

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

Formação profissional, desenvolvimento e trabalho

2



Atena
Editora
Ano 2022

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

Formação profissional, desenvolvimento e trabalho

2



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
 Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^ª Dr^ª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
 Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Prof. Dr. Kápio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
 Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof^ª Dr^ª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
 Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof^ª Dr^ª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
 Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Psicologia: formação profissional, desenvolvimento e trabalho

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
P974	<p>Psicologia: formação profissional, desenvolvimento e trabalho / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0872-7 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.727221512</p> <p>1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 150</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

São 16, os artigos que compõem esta edição da coletânea, *Psicologia: Formação profissional, desenvolvimento e trabalho*, voltada para pensar a construção e o cotidiano do trabalho do profissional da Psicologia.

A história da disciplina no Brasil remonta à meados do século XIX, mas enquanto profissão é conquistada apenas nos meados do século XX, como resultado dos movimentos de construção de sociedades de Psicologia com a Sociedade de Psicologia de São Paulo (1940), da criação do curso de graduação em Psicologia pela PUC-RJ (1953), da regulamentação da profissão (1964) e instalação do sistema Conselho (1973, 1974).

Desde a década de 70 houve inúmeras conquistas quanto à aplicação da Psicologia em diversos setores como saúde, educação, comunidade, empresas, e se mantém a expansão para os mais variados seguimentos.

Os artigos que compõem esta coletânea apontam para algumas delas, mas não conseguem esgotar a amplitude. No entanto, mesmo com a diversidade manifesta, lutas ainda são necessárias para que haja melhorias e até mesmo para a manutenção do que já foi conquistado.

Para além da luta, uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira

CAPÍTULO 1 1

UM MUNDO TECNOLÓGICO PANDÊMICO E SUAS MARCAS: UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE A ANGÚSTIA DO ADOLESCENTE.

João Luis Paes Bóvio Barcelos

Giovane do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215121>

CAPÍTULO 2 7

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E FÍSICA DOS IDOSOS

Liliane Dota

Lilian Dota

João Guilherme Baptista Coelho

Cecília Costa Carosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215122>

CAPÍTULO 3 14

ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO PÓS COVID-19 E ADOECIMENTO MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sarajane de Fátima Lima de Oliveira

Sheila Arendt de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215123>

CAPÍTULO 422

OS IMPACTOS À SAÚDE MENTAL NA RELAÇÃO AFETIVA ENTRE AVÓS E NETOS

Larissa da Silva Melo

Káren Caroline de Souza

Lívia Nunes Câmara

Márcus Vinícius Gomes Moreira

Maria Luysa Oliveira Santos

Talyta Silva Queiroz Ferreira

Tuany Pereira da Silva Souza

Jessiane Martins da Silva

Ademar Rocha da Silva

Adriana Rey Nunes Lima

Fabiana Maria de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215124>

CAPÍTULO 528

EXPRESSÃO DE GÊNERO, MINORIAS ATIVAS E SAÚDE MENTAL - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Suelen de Oliveira Maas

Luciana Elisabete Savaris

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215125>

CAPÍTULO 6	36
RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DAS REUNIÕES DE EQUIPE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Gabriela da Silva Souza Joice Cadore Sonogo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215126	
CAPÍTULO 7	39
ECO NARCÍSICO: OS IMPACTOS PARA O PSICOLÓGICO DE MENINAS CRIADAS POR MÃES NARCISISTAS	
Hanna Helena Gadelha de Souza Othon	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215127	
CAPÍTULO 8	49
TRANSTORNO MENTAL COMUM E VESTIBULAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Mirela Bianca Andrade Neyfsom Carlos Fernandes Matias	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215128	
CAPÍTULO 9	61
TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS AO ABUSO SEXUAL	
Vaneida Araujo Balduino Valente Jamir Sardá Jr.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.7272215129	
CAPÍTULO 10.....	73
PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO: UMA ALIANÇA NECESSÁRIA	
Luiz Carlos Rodrigues da Silva Thayronne Rennon Lima Gomes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151210	
CAPÍTULO 11	85
UMA ANÁLISE SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E MELHORES PROCEDIMENTOS A SEREM TOMADOS	
Amanda Rayra Dias Campos Paulo de Tasso Moura de Alexandria Junior	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151211	
CAPÍTULO 12.....	108
SUPER ENGÓRDAME “UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y PSICOLOGÍA SOCIAL”. ESTUDIO DE CASO, MORGAN SPURLOCK	
Alejandra Ramírez González Iracema Islas Vega Eduardo Bautista Ronces	

Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
 Cláudia Teresa Solano Pérez
 Sinaí Hinojosa Hernández
 María Teresa Sosa Lozada
 Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151212>

CAPÍTULO 13..... 121

PSICODERMATOLOGIA: ASPECTOS DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS
 RELACIONADAS AO PSICOLÓGICO DO INDIVÍDUO

Giovana Miotto de Moura
 Daiany Lara Massias Lopes Sgrinholi
 Milene Vianna Gurgel
 Stéphane Raquel Almeida Velande de Fonseca
 Leonardo Pestillo de Oliveira
 Lucas França Garcia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151213>

CAPÍTULO 14..... 130

ENTRENAMIENTO EN FUNCIONES EJECUTIVAS PARA EL CONTROL DE
 IMPULSOS EN ADOLESCENTES INFRACTORES

José Paulino Dzib Aguilar
 Karime Esther Medina Farah

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151214>

CAPÍTULO 15..... 137

DISPOSIÇÃO A PERDOAR ENTRE RECLUSOS QUE COMETERAM CRIMES
 RELACIONADOS COM OFENSAS À PROPRIEDADE E UM GRUPO DE
 CONTROLO

Ana Cristina Menezes Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151215>

CAPÍTULO 16..... 146

DISFUNCIONES COGNITIVAS EN PACIENTES SOMETIDOS A
 QUIMIOTERAPIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Angélica Yolanda Bueno Bejarano Vale de Medeiros
 Priscila do Nascimento Marques
 Eliane Ramos Pereira
 Arlete Ozório

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.72722151216>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 162

ÍNDICE REMISSIVO..... 163

UMA ANÁLISE SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: CONSEQUÊNCIAS À SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E MELHORES PROCEDIMENTOS A SEREM TOMADOS

Data de submissão: 10/11/2022

Data de aceite: 01/12/2022

Amanda Rayra Dias Campos

Graduanda Faculdade Católica Dom Orione
Araguaína - Tocantins
<https://orcid.org/0000-0002-4904-1319>

Paulo de Tasso Moura de Alexandria Junior

Faculdade Católica Dom Orione
Mestre em Educação pela UFT (2018);
Especialista em Pedagogia Hospitalar pela Fundação UNIRG, UNIRG, Gurupi, Brasil; Especialista em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar pela Faculdade Albert Einstein de São Paulo, FAESP, São Paulo, Brasil; Especialista em Nefrologia Multidisciplinar pela UFMA, São Luis-MA, Brasil; Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (2001); Atualmente é psicólogo no Hospital Regional de Araguaína-To Araguaína - Tocantins

RESUMO: O presente artigo foi desenvolvido com o objetivo de organizar prerrogativas acerca das condições psicológicas resultantes da internação infantil. Estabelecendo considerações sobre como o universo infantil é afetado por tal quadro, podendo desenvolver demandas

que necessitam de cuidados psicológicos. Nesse sentido, foram abordados princípios e teorias que favorecem o conhecimento da realidade infantil, quando submetida à hospitalização e suas respectivas consequências. Além de enfatizar o modo como a criança enxerga esse processo, que é totalmente novo e diferente. A metodologia empregada foi a de pesquisa de revisão de literatura, realizando a coleta das informações em bibliografias e artigos científicos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar. Hospitalização Infantil. Consequência emocional. Criança. Tratamento.

AN ANALYSIS ON CHILD HOSPITALIZATION: CONSEQUENCES TO CHILD'S MENTAL HEALTH AND BETTER PROCEDURES TO BE TAKEN

ABSTRACT: This article was developed with the aim of organizing prerogatives about the psychological conditions resulting from child hospitalization. Establishing considerations on how the children's universe is affected by this condition, being able to develop demands that need psychological care. In this sense, principles and theories that favor the knowledge of the child's reality when

subjected to hospitalization and its consequences were addressed. Bringing focus on how the child sees this totally new and different process. The methodology used was that of qualitative research, performing the collection of information in literature and scientific articles.

KEYWORDS: Hospital Psychology. Child Hospitalization. Consequences. Kid. Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

O hospital foi inicialmente projetado e planejado com o intuito de tratar somente a doença e o somático, negligenciando assim, as necessidades biopsicossociais dos sujeitos que ali se encontravam. Na estrutura hospitalar, o principal objetivo do tratamento envolvia socorrer um sofrimento de origem biológica ou orgânica e o bem-estar psicológico do paciente não era visto como algo passivo de priorização (VALVERDE; CARNEIRO, 2010).

Nesse cenário, surge o psicólogo buscando transportar o olhar da saúde para além da doença e a cura, voltando-se para a humanização do paciente, a compreensão da influência que o emocional provoca na doença, tanto quanto, o seu processo subjetivo de tratamento e recuperação. Assim, o doente passou a ser visto para além de um corpo, portando, uma enfermidade, tornando-se priorizado como um todo.

A hospitalização infantil traz consigo vários impactos e consequências relevantes que podem desfavorecer o processo de tratamento advindo da necessidade de reclusão hospitalar. A criança sofre com perdas ao ter suas companhias retiradas, sua liberdade restrita e sua rotina modificada. Sofre fisicamente, uma vez que dependendo da doença pode sentir dores no corpo e na cabeça, fraqueza, mal-estar, enjoos, tonturas, falta de apetite, insônia, entre outros.

Ainda por cima, tem o seu emocional desestruturado, pois além de ter o funcionamento normal do seu corpo alterado, a criança hospitalizada verá sua vida mudada por dias, semanas, meses e até anos, a depender da magnitude da doença.

Souza et al (2008) aponta que, no Brasil, a preocupação com a criança hospitalizada, tanto quanto o devido tratamento que deveria ser ofertado à mesma surgiu no início do séc. XX, em virtude do crescente número de óbitos infantis registrados no país.

Esse processo de desenvolvimento de um olhar mais humanizado e integral, voltado para uma maior preocupação com a saúde e o bem-estar dos pequeninos, proporcionou-lhes a oferta de maiores cuidados e desenvolvimento pleno e sadio, mesmo em contexto de internação hospitalar.

A esse processo, Serafim e Lima (2016, p. 358) acrescentam:

“Sob o impulso da atual Constituição Federal do Brasil, no ano de 1990 foi instituída a Lei Nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu artigo 7º garante que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Determina no artigo 11 “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio

do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Por conseguinte, a presente pesquisa tem como objetivo ponderar informações acerca da hospitalização infantil. Buscando compreender como, para além da doença biológica, tal condição impacta física e psicologicamente a comunidade pueril, isto é, quais os principais malefícios que acometem a criança em sua dimensão emocional e psíquica durante esse período.

Em virtude dessas questões, quais os cuidados e procedimentos a equipe médica deve tomar para prevenir ou reduzir tais efeitos negativos. Agregando a tais questões, a descrição de como comumente se encontram as alas pediátricas para o ingresso e a estadia da criança, e finalmente, como essa temática é vivenciada na realidade brasileira.

Dessa forma, abordaremos no primeiro tópico sobre, a criança, a doença e a hospitalização, que tratará da idade infantil e a experiência inicial de ser acometido por uma enfermidade; as doenças que mais levam à internação e seus agravantes; a nova rotina instaurada e a internação sob o olhar da criança.

No segundo, falaremos sobre as consequências da hospitalização e as possíveis alterações físicas e psicológicas que podem emergir na vida dos crianças, entendendo que, cada um, de acordo com determinadas questões terá uma forma diferente de reagir, agregando a essa temática o conceito de *síndrome do hospitalismo*, e as demandas que envolvem a separação entre a figura de afeição e a criança durante o período de reclusão hospitalar.

O terceiro tópico será usado para descrever as reações da criança diante dessa circunstância. Em seguida, no quarto tópico, propondo procedimentos que possam potencializar uma melhora na vida da criança hospitalizada e proposições para auxiliar no enfrentamento da doença e da internação, tais como: o brincar, a estratégia AIDPI e a presença do psicólogo na ala pediátrica.

Por fim, atrelado à discussão, serão analisados os aspectos estruturais e profissionais da condição dos hospitais brasileiros para o recebimento dos pequeninos em suas instalações.

Dessa forma, o presente trabalho configura-se como uma pesquisa de revisão de literatura integrativa, onde foram realizadas investigações em livros e artigos científicos disponibilizados em sites como o Google acadêmico e Scielo. Utilizando como método de leitura a de base analítica, a qual descreve uma leitura compassada, que visa a absorção total do conteúdo, isto é, um entendimento sobre aquilo que o autor se propõe a explicar (EBER, 2015).

A relevância científica e social dessa discussão se encontra na liberação de conhecimento concernente à hospitalização infantil e averiguação de estratégias que tenham resultados mais positivos na intervenção e no tratamento, e que assim, melhorem a adaptação da criança à hospitalização e suas variantes.

2 | A CRIANÇA, A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO

A infância é um período marcado principalmente pela energia de brincar e a alegria de estar em constante movimento. Uma criança saudável não escolhe ficar parada por um longo período, não deseja a solidão, nem recusa um convite para brincar, em contrapartida, será espontânea, alegre, expansiva, comunicativa, curiosa, estando sempre disposta a descobrir coisas novas e a estar com seus familiares e amigos.

Quando, porém, é impedida de ser ela mesma, a criança é frustrada e se sente em uma verdadeira prisão. A experiência de ser acometido por uma doença é o melhor exemplo de situação que tende a impedir uma criança de se comportar e se expressar em seu natural e, quando essa doença desencadeia a necessidade de hospitalização, temos então uma rotina totalmente modificada e uma criança confusa, reprimida e ansiosa.

A estratégia AIDPI - Atenção integrada às doenças prevalentes na infância - destacou as doenças que mais acometem crianças e adolescentes, entre as quais temos: doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, tuberculoses, meningites, malária, sarampo, e distúrbios nutricionais. (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

Oliveira et al., (2012) colabora nesse sentido apontando que, o registro de maior causa de internação infantil, com média de 49,6% dos casos assinalados, está ligado a doenças respiratórias, tais como: broncopneumonia, pneumonia, insuficiência respiratória aguda, infecção das vias aéreas, bronquiolite, otite média aguda, entre outras.

Ademais, os outros 51,4% se dividem entre causas neonatais, causas externas (queimaduras, intoxicação exógena, acidentes automobilísticos, quedas de altura e atropelamentos), causas cirúrgicas, genitourinárias (infecção do trato urinário e insuficiência renal aguda), além de causas cardíacas, neurológicas e doenças não crônicas, incluindo as doenças consideradas sensíveis aos cuidados na atenção básica (doenças gastrointestinais, desidratação e desnutrição).

A doença traz à tona a realidade da finitude humana, e assim, o universo infantil é necessariamente afetado por ameaças à continuidade da vida. O adoecimento além de potencializar o temor da morte, é também o motivo da necessidade de internação. E além dos aspectos relativos ao próprio adoecer, a criança se depara com um ambiente estranho à sua realidade, no qual procedimentos invasivos, medicações e limitações físicas farão parte de sua rotina.” (LEPRI, 2008, p. 15).

Quando uma criança é acometida por uma enfermidade e hospitalizada, uma nova realidade é vivenciada, e não só ela, mas todos à sua volta são afetados, em virtude da alteração de toda uma rotina de comportamento, horário, alimentação e convívio, sendo que uma nova, nada compatível com a de costume, é introduzida, a da rotina hospitalar.

Tudo ao redor da criança se torna estranho e ela é obrigada a conviver com pessoas, alimentos e objetos diferentes, um quarto sem cor, horários modificados, introdução de medicação e ainda, dor física e alteração emocional. Uma vez que, “o hospital é uma

instituição onde existem suas próprias regras e estrutura”. (VALVERDE; CARNEIRO, 2010. p, 4).

Entretanto, nem sempre o adoecer se torna um episódio médico. Às vezes por dificuldade de acesso, crenças ou baixa condição financeira, os familiares são levados a recorrerem a outros tipos de mecanismos, como: remédios caseiros, rezas, benzeduras e outros comportamentos ritualistas, acreditando que conseguirão solucionar o infortúnio da doença de sua criança.

Quando a hospitalização é possível e é escolhida, ainda são submetidos a constrangimentos, sendo a família e a criança obrigados a lidar com falta de médicos e medicamentos, carência de exames laboratoriais e indisponibilidade de leitos. (OLIVEIRA, 1993).

Ao retratar o ambiente hospitalar, Oliveira (1993) afirma que, por haver “violência física dos procedimentos médicos, violência psicológica das relações inter-humanas, o espaço do hospital mostra-se como marca indelével de ruptura em todos os níveis de vida da criança.

Batista (2003) ao citar Oliveira (1997) aponta que, a visão que a criança tem do hospital é de um lugar desconhecido e estranho, que proíbe a diversão, o brincar e atividades ao ar livre, sem nada legal, em oposição à escola, um lugar de anonimato, lugar de torturas, solidão, tristeza, saudades, suplícios e agressões físicas com intenções punitivas.

Para além disso, “a falta de variedade, de estrutura, de organização dos estímulos e atividades para a interação da criança são fatores que dificultam a adaptação ao contexto hospitalar”. (GUIMARÃES, 1988 apud ARAGÃO E AZEVEDO, 2001, p. 34).

Henriques e Caíres (2014) esclarecem que, em cima da visão que a criança tem acerca do hospital, mais o impacto que é sentido diante do novo, nenhuma informação lhe é passada, e em alguns casos a criança entra e sai da internação sem saber o porquê da necessidade de ter sido submetida a um lugar tão conturbado, sem conhecimento do que lhe acometeu e sem informação sobre os benefícios de cada procedimento necessário.

Com efeito, a falta de informação gera omissão, que muitas vezes, no intuito de proteger, desenvolve mais ansiedade e angústia na criança, dificultando sua adesão aos exames e aos médicos, como também, sua recuperação. E somente nos casos de hospitalizações prolongadas, como nos quadros de doenças crônicas, é que a criança passa a ter algum conhecimento sobre a doença que lhe acometeu, os procedimentos que ele terá que se submeter, como dos profissionais e suas funções desempenhadas. (OLIVEIRA; 1993).

3 | EFEITOS DA HOSPITALIZAÇÃO NA CRIANÇA

O processo de hospitalização provoca na criança alterações de cunhos físico e

psicológico. Essas duas esferas se interligam formando um caminho cíclico, dessa forma, o que ofende o corpo atinge o psíquico, que por sua vez, pode provocar mais mudanças sobre o físico.

Por conseguinte, além de causar alterações na autoimagem, levando ao emagrecimento, em alguns casos a amputações, deformações, sangramentos e cortes, a internação desenvolve graus diferentes de descontrole emocional nas crianças.

Tal condição gera efeitos psicológicos que se não tratados adequadamente podem acarretar uma piora no quadro patológico, em virtude de que o componente desagregador da doença impõe obstáculos para o curso de vida normal e não só o corpo se vê ameaçado: a mente sofre o impacto dessa nova realidade. (LEPRI, 2008, p. 21).

Estima-se que em média 10% de todas as crianças apresentaram alguma enfermidade prolongada ou incapacidade de cunho moderado ou grave, em algum momento de sua infância. Quando a gravidade da doença exige a hospitalização, vários efeitos negativos podem aparecer conjuntamente, entre os quais, a ansiedade, depressão, negação da doença, regressão, autoestima negativa, reações de culpa, sentimento de punição, distúrbios neuróticos, interrupção ou atraso escolar, entre outros.

De acordo, porém, com a subjetividade, situação sócio-familiar, econômica, do tipo e gravidade da doença, cada criança manifestará esses efeitos e reações, de modos e em graus diferentes. (PERRIN E GERRITY, 1984 apud SOUZA et al., 2008. p. 3).

Para além disso, como apontam Valverde e Carneiro (2010, p. 8):

“A criança internada sofre pelo aparecimento ou intensificação dos procedimentos, pois os primeiros dias de internação são marcados por exames e condutas agressivas para obtenção de um diagnóstico, que causam dores ou intensificam seu sofrimento”.

De acordo com Chiattonne (2011), a criança pode evoluir a quadros de ansiedade ligados à sensação de que está sendo punida, expressando reações de culpa, temor e dúvida. Existem quadros depressivos, vistos em crianças gravemente doentes, nos quais há grande hostilidade voltada contra si mesma, intenso sentimento de perda, apatia, isolamento, tristeza, hipoatividade e impotência. Concomitantemente, podem desenvolver distúrbios neuróticos caracterizados por medos específicos, fobias, comportamentos compulsivos e ritualizados.

Ao centrar-se na ansiedade que a criança vivencia ao se encontrar reclusa em uma instituição hospitalar, Gomes, Fernandes e Nóbrega (2016) apontam que, esta perturbação vem de fatores ansiogênicos antecedentes a hospitalização, entre eles: hospitalizações anteriores, afastamento do contexto familiar, inserção em ambiente desconhecido, privação de atividades recreativas, desconhecimento dos procedimentos e experiências de submissão a procedimentos invasivos.

Dessa forma, os mesmos autores definiram a ansiedade da hospitalização em criança como sendo um fenômeno multidimensional, o qual se caracteriza por aspectos

biológicos e psicológicos que são suscitados diante do processo estressante e ameaçador de inserção em ambiente hospitalar.

Assim, a ansiedade pode provocar manifestações psicossomáticas de dilatação da pupila, taquicardia, tremor, alterações do apetite, dispneia e insônia. Enquanto que os sintomas apresentados de cunho psicológico são: medo, angústia, hiperatividade, impulsividade, agitação, insegurança, impotência, sensação de culpa, dano corporal ou agressão, sensação de abandono e solidão, nervosismo, irritabilidade, tristeza, choro e falta de concentração.

Sanchez e Ebeling (2011) cooperam com a discussão apontando que os distúrbios consequentes da hospitalização se associam à impossibilidade da criança lidar com os acontecimentos. Sendo a depressão um dos mais frequentes.

Um estudo realizado, a fim de apurar o impacto da hospitalização na infância apontou que 11% das crianças nessa condição têm depressão e em outras 20% surgem sintomas de perturbação. Essa desordem leva a criança a afastar-se do meio, rejeitando as medicações, exames e demais orientações, o que dificulta a atuação da equipe de saúde e torna o processo mais desagradável.

Oliveira (1993) adiciona que, o mesmo lugar de proibições, que não permite à criança andar pelos corredores, jogar bola, tomar ar fresco, falar alto, conversar com outras crianças e brincar, é incongruentemente, um lugar de infantilização, onde as crianças grandes são colocadas em berços e alimentadas através de mamadeiras.

Ao entrar no hospital, a criança se vislumbra com um novo mundo, um lugar totalmente diferente do que ela está acostumada, sem cores ou desenhos chamativos, assim, ela é dominada pela ansiedade do desconhecido. Diante disso, Ceccim (1997 apud BATISTA, 2003, p. 27) afirma que, a criança buscará negar ou amenizar o que lhe assusta, se comportando de modo a não cooperar com o tratamento ou até mesmo, se submetendo totalmente a todos os procedimentos. Entretanto, é necessário lembrar-se, que diante de uma mesma situação, cada indivíduo reage de forma diferente e única.

A infância, no processo de hospitalização, vai de zero a dezoito anos, sendo dividida em quatro etapas, quais sejam: até três anos, dos três aos cinco anos, dos seis aos quatorze anos e dos quinze aos dezoito. (BATISTA, 2013 apud MESQUITA; SILVA; JÚNIOR, 2010, p. 92).

Contudo, cada criança terá sua própria maneira de suportar e superar o importuno de estar doente, tanto quanto, o processo de hospitalização e todas as mudanças que essa condição oferta positiva e negativamente. Nesse sentido, Aragão e Azevedo (2001) mencionam Domingos (1993), o qual aponta que, a internação cerca a criança de ameaças reais e imaginárias, e ela por sua vez, vai expressar-se em resposta a tais ameaças de várias formas, tais como: demonstrando medo dos médicos e tentando resistir a alguns procedimentos, sendo agressiva, agitada e chorando, ainda por cima, com sintomas de depressão e ansiedade. Isso ocorre pelo fato de que:

“[...] fatores pessoais (idade, desenvolvimento biopsicossocial do paciente, natureza e grau de severidade da enfermidade, experiências prévias com médicos e hospitais), familiares (maneira dos pais, irmãos, familiares e companheiros responderem à hospitalização) e hospitalares (contato com ambiente estranho, mudanças do pessoal do hospital, duração da internação, características e organização do centro hospitalar, ausência de informações e privação cultural, social e escolar) podem interferir na hospitalização infantil”. (LAURENT E RUMEU, 2001 apud ARAGÃO E AZEVEDO, 1990, p. 34).

Uma pesquisa realizada por Silveira, Lima e Paula (2018) para buscar analisar o estresse vivido pelas crianças no enfrentamento da hospitalização, demonstra bem o que já foi debatido. As crianças responderam aos seguintes instrumentos: Escala de Faces da Dor, Escala de Stress Infantil e Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização. O resultado apontou que, os sintomas apresentados com maior frequência se referiam a reações psicológicas, como sentir raiva, esconder-se e sentir-se culpado, e assim, demonstraram estratégias de enfrentamento mal-adaptativas e de desengajamento, o que foi correlacionado com os comportamentos de chorar, sentir raiva, ficar triste e pensar em fugir.

3.1 Síndrome do hospitalismo

Spitz (1979) chamou de *hospitalismo infantil* a separação entre a mãe e a criança hospitalizada e os sintomas apresentados pela criança diante dessa separação. Conceito este muito relevante, visto que, há muitos relatos de crianças que nesse período são abandonadas por seus pais ou responsáveis.

Às vezes a rotina dos pais dificulta a presença constante e até visitas esporádicas, o que leva a criança a se encontrar sozinha em um ambiente totalmente desconhecido. E ainda que seja por um breve período de tempo que a criança ficará sem sua figura de afeto, isso repercutirá nela, deixando-a ansiosa, triste e até desesperada.

Nas palavras de Valverde e Carneiro (2010), o hospital promove a separação entre a criança e seu ambiente familiar, e essa separação é concedida por seus responsáveis, por confiarem na necessidade e no benefício do internamento.

Contudo, um conjunto de fatores podem emergir dessa separação, visto que, a separação com a figura de confiança da criança gera mais ansiedade e medo. Ao citar D’Andrea (1968) Farias (1988) destaca que, a resposta manifestada mais marcante diante da separação é a angústia.

Crianças que permanecem em hospitais por tempo prolongado e que se mostram fracas, com baixa resposta aos estímulos ambientais, com inapetência e perda de peso, sumariamente descrevem o perfil de crianças carentes emocionalmente, que necessitam de afeto. (BARKWIN, 1953 apud D’ANDREA, 1968).

Outros obstáculos, como alterações de comportamento em relação ao ritmo de desenvolvimento das habilidades psicomotoras e das interações sociais e afetivas são

observadas em crianças hospitalizadas sem a presença da mãe ou de sua figura de afeição. (FARIAS, 1988).

Ao buscar entender as possíveis alterações comportamentais nas crianças hospitalizadas geradas pela ausência da mãe ou do seu responsável, Farias (1988) concluiu que, as crianças submetidas a essas circunstâncias, apresentaram alterações de comportamento ligados ao desenvolvimento das habilidades psicomotoras, assim como, uma dificuldade de interação social e estabelecimento de vínculo afetivo.

Sem a companhia da mãe, Carvalho (1983 apud Oliveira *et al* 2005) aponta que, quando um adulto estranho à criança, se aproxima e tenta manter contato direto com ela, a criança desvia o olhar, chora, grita ou tenta evitar o encontro de alguma maneira, porém, ao estar com sua mãe ou com um responsável de sua confiança, esta reação é abrandada.

Oliveira, Dantas e Fonsêca (2005) com sua pesquisa no Hospital pediátrico Monsenhor Pedro Rocha de Oliveira, por um período de três meses, com um grupo de 56 crianças internadas, sendo que 28 delas possuíam acompanhamento de familiares e 28 não dispunham dessa companhia, concluíram que as crianças sem acompanhante apresentaram mais irritabilidade e agressividade.

O que segundo Fadman e Frager (1980) se apresenta como um mecanismo de defesa, isto é, o medo do desconhecido transformou-se em formação reativa de irritabilidade, em uma tentativa de afastar de si situações desagradáveis que lhes pareçam ameaçadoras.

Em contrapartida, as crianças com acompanhantes demonstraram bem mais comportamentos de indiferença à hospitalização. Isso sugere que, o apoio e segurança que essas crianças recebiam frente às situações lhes permitiam desenvolver modos de enfrentamento mais adaptativos, juntamente com a diminuição dos sentimentos negativos.

4 | ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Toda hospitalização promete indiretamente ao indivíduo uma melhora no seu quadro, entretanto, é notório que alguns inconvenientes e abalos são experienciados nesse processo.

Sendo assim, a partir de uma abordagem orientada para uma assistência humanizada, se torna imperioso que a atuação da equipe multiprofissional seja individualizada e especificada para a promoção do cuidado.

Desse modo, o atendimento à criança hospitalizada deve ter como finalidade a diminuição do sofrimento e abrandamento dos traumas que podem emergir dessa condição. (COSTA; MORAIS, 2017).

De acordo com Oliveira (1993), muitas recomendações e propostas vêm sendo feitas para tornar a Pediatria mais perto do ser criança e menos padronizado. Dessa forma, a autora cita alguns autores como Plank (1973) e Robertson (1979), que utilizam desenhos, pinturas, trabalhos com argila e outros recursos lúdicos para auxiliar a criança a elaborar

modos de enfrentamento para a enfermidade e a hospitalização.

Klinzing e Klinzing (1977) apoiam a escolarização na internação, acreditando que assim, a criança ficará em dia com seus deveres escolares, se sentirá um pouco mais estabilizada e terá uma expectativa de cura e retorno às suas atividades. E ainda Jacob et al (1983), que propõe o *Programa Mãe Participante*, recomendando que a mãe acompanhe a criança por 24 horas diárias e que ambas participem de atividades que tentem minimizar os efeitos danosos que a hospitalização traz para todos.

Para o objetivo de uma melhora no atendimento ofertado à criança internada, deve-se agregar o *cuidado subjetivo atencioso*. É bem verdade que o olhar do profissional da saúde, em todas as possíveis áreas de sua atuação deve transcender os conceitos de diagnóstico e cura, o que na grande maioria das vezes são as únicas fontes que fomentam a relação entre o especialista portador do saber e o doente necessitado de uma intervenção para o mal que o acomete.

Nesse ponto, Batista (2003) aponta que, o cuidado para além do biológico deve ser considerado como indispensável dentro do contexto hospitalar. Segundo o autor “o cuidado transcende o curar, porque nem sempre se vence a doença, mas toda pessoa viva tem o direito de ser amparada, acompanhada e amada.” (BATISTA, 2003, p. 25).

Soares e Zamberlan (2001) apontam que a organização da unidade de internação infantil, de modo geral, deve ser realizada considerando o modo que mais atenda às necessidades dos seus pequenos pacientes, levando em consideração sua etapa atual de desenvolvimento, suas vontades, seus incômodos, sua vida pré-internação, seus sorrisos e choros.

Para além disso, se torna imprescindível que haja uma troca de conhecimento entre a equipe de saúde e a escola das crianças internadas,

Calvetti, Silva e Gauer (2008) observam que, para uma assistência efetiva voltada para a criança hospitalizada é de extrema importância que o profissional tenha conhecimento sobre desenvolvimento da infância, para que, mantenha uma atenção integral à saúde da criança, olhando para ela como um todo, para não se voltar apenas para a doença, desprezando as outras áreas.

Ainda, é importante conseguir informações acerca da vida que elas levavam fora do hospital, com o intuito de promover a continuação do seu desenvolvimento, físico, psíquico e educacional.

É de grande importância que se estabeleça uma intensa e constante comunicação dos médicos para com os pais/responsáveis e destes para com a criança. Sendo respeitado seu nível de desenvolvimento intelectual e seu repertório de aquisição de palavras.

Desse modo, transmitindo-lhe informações necessárias sobre a doença, os exames, a alimentação que passará a ter, as roupas que deverá usar, seus novos horários, apresentando as pessoas que cuidarão de sua saúde, como: médicos, enfermeiras, técnicas e auxiliares. (HENRIQUES; CAÍRES, 2014).

Outro ponto indispensável que eleva a qualidade do cuidado ofertado e diminui o conflito de estar no hospital, diz respeito à postura que os profissionais usam na hora de interagir com a criança. O hospital é um lugar tão estigmatizado e temido que estar sob a possibilidade de ter que entrar nele já gera um certo desconforto e apreensão.

Em frases como: *“se você não se comportar vou te levar para tomar vacina”*, *“se você mexer aí vou te levar para o hospital”*, vemos a visão do hospital passada para as crianças. As quais o terão como um lugar de opressão, punição e maldade, conseqüentemente, sendo da mesma maneira as pessoas que lá estão. Assim, quando precisam de um tratamento especializado, a tensão de terem que se submeter às pessoas desconhecidas, que trabalham no lugar que lhes fora apresentado de forma tão errônea, é pesada diante de outras aflições com as quais a criança tem que lidar.

Em virtude disso, uma atitude acolhedora e afetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque pode estabelecer um vínculo terapêutico mais eficaz. (MELLO, 1992 apud CALVETTI; SILVA; GAUER, 2008, p. 230).

Ainda pensando nas temáticas capazes de melhorar a estadia da criança hospitalizada, Farias (1988) sugere que, haja uma especialização dos enfermeiros em cursos voltados para saúde mental, desenvolvimento infantil e estimulação em todas as etapas desse processo de desenvolvimento; ainda sugere que isso deve estar agregado a uma formação voltada para o amadurecimento emocional da relação entre os próprios profissionais, estudos que priorizem o significado da assistência que é fornecida a criança dentro do contexto hospitalar, indo para além do âmbito físico e, evidenciando todas as faixas etárias, para que a criança seja entendida, tratada e priorizada de modo eficaz e efetivo.

Concomitantemente, o mesmo autor acredita que os cursos de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia deveriam introduzir em suas grades, conteúdos que evidenciam questões particulares dos aspectos psicológicos da hospitalização infantil.

Finalmente, Farias (1988) ainda acrescenta que, os Hospitais Infantis devem contribuir e incentivar, independentemente do diagnóstico e da faixa etária, a presença da mãe durante o período em que a criança se encontra enclausurada no hospital.

4.1 O Brincar

A palavra lúdico, em latim “*ludus*”, significa jogo/brincar. É algo que além de estar presente na vida das crianças desde os tempos remotos até os dias atuais, é também um dos recursos pedagógicos de maior valor, visto que, envolve o prazer, espontaneidade, alegria, descontração, necessita do uso da imaginação e gera curiosidade e vontade de aprender. (PIOVESAN; SILVIA, 2014).

A lei federal nº 11.104/2005 exige a integração de Brinquedotecas em hospitais que dispõem de atendimento pediátrico, delineando-as como um objetivo nacional de saúde. Desse modo, há uma valorização da brinquedoteca por parte da legislação, dado que,

quanto mais agradável for o ambiente hospitalar e mais baixo possível o nível de quebra do seu dia a dia, do seu lúdico ou do seu brincar, mais humanizado será o caminho que a saúde estará percorrendo. (HOCHMÜLLER, 2016).

Rabelo (2012) aponta que no brincar a criança se coloca como sujeito, num encontro com o outro no mundo e constitui seu papel principal ocupacional. E, ao passo que essa é uma das suas principais necessidades, as técnicas lúdicas são utilizadas como estratégias efetivas para a redução do estresse, medo e ansiedade durante a hospitalização.

As brincadeiras proporcionam diversão e relaxamento e desenvolvem segurança e autoconfiança e ainda, potencializam o desenvolvimento de vínculos, diminuindo, por conta disso, a hesitação de estar longe de casa, bem como, possibilitando à criança uma forma de enfrentar a sensação de falta de controle. (SOARES; ZAMBERLAN, 2001).

Hochmüller (2016) colabora nesse ponto ao afirmar que, para a criança, o brincar é mais do que uma atividade qualquer para ocupar o tempo, é algo necessário que a leva a pensar e repensar situações, retratar práticas e significar emoções e vivências.

O brincar, portanto, está atrelado à própria saúde da criança, sendo benéfica para o seu crescimento, pois gerencia seus relacionamentos, auxilia no desenvolvimento de confiança em si mesmo, aperfeiçoa habilidades sociais uma vez que ensina à criança como interagir, tornando-a mais empática, tolerante, independente e livre.

Em resumo, o ponto de conexão entre a criança e o mundo é o brincar e suas significações. Se torna evidente que a inclusão do brincar pode facilitar a adaptação à nova rotina, incentivando a cooperação e o ajustamento.

Batista (2009 apud HOCHMÜLLER, 2016. p, 38) diz que:

“A criança pode se utilizar da linguagem do brincar para instruir-se de novas situações, ordenando psicologicamente vivências do seu dia a dia e talvez alguns conflitos internos. Brincar promove o ingresso à atividade simbólica, e, através dos jogos simbólicos, a realidade em que está inserida pode ser assimilada à realidade interna”.

Ao citarem Azevedo (1999), Soares e Zamberlan (2001) concordam que o brincar constitui uma estratégia que facilita a adaptação da criança ao estado de hospitalização, ao passo que a mesma passa a expressar-se, conseqüentemente começa a desenvolver um melhor repertório de enfrentamento diante de tal condição.

Dessa forma pode-se afirmar que, o recurso lúdico pode e deve ser utilizado não só como um modo de distração e diversão, mas também, como uma alternativa educacional e terapêutica.

Podendo ser utilizados brinquedos que estejam de acordo com a idade da criança e que não lhe cause algum dano de contaminação; os palhaços, que são grandes aliados para auxiliar a criança no enfrentamento da adaptação ao hospital; técnicas de imaginação como a estratégia de desenho-estória, na qual facilita a expressão de sentimentos e fantasias subjetivas auxiliando no conhecimento dos medos e angústias que a criança

desenvolve dentro no universo hospitalar, para ajudá-la a ressignificar o que lhe causa opressão, medo e ansiedade; ainda, o desenho, que é o brincar que toda criança realiza, é a diversão com giz de cera e papel.

Chiattonne (2011. p, 103) corrobora trazendo que “é primordial que as crianças gravemente doentes ou em estágio terminal possam participar nas enfermarias pediátricas ou nos ambulatórios de atividades lúdicas programadas, dirigidas por profissionais de saúde mental”.

Desse modo, ainda que a criança não possa movimentar-se até a brinquedoteca ou que o hospital não desfrute de uma, é essencial que o seu brincar não seja interrompido, sua imaginação não seja parada e sua diversão continue sendo promovida.

4.2 AIDPI

A estratégia de Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) foi formulada em 1996, pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), com a finalidade de diminuir o número de casos de mortalidade infantil, destacando crianças menores de 5 anos.

Essas organizações buscavam aplacar a incidência de doenças que mais estavam promovendo o óbito infantil, ofertando uma nova abordagem voltada para a saúde da criança que se comprometesse com cuidados para além do tratamento da doença, para isso, promoviam capacitação para os profissionais de saúde, para que eles pudessem acolher a criança e seu acompanhante, ofertando-os uma comunicação efetiva. (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

A AIDPI se estrutura como uma proposta de capacitação e de atenção à criança, alicerçada em três pilares básicos:

“[...] a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI e por fim, a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de 5 anos de idade”. (AIDPI, 2002. p, 7).

A conduta e os métodos adotados pela AIDPI foram moldados a partir das características epidemiológicas das crianças, os problemas infantis mais constantes e as normas do Ministério da Saúde referentes à promoção, prevenção e tratamento.

Assim, a AIDPI se volta para casos como, o aleitamento materno, a promoção de alimentação saudável, o crescimento e desenvolvimento, a imunização, desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malárias, entre outros.

A concretização dessas condutas e a operacionalização dessa estratégia vem sendo desempenhada principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e distribuídas em

todo território nacional. (AIDPI, 2002).

Essa nova abordagem de atenção à saúde infantil, se torna indispensável nos casos de hospitalização, visto que, reforça o conceito de integralidade da assistência à criança e apoia a sistematização do apoio infantil (SANTOS; GAÍVA; SALGE, 2018).

Higuchi et al., (2011) acrescenta que, nessa estratégia a criança é pensada para além de sua enfermidade, passando a ter seu contexto social e familiar levados em consideração. Agregando que, na AIDPI:

“Sua estrutura, sob a forma de árvores decisórias, com sinais e sintomas sensíveis e específicos que indicam a gravidade do quadro, possibilita sistematização da atenção e adoção de medidas necessárias como: referir urgentemente a um hospital, realizar tratamento ambulatorial, ou cuidado no domicílio, melhorando a resolubilidade. Além disso, preconiza a adoção de técnicas de comunicação que fortalecem a relação do profissional com o cuidador e responsabiliza o serviço de saúde a rever a criança em retorno agendado, de acordo com a classificação feita no atendimento”. (HIGUCHI et al., 2011. p, 242).

Santos, Gaíva e Salge (2018) sintetizam que, a importância da AIDPI é evidenciada pelas mudanças verificadas nos indicadores de saúde em países que adotaram essa estratégia como mecanismo para desenvolver e aperfeiçoar a qualidade da atenção ofertada à saúde da criança, assim como, buscar a redução de hospitalizações e do índice de mortalidade infantil.

Desse modo, ao considerar seu mecanismo de ação, encontramos um sistema que atribui à criança o tratamento ideal, mediante sua condição, sem excluir os aspectos que a envolviam antes da doença e da internação e, que estabelece um acompanhamento até que sua estabilidade seja recuperada.

4.3 O Psicólogo e a Hospitalização infantil

A hospitalização traz consigo, inerentemente, a ansiedade, depressão, o medo, crenças disfuncionais, e é através da intervenção psicológica que essas perturbações podem ser tratadas, potencializando a colaboração do paciente e sua recuperação. (SANCHEZ; EBELING, 2011).

O tratamento ofertado pela psicologia se torna indispensável dentro do contexto hospitalar. Simonetti (2004) comprova essa assertiva apontando que, a psicologia hospitalar tem como objeto de análise o psíquico e, não trata somente das doenças psicossomáticas, mas dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença.

Ao considerar que toda doença influencia ou é influenciada por questões psicológicas e é preenchida pela subjetividade de cada indivíduo, o trabalho do psicólogo hospitalar beneficia e ampara a estadia da criança internada e de seu(s) acompanhante(s), uma vez que seu olhar consegue abarcar todas essas questões.

Cabe ao psicólogo hospitalar observar como esse ambiente pode influenciar e/

ou abalar emocionalmente a criança e seus familiares, buscando identificar os fatores emocionais suprimidos e externalizados diante da hospitalização, validando a relevância do trabalho interdisciplinar da equipe assistencial, verificando as estratégias de enfrentamento usadas para mudá-las ou potencializá-las, dando suporte e deixando claro sua atribuição e participação. (VALVERDE, 2010).

Apropriadamente, Simonetti (2004) denota que, o psicólogo deve equipar-se com algum conhecimento de demanda cultural, religiosa e espiritual, em virtude de que, o desenvolvimento psicológico não se processa isoladamente, porém, é moldado e determinado em grande escala pela cultura e seus determinantes.

Do mesmo modo, cada cultura tem a sua maneira de olhar e lidar com cada doença, e de acordo com a percepção da cultura que a criança está inserida, ela é moldada. Assim, quando a mesma necessitar de um cuidado mais extenso, levará para dentro do hospital tudo o que lhe foi imputado por seu meio sociocultural.

Dessa forma, o psicólogo na ala pediátrica deve se dispor a conhecer essas questões nos seus pequenos pacientes, tanto quanto, o seu nível socioeconômico, desenvolvimento escolar e histórico familiar. Buscando criar um vínculo com a criança e fortalecê-lo, dando voz ativa a ela e ouvindo-a, para assim conhecer seus desejos, crenças, gostos, costumes, amigos, brincadeiras e comidas preferidas, suas atividades prediletas, como também seus medos, ansiedades, tristezas e desesperos, para ofertar um atendimento que consiga ajudá-la a passar e enfrentar a hospitalização e as condições que dela emergem. (SIMONETTI, 2014).

Por conseguinte, Souza et al., (2008) aponta que, com o psicólogo atuando no contexto hospitalar é possível a compreensão das transformações psicológicas advindas do período de internação, e para além disso, o mesmo pode intervir com técnicas inerentes à ciência psicológica para amenizar as possíveis sequelas desse período, de modo que elas não tenham possibilidades de interferência no desenvolvimento infantil. E assim finaliza:

“A psicologia hospitalar tem a possibilidade de atuar nesse contexto auxiliando os profissionais e acompanhantes a tratar da maneira mais adequada possível essas crianças, tentando suprir as necessidades não só orgânicas, mas também as que se referem ao psicológico e educacional da criança, aspectos estes muitas vezes não considerados pelos demais profissionais que lidam com esses pacientes”. (SOUZA et al., 2008, p. 11).

5 | SITUAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NO BRASIL

De acordo com Batista (2003), o mundo em que as crianças habitam, se encontra totalmente dirigido por adultos. Essa condição repercute, em grande maioria, em menosprezo de suas vontades, tendo que suportar calada e submissa às injustiças e às incompreensões. “Se a esses aspectos acrescentarmos a pobreza de nosso país, a doença, a internação e a infecção hospitalar, vamos constatar o quão difícil é a vida dos

pequenos.” (BATISTA, 2003, p. 25).

Hochmüller (2016) aponta que, alguns autores nos Estados Unidos e na Inglaterra solicitaram uma reforma na rotina hospitalar na primeira metade do século passado. O psicólogo Arnold Gesell que se interessava pelos aspectos maturacionais do desenvolvimento humano, juntamente com outros autores, tencionaram uma adaptação da rotina asséptica hospitalar de regras e horários definidos para a adaptação da natureza humana à rotina dos hospitais.

É certo que essas adaptações começaram a ocorrer no nosso país apenas nas últimas duas décadas, e só nos últimos dez anos ganharam força, e ainda com um pouco mais de demora nos hospitais de cunho público. (IDEHARA; VILLELA, 2007 apud HOCHMÜLLER, 2016. p, 30).

De certo que, na maioria desses hospitais, especificamente os de cidades interioranas, não há uma ala pediátrica ou um ambiente que seja exclusivo para internação infantil. É muito comum que em um mesmo quarto seja internado tanto crianças como adultos, causando assim um maior desconforto.

Desse modo, a infância é negligenciada e a estadia da criança no universo hospitalar se torna mais tensa e cruel, e os procedimentos mais assustadores.

De acordo ainda com Hochmüller (2016), no Brasil um bom projeto de lei é vencido pela burocracia. Tendo em vista que, a lei que determina a presença de brinquedotecas não especifica o modo como ela deve ser pensada e estruturada, em muitos hospitais há casos de brinquedotecas fictícias ou mesmo inexistentes.

Para além disso, acontece de instituições utilizarem brinquedos sucateados, somente no intuito de demonstrar que possuem um ambiente voltado para a criança, quando na verdade não despertam o interesse de brincar e se torna apenas mais um lugar não utilizado, passando a impressão de um ambiente não valorizado por parte do Hospital.

Em alguns lugares, esse ambiente não oferta brinquedos ou atividades suficientes, permanece fechado, dificultando assim, o acesso às crianças. Desse modo, o problema permanece o mesmo, pois fechado constantemente e com uma estrutura que não cativa a criança, o que era para ser um espaço terapêutico de diversão, não favorecerá o brincar, tornando-se assim, inútil.

Gosch e Tissiane (2015) realizaram um estudo de caso sobre a ambientação da Ala Pediátrica do Hospital Regional São Paulo, situado na cidade de Xanxerê. Nas visitas em que fizeram observaram um ambiente monótono e com poucos atrativos físicos e visuais para a criança, obtendo o mesmo “clima institucional”, isto é, a mesma estrutura física e simbólica das demais alas do hospital.

Além de apresentarem aspectos neutros, leiaute dos móveis que atrapalhavam a movimentação dos profissionais, e conforto aquém para o paciente e seu acompanhante.

Os mesmos autores apontam que atualmente, principalmente nas alas pediátricas dos hospitais brasileiros há uma crescente necessidade de espaços personalizados. E

para tal, precisa-se de profissionais que projetem pensando nos leiautes, mobiliários, cores, entre outros, adequando-se ao público que irá frequentar o local, considerando que aspectos como conforto, acolhimento e aconchego estimulam os sentidos humanos, tanto quanto as cores influenciam no humor, satisfação e motivação.

Góes (2011) contribui afirmando que o ambiente deve ser construído com materiais que transmitam, através da sua composição físico-química, texturas e cores, uma percepção de permanente bem-estar, segurança e limpeza. De modo geral, a escolha de cada elemento deve ser pensada para ser agradável e humanizado, de modo a agregar valor ao espaço físico.

Outra questão bastante presente na realidade da hospitalização infantil no Brasil, diz respeito à falta de capacitação dos profissionais para compreender as mudanças que ocorrem tanto no cotidiano da criança, quanto na dinâmica da família que vivencia a hospitalização de um filho.

Diante das dificuldades de comunicação entre equipe-criança-família, as decisões e o controle do quadro são orquestradas pela equipe de saúde. Entretanto, tais atitudes são fomentadas pela escassez de recursos, falta de sensibilização e instrumentalização de profissionais para conseguirem administrar as novas necessidades, e sem conseguir se sensibilizar com a experiência de hospitalização para a família e a criança. Isso diz respeito ao preparo que a equipe não recebe. (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Um estudo realizado em uma clínica pediátrica de um hospital em Recife, por Quirino, Collet e Neves (2010) apontou que, uma das soluções para minimizar os sentimentos negativos advindos de uma evento potencialmente estressante como a internação infantil, está em promover uma mudança na modalidade da assistência ofertada, centrando-a na família e não só na criança e sua patologia.

A carência de alas pediátricas, a negligência na construção dessas áreas e a falta de capacitação por parte da equipe para lidar com esses casos, apontam diretamente para uma mesma fonte, o abandono à saúde por parte dos governos brasileiros.

É visível o déficit que há na construção desses locais, porém, para além disso, temos sido afetados com o fechamento dessas mesmas áreas por falta de apoio financeiro e comprometimento com a saúde pública e infantil. Tal questão é comprovada no estado de São Paulo, onde depois de o governador dessa região apoiar um corte no orçamento do Hospital Estadual de Sumaré em 8,7 milhões, as alas de pediatria e oftalmologia foram fechadas. (TEODORO, 2021).

A AGU - Advocacia-Geral da União protocolou uma ação solicitando que as alas pediátricas dos hospitais Alvorada e Santa Luzia, que estão fechadas há alguns meses, reabram. A explicação dada pelos hospitais para o fechamento dessas áreas apontava para a falta de interesse econômico, isto é, a unidade estaria gerando menos lucro que os serviços voltados para adultos e idosos. (NEGÓCIOS EM SAÚDE, 2016).

De acordo com o G1, na matéria “Hospitais públicos e privados sofrem com falta de

pediatras” pode-se perceber que, tanto o lugar, quanto o médico apropriado para o cuidado infantil estão em falta.

Assim, em Cuiabá, Mato Grosso, quem precisa de pediatra “tem que andar”. Segundo relatos de moradores não há médicos, e quando eles estão nas unidades, averiguam se o problema é grave o suficiente para poder atender.

No Acre, o próprio governo admite a falta de pediatras e a orientação é para que os clínicos atendam a todos, inclusive as crianças. Em Lambari, no sul de Minas, só um médico atende pelo SUS, o qual vai à cidade uma vez por semana e oferece somente quinze atendimentos, e assim, os pais têm que chegar para pegar uma senha por volta das duas horas da manhã, sem contar no problema que enfrentam as famílias que moram na zona rural.

Da mesma forma, a Sociedade Paraense de Pediatria afirma que, as más condições, a má remuneração e a estrutura precária dos hospitais infantis são as principais causas da redução de especialistas na área pediátrica.

Em Altamira, sudoeste do estado, nas duas unidades de Saúde da Família não há pediatras. Relatos de moradores apontam a situação afirmando: “tem que falar com o médico normal”.

Esses são apenas alguns exemplos de como se encontra o descaso com a saúde voltada para a internação infantil no Brasil.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalização do presente trabalho, conclui-se que, o universo infantil em processo de hospitalização é totalmente atingido e alterado. A criança, quando acometida por alguma enfermidade, sempre adocece para além do físico, visto que, o seu emocional também é afetado por tal condição. Uma gama de demandas se desenvolve juntamente com a doença, provocando assim, alterações corporais e emocionais.

O hospital com suas regras e normas se volta antagonicamente àquilo que se é possível de analisar no cotidiano de uma criança saudável, desta forma, um enorme estranhamento manifestado de formas físicas e psíquicas é visto em crianças submetidas a internação.

Porém, com uma estrutura hospitalar e atendimento de qualidade, tais questões podem ser amenizadas, promovendo assim, uma melhor condição de enfrentamento por parte da criança.

Os hospitais devem portar uma ala pediátrica, o que em vários hospitais da rede pública é tido como uma realidade distante. Os casos mais comuns são enfermarias com quartos de cor clara, ventiladores, macas e um banheiro, onde na grande maioria das vezes as crianças dividem o quarto com outros adultos enfermos.

Esse fato é um grande problema para os infantes hospitalizados, causando medo e

atrasando a recuperação, tanto quanto o tratamento, em virtude da criança se posicionar muito mais resistente a tudo que é necessário que se submeta.

Quando existir uma ala específica para crianças internadas, ela deve ser um lugar que ofereça conforto, que amenize a tristeza do internamento, que destaque os aspectos da infância, o mundo da fantasia, da imaginação e criatividade, desde a pintura das paredes, e o modo como a estrutura do local é construído, até o modo como os médicos se vestem, se comportam e falam.

A união desse conjunto de fatores auxilia extremamente no processo de recuperação e diminui os medos e angústias que causam tormento na mente da criança nesse processo. (GOSCH; TISSIANI, 2015).

É necessário que haja um desenvolvimento ativo e humanizado de técnicas e procedimentos, por parte da equipe médica responsável por recebê-la, que ofereça aos pequenos pacientes uma melhor qualidade de internação, isto é, a utilização de uma fala calma e objetiva, e quando precisar dizer “não” trazer-lhe uma explicação, tendo em vista que o hospital já impõe várias restrições à criança, e quanto mais limitações carregadas somente de imposições lhe são apresentadas, mais aborrecidas e ansiosas elas demonstram ficar.

Os enfermeiros e médicos devem ser atenciosos e pacientes, demonstrando interesses por seus desejos e incômodos, mantendo-as informadas sobre cada procedimento que passarão, esclarecendo suas dúvidas e buscando criar um vínculo de amizade e confiança com as mesmas, assim, priorizando-as como principais protagonistas, para que elas se sintam respeitadas, valorizadas e participantes em cada etapa.

Uma das principais intervenções que deve ser tomada no atendimento infantil consiste na busca por identificar o que desenvolve e/ou potencializa a ansiedade da criança, entendendo-a em sua totalidade. Voltando-se para os indícios fisiológicos, emocionais e comportamentais da mesma.

Para isso, os pequenos pacientes devem sentir-se encorajados para expressarem seus sentimentos de ansiedade. Se o que está desencadeando tais sentimentos vier de fontes externas, como barulhos e cenas desagradáveis, a equipe deve estar disposta a buscar mudar essas condições, e caso não seja possível, auxiliar o paciente a compreender e administrar suas reações. (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA; 2005).

Se torna indispensável que, segundo o que é permitido pelo o hospital e segundo a condição em que a criança se encontra, que o quarto onde ela repouse seja de um ambiente criativo, pois a maior dificuldade e fonte de estresse vem do estranhamento de um ambiente totalmente diferente e estranho ao acostumado.

Assim, os pais podem pendurar desenhos na parede, trazer objetos familiares para o ambiente, brinquedos prediletos, pois dessa forma as tensões emocionais despertadas pelo desconhecido podem diminuir. (HENRIQUE; CAÍRES, 2014).

Outra questão digna de ser destacada se volta para a importância da educação

nesta demanda, visto que, na maior parte dos casos de hospitalização infantil, a criança porta condições de dar continuidade aos seus estudos.

Fontes (2005), afirma que o trabalho pedagógico em hospitais traz o lúdico como um canal facilitador para a comunicação com a criança hospitalizada, fazendo-a esquecer por alguns instantes a rigidez e agressividade do ambiente em que ela se encontra, e ainda, trabalha a hospitalização como um campo de conhecimento a ser explorado, pois ao ressignificar o ambiente hospitalar com práticas e propostas de atendimento pedagógico, o medo da criança que a paralisa ao criar nela resistências, desaparece, dando espaço a intimidade com o espaço e desenvolvendo confiança naqueles que ali trabalham.

Essa temática além de se mostrar como uma dinâmica efetiva de enfrentamento, também permite que a criança não sofra atrasos ou prejuízos educacionais, pois de acordo com Vygotsky, esse período também pode ser um tempo de desenvolvimento. (VYGOTSKY, 2000a apud FONTES, 2005).

A saúde infantil tem sido analisada conforme os lucros ou gastos excessivos que geram, e não colocada como um questão importante de pautas que visam aperfeiçoá-la.

Dessa forma, para que tais observações saiam do campo da utopia e se tornem concretas, a ala pediátrica precisa ser uma questão de prioridade nacional, devendo estar em constante trabalho para aprimorar cada vez mais a qualidade de saúde ofertada às crianças, para que não somente o corpo e o biológico se recupere, mas para que não haja danos na psique infantil.

Apesar de este ser um assunto vasto, não é tão abordado, e em nossa literatura há uma exiguidade no debate dessa temática, se fazendo importante o desenvolvimento de mais trabalhos com o mesmo foco.

Assim, espera-se que esta análise sirva como uma fonte de acréscimo para produções científicas na área, pois há muito o que se fazer para desenvolver mais conhecimentos e teorias que fomentem uma prática que sirva à comunidade infantil de forma mais humanizada e instruída.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Rita Márcia; AZEVEDO, Maria Rita Alega Soares. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 18, n. 3, p. 33-42, set/dez. 2001.

BATISTA, Cleide Vitor Mussini. **Brincriança**: a criança enferma e o jogo simbólico. Estudo de caso. Orientadora: Orly Zucatto Mantovani de Assis. 2003. 251 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia, Desenvolvimento humano e educação) - Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CALVETTI, Prislá Ücker; SILVA, Leonardo Machado da; GAUER, Gabriel José Chittó. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Psicologia: revista da Vetor Editora**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 229-234, dez. 2008.

CHIATTONE, Heloísa Benevides Carvalho. A criança e a morte. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami *et al.* **E a psicologia entrou no hospital**. 1.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. p. 69-146.

COSTA, Tarsila Salvador; MORAIS, Aisiane Cedraz. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de Enfermagem**. Recife, v. 11, n. 1, p. 358-67, jan. 2017.

D'ANDREA, F. F. Aspectos psicológicos da hospitalização infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, p. 417-23, 1968.

FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de. Alterações comportamentais ocasionadas pela separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 107-112, jun. 1988.

Falta de pediatra prejudica atendimento de crianças no Pará. **Sociedade Paraense de Pediatria**, 2015. Disponível em: http://www.sopape.com.br/116/p/noticias/faltadepediatraprejudicaatendimentodecrianc_casnopar_a. Acesso em: 09 set. 2021

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**, n. 29, p. 119-129, maio/junho/julho. 2005.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. 2 Ed. São Paulo: Blucher, 2011.

GOMES, Gabriela Lisieux Lima; Fernandes, Maria das Graças Melo; Nóbrega, Maria Miriam Lima da. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**. João Pessoa, v. 69, n. 5, p. 884-890. 2016.

GOSCH, Maruan C.; TISSIANI, Karina. Ambientação da Ala pediátrica do Hospital Regional São Paulo - Xanxerê (SC), p. 231-24. In: **Anais do GAMPI Plural 2015 [=Blucher Design Proceedings, v.2, n.4]**. São Paulo: Blucher, 2016.

HENRIQUES, Daniela Cruz; CAÍRES, Fabiana Martins de. A criança hospitalizada: manual de orientação ao país. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. 2003, Bauru. **Manual [...]** Bauru: **FSBP**, 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/a-crianca-hospitalizada-manual-de-orientacao-aos-pais/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

HIGUCHI, Cinthia Hiroko et al. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 241-247, jun. 2011.

HOCHMÜLLER, Carolina Schwarz de Oliveira. **Experiências de crianças hospitalizadas**: um estudo em um hospital do Município de Cruz Alta - RS. Orientadora: Noeli Valentina Weschenfelder. 2016. 110 f. Dissertação (Pós-Graduação em Educação nas Ciências) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul, Ijuí, 2016.

Hospitais públicos e privados sofrem com falta de pediatras. **G1**, 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/05/hospitais-publicos-e-privados-sofrem-com-falta-de-pediatras.html>. Acesso em: 09 set. 2021.

LEPRI, Patricia Maria Fassina. A criança e a doença: da fantasia à realidade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 15-26, dez. 2008.

MESQUITA, Darcilene de Araújo; SILVA, Edseany Pereira da; JÚNIOR, José Rodrigues Rocha. O psicólogo atuando junto à criança hospitalizada. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**. Maceió, v. 1, n. 2, p. 89-96, mai. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. 2 ed. Brasília (DF): Editora MS, 2002.

Negócios em Saúde. AGU questiona fechamento de UTIs e alas pediátricas em hospitais do DF. 18 de maio de 2016. Disponível em: <<http://negociosemsaude.com.br/?p=1207>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves *et al.* Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 4, p. 586-593, ago. 2012

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSÊCA, Patrícia Nunes da; O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 37-54, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2021.

OLIVEIRA, Helena de. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 326-332, set. 1993.

PARANHOS, Vania Daniele; PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Falleiros. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 203-211, fev. 2011.

PIOVESAN, Juliane Cláudia; SILVA, Naiara Andreatto. Música e ludicidade: a importância da musicalidade para o ambiente hospitalar. *In*: Associação Internacional de Pesquisa na Graduação de Pedagogia, 2014, Santa Maria. **VI FIPED** [...] Santa Maria: AINPGP, 2014, p. 1-11.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neusa; NEVES, Ana Flávia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2010, v. 31, n. 2, p. 300-306. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200014>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

RABELO, Helen Delchova. **O significado da hospitalização para as crianças internadas no Hospital Regional de Ceilândia**. Orientadora: Josenaide Engracia dos Santos. 2013. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em terapia Ocupacional) - Faculdade de Ceilândia da Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2012.

SANTOS, Ingrid Letícia Fernandes dos; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SALGE, Ana Karina Marques. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Revista Eletrônica de Enfermagem, [S. l.]**, v. 20, 2018. DOI: 10.5216/ree.v20.49053. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/49053>. Acesso em: 2 mai. 2021.

SANCHEZ, Marisa Leonetti Marantes; EBELING, Vanessa de Lourdes Nunes. Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 186-199. 2011.

SERAFIM, Camila Maia; LIMA, Carlos Bezerra. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sob o olhar do acompanhante da criança hospitalizada. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 381-403. 2016.

SILVEIRA, Kelly Ambrósio Silveira; LIMA, Vanessa Laquini; Paula, Kely Maria Pereira de. Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 5-21, dez. 2018.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SOARES, Maria Rita Zoéga; ZAMBERLAN, Maria Aparecida Trevisan. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Rev. Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 64-69, mai/ago. 2001.

SOUZA, Elzalina Santos *et al.* **A importância do psicólogo no tratamento de crianças hospitalizadas**. In: Doc player, 2008, Piauí. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6128146-A-importancia-do-psicologo-no-tratamento-de-criancas-hospitalizadas.html>. Acesso em: 1 maio. 2021.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 4. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1979.

TEODORO, Plínio. SP: Hospital fecha alas de pediatria e oftalmologia após corte de R\$8,7 milhões da saúde por Doria. **Revista Fórum**. 13 jan. 2021. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/noticias/hospital-fecha-alas-de-pediatria-e-oftalmologia-apos-corte-de-r-87-milhoes-da-saude-por-doria/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

VALVERDE, Dayana. Lima Dantas; CARNEIRO, Mônica Pollyana Sales Rios. O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da historização na criança e em seus familiares. **Psicologia.PT O portal dos psicólogos**. 2010.

A

Acolhimento 14, 15, 16, 19, 20, 34, 101

Adoecimento mental 14, 15, 16, 18, 19, 26, 34

Adolescentes 1, 2, 3, 5, 49, 50, 51, 52, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 67, 68, 71, 72, 88, 108, 116, 124, 130, 131, 132, 135, 136

Agressão 91, 137, 138, 139, 140, 141

Angústia 1, 2, 3, 4, 5, 64, 89, 91, 92, 126

Ansiedade 2, 9, 14, 20, 39, 44, 46, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 76, 89, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 103, 124, 125, 126

Aprendizagem 57, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83

Assistência à saúde mental 23, 24

Automutilação 1, 2, 3, 4

Avós 22, 23, 24, 25, 26, 27

C

Cognición 108, 109, 110, 111, 120, 146, 148, 150, 155, 157

Consequência emocional 85

Covid-19 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Criança 3, 23, 25, 29, 41, 42, 46, 62, 63, 64, 65, 68, 71, 72, 76, 79, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107

Crime contra a propriedade 137

D

Dermatoses 121, 122, 123, 126

Desempenho acadêmico 49, 51

E

Educação 25, 26, 47, 60, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 97, 103, 104, 105, 137, 144, 150, 160, 162

Emoções 96, 121, 122, 123, 124, 126, 127

Equipes 37, 38, 97

Escolha profissional 49, 56, 58, 59

F

Formação de professores 73, 79, 82, 83, 84

G

Gênero 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 49, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 70

H

Hospitalização infantil 85, 86, 87, 92, 95, 98, 99, 101, 104, 105, 106, 107

I

Idoso 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 24, 25

Isolamento social 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 124

M

Mães 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47

Minorias ativas 28, 35

N

Neoplasias 146, 148

Neuropsicologia 146, 156, 159

O

Obesidade 108, 109, 110, 116, 117, 118, 119, 120

Oncologia 146

P

Perdão 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

Psicanálise 1, 3, 4, 6, 162

Psicologia 5, 6, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 27, 33, 34, 35, 36, 37, 47, 49, 52, 59, 60, 61, 64, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 98, 99, 104, 105, 107, 119, 122, 128, 137, 144, 162

Psicologia hospitalar 85, 98, 99, 107

Psicologia social 108, 109, 111, 113, 117, 118, 119, 120

Psicológico 14, 15, 18, 19, 20, 39, 41, 45, 46, 51, 58, 61, 70, 78, 80, 82, 86, 90, 91, 99, 107, 109, 110, 118, 119, 121, 126

Q

Quimioterapia 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159

R

Redes sociais 1, 2, 3, 4, 42, 46, 47

Relações familiares 22, 23, 24, 51

Ressentimento 137, 139, 140, 141, 142

S

Salud mental 109

Saúde mental 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 33, 35, 38, 41, 52, 53, 55, 56, 58, 60, 66, 71, 85, 95, 97, 125, 126

T

Transtorno de personalidade narcisista 39

Tratamento 20, 25, 64, 67, 68, 71, 85, 86, 87, 91, 95, 97, 98, 103, 107, 122, 123, 125, 126, 127

V

Vestibular 2, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60

Vingança 137, 138, 139, 140, 141, 142

Psicologia:

Formação profissional, desenvolvimento e trabalho

2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Psicologia:

Formação profissional, desenvolvimento e trabalho

2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br