



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

O LÚDICO NO CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Luizimeire Farias Furtado

Brasília
Novembro / 2003

LUIZIMEIRE FARIAS FURTADO

O LÚDICO NO CONTEXTO DA
HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de psicologia do Uniceub – Centro
Universitário de Brasília.
Prof. (a) orientador (a): Morgana De
Almeida e Queiroz.

Brasília / DF, Novembro de 2003.

Dedico essa monografia a todas as crianças que já viveram ou vivem uma situação de hospitalização e que não puderam contar com o auxílio de um profissional que lhes desse atenção e conforto de forma que lhes ajudassem a enfrentar a situação sem que tivessem que passar por tantos sofrimentos.

Agradeço a todas as pessoas dentre elas família, namorado, amigos e professores que me ajudaram e contribuíram de alguma forma para a construção desse trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|----|
| Introdução..... | 7 |
| CAPÍTULO I | |
| Psicologia Hospitalar..... | 9 |
| CAPÍTULO II | |
| Hospitalização infantil..... | 16 |
| CAPÍTULO III | |
| O lúdico..... | 24 |
| CAPÍTULO IV | |
| O lúdico no contexto hospitalar..... | 29 |
| Conclusão..... | 37 |
| Referências Bibliográficas..... | 40 |
| Anexo..... | 42 |

RESUMO

Neste trabalho procurou-se estudar a função psicológica do lúdico no contexto na hospitalização infantil, considerando que a hospitalização é uma situação nova, que gera ansiedade e que trás dificuldades e prejuízos para o desenvolvimento da criança. Para isso, o trabalho foi organizado em quatro capítulos. No capítulo um procura-se apresentar o campo da Psicologia Hospitalar, refletindo sobre as formas de atuação do psicólogo no mesmo. No capítulo dois caracterizou-se o processo da hospitalização infantil, destacando os cuidados que devem ser tomados para que esta vivência não traga prejuízos à criança. No capítulo três, fez-se uma reflexão acerca da função do lúdico para a criança. E no capítulo quatro, discutiu-se acerca da função psicológica do lúdico no processo de hospitalização infantil.

Este trabalho traz como tema central de discussão a função psicológica do lúdico no contexto da hospitalização infantil. O problema direciona-se em estudar e aprofundar as questões relativas a como o contato com o lúdico pode ajudar a criança hospitalizada a sentir-se melhor e ter mais motivação para o tratamento, além de diminuir as perdas decorrentes da hospitalização.

O objetivo geral deste trabalho é, portanto, caracterizar a importância e função do lúdico para a criança hospitalizada, assim como também caracterizar aspectos positivos e negativos do uso do lúdico durante a hospitalização infantil. Tem como objetivos específicos, conceituar o campo da Psicologia Hospitalar, mostrando as formas de atuação do psicólogo no mesmo; caracterizar o processo da hospitalização infantil, destacando os cuidados que devem ser tomados para que esta vivência não traga prejuízos à criança e contextualizar a função psicológica do lúdico no processo de hospitalização infantil.

A contribuição deste estudo se dirige para um maior esclarecimento sobre os ganhos decorrentes de um período de hospitalização mais humanizado, onde os profissionais atuem de forma mais humana e entendendo o ser humano como um ser global. Assim, através de uma visão mais ampla do problema pode-se produzir um tratamento mais individual, focalizado e adequado, resultando em um tratamento mais eficiente e menos traumático.

A Psicologia Hospitalar é um ramo da Psicologia que tem como objetivo principal, tentar humanizar a prática dos profissionais de saúde dentro do contexto hospitalar. O Psicólogo Hospitalar tem sido solicitado para atuar nas relações entre pacientes e profissionais de saúde, auxiliando na compreensão de aspectos emocionais envolvidos na equipe, enfocando questões individuais e institucionais que possam interferir na qualidade da assistência fornecida (Ceccim & Carvalho, 1997 in Soares, 2001). Assim como também, para ajudar na redução da ansiedade, buscando focar aspectos emocionais envolvidos na situação, além de aspectos relacionados ao vínculo entre pais e filhos (Wishon & Brown, 1991 in Soares, 2001).

Quando se trata de hospitalização infantil, o psicólogo precisa estar mais atento às necessidades e dificuldades que esta pode estar enfrentando, pois dependendo da idade da criança, ela não possui cognição suficiente para expressar o que está sentindo e por isso, os prejuízos decorrentes desse sofrimento podem ser mais abrangentes. Deve ser evitado expor a criança a situações difíceis e traumáticas, pois podem agravar o quadro clínico do paciente. Além de que a

criança não para de se desenvolver enquanto está hospitalizada e por isso necessita de cuidados e assistência especial e individual, para que não tenha prejuízos decorrentes de uma falta de estimulação adequada para a sua fase de desenvolvimento.

A hospitalização modifica a vida da criança, pois esta é afastada dos seus familiares, amigos, escola, casa e seus objetos pessoais e ela sofre com isso. Por isso, o ambiente hospitalar não deve parecer hostil, frio e ameaçador, pois isso irá prejudicar a criança em seu desenvolvimento, assim como também em seu tratamento. Para facilitar a adaptação da criança à situação de hospitalização, é necessário que esta receba cuidados e estimulação adequada, para que a sua vida não pare em decorrência da sua hospitalização. Para isso, é necessário que a criança não seja afastada dos pais e familiares, que receba o carinho e atenção deles, assim como também da equipe de saúde e que possa ser estimulada a brincar e falar sobre a experiência que está vivendo, seus medos, suas fantasias e suas expectativas.

A utilização de atividades lúdicas que despertem o interesse e atenção da criança para que esta não sofra tanto com a mudança que está acontecendo na sua vida diante da situação de hospitalização e doença e continue a se ver como criança, é aceita por diversos profissionais que acreditam que a brincadeira, o brinquedo, o sorriso e a alegria, são coisas que não devem ser afastadas da criança, para que esta tenha sempre motivação e vontade de viver.

A utilização de brinquedos, em situações de hospitalização infantil, é um dos recursos que facilitam a experiência da hospitalização. Pois além de fazer com que a criança se divirta um pouco e viva como a criança que é, através do brincar os profissionais que a acompanham, tem a oportunidade de receber informações acerca das necessidades, medos e angústias que a criança pode estar vivenciando. Através desse trabalho, busca-se mostrar o quanto à situação de hospitalização infantil merece cuidados e atenção especial para que não cause prejuízos no para a criança.

Capítulo I – Psicologia Hospitalar

A Psicologia da Saúde é um campo amplo de pesquisa que tem como objetivo buscar novos modelos de pensar o processo saúde-doença, levando-se em conta os aspectos sociais, discutindo intervenções primárias, secundárias e terciárias de atuação em políticas de Saúde. O grande marco da inserção da Psicologia da Saúde no Brasil é datada da década de 50 quando implantado o serviço no setor de Ortopedia do Hospital das clínicas da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

O campo de estudos em Psicologia Hospitalar surgiu pela iniciativa de profissionais, demanda da população e pelas próprias instituições. Foi percebido que além do atendimento cirúrgico, medicamentoso e das diferentes terapias, havia necessidade de atendimento psicológico, tanto ao paciente como aos familiares. Muitas vezes uma cirurgia era perdida, ou o trabalho terapêutico era inócuo, devido à falta de colaboração, interesse e motivação do próprio paciente.

Para Bleger (1989), quando o psicólogo ingressa para trabalhar em uma instituição, como o hospital, não deve abrir um gabinete, nem um laboratório, nem um consultório, e sim deve investigar e tratar a própria instituição, pois este é o seu primeiro “cliente”. Não deve criar uma instituição dentro de uma primeira. A instituição deve passar pelo exame psicológico que observará os objetivos, funções, meios, tarefas, lideranças formais e informais e a comunicação. Tendo sempre em conta que esta indagação em si já é uma atuação que modifica a instituição e cria, além disso, distintos tipos de tensões com o próprio psicólogo, que este tem que atender como parte integrante de sua tarefa. O psicólogo em uma instituição é um colaborador e não deve se converter em centro da mesma, pois suas funções devem se exercer através dos integrantes regulares da mesma. O psicólogo é um especialista em tensões da relação ou comunicação humana e este é o campo específico sobre o qual deve atuar.

O Psicólogo tem função específica de dentro do hospital, atuando, como um profissional de saúde, envolvendo o indivíduo e as áreas social e da Saúde Pública, buscando sempre o bem-estar individual e social, utilizando também informações das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e outras áreas afins (Campos, 1995).

O Psicólogo Hospitalar deve primar o indivíduo e seu sistema familiar, as relações de papéis inseridos neste contexto, os vínculos, as fantasias que a doença proporciona na família e o significado da doença para esta família, sabendo que o que é sentido em um membro desse sistema pode afetar aos demais, sendo considerado fator de desajustamento do grupo familiar. Além disso, o trabalho em equipe interdisciplinar visa uma atuação onde, cada um com sua especialidade, possa contribuir para a melhora do paciente, possam dialogar entre as disciplinas vizinhas, que muitas vezes possuem temáticas comuns, mesmas interfaces, mas que cada um mantém sua especificidade. Assim, o médico trabalha o físico sabendo que o indivíduo também tem um psíquico que deve estar em ressonância com o tratamento, da mesma forma que os aspectos emocionais podem “boicotar”, por assim dizer, o trabalho da equipe médica (baixa aderência ao tratamento, falta de motivação para cura, ganhos secundários à doença, entre outros), e é nesse sentido que a Psicologia pode contribuir para uma hospitalização mais humanizada.

Atualmente, os hospitais vêm se abrindo cada vez mais para a atuação dos psicólogos, valorizando a concepção do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A Psicologia Hospitalar tornou-se uma realidade na nossa profissão e na sociedade. Não se pode deixar de citá-la entre as áreas reconhecidas de atuação do Psicólogo.

O interesse nas pesquisas na área da psicologia Hospitalar cresceu na medida em que voltam a se agregar aspectos emocionais e físicos da doença e a se enfatizar o caráter preventivo do cuidado com a saúde. O profissional deve ter uma visão filosófica humanista, na qual considera o homem em sua globalidade e integridade bio-psico-social. Uma pessoa quando busca atendimento hospitalar, leva não só seu corpo para ser tratado, mas vai por inteiro e, por extensão, atinge sua família, que participa de seu adoecer, suas internações e seu restabelecimento.

A história de vida das pessoas, seu modo de viver e de contatar o mundo, assim como as reações às múltiplas solicitações do ambiente e, de forma especial, o modo de adoecer é particular de cada indivíduo e por isso cada um reage de forma diferente frente às mesmas situações de doença. Geralmente o paciente não sabe ao certo o que está acontecendo com ele, como seu corpo reage e como ele poderia estar se ajudando na sua própria reabilitação. Mesmo as crianças sentem necessidade de saber o que está acontecendo com elas. O paciente não quer somente ser visto e examinado como também ser ouvido, ser entendido na sua linguagem oculta e o atendimento psicológico fazia com que ele se percebesse

melhor e participasse de modo efetivo e produtivo na sua melhora e no uso de seu potencial, colaborando com os profissionais que o atendiam. Os familiares também precisavam entender, participar e compreender o processo que estava ocorrendo e qual a importância de sua participação (Campos, 1995).

Freitas (1980), in Campos (1995, p. 45), fala de trabalhos que mostram como alterações psicológicas podem afetar o padrão evolutivo da doença cita que:

“Em estados de estresse ou depressão, o organismo perde a capacidade de reconhecer e anular células malignas mutantes que passam a se reproduzir livremente. Esse é um dos motivos pelos quais quando o sentimento de culpa é muito intenso, é necessária ajuda psicológica para evitar que o estado emocional impeça de responder positivamente ao tratamento. 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. A regressão é natural, muitas vezes incentivada pelos familiares, que ansiosos, mimam e superprotegem o doente. O que não é natural é a criança forte que não chora e entende que a quimioterapia, por exemplo, é para o seu bem”.

Pode-se observar tensões psicológicas e desequilíbrios durante toda a situação em que a doença está presente, tanto no indivíduo como em seus familiares. A situação de tratamento e internação acarreta separações e cortes em suas ligações afetivas com o mundo. Os adultos ou as crianças muitas vezes se desligam do mundo, não brincam, perdem o interesse. Freitas (1980), in Campos (1995, p. 46), diz:

“As reações de cada paciente são ditadas pelo seu mundo interno, pela sua história psicossocial e do seu contexto familiar. Há uma série 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 imaginárias comuns a todas, e que em todas provocam grande ansiedade. Uma das situações comuns é a percepção da morte, consciente ou inconsciente”.

Sendo uma área relativamente nova, a instituição hospitalar muitas vezes não sabe o que pedir ao psicólogo e cabe a ele, mostrar o que pode oferecer em prol do paciente. Quando falamos de um paciente hospitalizado, devemos entender sua dinâmica psíquica, que pode influir na doença, hospitalização e na própria adesão ao tratamento, pois nem sempre o tratamento é visto por ele como uma experiência benéfica e desejável. Tratar a doença implica em ameaças à integridade física, auto-imagem, equilíbrio emocional e ao ajustamento a um novo meio físico e social.

Minimizar o sofrimento do paciente e de sua família é um dos objetivos do psicólogo hospitalar, além de ajudá-lo a "lidar" melhor com a doença. O trabalho focado e praticado em salas de espera, ambulatórios, enfermarias, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, em pronto socorro e com grupos psico-educativos tem sido a meta dos psicólogos dentro de um hospital.

De acordo com Bellak e Small (1980), o trabalho do psicólogo hospitalar seria tanto no sentido de uma prevenção primária, através de medidas como educação e reorganização social, ocupando-se de problemas ou situações presentes que podem levar à doença ou favorecer o surgimento da doença, como também na área de prevenção secundária. Nesta segunda área a psicoterapia breve e de emergência desempenha seu papel mais convencional, no tratamento de problemas agudos e de crises, impedindo-os de se tornarem crônicos. Neste sentido, o psicólogo estaria atuando de modo preventivo, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas.

Bleger (1984) enfatiza a necessidade de o médico e o psicólogo ampliarem sua atuação para além dos aspectos curativos e individuais da doença, voltando-se para o social, para a comunidade. Pois, numa medicina da totalidade, o orgânico, o psíquico, o emocional, o individual e o social são inseparáveis, em relação ao homem e ao ambiente em que ele nasce, cresce, se desenvolve e vive. "O estático se converte em dinâmico: a saúde e a doença aparecem como processos, onde a hereditariedade e o ambiente atuam como fatores relacionados".

Lancetti, in Campos (1995) comenta a entrada do psicólogo no hospital a partir da prática psicológica que foi delimitando o campo e assim a sua intervenção foi saindo da teoria e do papel. Aponta que o psicólogo além de diagnosticar e classificar tem de entender, compreender o que está envolvido na queixa e no sintoma, na patologia. Um profissional da saúde precisa ter sensibilidade para diferenciar o paciente apático – deprimido do "bonzinho" que "não dá trabalho", para

distinguir, por exemplo, a criança que aceita o tratamento daquela que a ele se submete, em pânico. Freitas (1980), in Campos (1995) destaca que o psicólogo tem de saber dar ênfase ao momento de crise que a criança está atravessando.

De acordo com Freitas (1980), in Campos (1995, p. 67):

“Sabe-se que por trás do diagnóstico existe uma pessoa e há necessidade de entender a angústia despertada nos profissionais por essa percepção. O diagnóstico leva à questão da morte, não só do paciente, mas também dos profissionais. Neste sentido, observa-se que a relação médico-paciente é cada vez mais substituída por exames de laboratório, radiografias, medicamentos, ignorando-se que por trás de um diagnóstico há um nome, uma história, uma pessoa que deseja e tem direitos, não havendo espaço para a relação e para o diálogo”.

Por isso a intervenção terapêutica não pode limitar-se ao plano somático, pois o trabalho é mais amplo, buscando integrar os diversos aspectos em busca do equilíbrio.

Para Bleger (1984), a inserção definitiva, no sentido técnico e profissional, do psicólogo e do psicoterapeuta junto à equipe médica e à saúde pública é conseqüência de um melhor conhecimento sobre o homem sadio e o doente, assim como de uma compreensão mais adequada da história natural da saúde e da doença.

O atendimento médico-hospitalar tem se voltado para os cuidados físicos de órgãos e distúrbios isolados, dirigindo pouca ou nenhuma atenção às condições psicológicas do ser humano, dentro de um clima impessoal e mecânico entre agente de saúde e paciente. (Chiattonne (1984); Kamiyama (1972); Okay (1986), in Guimarães). Entretanto, os profissionais que se comprometem com uma visão global frente à saúde, têm realizado trabalhos práticos com resultados precisos, que mostram o homem como ser dinâmico integrado e a saúde como um tema, por natureza, multidisciplinar (Guimarães).

Para Lancetti, in Campos (1995) o psicólogo deve entrar na produção da saúde e não da doença. Por isso a sua formação deve envolver estratégias clínicas e valoração do trabalho. Ele deve saber o seu lugar no organograma da instituição e deve estar preparado no aspecto técnico-teórico. Deve trabalhar com o sintoma, mas

também com o processo de encaminhamento, com a relação interpessoal e deve descobrir quem é ele para o paciente e para os profissionais com os quais se relaciona. O psicólogo precisa ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente, somente saber sobre o sintoma orgânico não permite uma abertura para o paciente, pois o psicólogo não é um classificador de doenças. Além de diagnosticar e classificar, vai ter de entender, compreender o que não está sendo manifesto. Para Freitas (1980), in Campos (1995) o paciente precisa falar de sua doença, falar do assunto que parece ser proibido. Parece que a pessoa não precisa de distração, mas precisa de compreensão e da possibilidade de exprimir suas angústias, seus medos, tocando diretamente no assunto, na história da doença.

Em muitos pacientes aparece o mecanismo de defesa da negação, em uma tentativa de evitar o encontro com uma verdade capaz de trazer muito sofrimento. É necessário ficar atento às necessidades do paciente, estimulando-o a falar se é disso o que precisa ou deixando-o calar se caso necessite. Freitas (1980), in Campos (1995) aponta que o sentimento ou fantasia de culpa surge especialmente em crianças, pois o adoecer e o tratamento podem ser vivenciados como um castigo merecido e, em decorrência, o comportamento que essa criança apresenta é o da “criança boazinha”, mas que também não ri e nem brinca. Neste sentido o psicólogo em muito poderá contribuir para o esclarecimento desses sentimentos.

O psicólogo tem uma importante contribuição no sentido da humanização do hospital. As instituições hospitalares precisam estar preparadas para atender todo o contingente populacional. E deve ter consideração e dar assistência a todos os grupos nas diferentes fases do desenvolvimento e crescimento, seja o grupo de crianças, adolescente, adulto ou idoso. O atendimento a criança, apesar de já existir em quantidade adequada, nem sempre é global e muitas vezes retira a criança do seio familiar sem substituir essa carência. A mãe e familiares em alguns hospitais passam a ver a criança apenas em horários de visitas, o que não preenche as suas necessidades afetivas e cria uma angústia na família. Há necessidade de desenvolver soluções técnicas, econômicas e talvez até legais junto aos hospitais. Assim, por exemplo, dentro das possibilidades do hospital e da família, seria de interesse que a mãe e familiares pudessem ficar com a criança no hospital com alguma forma de participação. Seria importante que, dentro das possibilidades, a mãe pudesse ter maior liberdade no trabalho para poder permanecer com o filho no hospital. Assim como também, seria conveniente que houvesse um lugar para alojar

a mãe e filho, com uma área para atividades lúdicas e de observação e adequação do pessoal para a internação (Campos, 1995).

Podemos entender que a atuação do psicólogo hospitalar é ampla no atendimento às necessidades do paciente e dos seus familiares, mas que, além de compreender o outro, o profissional deve ter trabalhado em si os seus aspectos existenciais, seus questionamentos e suas limitações (Campos, 1995).

A relevância dos aspectos psicológicos associados à busca e manutenção da saúde, tanto de psicólogos hospitalares, como de outros profissionais ligados a essa área são de fundamental importância. Por isso, é necessário que os profissionais atuem em equipe multidisciplinar, visando a compreensão dos processos sociais e psicológicos do paciente, além do reconhecimento de fatores psíquicos que interferem em seus quadros clínicos.

Capítulo II - Hospitalização infantil

A criança é um ser humano completo em cada etapa do seu desenvolvimento, que possui corpo, mente, sentimento, espiritualidade e, portanto, um valor próprio. A criança deve ser respeitada e tratada como uma pessoa, um ser único, competente, com potencialidades, em processo de desenvolvimento e um ser de relações. A criança hospitalizada continua sendo uma pessoa e uma cidadã. A hospitalização é para a criança uma das maiores fontes de ansiedade, tanto para si própria, como para sua família.

Necessidades são desejos conscientes, aspirações do ser humano e não apenas estão relacionados a alterações de sua saúde. A criança possui necessidades biológicas, emocionais e sociais que devem ser observadas tanto para a criança sadia quanto à enferma. São necessidades, para a criança, entre outras: segurança emocional e física, proteção, alimentação, conforto, sono, brincar, educação, convivência, liberdade e auto-estima (Ribeiro, 1999).

De acordo com Mondardo (1977), in Baptista (2003, p. 56):

“A hospitalização é uma experiência que não passa despercebida para o paciente que permanece internado e muito menos para seus familiares e/ou acompanhantes. E quando o assunto é internação de crianças, a reflexão deve ser redobrada, uma vez que a doença e o processo de hospitalização podem comprometer sua integridade física e seu desenvolvimento mental”.

A doença produz sensações internas inabituais, um repentino conhecimento de processos corporais até aí desconhecidos, assim como uma inexplicável perda de controle de partes ou funções do corpo. A experiência de doença, de tratamentos e de hospitalização cria na criança a necessidade da sua compreensão (Palomo (1995), in Barros (1999)). Com o objetivo de se adaptar a situações e acontecimentos que está a viver, a criança constrói idéias ou teorias, isto é, significações e em conseqüência, reage de diferentes maneiras.

De acordo com Chiattonne (1984) e Golveia (1994), citados em Baptista (2003), estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência e a doença quase sempre representa sofrimento orgânico e psicológico. Quando hospitalizado, o indivíduo passa a viver em um ambiente novo e estranho, cercado

de pessoas desconhecidas e tendo que estabelecer relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar, além da doença ser uma nova variável em sua vida. No período de internação, a criança que já está física e emocionalmente debilitada, pela doença, passa a ter que enfrentar o afastamento do seu ambiente familiar aonde vinha desenvolvendo-se de acordo com o seu repertório motor, social, emocional e intelectual.

A doença é um ataque a criança como um todo, pois a criança doente é afetada em sua integridade e o seu desenvolvimento emocional também é comprometido. Por isso, o objetivo do atendimento da equipe de saúde deve seguir sempre o princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e principalmente fazendo com que a criança seja um elemento ativo dentro do processo de hospitalização e da doença, valorizando a relação de influxos satisfatórios entre mãe e filho e compreendendo os riscos e seqüelas da separação desse binômio, buscando atingir o desempenho de uma pediatria global (Camon, 2003).

De acordo com Lichamele e Goldberg (1987), in Baptista (2003), o desenvolvimento infantil, de acordo com os estágios cognitivos também são considerados importantes, pois os fatores referentes à reação da criança em relação à doença e à hospitalização dependem do grau de compreensão que esta tem da sua realidade. Por isso, deve-se levar em conta sua capacidade cognitiva de discriminar e compreender os eventos de hospitalização e doença, na expressão de diversos comportamentos.

Para a criança menor e imatura, a explicação da doença ou dos tratamentos deve ser simples e breve, com uma base perceptiva clara, centrada nos fenômenos e sensações mais pregnantes. É necessário dar uma grande atenção à linguagem, pois as crianças tendem a interpretar literalmente o que lhe é dito e se centram nas imagens de atentado concreto e material à sua integridade física (Whitt (1982), in Barros (1999)). As sensações devem ser referidas de forma a evitar a surpresa, mas de modo a não antecipar dor ou ansiedade. Com uma criança com idade maior, pode, e deve, haver uma informação mais pormenorizada e realista, pois a criança já é capaz de aderir ao desafio de que “dói um pouco”, mas que a sua enorme bravura e competência a vão ajudar a vencer aquela prova. A explicação processual do adoecer e do curar, a idéia de que os pensamentos positivos podem vencer as

idéias de medo, podem interessar a criança e motivá-la para uma participação mais ativa e positiva no seu tratamento.

Segundo Barros (1999), as experiências de doença aguda e crônica, de tratamentos e de hospitalização, são reconhecidas como fontes de stress para a criança e para a família. Miller, Sherman, Combs e Kruus (1992), in Barros, falam que o interesse crescente pelo estudo do stress e seu confronto durante a infância e adolescência, permitem afirmar que as experiências de dor, de doença e do seu tratamento implicam muitas vezes um grau elevado de stress, e que as crianças utilizam espontaneamente diversos estilos e procedimentos de confronto. É possível constatar que as crianças e adolescentes podem aprender a utilizar confrontos mais eficazes, conseguindo um nível razoável de controle do stress associado a situações médicas. As crianças se adaptam melhor quando se envolvem em qualquer forma de preparação e controle sobre as experiências estressantes (Tarnow e Gutstein (1983), in Barros (1999)) e quando procuram informação sobre a situação ameaçadora (Peterson e Tolor (1986), in Barros (1999)). Porém, não existe um conhecimento suficientemente desenvolvido, que permita dizer qual estratégia de confronto é mais adequada para um determinado tipo de criança ou situação, pois, estudos mostram que formas eficazes de confronto com situações de doença, grave e prolongada são extremamente diversificadas (Kupst (1994), in Barros (1999)) e sofrem várias flutuações no mesmo indivíduo. Por isso, a intervenção deve se concentrar em ajudar a criança, a encontrar a forma mais adequada de confronto, e essa intervenção devem partir do conhecimento da criança e do seu estilo habitual de lidar com as situações difíceis.

Existem vários fatores inerentes à hospitalização que trazem conseqüências nocivas, e problemas emocionais graves adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente. Entre outros, temos o desmame agressivo, o transtorno da vida familiar, a interrupção ou retardo da escolaridade, do ritmo de vida e do desenvolvimento. Porém, o maior malefício que a hospitalização trás, se refere à separação da criança doente de sua mãe, aspecto esse que já foi assumido e generalizado nas enfermidades pediátricas, pois é num momento de crise, determinado pela doença que a criança necessita basicamente de apoio e carinho materno (Camon, 2003).

De acordo com o Relatório Aubry, realizado por Jenny Aubry, no Centro Internacional da infância, em 1955, as conseqüências da privação materna para

crianças hospitalizadas, variarão, de acordo com a idade da criança, a situação psicoafetiva da criança e seu relacionamento prévio com a mãe, a personalidade e capacidade de adaptação da criança, as atitudes da equipe hospitalar, as rotinas vigentes no hospital, as experiências mais ou menos satisfatórias vividas durante a hospitalização e a duração da internação.

A privação da mãe traz muita angústia, uma exagerada necessidade de amor, sentimentos de vingança e conseqüentemente, culpa e depressão nas crianças. E a forma que a criança reage a estas perturbações pode resultar em distúrbios emocionais graves e numa personalidade instável. Estudos mostram que entre crianças de dois a 12 anos de idade, apesar de todas mostrarem perturbações iniciais à hospitalização, as de dois a quatro anos de idade apresentavam mais sofrimento, e este, em sua maioria, estava relacionado à separação dos pais. Essas crianças podem deixar de sorrir para um rosto humano ou deixar de reagir aos diversos estímulos, podendo apresentar inapetência, perda de peso, falta de iniciativa, problemas do sono e diminuição da vocalização, características típicas do depressivo adulto. A reação emocional é de apreensão e tristeza, e a criança se afasta de tudo ao seu redor, não procura contato e nem reage a ele. Ocorre também atraso no desempenho de atividades, assim como também uma queda na resistência, ficando mais sujeita a contrair doenças (Camon, 2003).

Estudos mostram que, ao contrário do que as instituições hospitalares imaginavam, o aumento das visitas das mães às crianças hospitalizadas não aumentou o nível de infecções, mas houve uma diminuição no período de internação e minimização do nível de infecção cruzada. Outro ponto que deve ser levado em consideração é a motivação da criança ao tratamento, pois crianças que recebem estimulação e reforço de familiares por suas conquistas, sentem-se mais animadas a prosseguir. Portanto, a clínica e a experimentação indicam que o desenvolvimento intelectual está continuamente na dependência da interação entre o meio físico e o social, e a ausência de estímulo cultural e emocional, resulta em diminuição da habilidade funcional da criança e esta falta de estímulo é a responsável pelo déficit intelectual apresentado em crianças institucionalizadas (Camon, 2003).

De acordo com Bowlby, in Camon (2003, p. 32):

“Se a separação materna ocorrer anteriormente aos seis meses de idade, a criança sofrerá principalmente prejuízo em seu desenvolvimento físico e intelectual. No entanto, se a separação

ocorrer entre os seis meses e os cinco anos de idade, a criança desenvolverá um “caráter inafetivo” e falta de habilidade para estabelecer relações afetivas, podendo apresentar desajustamento às regras sociais (delinqüência). Se a separação ocorrer após esse período considerado crítico, a criança terá condições de procurar e assumir relações que supram suas necessidades emocionais”.

Segundo Camon (2003), em um levantamento dos efeitos da privação materna observados com mais freqüência nas crianças internadas sem acompanhante na Pediatria do Hospital Brigadeiro – SUS em São Paulo foram encontradas as seguintes características: angústia, carência afetiva, sentimentos de vingança, culpa e depressão em conseqüência, distúrbios emocionais, sensação de abandono, personalidade instável, inapetência, perda de peso, falta de iniciativa/apatia, problemas de sono, diminuição da vocalização, depressão, apreensão, tristeza, atraso no desenvolvimento, regressão no processo de maturação psicoafetiva, comportamentos auto-eróticos, agressividade, ocorrência de infecções e manifestações psicossomáticas.

Segundo Barros (1999), a presença de um familiar durante a hospitalização, é uma das medidas mais importantes a serem tomadas para reduzir a ansiedade da criança, porém, é necessário que esse familiar possa se beneficiar de um ambiente adequado, além de ter contato com profissionais que o apoiem e orientem. As atitudes dos profissionais envolvidos nos cuidados com a criança vão ser cruciais para que essa experiência aconteça da melhor maneira possível. O primeiro critério que o profissional deve ter para adquirir essa postura é crer que a presença dos pais é realmente importante para o bem-estar da criança. Outro ponto é assegurar-se de que pais e criança receberam instruções claras e específicas sobre o que podem e devem fazer, em que momentos, locais e condições, assim como também o que podem esperar de cada profissional. O profissional precisa saber se comunicar com a criança de forma adequada e numa linguagem que seja apropriada ao seu nível de desenvolvimento. Além de ter uma boa preparação em estratégias empáticas e assertivas que permitam compreender e responder adequadamente aos pais que estão em situação de grande tensão, ansiedade, dúvida e medo.

Além disso, a equipe de saúde deve sempre estar atenta as crianças que reagem apaticamente a situação de hospitalização, pois há uma tendência a

considera-las “bons pacientes”. Mas o choro, o desespero, o medo e a ansiedade são formas consideradas saudáveis, e as crianças que reagem de forma apática, sendo boazinhas, mostram deterioração de seu equilíbrio interno e em decorrência disso apresentarão seqüelas graves e muitas vezes irreversíveis causadas pela hospitalização.

Um outro fator que dificulta o ajustamento da criança à situação de hospitalização e doença, é a questão de que, a realidade hospitalar é nova e, portanto, desconhecida para a criança. E nessa situação, onde tudo ao seu redor é diferente, a equipe médica não passa para a criança informações sobre a sua doença e sobre os procedimentos que serão utilizados. Esse clima de suspense e desinformação gera na criança ansiedade e faz aumentar as fantasias e os temores. Pois elas sabem que algo vai ocorrer, mas não são informadas de nada. E em geral, todas as crianças possuem imagens ruins a respeito da hospitalização, das rotinas hospitalares, dos médicos e da equipe de saúde em geral (Camon, 2003). É de extrema importância avaliar o significado que a doença tem para a criança e seus familiares, pois crenças distorcidas podem comprometer o tratamento, o enfrentamento da doença e os níveis de qualidade de vida (Baptista, 2003).

O sentimento que a criança pode ter em relação a sua doença, também pode acarretar desajustamentos e conseqüentes experiências traumáticas durante o período de hospitalização. Algumas crianças podem encarar a doença como uma agressão externa ou punição, por não ter obedecido à família ou ter feito algo de errado. E esse sentimento de culpa gera muito sofrimento à criança e dificulta o atendimento da equipe de saúde na medida em que o paciente pode se entregar à situação de doença, resignando-se aos cuidados médicos, ou seja, à punição (Camon, 2003).

Outro fator gerador de conflitos á criança hospitalizada é a despersonalização, pois o hospital se coloca como uma barreira entre a criança e o mundo externo. A criança muda toda a sua rotina, passa a receber cuidados de pessoas estranhas e a ter que seguir as normas da instituição. Além do processo de deformação pessoal que muitas doenças causam na criança, e esta se depara com a desfiguração física pessoal, decorrente de mutilações diretas e permanentes de seu corpo (Camon, 2003). Ver anexo I, tabela com os principais efeitos da hospitalização em crianças.

Barrera e cols. (1993), in Baptista (2003), fala da importância da inserção da família durante a hospitalização da criança, pois essa experiência pode oferecer oportunidades únicas para essa família aprender a lidar no manejo da criança, principalmente em casos de doentes crônicos, a fim de diminuir os efeitos psicológicos adversos provocados pela separação do ambiente familiar e melhorar a atenção hospitalar das crianças enfermas. Contudo, a inserção da mãe na atenção e no cuidado de seu filho hospitalizado vai depender de programas estruturados que trabalhem e auxiliem no enfrentamento das suas reações à situação de hospitalização.

A maneira como a equipe de saúde desenvolve seu trabalho no hospital, como é formada a equipe, se são profissionais treinados para lidar com crianças, e se conseguem visualizar os pacientes como seres humanos ou somente portadores de doenças, é um outro fator importante a se considerar quando se discutem as consequências nocivas causadas pela hospitalização (Camon, 2003).

Outro fator que merece ser destacado quando se fala de criança hospitalizada é a dor. Segundo Barros (1999), a dor aguda ou crônica faz parte das experiências mais passageiras ou permanentes de praticamente todas as crianças. A dor associada às pequenas feridas e contusões são uma realidade de todas as crianças, porém a dor decorrente de um tratamento ou procedimento invasivo como a aspiração de medula, pode atingir graus de importância extremos, assim como também a dor associada a algumas doenças crônicas e terminais (Barros, 1999).

O hospital exerce a função de promoção de saúde aos pacientes, mas também deve ampliar a busca da humanização do atendimento e do período de hospitalização, buscando voltar para o paciente-criança, toda a energia possível no que concerne a alternativas e plano de ação. Existem várias medidas preventivas e humanizadoras a serem utilizadas na tentativa de diminuir o sofrimento inerente à hospitalização das crianças, entre elas: indicação correta de internação, ou seja, evitar internações desnecessárias, fazendo uma análise da necessidade real de internação da criança considerando os aspectos médicos e as conveniências do paciente e da família; preparação da criança para a hospitalização, pois é muito importante que a criança seja preparada e conheça as causas da sua internação, que tenha uma noção da sua doença e participe ativamente do processo; cuidado na chegada ao hospital, pois geralmente as crianças são afastadas dos familiares sem obter explicações, e a única conduta que lhe é solicitada é para não chorar; direito a

visitas, pois principalmente crianças pequenas necessitam da companhia da mãe e/ou familiares, pois por estarem em um ambiente desconhecido, necessitam de apoio dos pais para se sentirem melhor, fator indispensável para o progresso do tratamento e preparo para a alta, pois a criança necessita ser orientada caso tenha que tomar alguns cuidados com a saúde após sair do hospital, além do paciente ter tempo para elaborar a situação de afastamento do ambiente hospitalar, dos amigos internados e da equipe de saúde (Camon, 2003).

Capítulo III – O lúdico

A infância é um momento de apropriação de imagens e de diversas representações que transitam por diferentes canais. Suas fontes são muitas e o brinquedo é, com suas especificidades, uma dessas fontes. Ele traz para a criança um suporte de ação, de manipulação, de conduta lúdica, e também formas e imagens, símbolos para serem manipulados. E por isso parece útil considerar o brinquedo não somente a partir de sua dimensão funcional, mas também, a partir do que pode ser chamado de dimensão simbólica (Brougère, 2000).

O comportamento lúdico não é um comportamento herdado, mas sim um comportamento adquirido pelas influências que as pessoas recebem no decorrer da evolução dos seus processos de desenvolvimento e de aprendizagem. O comportamento lúdico é o resultado do desenvolvimento de uma cultura lúdica que, ao longo da história, foi priorizada por uns e combatida por outros. O comportamento lúdico está vinculado a uma atividade, seja ela individual ou coletiva (Santos, 2001).

De acordo com Rodrigues (2000, p. 23), “as experiências lúdicas de uma criança, desde bebê, vão lhe sofisticando as representações do universo social. Pelo brinquedo acontecem as adaptações, os acertos e erros, as soluções de problemas que vão torná-lo sujeito autônomo”. A natureza da criança é lúdica, de movimento, de curiosidade, de espontaneidade. Quando uma criança está brincando, pode-se verificar o quanto se concentra no que está fazendo, nesse momento ela incorpora suas fantasias e reproduz cenas do seu cotidiano, que pode ser violento, tenso, cheio de privações, mas também alegre, terno e prazeroso.

Segundo Guimarães (p. 106):

“O brincar em seu sentido amplo, implicando nas diferentes atividades lúdicas, como divertimento, folguedo, jogo de crianças, representação (Rosamilha, 1979), é uma atividade universal entre vertebrados (Brunner, Jolly & Sylva, 1976; Crocker, 1978) reconhecidamente crucial no processo de desenvolvimento humano (Kielhofner, Barris, Bauer, Shoestock, & Walker, 1983; Rosenblatt, 1977; Vygotsky, 1984)”.

De acordo com Winnicott (1982, p. 161), “as crianças brincam porque gostam de o fazer, e isso é um fato indiscutível”. As crianças sentem prazer em todas as

experiências de brincadeira física e emocional. Elas são capazes de encontrar objetos e inventar brincadeiras com muita facilidade, e isso lhes dá prazer.

Segundo Teles (1997, p. 15), “brincar, acima de tudo brincar com liberdade, é uma das condições para estimular, principalmente, a criatividade”. As brincadeiras levam a criança a compreender a realidade, ao mesmo tempo em que estimulam a imaginação, que são condições básicas para se poder ser criativo. A brincadeira, o jogo, o humor colocam o indivíduo em estado criativo. Por isso, se a brincadeira estimula a criatividade, deve acontecer num ambiente de liberdade e flexibilidade psicológica, de busca de prazer, de auto-realização.

Brincar é uma necessidade, uma forma de expressão e de interação da criança. “Todas as crianças em todo o mundo, mesmo nas mais terríveis condições de dificuldades, pobreza e proibição, brincam” (Lobo apud Aroeira 1996, in Santos 2001, p. 108).

Oliveira (2003, p. 4), cita que “A conduta lúdica oferece oportunidades para experimentar comportamentos que, em situações normais, jamais seriam tentados por medo de erro ou punição. Brincando, a criança vai além da situação na busca por soluções, pela ausência de avaliação ou punição”. Bruner (1978), in Oliveira, (2003), aponta que o brincar contribui para o processo da criança aprender a solucionar problemas.

Um dos aspectos que marcam a infância é o brinquedo, pois ele é para a criança, o que o trabalho é para o adulto, ou seja, a sua principal atividade. Para Santos (2001), o brincar é um ato natural, espontâneo e instintivo, que toda criança tem, e é, através desse ato, ela desenvolve suas capacidades e se faz um ser histórico-social com características próprias e que requer respostas próprias.

Segundo Brougère (2000, p. 42), “o brinquedo pode ser uma reprodução da realidade, mas trata-se de uma realidade selecionada, isolada e, na maior parte das vezes, adaptada e modificada nem que seja pelo seu tamanho”. Com seu valor expressivo, o brinquedo estimula a brincadeira ao abrir possibilidades de ações coerentes com a representação.

De acordo com Brougère (2000), o brinquedo produz uma certa imagem de criança marcada pela maneira como a própria sociedade a percebe; a riqueza de significados das imagens e representações produzidas por esse brinquedo torna-se evidente no momento em que a criança entra em contato com ele e para ter uma compreensão cultural do brinquedo é a dinâmica desta relação que precisa ser

estudada. A brincadeira aparece como o lugar em que a criança traduz e recria as imagens e representações que lhe são propostas.

Segundo Santos (2001), está cada vez mais forte a idéia de que o brinquedo é conhecido e se manifesta numa variedade de aspectos, organizações e formas concretas no dia a dia, favorecendo a compreensão do homem.

Os brinquedos segundo Brougère (2000), podem ser definidos de duas maneiras, em relação à brincadeira ou em relação a uma representação social. No primeiro caso, o brinquedo é aquilo que é utilizado como suporte numa brincadeira, pode ser um objeto manufaturado, um objeto fabricado por aquele que brinca, uma sucata ou um objeto adaptado. Ou seja, tudo pode se tornar um brinquedo e o sentido de objeto lúdico só lhe é dado por aquele que brinca enquanto a brincadeira acontece. No segundo caso, o brinquedo é um objeto industrial ou artesanal, reconhecido como tal pelo consumidor em potencial, em função de traços intrínsecos (aspecto, função) e do lugar que lhe é destinado no sistema social de distribuição de objetos e por isso, quer seja ou não utilizado numa situação de brincadeira, conserva seu caráter de brinquedo, e pela mesma razão é destinado à criança.

Segundo Rodrigues (2000, p. 27):

“Quando toda a criança, indiscriminadamente, puder brincar em espaços alternativos, com equipamentos diversificados, jogar com outras crianças de várias faixas etárias, descobrir o novo, manipular e construir brinquedos, desafiar seus limites, constituir regras, ser intuitiva e espontânea – transformando-se em bruxa, super-homem, batmam, rainha... – estará atingindo o principal objetivo que é o fazer com que ela incorpore a sua essência e constitua-se num sujeito mais inteligente e social”.

Uma criança que tem possibilidades lúdicas variadas terá mais riqueza de criatividade, relacionamentos, capacidade crítica e de opinião. Quanto maior o contato com o meio ambiente e a variabilidade de estímulos que ele tem para oferecer, maior será a visão de mundo que a criança terá e assim vai determinando seus limites, desafios e criando novos brinquedos (Rodrigues, 2000).

Teles (2000, p. 14) cita que “assim como o trabalho e a profissão são indispensáveis para o adulto, também as brincadeiras o são para as crianças. Essa

é a sua principal ocupação”. Brincando, a criança, coloca para fora as suas emoções e personaliza seus conflitos.

A criança reproduz na sua brincadeira a sua própria vida. E é através dela que vai construir o real, delimitar os limites frente ao meio e o outro e sente o prazer de poder atuar ante as situações e não ser dominado por elas. Existe na brincadeira um simbolismo secundário oculto, como diz Vera Barros de Oliveira, in Teles (2000, p. 16) “bem próximo do sonho. Nesse terreno, estão as preocupações mais íntimas, secretas e continuadas que entram em jogo”.

De acordo com Winnicott (1982), a criança adquire experiência brincando e essa brincadeira é uma parcela importante da sua vida. Enquanto para o adulto as experiências internas e externas ajudam no seu crescimento, para a criança, esse crescimento encontra-se principalmente na brincadeira e na fantasia. Assim como as personalidades dos adultos se desenvolvem através de suas experiências de vida, a das crianças evoluem por intermédio de suas próprias brincadeiras e das brincadeiras feitas por outras crianças e por adultos. “A brincadeira é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência” (p. 163).

Segundo alguns autores (Bruner (1976, 1978); Langley (1985); Rubin & Howe (1985); Vieira (1994); Vygotsky (1994); Winnicott (1978), in Oliveira (2003), p. 4), “o brinquedo é, indiscutivelmente, um veículo que media a relação da criança com o mundo e influencia na maneira de como as crianças se relacionam e interagem”.

Os jogos, brinquedos e brincadeiras tradicionais dependendo da cultura na qual estão inseridos, possuem significados diferentes. Por isso, torna-se muito complexo estabelecer critérios para defini-los. Mas, independente do conceito atribuído a cada um, as brincadeiras, de um modo geral fazem parte do universo infantil (Santos, 2001).

A brincadeira revela que a criança é capaz de desenvolver um modo de vida pessoal e, finalmente, se converter em um ser humano integral, desejado como é e favoravelmente acolhido pelo mundo em geral (Winnicott (1982), in Masetti (2002)).

Está mais que comprovado pelos grandes especialistas a importância da brincadeira no desenvolvimento motor, mental, emocional e social da criança. Por isso, mesmo em situação de hospitalização a criança não deve ser afastada da brincadeira, do humor, da possibilidade de rir, construir uma realidade melhor e mais agradável (Teles, 1999).

Muitos estudos são dedicados à compreensão do instrumento lúdico como potencializador do desenvolvimento. O brinquedo tem sido muito utilizado, seja nas pré-escolas em ludotecas; até como instrumento clínico, em consultórios, abrindo espaços para discussão e estudos que procuram apontar como esse instrumento, típico da fase da infância, pode se configurar em um objeto de estudo bastante rico (Oliveira, 2003).

Cabe às famílias, escolas e instituições que atuam na fase da infância responsabilizar-se pela disponibilização de espaços que darão oportunidades para o desenvolvimento de projetos e programas lúdicos para o mundo infantil que, por natureza, é infinitamente rico, criativo, curioso e investigatório de conhecimento, possibilitando crianças mais felizes, integradas na sociedade (Rodrigues, 2000).

Capítulo IV – O lúdico no contexto hospitalar

De acordo com Lindquist (1993), as crianças em situação de hospitalização, não formam um grupo homogêneo de pessoas, da mesma idade e com os mesmos antecedentes, por isso, não pode ser aplicado a elas um sistema rígido de regras. Mesmo estando debilitadas fisicamente e em sofrimento, as crianças são afastadas dos pais, avós, irmãos, dos animais, dos seus brinquedos, da sua casa e vão pra um espaço frio e desconhecido, onde são recebidas e tratadas por estranhos e rodeadas por uma parafernália de instrumentos assustadores. Trazer a criança para atividades de brincar pode ajudá-la a se sentir melhor no meio de tantas circunstâncias desfavoráveis. Ao brincar, a criança doente, que, em geral, tem um retrocesso em seu desenvolvimento, é estimulada e retoma o impacto vital recuperando-se mental e fisicamente, além de readquirir a autoconfiança, consegue comunicar-se e cria coragem para ultrapassar a adversidade.

O lúdico é uma forma de diversão, descanso, desenvolvimento educativo e um meio auxiliar na prevenção e/ou reabilitação de doenças (Santos, 2001).

Para ter um desenvolvimento saudável, a criança necessita de uma estimulação organizada, adequada e acessível. Quando explora e brinca, a criança incrementa seu repertório comportamental e experimenta diferentes respostas de ajustamento ao seu meio. Considerando que mesmo estando hospitalizada, a criança deve ter preservado os seus direitos a brincar e á estimulação, faz-se necessário não apenas o desenvolvimento de tecnologia comportamental adequada à situação hospitalar, mas também a inclusão do psicólogo na equipe de saúde (Guimarães).

Azevedo (1999), in Soares (2001, p.65):

“Considerou o brincar como uma das estratégias facilitadoras da adaptação da criança à condição de hospitalização, permitindo que a mesma expresse seus sentimentos, proporcionando melhora no repertório de enfrentamento desta condição. Crianças aprendem, através do brincar, acerca de seu mundo e de como lidar com esse ambiente (de objetos, tempo, espaço, estrutura e pessoas)”.

Segundo Brooks, in Ângelo (1985, p. 214), “o brinquedo é o trabalho da criança; com ele ela aprende como ela ocupa a maior parte do seu tempo, o

brinquedo lhe proporciona atividade física, estímulo intelectual, socialização, além de servir como vazão para as suas emoções”.

De acordo com Soares (2001), incentivar a criança a expressar seus sentimentos e fantasias também possibilita a criança desenvolver um repertório para enfrentar a ansiedade, o medo de determinadas situações e a sensação de falta de controle. E o brinquedo, pode ser utilizado como recurso terapêutico para ajudar a criança a se expressar.

De acordo com Petrillo & Sanger, in Ângelo (1985, p. 214), “o brinquedo no hospital devolve, em parte, aspectos normais da vida diária e previne maiores perturbações. Além disso, proporciona à criança a oportunidade de reorganizar a sua vida, diminuindo assim sua ansiedade e dando-lhe um sentido de perspectiva”.

Para Beuter (1994), in Santos (2001, p.90), “a importância das atividades lúdico-educativas, está na promoção do bem-estar e recuperação da saúde dos indivíduos”.

De acordo com Ângelo (1985), a brincadeira é uma das maneiras pelas quais a criança se beneficia no hospital, pois o brinquedo pode ajudar a fazer o hospital parecer menos hostil e proporciona a criança uma forma de fugir da ansiedade causada pela doença e pelas visões estranhas à sua volta.

Rae, Worche, Upchurch, Sanner & Daniel (1989), in Mello (1999, p. 66), citam que “pesquisas apontam para a hipótese de que a participação nas atividades de brincar pelas crianças hospitalizadas estariam entre os fatores que acelerariam a sua recuperação”.

De acordo com Camon (2003), quando as crianças manipulam brinquedos e criam situações parecidas com as que estão vivenciando, elas conseguem aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Para ele, nesse contexto, crianças não brincam por brincar, pois mesmo que não consigam expressar seus sentimentos ou exprimir algum conteúdo mais expressivo durante o jogo, o fato de poder brincar, mexer com os brinquedos, sair do quarto e se sentir apoiado, traz um grande alívio, dando condições para que a criança aja por si. As crianças que vão para a sala de recreação, pátio do hospital ou mesmo aquelas que brincam em seus leitos, devem receber brinquedos com o objetivo de ajudá-las a expressar seus sentimentos enquanto hospitalizadas. E enquanto a brincadeira acontece, o psicólogo deve ficar junto apoiando, conversando e brincando com a criança, pois na medida em que brincam, elas conseguem exprimir seus medos, sobre a saudade da sua família,

sobre a sua doença, o hospital, seu tratamento, etc., e conseguem elaborar e esclarecer suas dúvidas e medos.

Segundo Aragão (2001) é necessário incentivar a criatividade da criança para que ela possa elaborar a atividade onde a expressão de seus sentimentos seja mais facilmente trabalhada. Para isso, é necessário que se explore vários materiais diferentes com a criança para que a ela demonstre interesse por algum deles. O profissional deve ficar atento para orientar as atividades que se adaptem e auxiliem a criança a lidar com as suas dificuldades e quando a criança não demonstra interesse para a brincadeira e não interage, deve ser levada em consideração a possibilidade de dificuldades relacionadas a fatores familiares, pessoais e hospitalares.

Pra Camon (2001, p.64), “o objetivo não é fazer com que as crianças brinquem por brincar, mas sim que através do brinquedo verbalizem e elaborem seus sentimentos enquanto pacientes”.

Para Chiattonne (1988), in Oliveira (2003), os tipos de brinquedos podem ser divididos em duas categorias, o brinquedo livre e o brinquedo dirigido. O brinquedo livre consiste em atividades que são desenvolvidas com todos os materiais que se encontram disponíveis. As atividades são desenvolvidas pela criança, mas orientadas por um coordenador e as crianças se posicionam dentro das brincadeiras frente a determinados assuntos que são orientados por um coordenador quanto á elaboração das questões que forem emergindo. Chiattonne (1988), in Oliveira (2003, p. 5), se refere ao brinquedo livre enfatizando que:

“Apesar do aspecto livre da atividade, as crianças não brincam por brincar, na medida que durante todo o período procuramos conversar, orientar e apoiar-las da melhor maneira possível. O próprio brinquedo nos mostra o caminho escolhido pela criança e pelo qual devemos adentrar e trabalhar os conteúdos existentes”.

O brinquedo dirigido consiste em atividades que são previamente estruturadas e dizem respeito ao trabalho com temas específicos, relacionados a um problema que pode ser de uma criança ou de um grupo de crianças. O objetivo dessas atividades é facilitar a elaboração de sentimentos em relação a uma determinada questão e elaborar estratégias de enfrentamento. O material utilizado nessas brincadeiras está intimamente relacionado ao momento de vida da criança e

por isso facilita a verbalização de sentimentos encobertos. Em situações de hospitalização, os brinquedos abordam temas hospitalares como, bonecos que representam a família, o paciente, à equipe hospitalar, instrumentos cirúrgicos, exames, procedimentos médicos, enfermeiras, carrinhos de ambulância, livros de histórias em que o tema esteja ligado ao período de hospitalização ou ao processo de saúde-doença. Chiattonne (1988), in Oliveira (2003), argumenta que quando as crianças estão em contato com esse material, estabelecem situações, cirurgias, condutas terapêuticas, exames físicos, morte de pacientes, ou seja, várias situações que vivenciam ou imaginam e que precisam elaborar. Essa atividade dá a oportunidade de colocação direta de sentimentos específicos com a ajuda do material lúdico.

Steele, in Ângelo (1985), fala da técnica do brinquedo terapêutico, que pode ser usada por diversos profissionais de saúde, consiste em um brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para a sua idade, experiências que podem parecer ameaçadoras e requererem mais do que o brinquedo recreacional para resolver a ansiedade associada. Este brinquedo deve ser utilizado sempre que a criança sentir dificuldade em compreender ou lidar com as experiências. Para Green, in Ângelo (1985), o objetivo do brinquedo terapêutico é fornecer ao observador uma melhor compreensão das necessidades e sentimentos da criança. Pois, segundo Barton, in Ângelo (1985), um terapeuta habilidoso, consegue, através da observação do brincar da criança, inferir significados que a criança é incapaz de verbalizar.

O brincar deve auxiliar o profissional de saúde a compreender melhor as necessidades da criança, pois pode facilitar a comunicação entre eles, e o paciente pode reconhecer, através da brincadeira, a capacidade de que ele possa ser seu interprete e defensor, ou seja, uma pessoa adulta em que ela possa confiar e ter como aliado. E essa condição pode proporcionar sentimentos positivos e de relaxamentos para o paciente e para a equipe hospitalar (Azevedo (1999), in Soares (2001)).

Segundo Ângelo (1985), in Mello, em geral, a pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem ela recorre quando se sente assustada por não entender o que está se passando com ela por causa da doença. E, a partir desse laço de confiança, pode-se considerar que o brincar possui, no ambiente hospitalar, uma função potencialmente terapêutica.

De acordo com Guimarães (p.108),

“O impedimento ou redução de oportunidades para brincar devido a restrições ambientais ou das condições da criança, conduz a conseqüências adversas (D’Antonio, 1984) como inabilidade para usar efetivamente o próprio corpo, interagir com as pessoas e solucionar problemas (Kielhofner et al., 1983). Outros comprometimentos foram reconhecidos por Crocker (1978), abrangendo nível psicológico como depressão, distúrbios do sono e da alimentação, desatenção, comportamento estereotipado e abrangendo também o nível físico como atraso no crescimento, atrofia de células e músculos”.

Chiattonne (1988) e Lindquist (1993) in Oliveira (2003), citam que na situação hospitalar, o brinquedo é o principal recurso disponível para a preparação de crianças para diversas situações que podem ocorrer. Pois, elaborar essas situações advindas da hospitalização significa aprender a conceituá-las, dar significações, construir estratégias de regulação de emoções para melhor se adaptar, entrar em contato com os sentimentos negativos e positivos relacionados à nova situação e se posicionar em relação a eles, entre outros processos que devem ser desenvolvidos cognitiva e emocionalmente. O brinquedo atende às instâncias cognitiva e emocional que deve ser trabalhada no hospital. Ou seja, a aplicação de recursos lúdicos se transforma em um potencializador no processo de recuperação da capacidade de adaptação da criança hospitalizada, diante das transformações que de darão a partir da sua entrada no hospital.

Segundo Adams (1999), a brincadeira e o riso, que sempre a acompanha, são grandes remédios dentro de um hospital. Pois, estudos mostram que o riso alivia a dor, diminui a tensão e estimula o sistema imunológico.

Adams (1999), mostra várias atitudes e comportamentos que os profissionais de saúde, assim como os familiares e visitantes dos pacientes devem tomar para alegrar o paciente, assim como também o ambiente hospitalar com o objetivo de melhorar a auto-estima, esperança, fé, ânimo e motivação do paciente, buscando assim uma maior humanização no atendimento e maior adaptação do paciente ao ambiente hospitalar e a sua situação de doença. Essas atitudes e comportamentos consistem em: orientar melhor o paciente a respeito da sua doença e procedimentos

médicos a qual ele se sujeitará, contar histórias agradáveis e divertidas, trazer de casa objetos que o paciente goste para que sinta o ambiente mais familiar, ouvir o paciente para que ele tenha como desabafar e expor seus medos e angústias, assim como também arranjar tarefas, ocupação e diversão para que o paciente não fique todo o seu tempo ocioso.

Masetti (2002), relata a história dos “Doutores da alegria”, profissionais que dedicam a sua vida a proporcionar um pouco de alegria, diversão e felicidade para crianças em situação de hospitalização. Esses profissionais adequam a maneira de brincar à disponibilidade e capacidade da criança, pois algumas crianças não podem sair da cama e/ou tem os seus movimentos restritos. Para eles o importante é que a criança, assim como os seus familiares tenham um momento de descontração e conforto diante da realidade sofrida em que se encontram. Não é necessário brinquedo caro e sofisticado pra desenvolver esse trabalho, mas sim criatividade, disposição para ajudar, capacidade para ouvir, carinho e amor para poder proporcionar sentimentos bons e agradáveis para o paciente e seu familiar. Uma das características da atuação dos doutores da alegria é transformar qualquer acontecimento, seja agradável ou não, em um recurso para o seu trabalho, coisas que aparentemente poderiam ser desagradáveis como um tropeço ou um “não”, são canalizadas para a linguagem humorística. “Essa capacidade carrega em si uma metáfora importante, em se tratando de doença e hospitalização: a de que é possível transformar a dor e o sofrimento” (p.56). Os doutores da alegria se vestem de palhaços, pois acreditam na união entre o palhaço e a criança. Acreditam que através da brincadeira esse encontro acontece da melhor forma e, o tempo e a intensidade da brincadeira, vai depender dos olhares da criança e da permissão para o jogo. “É tão intenso que brincar, nesse encontro, é sinônimo de viver” (p.14).

Médicos, enfermeiros, pais e familiares relatam em pesquisas realizadas nos hospitais em que os doutores da alegria atuam, que a atuação desses profissionais causam diversas alterações no comportamento das crianças, pois estas ficam mais alegres, mais ativas, passam a se comunicar melhor, melhoram o contato com a equipe de saúde, se alimentam melhor, fatores estes que aceleram a recuperação e fazem com que a hospitalização passe a ser menos ameaçadora. Outra pesquisa aponta também para o fato de que os resultados e efeitos da atuação dos doutores da alegria se estendem aos pais, profissionais de saúde e funcionários do hospital que também ficam mais alegres, melhoram a comunicação, assim como também

diminui o estresse no trabalho, melhorando a auto percepção profissional e da imagem do hospital (Masetti, 2002). Segundo Masetti (2002, p. 30), “No riso estão presentes condições sob as quais certa quantidade de energia psíquica obtém descarga, liberando o investimento antes feito, na tentativa de elaborar alguma dificuldade”.

De acordo com Soares (2001), utilizar técnicas lúdicas durante o período da hospitalização infantil é uma estratégia efetiva para diminuir o estresse, o medo e a ansiedade relacionados com tal situação. Pois quando a criança encontra no hospital um espaço para brincar, pode ficar mais relaxada.

Os doutores da alegria acreditam que existe na criança uma essência que quer brincar independente da sua situação de hospitalização e do seu diagnóstico. E isso, faz com que na sua interação com a realidade, a criança busque interações adequadas, a depender do seu estado clínico, mas sempre no sentido de estabelecer uma relação (Masetti, 2002).

Camon (2003) cita que o psicólogo pode atuar tentando aliviar o sofrimento da criança quando ela teme a doença, a hospitalização, um exame, um medicamento, a equipe de saúde ou o próprio ambiente, assim como também quando ela quer falar de si, da doença, de sua família, quando chora a ausência da família, quando se sente abandonada, quando precisa receber uma orientação, quando sua situação de hospitalização vai ser prolongada, quando necessita fazer dieta, quando sente muita dor, em fim, quando a criança precisar de apoio já que está vivenciando uma situação nova, cheia de novidades e mudanças que podem causar desconforto e sofrimento. E deve atuar procurando incentivar atividades produtivas, diminuir o sofrimento inerente à hospitalização e o processo de doença, melhorar a qualidade de vida do paciente, fazer com que a criança e a família compreendam a situação de doença e hospitalização, evitar situações difíceis e traumáticas sempre que possível, ajudar o paciente a conviver com a nova situação, solicitar a criança para a vida, conversar e dar espaço para a criança expresse e elabore os seus sentimentos.

Assim, cabe também ao psicólogo que se propõe a trabalhar no hospital conhecer a história clínica do paciente, assim como também um pouco de cada patologia, para poder direcionar melhor a sua linha de atuação, pois é impossível preparar uma criança para uma cirurgia, por exemplo, sem saber pelo menos o básico sobre o seu caso clínico (Camon, 2003).

Para Soares (2001), a intervenção da Psicologia em instituições hospitalares deve ir além dos objetivos prescritivos de facilitador do processo de adaptação da criança e da família à situação de hospitalização. Deve ser dirigido ao desenvolvimento de recursos para aprimorar a adaptação à hospitalização, incluindo no trabalho o motivo da internação da criança; a permissão da permanência da mãe junto a ela; a participação dos pais nos cuidados; a preparação psicológica para todos os procedimentos e, sobretudo, a utilização do brinquedo como parte integrante do ambiente hospitalar.

Conclusão

A inclusão do lúdico no processo de hospitalização infantil, ainda é visto como uma idéia nova e que, por isso ainda necessita que seja, realizado muitas pesquisas e estudos, para que a idéia seja mais difundida para que possa ser percebido a real necessidade e importância de sua implantação.

Muitos estudos já mostram que a utilização de brinquedos, em hospitais, pode ser utilizada como recurso para facilitar a experiência da hospitalização para a criança, além de ser um valioso instrumento de informação para a equipe de saúde.

Segundo Soares (2001), o brincar no contexto de hospitalização, é considerado como uma atividade que pode facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, por propiciar melhor adaptação e cooperação do paciente aos procedimentos médicos. Por isso, atividades lúdicas devem ser organizadas no hospital, pois irão auxiliar no desenvolvimento integral da criança, incrementando o seu repertório comportamental, através da experimentação de diferentes respostas de ajustamento ao meio.

Uma criança hospitalizada que recebe cuidados e atenção de um psicólogo que busca ajudá-la a superar as dificuldades enfrentadas, que lhe ouve e lhe proporciona momentos de alegria e descontração, que está ao seu lado para conversar e explicar o que está acontecendo e que dá apoio aos pais, auxiliando na forma de tratamento, viverá a sua experiência de hospitalização de uma forma menos dolorosa e traumática.

Uma questão que é levantada por vários autores, é se essa brincadeira deve ser livre ou não. Ou seja, se a criança em situação de hospitalização, quando vai brincar, deve brincar de forma que a brincadeira tenha algo a ver com a sua situação de doença e hospitalização, para facilitar que a criança exprima seus medos e angústias, ou se a brincadeira deve ser livre e aberta como qualquer outra brincadeira, pois o importante é brincar para se sentir mais alegre e para que não deixe de viver a sua infância. Alguns autores acreditam que devem existir os dois tipos de brincadeira, pois a brincadeira dirigida, irá fazer a criança expressar seus sentimentos e isso facilitará o trabalho dos profissionais de saúde enquanto que a brincadeira livre irá fazer a criança ver que mesmo estando doente pode brincar e viver a sua infância tendo claro que deve respeitar as suas atuais limitações.

A partir do presente trabalho, pode-se perceber que existem muitos aspectos positivos vinculados a implantação de atividades lúdicas para as crianças hospitalizadas tais como: aumento da motivação da criança, melhora na auto-estima, facilitação do contato da criança com a equipe de saúde, estimulação do desenvolvimento da criança, facilitação na adaptação a situação de hospitalização, entre outros. Porém aspectos negativos também podem ser encontrados caso o profissional não esteja gabaritado para exercer essa função, pois é necessário que esse profissional seja criativo, alegre, divertido, cativante e extremamente cuidadoso na hora de lidar com as crianças, pois estas estão muito fragilizadas. Um dos objetivos desses profissionais é preparar e ajudar as crianças para que quando forem ser submetidas aos tratamentos, estejam preparadas para isso, para que não ocorram traumas e não fiquem seqüelas da sua experiência de hospitalização. Mas o profissional tem que estar atento, pois a direção do caminho a ser tomado deve ser dado pela criança e não pelo psicólogo.

Segundo Oliveira (2003), a equipe hospitalar, preocupa-se muito mais com a doença em si e a restauração do órgão debilitado, do que com a saúde da criança, e por isso, não levam em conta o seu desenvolvimento cognitivo e emocional para compreender e ajudar a criança no enfrentamento dessa situação. Por isso a necessidade de um profissional gabaritado para exercer tal função de facilitador da criança a adaptação à sua situação de hospitalização, assim como também auxiliar a família dessa criança. O objetivo principal da ludoterapia no hospital é de contribuir para que a criança cresça e se desenvolva, que aprenda novos conteúdos que aparecem nessa situação e construa significados importantes acerca da concepção de si mesmo e de suas emoções que fazem parte de suas experiências dentro e fora do hospital.

Camon (2003), afirma que o trabalho do psicólogo em um hospital é uma atividade muito gratificante e enriquecedora, mas também muito desgastante e exaustivo. Pois, muitas vezes tem que lidar com a não aceitação do seu trabalho por parte da equipe, além das dificuldades institucionais. Para o psicólogo hospitalar não basta que a sua atividade seja bem feita, pois necessita fundamentalmente do apoio de toda a equipe de saúde envolvida, pois dificilmente o psicólogo obterá sucesso se trabalhar sozinho, isolado dos outros profissionais e longe das necessidades reais dos pacientes, da equipe de saúde e das famílias. Afirma também que o trabalho junto a crianças doentes e hospitalizadas é uma tarefa que exige muita dedicação e

principalmente muito amor, para dar e receber, para aliviar, prevenir e para curar. “As crianças hospitalizadas nos ensinam a viver. Portanto, trabalhar junto a elas é aprender a viver” (p.99).

A forma de atuação do psicólogo com as crianças hospitalizadas depende muito da estrutura e das necessidades dos hospitais. Não é necessário brinquedo caro e uma sala de recreação completamente equipada, mas pelo menos um local em que a criança e os profissionais possam se sentir confortáveis e livres para brincar e se expressar.

A atual condição dos hospitais brasileiros exige dos profissionais uma adaptação de estratégias para que possam desenvolver trabalhos efetivos. Por isso, é necessário ainda que mais pesquisas sejam feitas para que fique claro a importância e necessidade da implantação de atividades lúdica em hospitais por profissionais competentes e gabaritados para atuarem nessa área.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, Patch. *O amor é contagioso*. 7ª. Edição. Rio de Janeiro. Editora Sextante, 1999.
- ÂNGELO, Margareth. *Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada*. Revista da escola de Enfermagem da USP. 1985. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 216-223.
- ARAGÃO, Rita Márcia & AZEVEDO, Maria Rita Zoéga Soares. *O brincar no hospital: Análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças*. PUC-Campinas, Revista estudos de Psicologia, v. 18, n. 3, p. 33-42, Setembro/Dezembro 2001.
- BAPTISTA, Makilim Nunes & Dias Rosana Righetto. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Editora Guanabara Koogan, 2003.
- BARROS, Luísa. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi Editores. Lisboa, 1999.
- BELLACK, L & SMALL, L. *Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve*. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1980.
- BLEGER, José. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Trad. Emília de Oliveira Diehl. 2ª. Edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas, 1989.
- BROUGÉRE, Gilles. *Brinquedo e cultura*. Questões na nossa época. Revisão técnica e versão brasileira adaptada por Gisela Wajskop. 3ª. Edição. Editora Cortez.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami. *A psicologia no hospital*. 2ª. Edição. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho et al. *Psicologia e Pediatria*. Série cadernos Nêmeton de Psicologia Hospitalar, n. 2 – Nêmeton – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde. São Paulo, 2002.
- GUIMARÃES, Suely Sales. *A hospitalização na infância*. Universidade de Brasília. Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v. 4, n. 2, p. 102-112.
- LINDQUIST, Ivonny. *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. Scritta Editorial (1993).
- MASETTI, Morgana. *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Editora Palas Athena, 1998.

- MELLO, Cátia Olivier et al. *Brincar no hospital: assunto par a discutir e praticar*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicologia: Teoria e pesquisa. Brasília, Janeiro-Abril 1999; v. 15, n. 1, p. 65-74.
- OLIVEIRA, Sâmelá Soraya Gomes de. *O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, v. 16, n. 1, p. 1-13.
- RIBEIRO, R.L.R. *Em busca do arco-íris: relato de uma prática de enfermagem para promover a cidadania e a humanização da assistência à criança hospitalizada*. Coletânea de Enfermagem. Cuiabá, v. 1, n. 2, p. 79-107, 1999.
- RODRIGUES, Rejane Penna (org.). *Brincalhão: uma brinquedoteca itinerante*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.
- SANTOS, Santa Marli Pires dos (org.). *A Ludicidade como ciência*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.
- SOARES, Maria Rita Zoéga. *A inclusão do brincar na hospitalização infantil*. Universidade Estadual de Londrina. Revista Estudos de Psicologia, PUC Campinas, v. 18, n. 2, p. 64-69, Maio/Agosto, 2001.
- TELES, Maria Luiza Silveira. *Socorro! É proibido brincar!* Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997.
- WINNICOTT, Donald Woods. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro. Editora LTC, 1982. 6ª. Edição.

Anexos

Anexo 1 – Principais efeitos da hospitalização em crianças.

| FAIXA ETÁRIA | CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS | EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO |
|---|---|---|
| 18 meses a 3 anos | Egocentrismo, | -Criança crê que causou a doença e a hospitalização; -Intensa sensação de desproteção e abandono; -Temor da perda de amor; |
| 18 meses a 3 anos | Pensamento concreto, | -Percepção concreta da doença e da hospitalização afetando a vida cotidiana; -Sofrimento intenso; -Não compreende a hospitalização; -Dificuldades de adaptação; -Temor de separação; -Ansiedade no cotidiano com estranhos e diante dos procedimentos; -Fantasias assustadoras; |
| 18 meses a 3 anos | Controle de si e das situações através de exploração e manipulação, | -Imposição de medidas terapêuticas levam à interferência no desejo por controle; |
| 18 meses a 3 anos | Busca de autonomia, | -Perda da autonomia; -Aumento dos comportamentos de vínculo e regressão; -Luta para manter habilidades adquiridas; |
| 18 meses a 3 anos | Imposição contra limites, | -Intensa reação contra restrições da doença; -Agressividade; -Ambivalência ou relutância da família na imposição de limites determinam interferência no desenvolvimento do controle do impulso; |
| 3 a 6 anos | Pensamento concreto / egocentrismo, | -Dor, sintomas da doença e condutas terapêuticas vividas como punição; |
| 3 a 6 anos | Domínio de habilidades, conceitos, valores e relações, | -Limite à capacidade de atingir controle motor e competência social; -Limite à interação com os pares e aprovação; -Limite ao senso de domínio causando temores, passividade e dependência; |
| 3 a 6 anos | Espontaneidade máxima, Flutuações dependência / independência, Jogos cooperativos / integrados, Relações com novos amigos, Desenvolvimento psicosssexual, | -Regressão: anorexia, lambuzar-se regressivo, recusa à mastigação, perda do controle esfíncteriano; -Gratificações primitivas / caráter pré-genital; -Balanceio, masturbação, chupar o dedo; -Retardo do ingresso na escola, aumento da dependência, raiva por ser diferente; |
| 6 a 12 anos | Importância dos grupos, pares, | -Raiva / culpa -Ressentimento por ser diferente; -Interferência nas relações com o grupo; |
| 6 a 12 anos | Compreensão de causa e efeito, | -Morte personificada, ameaça gradual e pessoal, interesse pelo além da morte, reações de angústia e luto; |
| 6 a 12 anos | Aquisição de habilidades sociais e físicas, Desenvolvimento do senso de realização, Ajustamento ao setting escola, | -Faltas escolares; -Insegurança e ansiedade; -Aumento de queixas físicas / faltas; -Diminuição de habilidade cognitiva e capacidade de concentração; -Frustração de sonhos e projetos; |
| Conforme Chiattonne em "E a psicologia entrou no hospital", 1996: 98. | | |