abandono que a criança sem acompanhamento dos familiares sente tende a ser maior se ela nunca se separou da família ou se a família esconde que ela será internada e ela só percebe que ficará hospitalizada e sozinha ao chegar à enfermaria. Outro fator importante é que nem sempre as enfermarias pediátricas aceitam a presença constante dos familiares fora do horário de visitas, pois as equipes destes locais consideram que pode haver contaminação das crianças ou mesmo que as mães conversam excessivamente entre si e questionam demais as situações.

Os benefícios do vínculo afetivo da criança com sua família em seu bem-estar, desenvolvimento e recuperação tem sido reconhecidos por alguns hospitais, que têm adotado estratégias que ampliem este contato e aumentem os serviços assistenciais, conforme colocado por Lima (2004).

Porém, Lira (2005) afirma que ainda há resistência por parte de muitos profissionais de saúde em relação à necessidade de a criança internada ter um acompanhante em tempo integral. Segundo a autora, eles afirmam que “os pacientes graves, em ventilação mecânica, são rotineiramente sedados, portanto, não sofrem interferência do ambiente e não sentem dor, não sendo necessária então a presença destas pessoas dentro da unidade” (pp. 12). De acordo com a pesquisa desenvolvida pela autora, a equipe de saúde ignora as alterações clínicas indicadoras de estresse demonstradas pelas crianças internadas ao considerar que seus comportamentos retraídos devem-se a sua adaptação à rotina hospitalar, simplesmente por não o diagnosticar.

## **1.2 – A hospitalização em UTI pediátrica – a criança hospitalizada e sua família em UTI pediátrica**

### **Quais as implicações da hospitalização em UTI pediátrica?**

Agostinho e Pregnolato (2003) utilizam o conceito de Souza, Possari e Mugaiar (1985) para caracterizar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como “a área do hospital que se diferencia de outras unidades de um hospital geral, pois oferece tratamento específico e intensivo para os pacientes em estado crítico” (pp. 93).

Segundo Lira (1996), as unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) surgiram com o objetivo de acompanhar, restaurar e manter os sistemas vitais de crianças e adolescentes com doenças graves, para diminuir sua morbidade e mortalidade. A autora afirma que a internação da criança em UTI pediátrica geralmente ocorre de modo repentino, de modo que ela é inserida em um ambiente desconhecido, com muitos ruídos e aparelhos, é monitorizada durante todo o tempo e submetida a procedimentos invasivos e dolorosos realizados por estranhos, sem a presença de seus familiares e amigos e obrigada a ficar em silêncio.

Para Sasbón (1996), a UTI é um ambiente dinâmico, em que a equipe de saúde tem que tomar decisões exatas e rápidas e há movimento contínuo de pessoas, muitos ruídos e, principalmente, os “bips” dos monitores e bombas de infusão. Ele acrescenta que não há choro de crianças, apenas o dos pais ocasionalmente, e que os odores são os do material utilizado pela equipe e de loções que os familiares passam nos pacientes.

Lira (1996) afirma que a criança não é preparada psicologicamente antes das mudanças repentinas que ocorrem com a internação, de modo que a hospitalização e a própria doença podem desencadear problemas emocionais nas crianças, cuja intensidade depende da idade, procedimentos a que a criança é submetida, duração da internação, relacionamento entre o paciente, os familiares e a equipe de saúde e experiências vividas pela criança antes de ser internada. Baldini e Krebs (1999) afirmam que a criança hospitalizada pode criar fantasias

que afetem sua auto-estima e imagem corporal, possivelmente devido ao estresse a que é submetida durante a internação.

Baldini e Krebs (1999) afirmam também que toda criança submetida a estresse físico, psicológico ou social pode ter distorções perceptivas, intelectuais e emocionais, por ainda não possuir capacidade cognitiva e sofrer uma regressão emocional nestas situações e que em situações de internação em UTI, estas reações podem ser bastante intensas, e embora possam apresentar alucinações e ilusões devido ao estresse de estar em uma UTI, estas são coerentes e consistentes em forma e conteúdo, ou seja, estão diretamente relacionadas à realidade vivenciada pela criança.

Segundo Lira (1996), a internação de um filho sempre causa estresse nos pais, especialmente se ocorrer na UTI, local que algumas pessoas consideram como o ambiente destinado “àqueles que estão ameaçados de morte” (pp. 561). Além disso, os pais também estranham o ambiente da UTI, que lhes parece impessoal e assustador, com equipes que mudam com frequência, informações que eles não compreendem e a falta de alguém que sirva de referência, a quem eles possam recorrer. Alguns pais sentem também culpa, por se julgarem responsáveis pela enfermidade do filho, e sentem-se preocupados com os outros filhos ou com questões financeiras, pois em geral eles têm que parar de trabalhar enquanto cuidam do filho, têm de utilizar transporte para ir do hospital para casa e voltar no outro dia se não puderem passar a noite no hospital, além de prestarem cuidados aos outros filhos, que ficam com algum familiar ou vizinho.

Considerando-se que as mães são maioria entre os acompanhantes de setores pediátricos, Lima (2004) formulou a hipótese de que isto ocorra devido a questões socioculturais, que fariam com que as mães assumissem os cuidados de seus filhos também durante o período de internação. Porém, conforme relatado por este autor, observa-se um descompasso entre a expectativa da equipe de saúde de que a mãe “permaneça

constantemente como acompanhante, acate as orientações médicas e de enfermagem, mostre-se ‘estável emocionalmente’, atuando de forma resignada como co-responsável nos cuidados prestados à criança” (pp. 93), e o que esta mãe realmente pode oferecer.

Baldini e Krebs (1999) citam um estudo realizado por Jones, Fizer e Livingston (1992), em que os pacientes internados em UTI apresentaram comportamentos de apreensão, ansiedade, desapego, tristeza e choro mais frequentemente que os internados em enfermaria e que esses comportamentos foram influenciados pela gravidade da doença, duração da hospitalização, número de internações anteriores e presença de distúrbios do humor ou ansiedade. Eles perceberam também que crianças com doenças de alto risco, com internações prolongadas ou repetidas e as que sofrem de ansiedade e distúrbios de humor pré-existentes demonstraram maior propensão a desenvolver traumas psicológicos ou problemas comportamentais, necessitando de intervenção psiquiátrica, de modo que psicopatologias pré-existentes na criança ou nos pais limitam a capacidade da criança em lidar com o evento catastrófico.

### **Relação família e criança hospitalizada em UTI pediátrica**

Bowlby (1990) constatou que o bebê tem um período em que há maior disposição para formar vínculo com sua mãe, chamado de “período sensível”, e que esse vínculo (ou apego) é demonstrado por meio de comportamentos, como sorrir, chorar, olhar para a mãe, buscar proximidade e contato físico, que servem para atrair a mãe para perto ou para levá-lo em direção a ela.

Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), citados por Alexandre e Vieira (2004), o apego da criança ocorre quando ela está disposta a buscar proximidade e contato com uma pessoa específica. Segundo estes autores, tanto no apego quanto no comportamento de apego, os dois parceiros tendem a manter-se próximos um do outro, de modo que o apego

caracteriza-se por intimidade e continuidade e é apresentado pela criança em relação à mãe ou cuidador, e o comportamento de apego seria qualquer comportamento adotado pela criança para manter proximidade com algum outro indivíduo, por exemplo, a mãe, acompanhado de emoção, que surge conforme ocorre a relação entre a pessoa e a figura de apego.

Baldini e Krebs (1999) afirmam que durante o processo de desenvolvimento, a criança apóia-se na mãe e que, quando este apoio é retirado bruscamente, podem ocorrer ansiedade de separação e depressão, pois a criança é muito sensível ao temor do abandono afetivo da família e, segundo Bowlby (1990), uma criança que vive em uma família que lhe proporciona conforto e proteção desenvolve sentimentos de segurança e confiança em si mesma e nas pessoas com as quais convive, de modo que as relações estabelecidas na infância afetarão seu padrão de apego ao longo da vida. Assim, quando há afastamento físico ou emocional da mãe, caso de internações hospitalares em que o acompanhante não pode permanecer ou em que há abandono por parte dos familiares, podem ocorrer conseqüências físicas, intelectuais e sociais, podendo prolongar as doenças físicas e propiciar o surgimento de doenças psicológicas ou mentais. No entendimento de Rutter (1997), citado por Alexandre e Vieira (2004), uma relação segura de apego minimiza os efeitos das adversidades e auxilia na resiliência, ou seja, no enfrentamento da situação da forma mais saudável possível.

Segundo Winnicott (1993), o estabelecimento do vínculo e a identificação mãe-bebê são essenciais para o desenvolvimento adequado da personalidade e o desenvolvimento emocional da criança, pois afirma que o bebê precisa de alguém dedicado especificamente às suas necessidades, do contrário não consegue estabelecer relações sadias e eficientes com o ambiente nem desenvolver-se em termos corporais e de personalidade integrada, pois o bebê tem de ter alguém que lhe propicie gratificações instintivas e satisfatórias.

Para o estabelecimento desse vínculo em contexto de internação hospitalar infantil, um instrumento que pode ser utilizado pode ser uma abordagem holística do bebê, considerando-

o como um indivíduo “que sente, relaciona-se e entende os processos que estão acontecendo” (pp. 26), o que Chagas e Mattos (2001) consideram fundamental para obter uma melhor resposta do paciente ao tratamento. Esta abordagem compreende a informação acerca do procedimento a ser realizado e sua importância, que deve ser dada à criança com voz e toque suaves antes de realizá-lo, e a participação dos pais ao “conversarem” com seu filho sobre a situação, facilitando também a integração destes familiares ao contexto da UTI.

De acordo com Shiotsu (1998), o acompanhar surge das necessidades de ajudar o paciente devido à sua dependência ou limitação física imposta pela enfermidade, demonstrar amor, dar apoio emocional, transmitir força e coragem, identificar as necessidades do paciente e procurar atendê-las, assegurar que a equipe irá atendê-lo bem e observar se isto está ocorrendo, facilitar a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde e acompanhar a evolução clínica da doença.

Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) explicam que “o Ministério da Saúde (MS) define acompanhante como uma pessoa significativa para a criança, sendo um representante de sua rede social que vai acompanhá-lo durante a permanência no ambiente hospitalar” (pp. 02), ajudando-a a enfrentar os desafios impostos pela doença e pelo internamento. Estes autores acrescentam que os pais que estão acompanhando as crianças internadas podem identificar falhas cometidas pela equipe de saúde, proporcionando melhora no atendimento, além de representarem uma referência para a criança, mediando a relação terapêutica e proporcionando segurança, carinho e apoio.

Shiotsu (1998) também afirma que o acompanhante auxilia a equipe de enfermagem no atendimento de necessidades como higiene pessoal e locomoção, além de proporcionar apoio emocional ao paciente. A autora ressalta que os familiares demonstram preocupação quando a enfermagem demora para atender o paciente e têm receio de que este não receba

assistência ou que a equipe erre, devido ao excesso de atividades a serem desenvolvidas e ao estresse.

Os familiares que ficam como acompanhantes devem, preferencialmente, revezar os períodos que passam no hospital, pois a hospitalização da criança propicia mudanças no trabalho, nas atividades domésticas, na alimentação, no sono e no repouso de quem está acompanhando. Mesmo que longe do hospital o familiar não consiga desligar-se do estado de saúde do paciente internado em UTI, principalmente devido à gravidade da doença, este afastamento é benéfico, uma vez que a pessoa tem a oportunidade de descansar e alimentar-se melhor do que no hospital (Shiotsu, 1998).

Em relação à pacientes com doenças crônicas, Baptista, Baptista e Dias (2003) afirmam que “é de extrema importância avaliar o significado que a doença tem para a criança e seus familiares. Crenças distorcidas podem comprometer a adesão ao tratamento, o enfrentamento da doença e os níveis de qualidade de vida” (pp. 59).

### **Atuação do psicólogo em contexto hospitalar**

As dificuldades encontradas pela criança e seus familiares nesse contexto, o afastamento de seu ambiente rotineiro e a relação mãe-criança podem ser trabalhados por meio da atuação do psicólogo, cuja inserção em hospital ainda é recente. Baptista, Baptista e Dias (2003) consideram que o psicólogo hospitalar deve preocupar-se também com distúrbios comportamentais que podem surgir neste contexto, com as experiências de separação, doenças e internação vivenciadas anteriormente pela criança, com o diagnóstico e prognóstico e com a qualidade das relações familiares antes da internação.

Devemos notar também a importância de encorajar os pacientes e seus familiares a expressar o que estão sentindo com a hospitalização, uma vez que no processo de adaptação não se pretende obter conformidade e passividade, de modo que as reações normais devem estar presentes (Lima, 2004). Assim, os pacientes e seus familiares são incentivados a expressar o que estão sentindo, para que as questões que emergirem possam ser trabalhadas, embora de forma pontual, auxiliando na busca de formas mais saudáveis de perceber e lidar com a situação. Segundo Chiattonne (2003), “a psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados” (pp. 172). Ela afirma também que “a assistência psicológica dentro do hospital busca o alívio emocional do paciente e de sua família” (pp. 172), procurando mobilizá-los para lidarem com o adoecimento e com sentimentos como a angústia e a ansiedade.

Ressalta-se que a participação nos atendimentos, feitos geralmente em torno do leito, é voluntária, respeitando-se a vontade das crianças e de seus acompanhantes de serem atendidos ou não, questão bastante importante neste contexto, pois os pacientes e familiares são submetidos à rotina e procedimentos do hospital, de modo que têm poucas oportunidades de fazer valer sua posição frente aos atendimentos impostos, e o psicólogo deve proporcionar

este espaço de acolhimento e respeito à opinião tanto da criança quanto dos que a acompanham.

Sobre isto, Chiattonne (2003) afirma que:

ao procurar entender o homem em sua condição de ser ou estar doente, é necessário ter-se uma visão ampla deste, precisando estar atento quanto às vontades e necessidades do paciente, dando-lhe oportunidade de falar se é que ele precisa, ou deixando-o calar, caso necessite e assim quer que seja” (pp. 175).

A autora afirma, ainda, que o psicólogo, enquanto profissional da área de saúde, deve “observar e ouvir com paciência as palavras e silêncios, já que é ele quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento” (pp. 174) durante o período de enfermidade, para auxiliá-lo nos momentos difíceis e de crise. Campos (2003) ressalta ainda que “é necessário entender e saber interpretar também as atitudes e expressões, palavras, gestos e silêncios” (pp. 70), lembrando que o psicólogo deve sempre levar em consideração a linguagem não-verbal em complemento ou substituição da linguagem verbal, ou seja, os significados que os silêncios, gestos, atitudes e expressões corporais podem ter para aquele paciente naquele momento.

Além disso, o psicólogo hospitalar tem que compreender a rotina e limitações relacionadas à doença do paciente e as rotinas hospitalares e o funcionamento do hospital, além de levar em consideração o comprometimento das doenças, especialmente as crônicas, e suas seqüelas para o desenvolvimento infantil, uma vez que a Psicologia Hospitalar é uma parte da Psicologia da Saúde que atua em hospitais em casos de internação/hospitalização e visa, entre outras atribuições, auxiliar o paciente a compreender as mudanças decorrentes do tratamento ou da própria enfermidade e lidar com essas mudanças e com o medo da morte; informar e amparar os familiares da pessoa hospitalizada; auxiliar a equipe multiprofissional a

compreender o paciente e a diminuir o estresse que o contato diário com a doença e a morte podem provocar.

Segundo Romano (1999), citada em Baptista, Baptista e Dias (2003), o psicólogo em contexto hospitalar “deve ser um observador qualificado (...), um agente de transformação no processo de reabilitação” (pp. 57), percebendo e traduzindo as questões dos pacientes e seus familiares e auxiliando-os a superar as dificuldades que se apresentam e a se adaptarem às regras do hospital. No atendimento a crianças hospitalizadas, deve-se procurar minimizar as dificuldades de compreensão e aceitação da doença e da internação, bem como trabalhar o medo e as limitações impostas pelo ambiente, procurando compreender as necessidades da criança.

Além disso, crianças internadas por um período superior a cinco dias tendem a desenvolver transtornos comportamentais ou psicológicos, de modo que é importante verificar as variáveis psicológicas da criança e da família que aumentam a probabilidade de a criança desenvolver, durante a hospitalização, transtornos que comprometam sua recuperação (Baptista, Baptista e Dias, 2003).

Chiattonne (1984) afirma que a criança deve compreender sua hospitalização e receber um suporte de seus familiares e da equipe de saúde para que ela decida como reagir frente ao contexto de internação. Ela acrescenta também que deve-se procurar evitar que a criança seja exposta à situações difíceis ou traumáticas durante a internação. Para isto, a autora ressalta a importância da humanização no atendimento e da busca de alternativas e planos de ação que visem ao restabelecimento da saúde da criança.

Chiattonne (idem) afirma que a criança (ou sua família, no caso dos bebês) deve ser preparada para enfrentar o período de internação com menos sofrimento, e o psicólogo teria fundamental papel nessa situação, procurando fazer com que os familiares e a equipe de saúde envolvam-se neste processo.

Ela considera imprescindível que os familiares não enganem a criança, que de outra forma só descobre que tem de ficar internada no momento da entrada na enfermaria ou UTI. Segundo a autora, o clima de falta de confiança que surge ao agirem de forma a ludibriar a criança compromete as relações desta com os acompanhantes e visitantes e também com a equipe hospitalar, além do próprio tratamento. Por esses motivos, Chiattonne considera que preparar o paciente para a internação é uma das principais funções do psicólogo em contexto hospitalar.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em sua resolução nº 13/2007, designa as atividades do psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou

cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Em relação às atribuições da Psicologia neste contexto, Castro e Bornholdt (2004) citam Rodriguez-Marín (2003), que classificou as tarefas do psicólogo hospitalar em seis categorias: 1) função de coordenação: em relação às atividades desenvolvidas com os funcionários do hospital; 2) função de ajuda à adaptação: ações para facilitar o processo de adaptação e recuperação do paciente internado; 3) função de interconsulta: atuação como consultor, ajudando a equipe a lidar com o paciente; 4) função de enlace: desenvolvimento e execução de programas que propiciem comportamentos mais adequados dos pacientes, é realizada em parceria com outros profissionais; 5) função assistencial direta: trabalho com o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos: atuação relacionada aos serviços dos profissionais da organização.

As autoras citam também Chiattonne (2000), que afirma que, muitas vezes, o psicólogo e o hospital não têm clareza quanto ao papel deste profissional nem quanto às suas atribuições, o que pode gerar dúvidas quanto à importância e eficiência de seu trabalho,

principalmente se técnicas do modelo clínico tradicional forem utilizadas sem levar em consideração as especificidades do contexto. Ainda segundo Chiattonne, este falso saber distanciado da realidade hospitalar pode provocar experiências malsucedidas em Psicologia Hospitalar.

Castro e Bornholdt (idem) citam, ainda, Ulla e Remor (2003), que afirmam que o psicólogo que atua nesta área deve ter bom treinamento em clínica, pesquisa e programação, o que o capacitaria a realizar avaliações e intervenções psicológicas, a conduzir pesquisas e comunicar informações psicológicas a outros profissionais, e a desenvolver habilidades para organizar e administrar programas de saúde, respectivamente. Ainda segundo Ulla e Remor, esta formação possibilita uma melhora na qualidade do serviço prestado, propicia uma escolha mais adequada das intervenções, pode diminuir os custos e propiciar um conhecimento mais aprofundado acerca dos comportamentos humanos e das relações entre saúde e enfermidade.

Chiattonne (2003) ressalta a importância do psicólogo hospitalar buscar estar estruturado psiquicamente para realizar bem seu trabalho, uma vez que ele talvez seja o profissional mais atingido por “sentimentos pesados, como o desespero, a angústia, o medo, as ansiedades, as frustrações, a impotência, etc. Tendo que administrar e conviver com eles em seu cotidiano de trabalho” (pp. 175). Este desenvolvimento da estrutura pessoal seria especialmente importante por ser este um profissional que cuida, sendo necessária, portanto, uma reflexão sobre suas próprias dificuldades e angústias, visando a manutenção de seu bem-estar e “trabalho digno e adequado” (pp. 175). Acerca disto, Campos (2003) afirma que “muitas vezes, no relacionamento profissional-paciente, a maior dificuldade encontra-se no comportamento do próprio profissional, gerado por preocupações ou problemas pessoais, ou decorrentes do despreparo, pela ausência de conhecimentos na área psicológica” (pp. 63) e acrescenta que “o psicólogo deve trabalhar com o sintoma, mas também com o processo de

encaminhamento, com a relação interpessoal e deve descobrir quem ele é para o paciente e para os profissionais com quem se relaciona” (pp. 68).

A autora afirma ser essencial que as crianças com doenças graves ou fora de possibilidades terapêuticas tenham acesso a atividades lúdicas, em que possam “experimentar sua nova forma de ser” (pp. 103) por meio do brinquedo e das fantasias, que devem ser utilizados visando compreender o processo psicológico em que o paciente se encontra. Esta compreensão tem como objetivos torná-lo consciente do que está oculto ou sendo evitado, ajudá-lo a entender sua existência e situação de adoecimento, fortalecer sua identidade e promover seu contato consigo mesmo e com as pessoas com quem ele convive. Segundo Chiattonne (2003), tais atividades podem funcionar como instrumento de prevenção, diagnóstico, prognóstico e terapia às crianças frente às situações de adoecimento e morte, além de ajudar os pacientes pediátricos a sentirem-se fortes e participantes do processo de hospitalização, e “a principal tarefa do profissional (...) é apontar caminhos, oferecendo condições de forma direta, sem invadir (...) aceitando a criança com respeito e consideração” (pp. 104).

## **Relato de experiência – reflexão sobre os efeitos da relação entre a criança e seus pais no processo de internação hospitalar infantil**

As experiências relatadas a seguir foram obtidas durante o estágio supervisionado que realizei em hospital público com perfil materno-infantil localizado em Brasília/DF durante dois semestres consecutivos.

No setor de Tratamento/Cuidados Intensivos Pediátricos, onde realizei o estágio, há dezesseis leitos, divididos entre UTI (12 leitos) e Unidade Semi-intensiva (quatro leitos), os quais se destinam ao atendimento de pacientes com até 12 anos de idade. Neste setor, pude observar que a hospitalização infantil geralmente acarreta intenso sofrimento psíquico ao paciente e aos familiares envolvidos nesse processo.

Na referida UTI geralmente havia um clima bastante humanizado e acolhedor, e a presença dos acompanhantes é reconhecida e valorizada. Por este motivo, o horário de visitas é bastante extenso (das 14h às 22h) e permite dois visitantes por paciente de cada vez, sendo que a equipe faz concessões quando possível, desde que observadas as condições de segurança e higiene. Nos outros horários, apenas um acompanhante é permitido, porém pode haver troca de acompanhantes a cada dia, e há um alojamento em que as acompanhantes do sexo feminino podem dormir, se assim o desejarem. Caso contrário, em geral, não há restrições ao acompanhamento ao lado do leito do paciente durante todo o período de internação, salvo nos casos em que a equipe julgar necessário, visando o restabelecimento da saúde da criança ou dos demais pacientes.

Uma das mães que acompanhei, cujo filho estava internado há vários meses, fez questão de levar-me ao “quarto das mães” (como também é chamado o alojamento), para que eu pudesse ver o que ela já considerava “sua segunda casa”, uma vez que ela estava lá quase que diariamente, acompanhando seu filho de forma bastante carinhosa, e ainda não havia perspectivas de levá-lo para casa. Ela mostrou-me orgulhosa as benfeitorias que o hospital

havia providenciado recentemente no quarto e a televisão que havia levado para lá, “com controle remoto e tudo”, revelando que a atenção recebida do hospital fez com que ela se sentisse acolhida, o que aumentou sua disposição para ir ao hospital ficar com o filho.

Outro caso foi o da criança E. A., de três anos de idade, que possui uma configuração familiar diferenciada de outros pacientes que atendi, pois reside com a avó e uma tia, possuindo vínculo familiar mais estreito com elas, embora sua mãe também estivesse revezando com elas em seu acompanhamento na UTI.

Durante as primeiras intervenções, percebemos que ele estava constantemente acompanhado e assistido por uma ou mais pessoas da família e que ele gostava de desenhar, por isto providenciamos material para que ele desenhasse, e os familiares levaram uma televisão.

O menino estava com a movimentação dos membros inferiores comprometida, irritadiço e, após alguns dias de internação, começou a fazer gestos considerados ofensivos pela equipe, o que, dentre outras razões, motivou sua transferência para outro leito, com maior privacidade.

Neste outro leito, ocorreu outra situação difícil para a equipe, pois segundo a tia, em sua última visita a mãe tinha dito ao filho que ele não precisava tomar banho pela manhã, contrariando o procedimento padrão da equipe. A criança, então, passou a negar-se a tomar banho no período matutino, devido à influência das instruções que a mãe havia lhe dado, embora tivesse urinado na cama. Nem mesmo a tia, com quem possuía uma relação muito próxima, conseguia convencê-lo e, quando eu e outra estagiária de Psicologia nos aproximamos dele, ele já encontrava-se bastante irritadiço, não quis interagir conosco, ameaçou fazer gestos ofensivos, acalmando-se apenas quando a tia falava com ele, chamando sua atenção delicadamente, ou segurava sua mão. Ele demonstrava sentir-se mais seguro quando isto ocorria, incentivamos este comportamento.

Quando a tia foi chamada por uma enfermeira, ele desesperou-se, começou a chorar (silenciosamente, devido à traqueostomia) e ficou agitado, estendeu a mão na direção dela e ficou abrindo e fechando a mão, chamando-a. Ele acalmou-se somente quando a tia retornou e segurou sua mão, pacientemente.

E. A. recuperou-se muito bem e dentro do período esperado, entendemos que a influência dos familiares foi fundamental neste processo, embora tenha havido divergência quanto à forma de agir, todas mostraram-se bastante carinhosas e atenciosas, em especial a avó e a tia, e a frequência de comportamentos ofensivos e de choro da criança diminuíram consideravelmente.

Ele foi transferido para outro setor, onde melhorou visivelmente, estando bem-humorado nas ocasiões em que o encontrei, e sempre acompanhado pela mãe, pela avó ou pela tia e requisitando contato físico delas com frequência, especialmente nos momentos em que alguém da equipe se aproximava dele, embora ele permitisse a aproximação, e logo relaxasse ao me ver (ou às outras estagiárias de Psicologia), apesar de parecer desconfiado inicialmente.

Observei também, em diversas situações, a necessidade de os pacientes ou acompanhantes expressarem seus desejos e opiniões, ainda que por vezes isto ocorresse por meio da simples recusa em participar dos atendimentos. Em outros momentos, pude observar certo alívio por parte deles em poder conversar, vi muitas crianças se maravilharem diante de livros coloridos e bonecos que a equipe de Psicologia levava. A equipe procurou incentivar, também, o acompanhante a interagir e ler livros para a criança e observei ainda a mudança na forma como a própria equipe passou a agir em relação ao meu trabalho e das outras estagiárias, de modo que alguns profissionais passaram a reconhecer a importância de nosso trabalho (e, logo, da Psicologia) ao ter contato com mudanças nos próprios pacientes e familiares ou mesmo evoluções facilitadas de seus quadros clínicos.

Uma evolução clínica e comportamental que se deu de forma bastante acelerada ocorreu com G., de 10 meses de idade, que estava acompanhado pela mãe. Ele demonstrava medo de pessoas vestidas com jalecos brancos e chorava quando alguém da equipe se aproximava de seu leito. Além disso, sua mãe relatou que, após a internação na UTI, ele passou a acordar várias vezes durante o sono, assustado.

Durante os atendimentos, procuramos desconstruir esta generalização relacionada ao uniforme da equipe. Após o estabelecimento do nosso vínculo com a criança e da aproximação sucessiva de uma enfermeira ao realizar cuidadosamente alguns procedimentos, orientada pela equipe de Psicologia, a criança passou a apresentar menos comportamentos de medo e a aceitar a presença e até mesmo a manipulação por parte de funcionários vestidos com roupas brancas.

Ressalta-se que a mãe mostrou-se bastante carinhosa e presente durante todo o processo, no que foi incentivada, e inicialmente apenas não sabia como auxiliar o filho a diminuir seus sentimentos de medo frente aos procedimentos realizados. Com as intervenções, a mãe assumiu uma postura mais segura, transmitindo maior confiança ao filho, acredito que isto tenha sido bastante importante para aumentar a sensação de segurança da criança e acelerar a modificação de seus comportamentos de medo e insegurança.

Em diversos atendimentos que vivenciei, os familiares choraram, expressaram raiva ou outros sentimentos, inclusive positivos, em relação ao contexto de internação. Houve situações em que os familiares das crianças relataram estarem sentindo-se cansados ou estressados, cito o exemplo de uma avó, que me relatou duas situações em que desmaiou (uma vez em casa, outra no hospital), possivelmente devido ao estresse da internação prolongada do neto, o qual acompanhava na UTI durante dias seguidos, dormindo no alojamento destinado às mães/acompanhantes que não residem em Brasília e acompanhando e

auxiliando nos cuidados com a criança, que melhorou e demonstrava maior felicidade, dentro das possibilidades de seu quadro.

Porém, houve também diversos casos de familiares relatando sentimentos de esperança, de estarem sentindo-se melhor adaptados à rotina hospitalar. Cito o caso de uma mãe, que estava sorridente e acariciava o filho de forma tranqüila, enquanto relatava estar tudo bem e que tinha muita esperança de o filho melhorar logo. Estes comportamentos de “falar coisas felizes” e otimistas e de contar novidades de casa e dos familiares perto da criança foi incentivado em alguns pais, uma vez que, embora demonstrar os outros sentimentos não fosse considerado ruim, a fala carinhosa parece ter alguma influência na melhora do quadro dos pacientes pediátricos.

As crianças, mesmo as recém-nascidas ou bastante debilitadas, também foram atendidas ao longo do estágio e demonstravam quando não queriam conversar ou brincar, por meio de comportamentos retraídos ou choro.

Considerando-se que a participação nos atendimentos é voluntária, respeitando-se a vontade dos pacientes e de seus acompanhantes, e realizada de forma a utilizar e valorizar a conversa e o lúdico no próprio espaço do leito – técnicas diferentes do estereótipo de atendimento psicológico (embora de fato houvesse uma sala destinada aos atendimentos no setor) – em boa parte das situações os pacientes e familiares aderiram aos atendimentos ou espontaneamente me procuravam ou à psicóloga responsável pelo setor.

Pude observar, ainda, a importância de, no contexto hospitalar, o psicólogo assumir o papel de orientar os pacientes e familiares a perguntarem o que não entenderem, possibilitando uma maior adaptação e compreensão da rotina hospitalar e da enfermidade das crianças. Um atendimento em que isto ficou bastante claro foi o de um pai, que realizei em companhia de outra estagiária de Psicologia e que relato a seguir:

E. estava internado na UTI desde a noite anterior e, em nosso primeiro contato com ele, era seu pai quem o estava acompanhando. O menino estava sonolento e estava com a fala e alguns movimentos comprometidos, por isto estabelecemos apenas um rápido contato com ele (com o auxílio do pai). O paciente contou que não estava sentindo as pernas, porém estava sentindo-se bem, com saudades de casa e de sua irmã, de 14 anos de idade.

Ao conversarmos com o pai, este relatou um acidente doméstico que teria provocado perda da sensibilidade dos membros inferiores do filho, após dois dias. Ele contou que residiam em outro estado e que tinham sido levados diretamente para um hospital localizado em Brasília, de onde foram encaminhados ao pronto-socorro e, posteriormente, à UTI deste hospital.

O pai demonstrou estranhamento e preocupação em ser acompanhado e orientado, segundo ele devido ao trabalho que exerce em sua cidade, cuja função seria aconselhar os membros de sua igreja. Ele falou bastante sobre sua crença em Deus, como explicação para a “provação” que estava passando. Ele esclareceu que a mãe de E. não pôde acompanhar o filho devido a seu emprego.

O pai tinha dúvidas a respeito da medicação, que estava em falta desde que chegaram ao hospital, pois é um medicamento de alto custo e havia divergência entre as informações que recebeu dos médicos: segundo ele, uma médica havia lhe dito que a medicação era de suma importância e outra estaria tentando convencê-lo de que era apenas uma parte do tratamento, que era possível avançar sem problemas na falta dele. Ele queixou-se de os médicos lhe dizerem que o medicamento já havia sido pedido e, no entanto, ele ter a percepção de que as dificuldades do filho estavam aumentando, uma vez que ele havia passado a usar sonda e fralda na noite anterior. Eu e a outra estagiária incentivamos o fortalecimento do vínculo entre pai e filho, ressaltando a importância deste vínculo para o

bem-estar e a recuperação de E, o pai concordou e demonstrou ser carinhoso ao falar sobre e com o filho, mas parecia um pouco sem jeito de fazer carinho nele.

Ao final do atendimento, presenciamos a médica que estava acompanhando a criança dar explicações ao pai a respeito da medicação, de forma bastante clara e tranqüila, com uma linguagem acessível. Ela afirmou que o pedido realmente já tinha sido feito, mas que o medicamento era apenas um complemento do tratamento, exemplificando que não era como uma gripe, em que bastaria tomar os medicamentos para diminuir os sintomas e aguardar. Ele demonstrou compreender. Porém, após a saída dela, deu a entender que compreendeu que, além dos outros sintomas, o filho também estava com gripe. Explicamos de outras formas o que a médica quis dizer e o incentivamos a perguntar aos médicos quando não entender o que eles quiseram dizer, quantas vezes for necessário, além de tirar outras dúvidas.

Este atendimento, além de demonstrar a importância de orientarmos os pacientes ou seus acompanhantes a esclarecerem dúvidas com a equipe e participar mais ativamente do tratamento, evidencia outro fator bastante comum nos atendimentos que realizei: as falas dos acompanhantes que trazem a questão da religiosidade. Muitos pais e familiares relataram estarem rezando pela criança internada ou, mais especificamente, por sua saúde e recuperação. Outra fala bastante observada foi a de que o(a) filho(a) estar vivo(a) era uma vitória, uma vez que, de certa forma, contrariavam o prognóstico que receberam da equipe. Em alguns atendimentos, tanto a religiosidade quanto este sentimento de superação estavam presentes e se refletiam no relacionamento com a criança ou até mesmo no nome dado ao bebê.

Cito o exemplo da mãe de P., um bebê de quase dois meses, que disse que estava apenas esperando a filha “receber de novo a benção” e melhorar para ir embora do hospital, enquanto acariciava a menina. Posteriormente, em outro atendimento, ocorreu situação semelhante, e a mãe afirmou que P. já tinha recebido a benção e estava para ter alta.

Houve também o caso do pai de M.: logo no início do atendimento, ele afirmou ser bastante apegado à sua religião e que considerava uma vitória o filho estar com oito meses de idade, pois quando sua esposa estava grávida recebeu a notícia de que não havia expectativa de o filho nascer vivo, devido ao fato de ser portador de uma síndrome com graves conseqüências físicas. Ele contou que sempre que ela ia ao hospital fazer os exames pré-natais, saía chorando.

Após o nascimento do filho, eles o levaram a outro estado para realizar uma cirurgia, pois segundo o pai, em Brasília nenhum médico acreditava no sucesso da intervenção. Ele relatou que permaneceram lá durante seis meses, sendo que durante 20 dias M. ficou em coma induzido.

Para este pai, o fato de o filho ter nascido vivo já contrariou as expectativas, depois ele sobreviveu à cirurgia, sofreu quatro pneumonias (sendo que a última foi o motivo desta internação) e havia feito traqueostomia, por estes motivos ele afirmava que o filho ainda surpreenderia muito a todos. O investimento afetivo que este pai fazia no filho era tão expressivo que fez com que a equipe de médicos e enfermeiros passasse a se questionar se não era esta expectativa que mantinha a criança viva, mobilizando-os a procurar a equipe de Psicologia com questões acerca da forma mais adequada de interagir com este pai.

Outra função que desempenhei durante o estágio foi interagir com os bebês e crianças e incentivar os acompanhantes a fazer o mesmo. A mãe de R. (de 4 meses de idade), por exemplo, havia chegado dois dias antes de nosso primeiro contato e aparentava não ter se ambientado ainda. Em relação ao filho, que parecia esperto e ativo, ela às vezes tocava carinhosamente, porém logo tirava a mão. Foi reforçada a importância do cuidado, da relação com o bebê e, após o atendimento, pude verificar que ela passou a demonstrar mais carinho e cuidados em relação ao filho.

Em alguns casos, isto não foi necessário, apenas reafirmei a importância do vínculo afetivo, pois os acompanhantes já falavam bastante, cantavam, acariciavam a criança e até mesmo auxiliavam a equipe em seus cuidados e pegavam o paciente no colo, quando autorizado pela equipe. Estes comportamentos melhoraram visivelmente a qualidade das relações dos acompanhantes, em sua maioria pais, com as crianças internadas, e até mesmo quando a enfermidade propiciava grande limitação no paciente, o investimento que estes pais dedicavam aos filhos auxiliava no processo, tanto para a criança quanto para os pais.

Pude notar também a dificuldade de ambos os pais permanecerem no hospital, ou um deles visitar os filhos com frequência, devido a questões de ordem financeira, por trabalharem e não conseguirem licença, por residirem longe do hospital (ou em outros estados) ou mesmo por terem outros filhos e não terem com quem deixá-los.

Casos que ilustram estas situações são bastante comuns, como o de P., menina de dois meses, e o de P. H., menino de três meses, cujos pais estavam cuidando de seus outros filhos e os deixavam aos cuidados de algum familiar durante seus períodos de trabalho, enquanto as mães permaneciam durante quase todo o tempo no hospital. A mãe de D. S. relatou que o filho, de quatro meses, tem uma irmã gêmea, D., e mais dois irmãos, uma menina de seis anos de idade e um menino de nove. Segundo ela, o pai estava cuidando dos dois mais velhos, enquanto D. está na casa de uma tia, próxima ao hospital, de modo que a mãe saía da UTI e lhe prestava cuidados à noite. Ela mostrou-se preocupada com o fato de a gêmea do filho estar “de mão em mão”.

Em relação à impossibilidade de deixar de trabalhar para acompanhar o filho na UTI, os casos parecem ser mais comuns quando um dos pais é trabalhador autônomo, como diarista ou trabalha fazendo fretes. C. (20 anos), mãe de G., menino de seis meses de idade que estava internado desde seu nascimento, contou que fica com o único filho todos os dias e que o pai

dele vai quando é possível, pois trabalha fazendo fretes. Além disso, relatou ter medo de ter outros filhos, pois eles também poderiam nascer com problemas de saúde.

Assim, ao longo do período de estágio, pude observar os processos pelos quais os pacientes e seus familiares passam, diante do adoecimento e internação da criança. Além disso, ressalta-se a importância da participação dos pais no acolhimento, atendimento e acompanhamento da criança internada, cujos maiores medos parecem ser de sentir dor e de ser abandonada. Outro ponto interessante é que os acompanhantes também podem beneficiar-se dos atendimentos psicológicos e do estreitamento do vínculo com o paciente pediátrico, uma vez que os familiares também são afetados pelo contexto hospitalar e situação de internação.

### **Considerações finais**

O contexto de internação hospitalar em UTI pediátrica coloca a criança em uma situação de desconforto físico e psicológico, em que ela é submetida a procedimentos e rotinas desconhecidos e dolorosos, e fica privada de diversos estímulos, como a convivência familiar e com outras pessoas (de seu contexto externo ao hospital, por exemplo, nos casos de crianças que viviam fora do hospital), experiências lúdicas e de aprendizado autônomas, relacionamentos sociais restritos, poucas oportunidades de expressar suas opiniões e de realizar atividades que tem vontade.

Os estudos realizados por diversos autores e minhas observações durante a prática de estágio permitem afirmar que estas dificuldades podem ser minimizadas pelo contato afetivo com familiares e outras pessoas ao longo do período de internação, e pelo atendimento humanizado e personalizado por parte da equipe de saúde. Além disso, o atendimento psicológico traz mudanças positivas para a adaptação da criança e de seus acompanhantes à nova realidade, por meio de interações (conversas e outros meios, como o olhar, o toque, além de empatia) e atividades lúdicas.

O papel do psicólogo hospitalar seria, portanto, o de auxiliar o paciente, os familiares e a equipe a compreender e a enfrentar a doença, utilizando os conhecimentos adquiridos em sua especialização e a sensibilidade para atender as demandas de cada um. Para isso, ele pode utilizar-se de atividades como o atendimento individual, a formação de grupos de ajuda mútua, testes (quando estes forem relevantes para o atendimento psicológico ou de outros profissionais da equipe), atendimento aos familiares do paciente, entre outras.

Pode-se afirmar também que a convivência com pessoas vinculadas afetivamente produz sentimentos de conforto e segurança na criança hospitalizada, que são importantes na validação do sentido de valor pessoal e pertinência dela.

Vale ressaltar ainda que o apego emocional e o vínculo afetivo são construídos e fortalecidos ao longo do processo de interação com a criança, sendo importantes na recuperação da criança em contexto de internação hospitalar.

### Referências Bibliográficas

- Agostinho, V. B. M. & Pregnoatto, A. P. F. (2003). O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In: M. N. Baptista; R. R. Dias (Orgs.). *Psicologia Hospitalar: teorias, aplicações e casos clínicos*. (Cap. 6). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alexandre, D. T. & Vieira, M. L. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicol. Estud.* Vol. 9 nº2. Maringá mai/ago 2004. Maringá: Dep. de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.
- Baldini, S. M. & Krebs, V. L. J. (1999). *A criança hospitalizada*. 1998. *Revista Pediatria (São Paulo)*. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm>. Acesso em 24 set 2008.
- Baptista, A. S. D., Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2003). Enfermaria de Pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In: M. N. Baptista; R. R. Dias (Orgs.). *Psicologia Hospitalar: teorias, aplicações e casos clínicos*. (Cap. 4). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda*. 2ª ed., A. Cabral (Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1969).
- Campos, T. C. P. (2003). *Psicologia Hospitalar – A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. 2002. *Psicol. Ciênc. prof.* Vol. 24. nº3. Brasília set 2004. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=is](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=is). Acesso em 24 out 2008.
- Chagas, C. & Mattos, S. (2001). Cardiologia perinatal: uma abordagem interdisciplinar. In: M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. (Trabalho apresentado no II Encontro nacional sobre o Bebê: Psicanálise e Interdisciplinaridade, set 2000, Recife/PE).
- Chiattonne, H. B. de C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia Hospitalar – a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço.

\_\_\_\_\_ (2003). A criança e a morte. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 13/2007*. Disponível em: [www.pol.org.br](http://www.pol.org.br). Acesso em 08 nov 2008.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos/ Ministério da Educação, 2005.

Faquinello, P., Higarashi, I. H. & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Vol.16 nº 4. Florianópolis out/dez 2007. Florianópolis: Campus Universitário Trindade.

Lima, M. G. S. de. (2004). Atendimento Psicológico da Criança no Ambiente Hospitalar. In: C. Beneditti; W. L. Bruscato; S. R. A.Lopes (Orgs.). *A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. (Cap. 6, pp. 81-83) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lira, M. M. F. L. (1996). Humanização na UTI. In: A. C P. Ferreira; E. J. Troster (Orgs.). *Atualização em Terapia Intensiva Pediátrica*. (Cap. 62, pp. 561-563). Rio de Janeiro: Interlivros.

\_\_\_\_\_ (2005). *A interferência do acompanhante no estresse de crianças internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica*. 2005. 113 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em [http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Acompanhante\\_UTI\\_estresse.doc](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Acompanhante_UTI_estresse.doc). Acesso em 03 jul 2008.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Santos, N. de O. (2003). Quando o corpo (se) faz despertar. In: J. Quayle; M. C. S. de Lucia (Orgs.). *Adoecer – As interações do doente com sua doença*. (Cap. 1). São Paulo: Atheneu.

Sasbón, J. S. (1996). Situação do médico intensivista frente à morte. In: A. C P. Ferreira; E. J. Troster (Orgs.). *Atualização em Terapia Intensiva Pediátrica*. (Cap. 64, pp. 574-579). Rio de Janeiro: Interlivros.

Shiotsu, C. H. (1998). *O acompanhante na instituição hospitalar: significados e percepções*. 1998. 117p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo.

Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes.

Winter, T. R. (1997). *O enigma da doença – Uma conversa à luz da psicossomática contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.