



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

SUZANA SOARES GUIMARÃES ALVES

**HOSPITALIZAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO NAS UNIDADES
DE PEDIATRIA**

BRASÍLIA, DF

2014

SUZANA SOARES GUIMARÃES ALVES

**HOSPITALIZAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO NAS UNIDADES
DE PEDIATRIA**

**Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como
requisito básico para a obtenção
do grau de Psicólogo. Professora-
Orientadora: Morgana Queiroz**

BRASÍLIA, DF

2014

SUZANA SOARES GUIMARÃES ALVES

**HOSPITALIZAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO NAS UNIDADES
DE PEDIATRIA**

**Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como
requisito básico para a obtenção
do grau de Psicólogo. Professora-
Orientadora: Morgana Queiroz**

BRASÍLIA, DF, 01/12/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Morgana Queiroz

Orientadora

Examinador

Examinador

Aos meus pais, Ilacir e Maria do Carmo, a quem dedico este trabalho e, principalmente, a minha vida; ao meu marido, Clênio, pelo carinho, pela compreensão e pelo incentivo; aos meus irmãos, companheiros de jornada; aos meus avós, pelos inúmeros ensinamentos e lembranças que me deixaram; a todas as crianças, em especial, àquelas que fizeram parte da minha formação; e às minhas grandes amigas Maria Izabel e Maria Terezinha pela alegria que me proporcionam.

Agradecimentos,

A Deus, por iluminar minha difícil trajetória; à minha mãe, que mesmo de longe me proporciona força, entusiasmo, apoio e tranquilidade; ao meu marido pelos últimos doze anos, pelo presente e pelo futuro.

À orientadora Prof. Msc. Morgana Queiroz pela ajuda na concretização deste trabalho e pela oportunidade de conhecer e trabalhar com a Psicologia Hospitalar.

Às preceptoras Adriana Dias, Carolina Leão e Marina Kohlsdorf por tudo o que me ensinaram e me permitiram vivenciar durante o estágio.

RESUMO

Os setores de isolamento de contato em hospitais são destinados à internação de pessoas com baixa imunidade e com maior risco de infecção por vírus e bactérias. Apesar de proporcionarem proteção para pacientes, acabam deixando-os mais angustiados, afinal, além de hospitalizadas, as pessoas internadas nesses locais não têm livre contato com outros sujeitos. Contam apenas com o acompanhante e com a assistência de profissionais de saúde devidamente preparados para lidar com as medidas de precaução, entre elas, o uso de luvas e máscaras. Crianças internadas nesses setores estão duplamente isoladas, afinal, estar hospitalizado significa estar isolado, pois a situação é marcada pela mudança na rotina e, ainda, ter de lidar com uma série de limitações, exigências e cuidados típicos de hospitais. A presente pesquisa teve como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre a atuação de Psicólogos nos setores de isolamento de hospitais. Os objetivos específicos foram: Caracterizar o processo de adoecimento e hospitalização na infância, na sua complexidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais; caracterizar os setores de isolamento nas unidades de pediatria e infectologia e as implicações psicológicas dessa experiência e, por fim, explorar as possibilidades e os limites do trabalho das Psicólogas nesses setores de isolamento. Para realizar este estudo utilizou-se de pesquisa bibliográfica articulada com reflexões pessoais sobre experiência de estágio na área da saúde. Concluiu-se que, apesar das dificuldades de aceitação por parte das equipes de saúde, a atuação da Psicologia nesses setores é fundamental para sustentar o espaço para que pacientes e acompanhantes possam falar, manifestar seus medos e angústias e elaborar a situação vivenciada. Além de auxiliar diádes na compreensão do quadro clínico e na aceitação de procedimentos médicos essenciais, o trabalho adequado da Psicologia permite que pacientes se sintam acolhidos, compreendidos, com o direito de brincar e de serem o que são: crianças.

Palavras-chave: Adoecimento. Pediatria. Isolamento de contato. Psicologia. Brincar.

ABSTRACT

The contact isolation sectors in hospitals are for the admission of people with low immunity and increased risk of infection by viruses and bacteria. While providing protection for patients, end up leaving them more distressed, after all, and hospitalized, people interned in these places have no free contact with other subjects. Rely solely on the companion and the health care professionals adequately prepared to deal with precautionary measures, including the use of gloves and masks. Children admitted in these sectors are doubly isolated, after all, being hospitalized means to be isolated, because the situation is marked by the change in routine and also have to deal with a number of limitations, requirements and typical care hospitals. This research aimed to deepen understanding of the role of psychologists in hospitals isolation sectors. The specific objectives were to characterize the process of illness and hospitalization in childhood, in its complexity, involving biological, psychological and social; characterize the insulation sectors in pediatric units and infectious diseases and the psychological implications of this experience and, finally, explore the possibilities and limits of the work of Psychologists in these isolation sectors. To carry out this study we used an articulate literature with personal reflections on training experience in health care. It was concluded that, despite the difficulties of acceptance by health teams, the role of psychology in these sectors is essential to sustain the space for patients and caregivers can talk, express their fears and anxieties and elaborate the experienced situation. Besides helping dyads in understanding the clinical and acceptance of essential medical procedures, proper work of psychology allows patients feel welcomed, understood, with the right to play and to be what they are: children.

Keywords: Illness. Pediatrics. Contact isolation. Psychology. Play.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 ADOECIMENTO, HOSPITALIZAÇÃO E O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL	13
2 INTERNAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO E SEUS EFEITOS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA	22
3 UMA REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO PSICOLÓGICO EM SETORES DE ISOLAMENTO: LIMITES E DESAFIOS	29
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

Embora o adoecimento faça parte da vida do ser humano e possa surgir a qualquer momento ao longo de sua existência, a doença pode ser representada como um evento inesperado e, por vezes, impactante. Pode mobilizar, ainda, inúmeros sentimentos e sensações que vão muito além da dor física, orgânica, afetando o funcionamento psíquico.

Entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que, através de sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global, gerando desarmonização da pessoa; compreende-se esse desequilíbrio como um abalo estrutural na condição de ser dentro de sua sociocultural. (SANTOS; SEBASTIANI, 1996, p. 150).

Lidar com o adoecimento nem sempre é fácil, pois tanto a espera por um diagnóstico quanto o recebimento dele podem deixar pessoas fragilizadas e em estado de sofrimento. Sofrimento que deve ser reconhecido e trabalhado.

O presente estudo surgiu diante do grande interesse em trabalhar com crianças e também da necessidade pessoal de atuar na área da saúde e, a partir daí, verificar como é a atuação da Psicologia nos setores de isolamento, seus limites e possibilidades.

A partir de pesquisa bibliográfica realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2014 em sites de publicações acadêmicas, como a base de dados *Scientific Eletronic Library Online (Scielo)*, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Google Acadêmico, verifica-se que existem diversos estudos sobre o tema Crianças Hospitalizadas, porém, boa parte deles concentra-se em temas sobre familiares de crianças internadas. Há também pesquisas acerca da função da brincadeira no ambiente hospitalar. Mas, nota-se a escassez de trabalhos relacionados aos aspectos vinculados à hospitalização infantil em setores de isolamento. Não há material que aborde a escuta psicológica a crianças nesses locais. A questão do isolamento é aprofundada, em geral, em pesquisas das áreas de Medicina ou Enfermagem, com enfoque nos aspectos biofisiológicos e em procedimentos específicos vinculados ao tratamento proposto ou ao setor em si.

O objetivo geral desta pesquisa é aprofundar o conhecimento sobre a atuação de Psicólogos nos setores de isolamento de hospitais. Os objetivos específicos são:

- Caracterizar o processo de adoecimento e hospitalização na infância, na sua complexidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais;
- Caracterizar os setores de isolamento nas unidades de pediatria e infectologia e as implicações psicológicas dessa experiência;
- Explorar as possibilidades e os limites dos profissionais de Psicologia nesses setores de isolamento.

Para abordar essas questões, o presente estudo foi dividido em três capítulos: o primeiro, denominado Adoecimento, hospitalização e o processo de desenvolvimento infantil, traz uma breve abordagem sobre o desenvolvimento da infância, com foco no processo de hospitalização e nos impactos do adoecer. O segundo capítulo, Internação em setores de isolamento e seus efeitos no processo de desenvolvimento da infância, aborda a situação de meninos e meninas hospitalizados e o acompanhamento psicológico nos setores de isolamento - destinados a proteger pessoas internadas de contaminação e também prevenir os demais hospitalizados do risco de contrair alguma doença. Por fim, o terceiro capítulo, intitulado Uma reflexão sobre o trabalho psicológico em setores de isolamento: limites e desafios, apresenta a atuação dos profissionais da Psicologia nesses setores repletos de restrições e exigências que, de certa forma, acabam deixando em segundo plano os aspectos emocionais das crianças que ali estão internadas. O conteúdo do terceiro capítulo traz uma análise da autora desta pesquisa sobre as possibilidades, as dificuldades e os ideais que compõem o dia a dia de Psicólogos que trabalham pela promoção da saúde psíquica de crianças hospitalizadas.

Desde que atue com ética e profissionalismo, o Psicólogo no ambiente hospitalar é capaz de tornar o ambiente mais “leve” e acolhedor. Ouvir a história de vida de cada díade, permitir que pacientes e acompanhantes manifestem sobre como se sentem, sobre o que gostariam de estar fazendo e quais os planos para quando saírem do hospital são estratégias que podem favorecer a formação de vínculo e, a partir daí, permitir a sequência de acompanhamento, trabalhando diversas questões, entre elas, as dificuldades, o sofrimento, os medos e as angústias.

A negação, a culpa e a revolta são sintomas que podem surgir durante a hospitalização. A internação nos setores de isolamento de contato é capaz de

intensificar essas sensações, gerar tristeza e até mesmo depressão, afinal, além de estarem em um ambiente completamente diferente do habitual, as crianças convivem diariamente com pessoas que ainda não conheciam e, além disso, lidam diariamente com imposições, como o repouso e horários de alimentação, de medicação, além de métodos que podem provocar dores, como por exemplo, injeções e exames. Portanto, considerar os aspectos afetivos e cognitivos de cada paciente é o início de um bom trabalho.

O presente estudo busca mostrar que é necessário olhar para crianças como um todo, compreendê-las não como pequenos corpos doentes, mas como seres humanos repletos de vontades e necessidades que também precisam ser acolhidas e, muitas vezes, atendidas - desde que as limitações, inclusive aquelas provocadas pelo adoecimento, sejam respeitadas. Para que isso possa acontecer, a principal estratégia a ser utilizada por Psicólogos para que haja uma aproximação de crianças é o brincar. Interagir com meninos e meninas por meio de brinquedos e brincadeiras proporciona acolhimento, estimulação, distração e, até mesmo, alegria.

Para a realização deste estudo utilizou-se de pesquisa bibliográfica articulada com reflexões sobre experiência de estágio no campo da Psicologia da Saúde. Esta proposta foi fundamental para abordar o tema que, embora não seja novo, até então, tem sido pouco explorado por estudantes e profissionais da Psicologia.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007), a pesquisa bibliográfica é uma técnica que reúne todas as publicações já existentes e que estejam relacionadas ao tema abordado, seja em publicações avulsas, periódicos como jornais e revistas, livros, teses e monografias e até mesmo em material divulgado nos meios de comunicação, entre eles, rádio, filmes e televisão. Ou seja, diversas fontes fornecem elementos que podem compor um novo estudo e a análise das informações obtidas a partir da pesquisa é capaz de trazer inovações sobre a temática selecionada pelo pesquisador.

Manzo (1971, apud MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 71), explica que a pesquisa bibliográfica, além de oferecer meios para solucionar problemas já conhecidos, é usada para explorar novas áreas acerca da questão. “Dessa forma, a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo

assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”. (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 71).

Lima e Miotto (2007) também abordam a importância da pesquisa bibliográfica. De acordo com elas, a leitura é a principal técnica para a realização desse tipo de pesquisa, “pois é através dela que se pode identificar as informações e os dados contidos no material selecionado, bem como verificar as relações existentes entre eles de modo a analisar a sua consistência”. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 41). As autoras também ressaltam a diferença entre pesquisa bibliográfica e revisão de literatura:

Não é raro que a pesquisa bibliográfica apareça caracterizada como revisão de literatura ou revisão bibliográfica. Isso acontece porque falta compreensão de que a revisão de literatura é apenas um pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 36).

Parâmetro temático, parâmetro linguístico, principais fontes e parâmetro cronológico são critérios fundamentais para a definição da técnica a ser utilizada em busca de soluções para o assunto sobre o qual se pretende discutir. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 41). As autoras explicam que parâmetro teórico envolve a seleção das obras relacionadas ao tema; o parâmetro linguístico se refere ao idioma de cada obra utilizada; as fontes principais são aqueles que o pesquisador pretende consultar, como livros, periódicos, teses etc.; e o parâmetro cronológico é aquele que estabelece o período das publicações que serão utilizadas no estudo. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 41).

Ressalta-se, ainda, que a pesquisa bibliográfica é um “procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas”. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 44). A partir daí, nota-se a relevância do uso dessa técnica e enfatiza-se que a escolha da pesquisa bibliográfica para a realização do presente estudo está alinhada principalmente à questão da novidade, da inovação, já que não é possível encontrar muitos estudos da área de Psicologia sobre os setores de isolamento.

Como não se trata de uma pesquisa de conceitos, mas sim sobre a prática psicológica, para a realização deste estudo utilizou-se, ainda, da pesquisa

exploratória. De acordo com Deslandes (2004, p. 32), ela exige uma “pesquisa bibliográfica disciplinada, crítica e ampla”. Outros pontos fundamentais citados pela autora são a articulação criativa e a humildade para reconhecer que “todo conhecimento científico tem sempre um caráter aproximado, provisório, inacessível à totalidade do objeto, vinculada à vida real e condicionado historicamente”. (DESLANDES, 2004, p. 32).

Tanto a pesquisa bibliográfica como a exploratória são adequadas para estudos que envolvem a área de saúde, mais especificamente quando se trata da questão do isolamento, afinal, as poucas bibliografias sobre o tema, em geral, são oriundas de pesquisas realizadas por estudantes e profissionais da área de Enfermagem, e não da Psicologia.

Para a realização deste estudo foram pesquisados artigos e livros publicados a partir de 1990, época em que houve a consolidação e a organização do campo da Psicologia Hospitalar.

1 ADOECIMENTO, HOSPITALIZAÇÃO E O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento humano é um processo contínuo, iniciado desde a gestação, passando pelo nascimento e seguindo até a morte. Abordá-lo neste estudo é fundamental para o entendimento do conjunto de fatores que mobilizam as pessoas, principalmente quando crianças, durante processo de hospitalização.

Papalia, Olds e Feldman (2009) dividem o desenvolvimento humano em oito períodos: **Período Pré-Natal**, que vai da concepção ao nascimento; a **Primeira Infância**, que compreende o período entre o nascimento e os três anos de idade; a **Segunda Infância**, dos três aos seis anos; a **Terceira Infância**, que corresponde ao período entre seis e 11 anos; a **Adolescência**, dos 11 a aproximadamente 20 anos; o **Início da Vida Adulta** entre os 20 e os 40 anos de idade; a **Vida Adulta Intermediária** dos 40 aos 65 anos e, por fim, a **Vida Adulta Tardia**, etapa que se inicia a partir dos 65 anos. (Grifo nosso).

Como o presente estudo tem como foco a infância, é necessário descrever essa fase da vida na perspectiva de Papalia, Olds e Feldman. Segundo esses autores, nos três primeiros anos, o desenvolvimento cognitivo pode ser resumido nas seguintes características: as capacidades de aprender e memorizar estão presentes desde as primeiras semanas; por volta do segundo ano, a criança começa a ser capaz de usar símbolos e a resolver problemas e, nessa fase há também o desenvolvimento da compreensão e da utilização da linguagem. (Papalia, Olds e Feldman, 2009). Nessa mesma faixa etária,

o desenvolvimento psicossocial pode ser caracterizado pelo desenvolvimento do apego aos pais e também a outras pessoas e o desenvolvimento da autoconsciência. Nota-se também a passagem da dependência para a autonomia e o aumento do interesse por outras crianças. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009, p. 59).

Os autores também fornecem uma visão geral da Segunda Infância. De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2009), o desenvolvimento físico e cognitivo apresenta características como: crescimento estável e aparência mais semelhante à de um adulto; diminuição do apetite e problemas no sono; é também nessa fase que se percebe a aptidão para o uso de uma das mãos; há também melhora nas

habilidades motoras finas e gerais e também na força física. Além disso, o pensamento é voltado para o egocentrismo, porém, amplia-se a compreensão da perspectiva das outras pessoas; surgem ideias ilógicas sobre o mundo; há melhora na linguagem e na memória e a inteligência é mais previsível. Com relação ao desenvolvimento psicossocial na segunda infância, os autores afirmam que a autoestima está completa; o conceito de identidade e o entendimento das emoções estão mais complexos e aumentam a independência, a iniciativa e o autocontrole. Há também o desenvolvimento da identidade de gênero; as brincadeiras passam a ser mais elaboradas, criativas e sociais. Tornam-se comuns o medo, o altruísmo e a agressividade. O foco da vida social é a família, mas outras crianças se tornam mais importantes.

Na terceira infância, segundo Papalia, Olds e Feldman, (2009), com relação ao desenvolvimento físico e cognitivo, observa-se que o crescimento é mais lento e há o aperfeiçoamento da força e das habilidades físicas. O egocentrismo diminui; a memória e a linguagem se aprimoram e a criança começa a pensar logicamente, mas de forma concreta. Com relação ao desenvolvimento psicossocial, o autoconceito, por ser mais complexo, passa a afetar a autoestima. Há também uma mudança gradual do controle exercido pelos pais sobre o (a) filho (a) e, além disso, os amigos passam a ter importância central na vida da criança.

O adoecimento gera angústia, insegurança, incertezas tanto nos usuários do sistema de saúde, quanto em seus familiares. É um momento de fragilidade, principalmente quando é necessário enfrentar o processo de hospitalização, já que muitos só recorrem aos cuidados médicos quando percebem que não podem suportar o mal-estar físico. Mas, além da dor física, a pessoa fica exposta a uma diversificada e impactante dinâmica afetiva, que se entrelaça ao recebimento do diagnóstico, ao encaminhamento para a realização de procedimentos médicos específicos, que pode culminar com a necessidade de internação e encaminhamento para cirurgias. Toda essa situação é mais delicada quando a hospitalização envolve crianças e adolescentes.

Ajuriaguerra (1986) afirma que a experiência de adoecimento leva a criança a ter os seguintes movimentos psicoafetivos: regressão, sofrimento, efeito sobre o esquema corporal ou “sentimento de si” e a morte. De acordo com ele, a regressão

tem a ver com o retorno à relação de cuidados e de dependência. O sofrimento pode estar relacionado a alguma experiência de punição ou ao sentimento de falta, já que a criança sente culpa por estar doente e esse sentimento pode ser reforçada pelo discurso familiar ou ter relação com a vida fantasmática da criança. Já o acometimento do esquema corporal ou "sentimento de si", segundo os autores, depende de fatores como a gravidade, a duração e a origem do impedimento causado pela doença. O sentimento de corpo imperfeito, frágil e defeituoso é frequente e, dependendo do tipo de conflito, o acometimento do "sentimento de si" enfatizará fantasmas de castração ou uma ferida narcísica. E, por fim, a morte aparece em certas doenças mesmo que criança e família não falem muito sobre o assunto.

Como o adoecimento é algo natural e, muitas vezes, não há como impedir que ele ocorra, é necessário dar atenção àquilo que a criança manifesta: pode ser que fale sobre suas angústias ou não, mas é necessário observar as mudanças ocorridas diante do processo de hospitalização e verificar o que pode estar causando ainda mais sofrimento a quem já está doente.

O ambiente hospitalar é diferente, sem atrativos, com funcionamento marcado por rotinas e regras institucionalizadas pela prática médica, como por exemplo, tomar remédios, muitas vezes através de acesso venoso; manter repouso; passar por exames; mudanças no horário das refeições, do banho etc., e, além de tudo isso, conviver com pessoas desconhecidas até então. De acordo com Nigro (2004),

o medo do desconhecido está sempre presente durante a hospitalização, pois o hospital é um ambiente diferente, estranho e ameaçador; as fantasias e imagens que as crianças elaboram a respeito do hospital são fundamentalmente persecutórias. (NIGRO, 2004, p. 75).

Sobre a questão do ambiente, Ribeiro e Pinto Junior (2009) afirmam que durante a hospitalização podem emergir diversos sentimentos, entre eles medo, a sensação de abandono e culpa. Além disso, há a questão do convívio com pessoas diferentes, que até então não faziam parte do seu círculo social, como membros da equipe médica, enfermeiros e até mesmo outras crianças que também enfrentam essa situação de adoecimento. (RIBEIRO E PINTO JUNIOR, 2009, p. 32).

Além do incômodo gerado pelo ambiente hospitalar, Chiattonne e Sebastiani (2002) acreditam que o medo, seja da doença ou da morte, pode estimular na pessoa

acometida por alguma doença a produção de fantasias que acabam influenciando no seu comportamento cotidiano, até mesmo porque a hospitalização interrompe os hábitos, a rotina diária.

O doente vivencia uma ruptura em sua história de vida, aumentando o sofrimento diante de sua imagem já alterada. Acresce-se o fato de que o hospital possui algumas características específicas que interferem diretamente sobre o estado emocional dos pacientes: estresse constante; isolamento das figuras que geram segurança e conforto; relação com aparelhos intra e extracorpóreos; clima de morte iminente; perda da noção de tempo e espaço; perda da privacidade e da liberdade; despersonalização/perda da identidade e participação direta ou indireta no sofrimento alheio. (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 123).

Ainda segundo Chiattonne e Sebastiani, (2002, p. 124), a hospitalização resulta em estado de crise, pois desorganiza o sujeito. Com o adoecimento surgem perdas - entre elas, das atividades realizadas diariamente e o distanciamento de amigos e de familiares - o que, segundo os autores, precisam ser recuperadas ou administradas, para que o paciente volte a ter controle da sua vida e a participar de própria existência.

Chiattonne (1996) ressalta que a hospitalização também gera ansiedade e, conseqüentemente, surgem sintomas diversos, inclusive de depressão. Isso porque o sentimento de perda, muitas vezes, se torna maior do que a raiva de estar doente. “[...] Reações de apatia, isolamento, tristeza, hipoatividade e impotência podem ser claramente percebidas e exacerbadas pela imediata reação de proteção do ambiente”. (CHIATTONE, 1996, p.96). Ainda de acordo com a autora, por mais que os sintomas sejam esperados, eles devem ser acompanhados e observados.

Manifestações de ansiedade na criança gravemente doente e hospitalizada são causadas por temores, dúvidas, sensação de culpa e punição, alterações em auto-imagem e autoconceito (emagrecimento, anorexia, amputações, deformações e sangramentos) sentimento de desvalia e fantasias decorrentes da situação de doença em si e principalmente pelas intercorrências advindas da hospitalização (condutas terapêuticas agressivas, longos períodos de internação, vivências traumáticas no Hospital). Apesar de esperadas, devem ser mantidas sob controle, evitando-se reações de pânico, com perda de controle, súplicas, confusão e intensa regressão. Assim, o apoio psicológico intensivo torna-se fundamental para que a criança possa retornar o equilíbrio perdido. (CHIATTONE, 1996, p.96).

O tempo de hospitalização é outro fator que, segundo Chiattonne (1996), deve ser destacado. Muitas vezes, devido ao longo período de internação, a situação de adoecimento da criança é agravada. “A experiência clínica mostra que quase sempre

os sintomas clínicos se agravam e o período de permanência no hospital se estende, quando a criança se percebe só, abandonada, sem ter de quem buscar conforto”. Chiattonne (1996, p. 35). Mesmo que esteja acompanhada, a criança nota o afastamento de certos membros da família. Alguns ficam impossibilitados de deixar suas atividades diárias para passar todo o tempo no hospital, que aparecem como visitantes ou até mesmo alguns que se afastam e não realizam visitas. Ou seja, além de estar em um ambiente desconhecido e “ameaçador”, surge a sensação de abandono, de afastamento de muitos que fazem parte do dia a dia da criança.

Diante disso, verifica-se que processo de hospitalização é complexo, pois envolve aspectos biofisiológicos, sociais e psicológicos. Ajuriaguerra (1980, p. 7) afirma que “não se pode considerar a criança como um ser isolado, fora do meio no qual ela se desenvolve, afastada dos pais e da sociedade na qual vive”. Assim, é necessário considerar que a criança submetida à hospitalização carrega vivências, experiências da vida em família, na escola e com amigos, por exemplo.

A hospitalização pode gerar diversos efeitos nas pessoas durante a infância. Para aprofundar o entendimento desses efeitos, é necessário retomar à obra de Chiattonne (1996), que faz uma correlação entre crianças e hospitalização.

Para Chiattonne (1996), numa perspectiva psicodinâmica, os efeitos mais importantes provocados pela hospitalização durante a infância são: negação da doença, revolta, culpa e sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, solidão, distúrbios neuróticos, comportamento ‘esquizoide’, frustração de sonhos e projetos, privação da realização, regressão e busca de proteção, intolerância emocional e negativismo.

Chiattonne (1996, grifo nosso) também enumera, de acordo com a faixa etária, as principais características de cada fase do desenvolvimento e os efeitos da hospitalização: As principais características de crianças **entre 0 e 18 meses** são: necessidade de afeto/ segurança; figura materna como primordial; dependência; proteção; busca de satisfação das necessidades; não consciência do *self* e busca de equilíbrio entre conduta e necessidades. Nessa faixa etária, entre os efeitos da hospitalização estão a sensação de abandono; depressão anaclítica; tensão; agitação; insegurança; ausência da relação entre hospitalização e desconforto; temor à aproximação; irritabilidade; apatia; estados depressivos e/ ou ansiosos; isolamento

social; transtorno da alimentação e do sono. **Dos 18 meses aos três anos**, estão presentes características como egocentrismo; pensamento concreto; controle de si e das situações por meio da exploração e manipulação; busca da autonomia; imposição contra limites. Os principais efeitos da hospitalização identificados durante essa fase são: intensa sensação de desproteção e abandono; criança crê que causou a hospitalização; temor à perda de amor. Há também a percepção concreta da doença e hospitalização, o que afeta a vida cotidiana devido ao sofrimento intenso; à não compreensão da hospitalização; às dificuldades de adaptação; ao temor da separação; e à ansiedade, que leva ao confronto a estranhos diante de procedimentos. Outros efeitos que podem surgir são fantasias assustadoras; perda da autonomia; aumento dos comportamentos de vínculo e regressão; luta para manter as habilidades adquiridas; intensa reação contra restrições da doença; agressividade e, ainda, a imposição de medidas terapêuticas levam à interferência no desejo de controle.

Chiattonne (1996, grifo nosso) destaca, ainda, que **entre os três e os seis anos de idade**, prevalecem o pensamento concreto/ egocentrismo; o domínio das habilidades; conceitos; valores e relações; espontaneidade máxima; flutuações de dependência e independência; jogos integrados e cooperativos; relações com novos adultos e desenvolvimento psicosssexual. Durante a hospitalização, nota-se a existência de dor; surgem sintomas e condutas como punição; limite à capacidade de atingir controle motor e competência social; limite à interação com pares e aprovação; limite ao senso de domínio causando temores, passividade e dependência. Nota-se ainda a regressão, que dá origem à anorexia, ao lambuzar-se regressivo, à recusa à mastigação, à perda de controle esfinteriano. Crianças submetidas à hospitalização nessa faixa etária podem também chupar o dedo ou masturbar-se. Se houver retardo do ingresso na escola, pode ser que aumente a dependência e a raiva por ser diferente. E, por fim, são características das crianças **entre seis e 12 anos** a importância dos grupos e dos pares, a compreensão de causa e efeito, a aquisição de habilidades sociais e físicas, o desenvolvimento do senso de realização e ajustamento ao *setting* escolar. Diante da hospitalização, podem surgir sentimentos de raiva e culpa; ressentimento por ser diferente; interferências nas relações com o grupo; personificação da morte; ameaça gradual e pessoal; interesse pelo além da morte e reações de angústia e luto. Surgem também as faltas escolares; insegurança e

ansiedade; aumento das queixas físicas; diminuição de habilidades cognitivas e da capacidade de concentração; e, ainda, a frustração de sonhos e projetos.

As ideias desses autores encontram fundamentos em dois grandes campos de estudo – o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento afetivo. Destaco dois: Piaget e Winnicott.

Piaget (citado por Golse, 1998) teorizou sobre o desenvolvimento cognitivo da criança. Ele dividiu essa fase da vida em etapas capazes de explicar como se dá o acesso da criança ao conhecimento, ou seja, como ocorre o desenvolvimento da inteligência. Seu foco era o desenvolvimento cognitivo e intelectual. A questão da afetividade não é aprofundada, pois, segundo Piaget, ela se resume na energia necessária ao desenvolvimento.

Golse (1998, p. 157, grifo nosso) explica que, para Piaget, a inteligência se inicia por meio da interação e não pelo conhecimento do EU e nem pelo conhecimento das coisas. Relata ainda que o desenvolvimento intelectual é dividido em quatro estágios: sensório-motor, pré-operacional, operacional concreto e operacional formal. Para Piaget é no estágio **sensório-motor** – entre o nascimento e os dois anos de idade - que a criança começa a fazer associações entre objetos e atos, sabendo distinguir os meios dos fins sabendo, assim, fazer inferências. (GOLSE, 1998, p. 159). Além disso,

a inteligência sensório-motora “é uma inteligência sem pensamento ou sem representação, sem linguagem, sem conceito. É uma inteligência que se determina na presença do objeto, das pessoas, das situações, e cujo instrumento é a *percepção*. Ela é então essencialmente *prática* (por exemplo, apanhar objetos distantes, escondidos...) e faz operar percepção, as posturas (o tônus) e os movimentos, sem evocação simbólica (falha na linguagem). As resoluções dos problemas de ação, as quais envolvem a inteligência sensório-motora, são realizadas graças à construção de um sistema de *esquemas* bastante complexos, e graças à organização do real segundo um conjunto de estruturas espaciais, temporais e causais. (GOLSE, 1998, p. 159).

Entre a etapa sensório-motora e a das operações concretas há a fase **pré-operacional**, que ocorre entre os dois e os seis ou sete anos de idade. Nesse período, a criança consegue elaborar representações daquilo que evoca, mas não consegue perceber o mundo em categorias gerais, mas apenas por elementos individuais a partir de suas experiências “por exemplo, quando a criança pensa ‘cachorro’, isto

evoca para ela 'meu cachorro' ou 'meu cachorro' ou 'o cachorro de Jean' e não a classe de cachorro. O egocentrismo intelectual é a forma dominante que torna o pensamento ao longo deste período". (GOLSE, 1998, p. 163, grifo nosso).

Em seguida, vem o estágio das **operações concretas**. Ele acontece dos sete aos 11 ou 12 anos de idade. É o momento em que a inteligência se torna representativa, ou seja, os objetos são evocados em imagens e isso acontece porque a criança tem capacidade e também meios para essa evocação, como por exemplo, a linguagem, a imitação, a imagem mental, o desenho e o jogo simbólico. É também nessa fase que surge a noção de reversibilidade do pensamento, que permite à criança compreender a lógica de operações reversíveis, como por exemplo a distância entre duas cidades é a mesma tanto na ida como também na volta. (Grifo nosso).

E, por fim, entre os 11 ou 12 e os 16 anos surge o estágio das **operações formais**. Essa etapa é marcada pela capacidade de raciocinar de forma abstrata e utilizar hipóteses. "Ao redor dos 11-12 anos, a criança chega a liberar-se do concreto, a pensar o possível e a raciocinar abstratamente, sem ter a necessidade de se apoiar em manipulações como ocorria na fase precedente". (GOLSE, 1998, p. 170).

Além dos aspectos cognitivos, é fundamental abordar também a afetividade na infância, o que poderá auxiliar na compreensão do impacto da hospitalização para o desenvolvimento da criança.

Para Winnicott, o ser humano é um ser desejante, ou seja, que possui em seu psiquismo a tendência inata ao crescimento, ao desenvolvimento e à integração psicológica. Sobre a teoria de Winnicott, Golse (1996) afirma que "os cuidados maternos permitem prevenir as distorções precoces; o Ego da mãe supre o Ego da criança que não está ainda constituído, oferecendo-lhe um ambiente favorável". (GOLSE 1996, p. 76). Ou seja, a relação inicial existente entre mãe e filho é de dependência do bebê. Mas, a partir daquilo que proporcionado a ele, há um avanço em direção à autonomia e ao senso de responsabilidade.

Durante a primeira infância, segundo Winnicott, a criança vivencia três etapas: dependência absoluta, dependência relativa e independência do outro. A fase de **dependência absoluta** ocorre nos cinco primeiros meses. Há uma fusão entre mãe e filho e, "quanto mais a mãe compreende exatamente as necessidades de seu filho,

mais este se desenvolve”. (GOLSE 1996, p. 79). Na fase de **dependência relativa**, presente entre o 6º mês e o primeiro ano de vida, há a constituição de diferenciação entre mãe e bebê. “É ao longo deste período que a criança diferencia-se progressivamente de sua mãe; ela não espera mais uma compreensão e uma satisfação mágica de suas necessidades por parte da mãe”. (GOLSE 1996, p. 79). É nessa fase que surgem os objetos de transicionais, como brinquedos ou cobertas, um sinal em que já há um certo afastamento entre mãe e bebê. Por fim, a terceira etapa, a fase de **independência do outro**, que ocorre no início do segundo ano de vida. É nela que a criança começa a se confrontar com a realidade e a ter um contato com a função paterna. “Ela enfrenta progressivamente o mundo e identifica-se com a sociedade. Paralelamente, desenvolve-se a ‘socialização’ e a aquisição do ‘senso social’”. (GOLSE 1996, p. 79, grifo nosso).

Outro ponto crucial da teoria de Winnicott é a função da agressividade. Ela é organizada a partir do contato com o princípio da realidade. Quando a criança é frustrada, ela sente ódio e destrói o objeto. Porém, em seguida vem a culpa e, conseqüentemente, a reconstrução do objeto. “A frustração tem como consequência o bebê odiar o objeto, e é este ódio, esta agressividade, que vai levar a criança à manifestação do desejo e à diferenciação do seu self com o mundo externo”. (GOLSE 1996, p. 85).

Segundo Golse (1996), é na relação psique-soma que há a aproximação e a integração do “EU” psíquico com o “EU” corporal. Além disso, a capacidade de estar só que, segundo Winnicott, demonstra o resultado de uma maturação bem-sucedida.

2 INTERNAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO E SEUS EFEITOS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA

Pacientes com doenças infecto-parasitárias, com baixa imunidade e com condição de saúde que requer cuidados mais específicos devido à fragilidade do organismo, em geral, são encaminhados para os setores de isolamento existentes nos hospitais. Trata-se de uma forma de protegê-los do risco de infecções e também de evitar a disseminação de doenças infectocontagiosas. Essa condição de isolamento pode ser ainda mais angustiante e gerar mais sofrimento quando se trata de crianças.

Isolamento de contato é utilizado quando há a necessidade de afastamento do indivíduo adoecido (seja por estar com baixa imunidade ou com alguma doença infecto-parasitária) de outras pessoas como uma forma de protegê-lo de possíveis contaminações e também de que possa ser afastada a possibilidade de que os outros possam ser contaminados. Segundo Carvalho e Marques (1999, p. 8), “o isolamento ou precaução por contato previne as doenças cuja disseminação se faz por contato íntimo ou direto, devendo-se ressaltar as infecções ou colonizações por bactérias multirresistentes”.

Nichiata et. al. (2004), explicam que as precauções buscam impedir o risco de transmissão:

Este tipo de transmissão envolve o contato pele a pele e a transferência física proveniente de indivíduo infectado ou colonizado por microorganismo para um hospedeiro suscetível, tal como ocorre quando o profissional muda o paciente de posição, dá-lhe banho ou realiza atividades de atendimento que exigem o contato físico. Pode ocorrer também entre dois pacientes, pelo contato das mãos. As doenças que são transmitidas por contato incluem as gastroenterites, o impetigo, a pediculose, a escabiose, a herpes simples/viral e zoster, a furunculose infantil, a difteria cutânea e a hepatite A. Para este tipo de precauções é indicado a utilização de luvas e avental. (NICHATA et. al., 2004, p. 67).

Em seus estudos, Cardim et. al. (2008) abordam a situação de crianças nos setores de isolamento.

Os isolamentos criam uma barreira física e social entre a criança e o *mundo externo*. Nesse contexto, algumas vezes ao entrar nos quartos é possível ser surpreendida por crianças tristes e deprimidas, e outras pedindo para sair ou chorando por querer brincar do lado de fora com outras crianças, porque, através dos vidros, é possível vê-las e ouvi-las brincando e caminhando livres

pela enfermagem. Nesse sentido, as unidades de isolamento geram um nível de estresse muito grande tanto nas crianças como nos seus pais/acompanhantes que ficam *isolados* juntamente com elas. Tal situação é agravada, ainda, pelo fato de existirem complicações graves resultantes de distúrbios infecciosos. (CARDIM et. al., 2008, p. 33).

A emotividade se torna excessiva durante o período de internação isolada. Essa emoção pode ser manifestada por meio de choros inexplicáveis, raiva, revolta e sono agitado. A situação agrava-se ainda mais quando o adoecimento e a necessidade de isolamento atingem crianças que, por não entenderem, podem até mesmo interpretar a situação como um castigo (CARDIM et. al., 2008).

Calvetti, Silva e Gauer (2008) enfatizam a importância de se considerar os sentimentos e as emoções das crianças hospitalizadas. De acordo com eles, “a experiência de estar doente é sentida de forma única”. Portanto, considerar a subjetividade é fundamental para todo o processo de cuidado e tratamento.

A criança hospitalizada encontra-se com determinado órgão doente, porém não se pode esquecer que é seu todo que é atingido. Dessa forma, faz-se necessário uma postura de cuidado para com a criança, ciente de que este ser humano, possui desejos, sentimentos a serem escutados ante ao processo de hospitalização. (CALVETTI, SILVA E GAUER, 2008, p. 231).

Cardim et. al. (2008) também ressaltam que cada sujeito percebe o processo de internação de forma singular, os sentimentos são vivenciados de forma diferente, apesar de, em algumas vezes, serem definidos com as mesmas palavras. Segundo os autores, o sujeito sofre e se comunica, seja por expressões verbais ou não verbais e, de acordo com eles, a enfermagem é responsável por identificar o que é dito e também o não dito.

Nós estamos falando de um sujeito singular que sofre, mas se comunica (seja por expressões verbais ou não verbais), e cabe à enfermagem identificar as palavras ditas e não ditas, pois elas possibilitarão o sentido do plano de cuidados a ser construído para cada cliente. (CARDIM et. al., 2008, p. 35).

É necessário destacar que esses autores, profissionais de enfermagem, ressaltam a importância de se reconhecer os sentimentos das pessoas em situação de internação. Eles atribuem à própria profissão o cuidado não só do corpo, do orgânico, mas também a atenção às diferentes formas de se comunicar a respeito daquela situação. Portanto, a preocupação com o biopsicossocial não deve estar

restrita a apenas uma área de formação, como a Psicologia, mas em todas as áreas de Saúde.

Calvetti, Silva e Gauer (2008) abordam, ainda, a necessidade de a equipe demonstrar atenção ao desenvolvimento da criança, estimulá-la a falar, a se movimentar e até mesmo tocá-la.

Muitos são os meios de estimulação para o desenvolvimento saudável da criança no processo de hospitalização. Nesse contexto, a comunicação afetiva para com a criança ocorre de diferentes formas, seja por meio da linguagem verbal e não-verbal. Por isso, é fundamental o desenvolvimento da sensibilidade do profissional em relação à leitura da linguagem corporal da criança, para um melhor manejo desta e do fortalecimento do vínculo. (CALVETTI, SILVA E GAUER, 2008, p. 232).

Diante disso, ressalta-se a necessidade de oferecer acolhimento a crianças hospitalizadas, proporcionar momentos para que possam se expressar, manifestar suas impressões sobre o ambiente hospitalar e também sobre a situação do isolamento, pois, embora estejam acompanhadas por um familiar, em geral pai ou mãe, estar afastado das demais pessoas é uma situação diferente e pode ser até mesmo angustiante. Trata-se de uma questão de humanização do ambiente hospitalar. O cuidado não deve se restringir ao corpo, mas deve também abranger também o psíquico. É preciso cuidar do sujeito em sua totalidade, pois saúde não significa apenas bem-estar físico. Nigro ressalta:

A humanização do atendimento ao paciente internado supõe o respeito pela pessoa doente, o reconhecimento de que ele tem uma identidade, uma história, um lugar no mundo, que ele deve ser escutado e atendido nas suas queixas, que não são apenas orgânicas. (NIGRO, 2004, p. 30).

Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. (Calvetti, Silva e Gauer, 2008, p. 229). Pode-se ressaltar também o texto da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e também sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Artigo 2º, “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Além disso, em seu Artigo 3º a Lei 8.080/90 traz:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

Para Nigro (2004), a doença tira o equilíbrio vital do sujeito, invade a vida de uma forma incontrollável e, assim, revela o inesperado e gera o sentimento de angústia. “No caso dos pacientes hospitalizados, é necessário considerar não só o adoecer, mas também a internação como um fator que provoca emoções e sentimentos dolorosos”. (NIGRO, 2004, p. 21).

Buscar alternativas que amenizem tais sentimentos dolorosos é fundamental, principalmente no que se diz respeito a crianças, que têm toda a rotina afetada e ainda precisam lidar com a dor, o tratamento e a angústia da internação, no caso em questão, a internação isolada. O trabalho de acolhimento é primordial, mas também uma tarefa árdua para profissionais de Psicologia. Saber aproximar de uma criança, despertar a confiança, formar o vínculo e, a partir daí, propor atividades que dão espaço, liberdade para que possam se manifestar diante do processo que estão vivenciando naquele momento são fatores que podem ser fundamentais para que as crianças possam compreender e construir sentido para aquela vivência.

A questão do isolamento merece atenção. Crianças limitadas não só pela enfermidade, como também pelos riscos que correm de terem o quadro agravado devido à baixa imunidade. Outro aspecto que merece ser ressaltado é o acolhimento oferecido a essas crianças tanto por parte de profissionais de saúde como também pelos próprios familiares. É importante verificar se o acompanhante de cada criança foi informado pela equipe médica, se tem conhecimento sobre a enfermidade, os riscos que a criança corre devido à sua condição de saúde vulnerável ou se há algum receio, medo de ser “contaminado” pela criança – o que pode ser resultado do desconhecimento.

Nigro (2004) afirma que a própria internação já gera isolamento.

A hospitalização isola o homem de seu meio familiar, como se fosse um estrangeiro em terras estranhas; por isso torna-se necessário oferecer aos pacientes internados a possibilidade de recuperar alguns desses laços cortados temporária ou às vezes definitivamente. É importante que o paciente conheça o nome dos profissionais que cuidam dele, assim como é fundamental, no caso do psicólogo clínico hospitalar, disponibilizar-se para a

escuta, tentando minimizar o sofrimento e a angústia do paciente e da sua família. (NIGRO, 2004, p.30).

Ouvir comentários sobre a frieza dos médicos, relatos de pessoas que não se sentem acolhidas ou sequer ouvidas durante uma consulta é algo comum. Há a sensação de distanciamento, como se uma barreira fosse criada: médicos são vistos como donos do saber e os pacientes se tornam reféns do conhecimento desses profissionais. A postura de médicos e enfermeiros, muitas vezes, é justificada por lidarem com situações extremas, pela busca do não-envolvimento com a dor e os sintomas dos pacientes.

Essas condutas podem gerar angústias e ansiedade. Em um momento de fragilidade, incertezas sobre o estado de saúde, inseguranças sobre o tratamento e os procedimentos a serem feitos e até mesmo sobre o diagnóstico, os pacientes e seus familiares esperam acolhimento e não omissão ou “bombardeio” de informações e linguagem técnica.

Com isso, evidencia-se que a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar é fundamental. Cabe a esse profissional proporcionar espaços para acolhimento, diálogos e tornar mais suportável aquilo que tem sido insuportável para cada paciente.

Simonetti (2004) diferencia o trabalho realizado por médicos e psicólogos que atuam em hospitais e explica o foco de cada profissional:

Em medicina, diagnóstico é o conhecimento da doença por meio de seus sintomas, enquanto na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença. Sendo assim, na psicologia hospitalar não diagnosticamos doenças, mas o que acontece com as pessoas relativamente à doença e ele, o nosso diagnóstico, não é expresso em termos de nomes de doenças, mas sim por uma descrição abrangente dos processos que influenciam e são influenciados pela doença. (SIMONETTI, 2004, p.33).

Ainda de acordo com Simonetti (2004), para que psicólogos possam ajudar a pessoas hospitalizadas no enfrentamento à sua condição de adoecimento, não é necessário que se descubra a “verdade” da doença. “Basta descobrir a verdade do paciente sobre essa doença, isso sim, é essencial. O psicólogo trabalha com o sentido das coisas, não com a verdade das coisas”. (SIMONETTI, 2004, p. 34).

Nigro (2004) também ressalta a diferença entre a abordagem de médicos e de psicólogos:

Enquanto a abordagem médica privilegia o corpo biológico, a psicologia clínica hospitalar abre espaço para uma escuta diferenciada, na qual a história do paciente internado se torna significativa para entender a história da sua doença. E a experiência mostrou que toda doença tem uma história, profundamente interligada à história de vida do paciente. (NIGRO, 2004. p. 26).

Ou seja, enquanto os médicos se voltam para o corpo e a doença, indicada em manuais e investigada a partir dos sintomas apresentados, o psicólogo busca a subjetividade, trabalha com as emoções do sujeito adoecido. O diagnóstico da doença que o acomete não é fundamental para a psicologia como é para a medicina. Para a psicologia, o foco está no sujeito, nas suas representações, no seu entendimento e nas suas questões. O foco é o sofrimento psíquico, o que o causa e o que o indivíduo faz com ele.

Trabalhar para que o sujeito se perceba como ser humano e não como um corpo desfragmentado é um desafio para os psicólogos, já que médicos atuam apenas na “parte” apontada pelos exames como adoecida. O paciente precisa de ajuda para juntar todas as informações, tudo o que acontece naquele contexto para poder compreender o que passa consigo e com a sua condição saúde/adoecimento.

Chagas (2003) aborda a importância de se tratar a criança com respeito e falar do que a acomete com clareza e transparência.

O espaço oferecido pelo psicólogo favorece a expressão dos sentimentos, ideias e fantasias dos pais, os quais precisam se sentir tranquilizados para poderem, por seu lado, transmitir confiança e tranquilizar assim o filho. A grande inquietação que têm é a de pensar que o filho não suportaria saber da cirurgia e que sofreria mais se soubesse. São dadas algumas orientações no sentido de facilitar o processo, por exemplo, esclarecer a criança a cada vez que for necessário realizar um procedimento qualquer, explicando o porquê, mas também escutando. A participação da criança de forma ativa é de uma importância fundamental para a sua aceitação e para a sua colaboração durante os procedimentos médicos. (CHAGAS, 2003, p. 168).

Nigro (2004) aponta, ainda, a necessidade do espaço da escuta. Segundo a autora, basta que o paciente perceba essa oportunidade para que comece a falar sobre si e sobre a sua dor.

Ao me aproximar dos pacientes hospitalizados, me proponho abrir um espaço de escuta para a história do seu padecer. E só lhes pedir que contem o que está acontecendo, e como tudo isso começou. As palavras vão surgindo e construindo o pano de fundo da sua situação dolorosa, demonstrando o quanto é necessário e importante poder falar, expressar emoções e afetos, geralmente omitidos nas consultas médicas. Os pacientes precisam não apenas de cuidados médicos; eles precisam falar de si, da sua doença, da dor, do sofrimento. (NIGRO, 2004. p. 26).

Cabe aos Psicólogos o interesse, a disposição, a iniciativa para agir e tornar quartos e leitos mais divertidos, aconchegantes e acolhedores e, conseqüentemente, crianças mais alegres, conforme propõe Silva (2006). De acordo com ela, promover espaço para brincadeiras no ambiente hospitalar pode favorecer o desenvolvimento emocional das crianças e o respeito às diferenças. “Além desses benefícios, estimulam o raciocínio e a compreensão das estratégias envolvidas, permitindo à criança dominar a própria conduta de autocontrole e auto-avaliação de suas capacidades e de seus limites”. (SILVA, 2006, p. 128).

Nesse sentido, Silva (2006), afirma:

Pelo brincar, a criança experimenta sensações de prazer e de felicidade; aprende espontaneamente, sem estresse ou medo de errar; adquire conhecimento sobre o mundo das coisas e sobre as pessoas; desenvolve a sociabilidade; aprende a conviver e a respeitar o direito dos outros; prepara-se para o futuro a partir da experiência que adquire do mundo ao seu redor, conforme os limites que sua condição atual permite. Todos esses benefícios tendem a fazer com que a criança aumente as defesas imunológicas, recupere a alegria inerente à infância e se recupere mais rapidamente. (MOYLES, 2002, citado por SILVA, 2006, p.132).

Portanto, é necessário propiciar abertura para que usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham acesso a espaços e atividades que os mobilizem para a adesão ao tratamento e sirvam também para tornar o ambiente mais agradável, mais humanizado, evidentemente, respeitando as regras e limitações da instituição e de cada caso.

Neste estudo, pretendo abordar as possibilidades de atuação do Psicólogo nos setores de isolamento em hospitais voltados para o atendimento infantil. A ideia é mostrar a importância da Psicologia nesses ambientes e apresentar estratégias que podem ser capazes de levar humanização para esses setores, de forma a contribuir para a aceitação e o enfrentamento do adoecimento e do fato de estar em tratamento em um quarto restrito, com limitações de contato, de interação.

3 UMA REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO PSICOLÓGICO EM SETORES DE ISOLAMENTO: LIMITES E DESAFIOS

A principal ferramenta que Psicólogos devem usar durante o atendimento destinado a crianças é a brincadeira. Brincar é a forma mais honesta de se aproximar de meninos e meninas, pois é assim que eles podem se sentir compreendidas e aceitas no “mundo dos adultos”. Mas brincar não se resume na busca da distração e na tentativa de acalmar crianças, não é um recurso utilizado para que deixem de chorar de dor ou tristeza. A brincadeira vai além: é também um dos instrumentos de trabalho da Psicologia para que, de forma lúdica, crianças consigam se expressar, manifestar seus sentimentos e emoções.

Para Gutton (2013), o ato de brincar é um meio de expressão de sentimentos, de exteriorização da fantasia. “Modo expressivo, o brincar expressa aquilo que o sujeito que brinca traz no fundo de si mesmo, o que o atrapalha, o que o tortura; resumindo, o brincar tem um sentido”. (GUTTON, 2013, p. 57). O autor também aborda o brincar como

“necessário ao equilíbrio afetivo e intelectual; se as atividades infantis devem se adaptar sem cessar ao mundo adulto, principalmente à linguagem, o brincar aparece como um setor privilegiado, centrado numa motivação pessoal; utiliza um sistema de significantes por ela construído e flexível a suas vontades”. (GUTTON, 2013, p. 222).

Em casos relacionados ao processo de adoecimento e hospitalização, a estratégia de oferecer brinquedos e brincadeiras a crianças pode ajudar a tornar o período de internação menos sofrido, pois, apesar das dores e dos procedimentos invasivos, do distanciamento da escola, dos familiares e dos amigos, no hospital também é possível haver interação e estimulação, conforme explica Silva (2006):

As brincadeiras durante o processo de hospitalização são excelentes oportunidades para a criança vivenciar experiências, que irão contribuir para seu amadurecimento emocional, aprendendo a respeitar as diferenças entre as pessoas e os objetos. Além desses benefícios, estimulam o raciocínio e a compreensão das estratégias envolvidas, permitindo à criança dominar a própria conduta com autocontrole e auto-avaliação de suas capacidades e de seus limites. (SILVA, 2006, p. 128).

Além disso, a oportunidade de brincar pode suscitar em crianças a ideia de que naquele local há alguém que está “do lado” delas, ou seja, uma pessoa que não

está ali para furar, para medicar ou examinar o seu corpo. Talvez, brincar seja a única opção que crianças hospitalizadas têm para extravasar seus sentimentos, aliviar o sofrimento e até mesmo uma forma de lidar com os limites e os desafios impostos durante o processo de internação.

O foco da atuação da Psicologia Hospitalar deve estar na saúde, ou seja, na promoção de meios para que pacientes falem de si, sobre o significado daquele momento vivenciado, sobre seus planos, frustrações e expectativas. Conforme Simonetti (2004), para atuar, basta que os Psicólogos conheçam o que cada paciente tem a dizer sobre a sua doença, suas impressões e sentimentos. Não é preciso conhecer a verdade sobre a doença, mas sim, a história de vida daquele que necessita de atendimento. Diante disso, é fundamental olhar para o outro e conseguir imaginar o que aquela situação significa para ele. Validar os sentimentos de crianças e de seus acompanhantes trará confiança e facilitará a formação do vínculo com o Psicólogo, o que ampliará a possibilidade de atuação desse profissional.

Wanderley (2012) diferencia as duas possibilidades do uso do lúdico no contexto hospitalar: Recreação e tratamento do psiquismo de crianças. Para ela, o lúdico com objetivo de promover recreação não é considerado científico, ao contrário do brincar com foco no tratamento, em que há comprovação sobre o seu uso para a compreensão acerca da situação de cada criança, como cada uma percebe, vivencia e representa o momento de hospitalização.

No contexto hospitalar, o lúdico como recreação é sempre muito bem-vindo, na medida em que ajuda os pacientes a suportar a internação e os procedimentos clínicos implícitos no tratamento. No entanto, o lúdico terapêutico deve ter uma indicação, uma razão, já que se trata de tratamento para as dificuldades emocionais. A ludoterapia permite o acesso ao inconsciente infantil, ajudando a criança a elaborar as angústias frente a sua internação bem como sintomas que sinalizam déficit no desenvolvimento e uma problemática familiar. Enfim, a ludoterapia propicia à criança o conhecimento da sua realidade psíquica. (WANDERLEY, 2012, p. 198).

Nos setores de isolamento de contato, o trabalho dos profissionais de Psicologia é, de certa forma, restrita, justamente por causa da precaução que busca prevenir a disseminação de doenças e bactérias. Ao mesmo tempo em que precisam lidar com essa questão, têm também o dever de criar estratégias diárias, personalizadas e até mesmo momentâneas, de improviso – de acordo com a necessidade de cada díade (paciente e acompanhante), já que não é possível saber,

com exatidão, até quando estarão naquele setor e até mesmo naquele hospital. Diante disso, cabe ao Psicólogo oferecer acolhimento, escuta ativa e intervir sempre que tiver oportunidade. Nessas situações, não se pode perder tempo.

Nesses setores de isolamento, nem todas as atividades podem ser realizadas. É preciso considerar a doença que acomete o paciente e trabalhar apenas com aquilo que não oferece risco à sua saúde. Além das medidas de proteção com relação ao toque e ao vestuário, é necessário verificar a composição dos brinquedos que serão utilizados, pois eles precisam passar por procedimentos de higiene e não devem ser compartilhados sem que isso ocorra. A desinfecção é obrigatória para todos, mas para que um objeto possa ser manipulado por pacientes com esse tipo de restrição, a cautela deve ser ainda maior, conforme explicam Nichiata et. al. (2004).

Mas não é por causa de barreiras como essa que a criança internada em isolamento de contato deve ficar sem atendimento, sem a possibilidade manifestar seus sentimentos e emoções. Na verdade, é ali que a Psicologia deve estar diariamente. A situação de adoecimento é capaz de deixar as pessoas mais fragilizadas, chorosas, tristes e com raiva. Importante retomar as ideias de Nigro (2004), ao ressaltar que a própria hospitalização já é uma forma de isolamento. Por isso, estar presente, levar brinquedos, jogos – de acordo com a faixa etária de cada paciente - e, quando possível, se a criança puder sair da enfermaria, apresentá-la à brinquedoteca - se houver - ou a algum espaço onde poderá conhecer outras crianças que também estão hospitalizadas pode ser benéfico, afinal, estaremos mostrando a ela que o adoecimento é algo natural e que cada um tem sua forma de enfrentar aquele momento. Não há razão para se envergonhar, se esconder.

Nesse espaço, trabalha-se com o imprevisto e a criatividade. Promover atividades voltadas para acompanhantes também podem fazer a diferença e estimular a comunicação entre mães e pais, o que proporcionará espaço para troca de experiências e ideias.

Vídeos, cartas, bilhetes, mensagens escritas ou gravadas em áudio, fotos de familiares e amigos são também meios de auxiliar no alívio da sensação de abandono. Por meio do acompanhante é possível intermediar essa troca e intensificar as formas de aliviar o sentimento de falta e amenizar as angústias provocadas pelo isolamento. Devemos considerar que as inúmeras dificuldades enfrentadas por cada um podem

não ser completamente transformadas, mas podemos sim, trazer alívio e leveza para pacientes e acompanhantes. Nesse sentido, é importante citar Calvetti, Silva e Gauer (2008), que abordam as diferentes formas de estimular crianças durante o processo de hospitalização. Para isso, é necessário realizar a leitura da linguagem corporal e ter a sensibilidade para perceber o que é dito e também o não-dito, a linguagem não-verbal, afinal, o desenvolvimento da criança pode ser afetado durante o período de internação. Conforme Chiattonne (1996), que elenca as características presentes em cada faixa etária e os problemas que a hospitalização pode acarretar em cada uma delas, alterações físicas e psíquicas podem ocorrer durante o período de internação. Entre essas mudanças, podem surgir transtornos da alimentação, do sono, dificuldades na escola, aumento de queixas físicas e da dependência dos pais, entre outros.

Sobre essa questão da dependência, em seus estudos sobre a infância, Winnicott a divide em: dependência absoluta, relativa e independência do outro. Portanto, pressupõe-se que o adoecimento e o fato de estar no ambiente hospitalar são fatores que interferem nessas etapas, por exemplo, prolongando o período de dependência absoluta ou distanciando-o da autonomia que já estava conquistando naturalmente.

Ao relacionar a teoria de Piaget com a importância do brincar, Gutton (2013) ressalta que o ato de brincar “é necessário ao equilíbrio afetivo e intelectual”. (GUTTON, 2013, p. 222). O autor enfatiza, ainda, que segundo Piaget, durante o brincar surgem conflitos afetivos que, até então, estavam guardados e esse reaparecimento pode ser capaz de eliminar tais conflitos.

Na descrição de Piaget parece que o brincar está presente antes do aprendizado, o acompanha, consolida os primeiros desenvolvimentos e desaparece quando a linguagem se instala. Essa progressão está presente na sucessão das brincadeiras representativas até aquelas com regras. As primeiras se mostram como uma linguagem de imagens e movimentos, as segundas como organização abstrata na qual a criança penetra. (GUTTON, 2013, p. 225).

Além disso, o tempo de hospitalização interfere na condição de adoecimento. Estar em um ambiente diferente, fora da rotina e distante de pessoas com quem se mantém forte vínculo afetivo pode intensificar o sofrimento psíquico. Retomando Chiattonne (1996), quanto maior o tempo de internação, maior a possibilidade de

agravamento da situação da criança. Isso devido à sensação de abandono que surge diante do afastamento de familiares e amigos, provocando, inclusive, a depressão. Assunto também abordado por Ribeiro e Pinto Junior (2009), que apontam o surgimento do medo e da culpa.

Outro ponto fundamental para o profissional de Psicologia é a busca de oportunidades para explicar à criança que ninguém está ali por ter desobedecido aos pais, por exemplo, ou seja, é importante esclarecer que não são culpadas por estarem doentes, conforme aponta Chiattonne (1996). Não há motivo para ter ressentimento ou imaginar que ela é a única criança doente e que está ali para ser punida, castigada. Ajuriaguerra (1986) também aborda essa questão, ao afirmar que o sentimento de culpa pode até mesmo ser reforçado pela família, afinal, toda criança carrega consigo uma história de vida, as experiências vivenciadas em diferentes ambientes - em casa, na escola e com amigos.

Muitas vezes, o problema de saúde não é revelado à criança. Ao serem perguntadas sobre o que provocou a internação, não sabem dizer o que têm. A falta de diálogo e de esclarecimento sobre a necessidade da hospitalização podem dificultar a relação da criança com o acompanhante e com a equipe de profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, uma conversa clara, que respeite a idade da criança e com cuidado ao abordar o diagnóstico pode trazer mais alívio e segurança, pois a partir daí, quem sabe, começam a compreender a importância do cuidado, da medicação e dos procedimentos. Afinal, o medo está presente o tempo todo. Nem sempre esse medo é da dor, mas sim da situação vivenciada e é necessário tranquilizar as crianças com relação a isso. Quando se sentem aceitas, ouvidas e parte daquele meio, meninos e meninas começam a confiar e até mesmo a colaborar, pelo menos, com parte da equipe. Surge a sensação de amparo e de acolhimento, fundamentais para o tratamento e, conseqüentemente, para a melhora no estado de saúde da criança. Uma estratégia que pode ser utilizada durante esse processo é, quando possível, trabalhar para que crianças se sintam ativas e úteis. Conversar com a equipe de enfermagem sobre essa possibilidade é interessante, pois, durante algum procedimento mais simples, a criança pode se sentir especial ao participar de algo que lhe diz respeito, por exemplo, ao segurar o pacote de gaze ou o rolo de esparadrapo.

Para díades que passam por longo período de internação nesses setores, é trabalho do Psicólogo mobilizar acompanhantes para que acionem a rede familiar ou religiosa, busquem suporte de amigos e demais pessoas próximas. Isso propiciará a oportunidade da criança receber visitas, se sentir querida e lembrada. Outro fator a ser considerado é que, além de visita, acompanhantes precisam de descanso e até mesmo solucionar questões fora daquele ambiente, seja com relação a questões familiares, estudos, trabalho etc. Promover o revezamento do acompanhante é uma forma de oferecer conforto e tempo de processamento sobre a situação para aqueles que permanecem constantemente ao lado do leito. Porém, é preciso considerar que nem sempre mães e pais gostam de se afastar, mas eles precisam ter essa oportunidade, mesmo que não saiam dali. Saber que têm com quem contar pode ser confortante.

Ao mesmo tempo em que a dor física é tratada pela equipe médica, os incômodos de cada paciente, entre eles a tristeza, a angústia, o medo, a solidão, a insegurança e até mesmo a depressão, por exemplo, devem ser trabalhados intensamente pela equipe de Psicologia de forma que todos os sentimentos que surgem nesse momento de hospitalização possam ser reelaborados, ressignificados para que cada pessoa não carregue essa situação vivenciada como uma marca negativa por toda a vida.

Profissionais de Psicologia que atuam ou pretendem trabalhar nesses setores devem ter sensibilidade para se aproximar dos pacientes para conhecê-los como se apresentam e não como estão descritos em prontuários. A ideia é que possam falar de si abertamente e, a partir disso, se sentirem compreendidos, para que percebam que a preocupação, a ansiedade, a angústia podem ser normais diante do problema enfrentado. Não devemos considerar apenas o problema orgânico, físico, mas sim a história de vida. Trata-se de uma questão de humanização, de respeito à pessoa doente, conforme aponta Nigro (2004). E isso tem a ver, também, com a aproximação e o reconhecimento. Respeito também está relacionado ao fato de conhecer cada paciente e seu acompanhante, chamá-los pelo nome. É uma forma de demonstrar que estamos ali, ao lado do leito, para eles, disponíveis para aquela díade. Dessa forma, reduz-se a sensação de distanciamento, de frieza - comuns em hospitais - e aumentam as sensações de acolhimento e de segurança.

Outro aspecto relevante sobre a atuação do Psicólogo em hospitais, mais especificamente em setores de isolamento de contato, é a necessária integração entre Psicologia, Enfermagem e Medicina. Se houver o mínimo de alinhamento entre essas áreas, maior a possibilidade de se obter qualidade na condução do tratamento de cada paciente. Uma área tem muito a colaborar com a outra, se complementam, afinal, por meio delas é possível trabalhar os aspectos psicológicos, físicos e orgânicos do ser humano. O diálogo e a interação entre os profissionais podem permitir o alcance de bons resultados, por exemplo, no que diz respeito à adesão ao tratamento, o esclarecimento de paciente e acompanhante sobre o que está acontecendo, a evolução e a condução de todo o processo de cuidado. Infelizmente, essa é uma das maiores dificuldades existentes. Há locais em que as equipes estão completamente divididas, segmentadas e não há comunicação regular entre os componentes de cada setor. Pode-se encontrar a falta de parceria entre os setores e, conseqüentemente, o atendimento integral aos pacientes fica prejudicado. Alguns saem dali curados de alguma doença física, mas com sérios problemas emocionais. Por meio do trabalho em conjunto, o acompanhamento de todos os setores simultaneamente é capaz de promover mais saúde e qualidade de vida para aqueles que tiverem alta, mas sequer puderam falar de si, de problemas, de dificuldades e das formas de enfrentar a doença e de prosseguir o tratamento em casa, quando isso for possível.

Lamentavelmente, com a alta médica muitos pacientes ficam desassistidos psicologicamente. Não digo que todos os casos necessitam de acompanhamento após a saída do hospital, mas sei que todos os dias dezenas de pais retornam com suas crianças para suas rotinas e seguem a vida sem a oportunidade de dar sequência ao acompanhamento psicológico. Há profissionais da Psicologia que realizam encaminhamentos para que pacientes possam ser atendidos em locais que oferecem atendimento gratuito ou que cobram valor simbólico e na rede pública de saúde, mas não há garantia de que as pessoas buscam essa assistência e, se ao procurarem, conseguem vaga e acolhimento.

Lidar diariamente com as altas médicas decorrentes da cura ou da melhora do mal físico de cada criança, vê-las sair do hospital e pensar que a partir daquele momento podem ficar desamparadas psicologicamente em função de questões que envolvem política, gestão, iniciativa e profissionalismo é frustrante e desafiador. Pode ser que essa realidade não mude, mas cabe a cada profissional da área de saúde

desempenhar o seu respectivo papel e trabalhar com afinco para que enquanto tiver alcance, o melhor possa ser feito.

CONCLUSÃO

Pensar em Psicologia Hospitalar nos setores de isolamento de contato foi um desafio, afinal, não há vasto material ou produções diversificadas sobre o tema. Com o aprofundamento do estudo acerca da temática, foi possível verificar que o maior obstáculo está na comunicação e na aceitação por parte dos demais profissionais – principalmente Médicos e Enfermeiros - com relação à atuação de Psicólogos nesses espaços.

Mas, afinal, o que Psicólogos podem fazer nas unidades voltadas para o tratamento de doenças infecto-parasitárias? A resposta está na dedicação, na boa vontade e no desejo de trabalhar para tornar o ambiente hospitalar mais agradável e menos opressor. Promover momentos de escuta, além estimulação, descontração e diversão significa trazer um pouco de alívio para crianças e pais aflitos diante da dor, do incerto e do desconhecido. A presença da Psicologia nesses espaços também pode promover entendimento sobre o que está acontecendo, as possibilidades de tratamento, o que está sendo feito pela saúde da criança e até mesmo facilitar o fluxo de comunicação entre os pacientes e seus acompanhantes com as equipes médica e de enfermagem.

É importante que díades se sintam protagonistas desse momento, que busquem entender os motivos que os levaram para essa condição de hospitalização e, conseqüentemente, de isolamento. Compreender pode facilitar a aceitação e, ainda, a adesão ao tratamento, que visa à ressignificação de todo o sofrimento e angústia causados pelo adoecimento, afinal, o adoecer é a prova da finitude do ser humano, da fragilidade da vida. A doença nos faz pensar na morte, no futuro ainda incerto. Trabalhar essas questões também é papel da Psicologia.

A realização de estudos que abordem a questão da internação nos setores de isolamento em hospitais pode ampliar o foco de trabalho dos profissionais de Psicologia, trazendo novas possibilidades de atenção e suporte a pacientes. Com isso, poderá, ainda, fortalecer a atuação dos profissionais da área nesses setores, gerando reconhecimento da importância do trabalho psicológico voltado para crianças que, além de estarem com problemas de saúde, são obrigadas a enfrentar a

hospitalização dentro de um espaço restrito, fechado, provocado pela necessidade de precaução de contato.

A partir da realização deste estudo foi possível constatar a necessidade de realização de pesquisas elaboradas por estudantes e profissionais de Psicologia com foco nesses setores. A ideia é, em oportunidade futura, realizar um novo estudo com ênfase nas representações das crianças sobre a internação, tendo como foco o fato de estarem em isolamento.

Embora o presente estudo tenha focado no atendimento a crianças, a ideia é que o acolhimento, a escuta e diferentes estratégias sejam utilizadas também durante hospitalização de adolescentes, adultos e idosos que estejam com precaução de contato. O fundamental é que existam profissionais preparados e dispostos a estarem ao lado do leito de cada paciente para ouvi-los sem julgamento, compreendê-los e validar os sentimentos que estão guardados, até então, sem permissão para emergir.

Devemos permitir a fala, o choro e o silêncio. Estar disponível para que cada pessoa se manifeste e consiga lidar com o momento de adoecimento e hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, Julian. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

_____. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas; São Paulo: Masson, 1986.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 de junho de 2014.

CALVETTI, Prisca Ücker; SILVA, Leonardo Machado; GAUER, Gabriel José Chittó. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **PSIC Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, p. 229-234, jul/dez. 2008.

CARDIM, Mariana Gomes et. al. Crianças em Isolamento Hospitalar: Relações e vivências com a equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16 n. 1, p. 32-38, jan/mar 2008.

CARVALHO, Eduardo S., MARQUES, Sílvia R. Infecção hospitalar em pediatria. **Jornal de Pediatria**, n. 75, supl.1, p. 31-35, 1999.

CHAGAS, Cynthia. Uma intervenção psicológica em cardiologia infantil em Pernambuco. In: Leitgel-Gille, M. (Org.). **Boi da cara preta: Crianças no hospital**. Salvador: EDUFBA: Álgama, 2003, p.162-176.

CHIATTONE, Heloísa Benevides Carvalho. A criança e a morte. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996, p. 69-102.

_____; SEBATIANI, Ricardo Werner. A Ética na Psicologia Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002, p. 113-140.

DESLANDES, Sueli Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p. 31-50, 2004.

GOLSE, Bernard. **O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GUTTON, Philippe. **O brincar da criança: Estudo sobre o desenvolvimento infantil**. Coleção Clássicos do Jogo. Petrópolis: Vozes, 2013.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. especial, p. 37-45, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi; et. al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 61-70, 2004.

NIGRO, Magdalena. **Hospitalização: O impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano.** 10. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

RIBEIRO, Carla Regina; PINTO JUNIOR, Antonio Augusto. A Representação Social da Criança Hospitalizada: Um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Revista SBPH**, v. 12, n.1, p. 31-54, jun 2009.

SILVA, Silvana Maria Moura. Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: O olhar dos profissionais e das voluntárias. In: BONTEMPO, Edda; ANTUNHA, Elsa Gonçalves; OLIVEIRA, Vera Barros (Org). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

WANDERLEY, Katia. O lúdico no contexto hospitalar: Quando o brincar no contexto hospitalar é recreação e quando é ludoterapia. In: AFFONSO, Rosa Maria Lopes (Org.). **Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo.** Porto Alegre: Artmed, 2012.