

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A PRESENÇA DE ACOMPANHANTES FAMILIARES Saga do Hospital

(...) E o hospital virou uma empresa rentável. Altamente rentável. Como todas as grandes empresas. E o objetivo maior do hospital deixou de ser o paciente. O lucro, dentro do verdadeiro espírito do capitalismo selvagem tornou-se a razão de tudo. Inclusive as delicadas cirurgias. E o paciente foi coisificado. E, de seus sintomas, extraíram-se grandes fortunas.

(...) E a vida que palpita nas manhas primaveris agoniza nas paredes e nos corredores sombrios da empresa hospitalar.

E o hospital partiu em busca da humanização.

Solidão, vazio, lágrimas, sufoco e desespero d'alma.

A agonia da morte e o sofrimento da dor.

E o paciente gritou pelo fim da coisificação.

E o amor, amor que ainda insiste me existir apesar do capitalismo, volta aos hospitais nessa busca de humanização.

E a dor, dor que nas entranhas da alma trona-se o voo isolado do condor, torna-se vida e cor.

(...) E o sonho, sonho que traz a esperança em forma de ilusão, espera o dia em que o "capital" hospital. E, nesse dia, os doentes serão tratados como seres humanos. E haverá, no hospital, lugar e respeito a todos que acreditam no amor e na humanização do paciente...

As Crianças...

Esse foi o tema que escolhemos, talvez por querer buscar nossa própria essência e encontramos, no sofrimento delas, o espelho de nossas almas, esperamos da delicadeza de cada gesto dessas pequenas flores, a força que nos sustentou para que esse trabalho se concluísse.

Nos desencontramos corriqueiros foi que aconteceu nosso encontro rumo ao objetivo maior; compreender e compartilhar as dificuldades do outro, só temos que agradecer a dor nos momentos de angústia, ansiedade e o prazer desse momento em que acrescentou-nos eternamente...
Cristina/Lucineide

Valdemar Augusto Agerami – Camon

Maria Cristina Costa Rodrigues

UNIFRRAN

Introdução

A cólera da criança no momento da separação não é patológica, mas o silêncio o é.
Elizabeth Barnes

Com o presente trabalho, pretende-se abordar, através de um levantamento bibliográfico, aspectos acerca de hospitalização infantil, principalmente no tocante ao histórico da mesma, sobre a influência da Teoria

do Apego e da visão sócio-histórica-construtivista acerca deste tema, inclusive enfatizando-se os possíveis efeitos da presença de acompanhantes familiares durante a hospitalização.

1 – A Instituição hospitalar

Foi somente no século XVIII que o hospital se tornou terapêutico e a medicina, hospitalar. Até aquele momento, era uma instituição de assistência, como também de exclusão e separação, onde eram colocados os diversos portadores de moléstias contagiosas, evitando assim, o contágio a outras pessoas, bem como para os pobres com necessidades de assistência.

Segundo Foucault (1968), a função do hospital, até esta época, era de prestar os últimos cuidados a quem estava morrendo, assistindo-os material e espiritualmente; a Igreja dominava a política e os hospitais estavam sob sua dependência administrativa. O hospital permanece com essas características até o final do século XVIII: lugar de internamento de loucos, devassos, prostitutas; sua função não era de cura e o médico não participava como membro efetivo da instituição hospitalar, pois prestava atendimento a nível domiciliar.

No século XIX, nos países industrializados, com a evolução tecnicista, as grandes descobertas e o aparecimento de medicamentos mais sofisticados, surge uma valorização dos recursos materiais para controle das doenças. O atendimento torna-se despersonalizado, causando uma desumanização da equipe médica, sendo o doente visto como uma *máquina desajustada e que precisa de reparos para desempenhar suas funções* (Foucault, 1968). Esta despersonalização nos hospitais reflete, de um modo geral, sobre o bem-estar dos pacientes. Mas o sofrimento de uma internação parece ser mais acentuado pela criança do que no adulto. Hoje, tem-se como reflexo do movimento higienista dos séculos XVIII e XIX, o fato dos pais serem desencorajados de visitarem seus filhos, pois assim, passaram a serem vistos como fonte potencial de infecções. Com o mesmo objetivo higienista, ocorreram outras mudanças restritivas nas regras e no ambiente hospitalar. Ainda em decorrência do movimento higienista, deu-se a disciplinarização do espaço hospitalar como aponta Foucault (1968), ao abordar a reforma dos hospitais europeus no final do século XVIII. O avanço da tecnologia médica, que da origem ao hospital moderno, coincide também com sua medicalização.

Segundo Ranna (in Sarti, 1987:37), *as instituições se esforçam para avançarem tecnologicamente no que se refere ao estudo das doenças, mas mantem-se rígidas aos preconceitos arcaicos quando se trata em considerar os aspectos emocionais da clientela.*

Há registros relacionados com a unidade soma psique do homem, já por volta do ano 500 a.C., quando encontramos citações de Anaxágoras, distinguindo o seu somático do psíquico, não deixando de proclamar que, apesar de serem distintas, são partes de um todo dependentes e inter-relacionados (Foucault, 1968).

Durante o atendimento da criança hospitalizada, existe a adoção de práticas corriqueiras que podem contribuir para que haja uma desvalorização dos aspectos emocionais em detrimento dos físicos, como por exemplo: uma rotatividade do pessoal que cuida da criança (“staff”), não oferecendo a esta uma possibilidade de contato com uma figura estável. O não esclarecimento à criança de sua patologia ou dos procedimentos assumidos (seja por parte dos médicos ou família) é fator preponderante para que a criança sinta-se ansiosa e destituída de sua identidade.

Também no processo de internação da criança, estas perspectivas (a assistencialista e a higienista) contribuíram, historicamente, na sua constituição. Apenas muito posteriormente surgiu algum tipo de preocupação com a abordagem de aspectos emocionais da hospitalização infantil.

Em se tratando de hospitalização infantil, cabe ressaltar aqui, especificamente, alguns autores que discorrem sobre a evolução do hospital infantil.

Lisboa (in Crepaldi, 1989) fez uma breve revisão sobre o tema e citou vários autores, como Armstrong, no século XVIII, como criador do primeiro dispensário inglês para crianças, sensibilizado pelo problema da separação mãe-criança. Foster, em 1860, escreveu a primeira monografia sobre cirurgia infantil, abordando a necessidade de se oferecer recreação e atendimento individualizado para a criança hospitalizada como fator importante para o sucesso do tratamento cirúrgico.

Zetterston (1984) ressalta que, quando o primeiro hospital infantil foi aberto, em 1852, em Londres, permitia-se a presença dos pais; estes, comumente, eram encorajados a permanecerem com suas crianças, pois já era notado que tais presenças poderiam amenizar os fatores negativos decorrentes do processo de hospitalização; o médico e sua equipe não eram uniformizados e buscavam propiciar um ambiente bastante semelhante ao de um lar, buscando um restabelecimento.

Spence, em 1920, (in Crepaldi, 1989), sendo médico do hospital infantil em New Castle Upon Tyne e demonstrando preocupação com os prejuízos provocados pela separação do par mãe-criança, disse que uma criança pequena, quando fica doente, tanto a mãe como o filho sentem necessidade da presença física um do outro; em 1927, inaugurou o primeiro serviço de internação conjunta, onde as mães poderiam cuidar de seus filhos hospitalizados.

Em 1942, Mac Carthy, citado por Sarti (1987), repetiu o trabalho de Spence, promovendo a internação conjunta mãe-criança e a participação ativa da mãe no tratamento e recuperação da saúde do filho, afirmando que isto poderia diminuir possíveis sentimentos de culpa maternos e promover menor tempo de internações, com menor intercorrência, sem o risco do aumento de infecções cruzadas.

2 – Hospitalização na infância

2.1 - Aspectos do desenvolvimento: a relação mãe-criança

Ao se falar em hospitalização infantil, é importante conceituar o termo “apego”, pois o mesmo é usualmente destacado quando se discorre sobre as teorias do desenvolvimento; há um certo consenso entre vários autores em caracterizar o apego como *um conjunto de comportamentos por meio dos quais o indivíduo inicia ou mantém uma relação afetiva estável com um ou mais indivíduos do seu grupo social* (Schaffer, in Rosseti Ferreira, 1984). A característica básica do apego seria a busca da proximidade da pessoa que é objeto de apego. Essa busca abrange, desde comportamentos proximais, de contato físico e aproximação, até distais, como interação e comunicação à distancia (olhar, sorriso, vocalização...). Como corolário, aparece perturbação emocional e protesto à separação da pessoa, situação que justamente frustra essa tendência de ficar perto.

Segundo Bee (1986), existe ligação afetiva (apego, “Attachment”) entre adultos e crianças e entre crianças e adultos.

A criança, para se desenvolver no sentido cognitivo, emocional e social, necessita de ter relações com outras pessoas, e a mãe ou substituta é o suporte para que isto aconteça.

O aparecimento do apego dos pais para com os filhos e dos filhos para com estes se dá de forma progressiva e começa a se desenvolver desde o nascimento. Em relação aos pais (Bee, 1986), esses vínculos se constituem em duas etapas:

- 1) Vínculo do nascimento: muitos pais formam um forte vínculo com seus bebês logo ao nascimento ou nas duas horas e dias seguintes, dependendo das condições que se dá o nascimento;
- 2) Entrosamento dos comportamentos de apego: o bebê sinaliza suas necessidades através do choro ou sorriso. Ele responde quando é pego ao colo, aconchegando-se ao corpo do adulto; ele olha e/ou sorri para os pais quando estes olham para ele. *Os pais normalmente formam um vínculo inicial que é estreitado para repetição dos comportamentos de apego e pela mutualidade crescente e responsabilidade de suas interações com o bebê* (Bee, 1986: 276).

Em relação ao desenvolvimento da relação afetiva do bebê com seus pais o processo ocorre da seguinte forma:

1ª etapa: Pré-ligação – durante os primeiros três ou quatro meses, o bebê dirige seus comportamentos de ligação afetiva indiscriminadamente a qualquer rosto que entre em seu campo visual ou qualquer corpo que o segure. Esses comportamentos tem efeito de trazer as pessoas suficientemente perto para responder às necessidades e não parece importar muito, exatamente, quem é que faz isso.

2ª etapa: Ligação afetiva em processo – acontece dos três aos cinco meses, pois o bebê já pode perceber a distância de um rosto e outro. Assim, ele sorri acalmado por quem lhe é familiar.

3ª etapa: Apego definitivo – aos seis ou sete meses, há de existir uma demarcação bastante nítida, pois a criança nesta idade já está ligada a uma pessoa única, geralmente a mãe ou substituta, e demonstra grande inquietude quando esta a deixa; ela se abraça ou movimenta-se para perto de quem cuida dela. Pode haver, em algumas crianças, ansiedade de separação e medo de estranhos, variando o grau de reação de uma criança para outra.

4ª etapa: Ligações afetivas múltiplas – após alguns meses de início do apego específico com a mãe ou substituta, a criança começa a expandir esta ligação, passando a ter ligações com outras pessoas, como o pai, os irmãos, a avó e outros.

Para Spitz (1988), o primeiro ano de vida da criança é dedicado ao esforço de sobrevivência e à formação e elaboração dos instrumentos de adaptação que servem a esse objetivo. Durante esse período, a

criança é indefesa e incapaz de sobreviver por meio de seus próprios recursos. O que falta a ela é suprido pela mãe ou substituta. Segundo este autor (in Talbot, 1992), em sua teoria genética de campo que derivou da observação direta de bebês, invocou três organizações no desenvolvimento do comportamento humano.

O primeiro organizador: a resposta do sorriso – o bebê sorri para o outro por volta dos seis meses. Outros observadores não negam que isso ocorre mais cedo (Ensde, in Talbot, 1992). este marco maturacional liga o exterior ao interior para comprovar a noção de internalização, denominada, em psicanálise, de constância do objeto.

O segundo organizador: a resposta a estranhos – por volta dos sete meses, este organizador marca o apego específico ao outro.

E, por ultimo, o terceiro organizador: sinal para “não” - significa que o bebê está completamente internalizado e individuado, que pode anular as coisas com um sinal verbal.

Os diversos autores influenciados por Spitz e pela teoria do apego colocam uma excessiva ênfase sobre a relação mãe-criança.

Ao lado dessas formulações, permanecem serias divergências entre teóricos, quanto à natureza desse fenômeno denominado apego.

Por alguns, ele é visto como mera abstração, um rótulo que sumariza as relações fundamentais entre certos estímulos e respostas evidenciados no controle mútuo entre comportamentos da criança e da mãe (Genewirtz in Rossetti Ferreira, 1984).

Outros como Bowlby (1969) e Ainsworth (in Rossetti Ferreira, 1984) distinguem entre “apego”, sistema de comportamento mental interno que controla a propensão estável para a busca da proximidade da pessoa-objeto de apego, e os “comportamentos do apego”, os quais são intermitentes e variam de acordo com circunstâncias próprias do indivíduo e da situação.

Sobre as funções do apego, Bowlby (in Rossetti Ferreira, 1984) apresenta uma visão biológico-evolucionária do problema. Parte da análise de que, na espécie humana, o largo período da infância torna a criança vulnerável e impotente para sobreviver sozinha, particularmente nos primeiros anos, visto que conta com poucos instintos e padrões fixos de ação que orientem sua conduta. Por um lado, essa situação propicia melhor condições para um desenvolvimento flexível e para uma melhor aprendizagem, favorecendo, assim, a

adaptação do homem a uma grande variedade de ambientes. Acarreta, entretanto, um período bastante longo da imaturidade e vulnerabilidade, durante o qual a criança necessita de proteção.

Ainsworth (in Rossetti Ferreira, 1984) analisa o equilíbrio contínuo e instável existente entre o sistema comportamental de apego e outros sistemas comportamentais internos como exploratório e o de preocupação (“wariness”) ou medo frente a estímulos ambientais ou pessoas estranhas. Esses sistemas podem ser ativados ou deprimidos, conforme circunstâncias internas do indivíduo e externas da situação.

Os sistemas exploratórios e de medo ao estranho tem também uma função adaptativa importante do ponto de vista da sobrevivência do indivíduo e da espécie. Explorar um ambiente novo e aprender como enfrentá-lo traz óbvias vantagens para a criança, embora possa também expô-las a perigo, dada a sua inexperiência. Nesse sentido, é também vantajoso que seu sistema de preocupação ou medo seja ativado diante do que lhe é estranho, particularmente na ausência da mãe ou da pessoa que dela cuida, a qual pode protegê-la destes perigos.

Ainsworth propõe, então, que os comportamentos exploratórios, de apego e de reação ao estranho não sejam definidos como respostas vinculadas a situações de estímulo específicas. Ainsworth, nesse sentido, aponta aspectos que influenciam o apego e a separação hospitalar. *Eles dependem de qualidades distintas da organização comportamental do sujeito e se manifestam de forma variável, conforme a natureza, variedade e complexidade dos estímulos ambientais, a presença ou ausência da mãe, seu comportamento, orientação e distância do filho, a idade e experiência previa das crianças, seu estado físico atual, sua percepção e apreensão cognitiva do que está ocorrendo, e sua avaliação a respeito de sua habilidade de aproximar-se da mãe, quando necessário* (Ainsworth, in Rossetti Ferreira, 1984).

O desenvolvimento de cada criança dependerá de fatores genéticos e ambientais, *o estabelecimento das ligações afetivas na infância, bem como a condição da enfermidade e as condições ambientais, físicas e sociais da criança* (Zannon, in Crepaldi, 1989:18).

Em se tratando de meio ambiente, Wallon, em sua teoria da emoção, atribui duas concepções ao termo “meio”: a de ambiente, contexto ou campo de aplicação de condutas (“milieu”) e a condição recurso, instrumento de desenvolvimento (Mayen, in Rossetti Ferreira, 1984).

Os elementos externos ao indivíduo constituem um meio social, seu espaço de experiência, o qual se torna um meio (instrumento, recurso) para seu desenvolvimento.

Wellon (in Werebe e Nadel, 1986), utilizando o conceito darwinista de interdependência, ressalta a necessidade da espécie humana de viver em sociedade para adaptar-se ao mundo físico, em razão de sua imperícia inicial. Sendo assim, ele se refere à criança como sendo completamente desprovida de meios de ação sobre as coisas que a cercam. É graças às relações interindividuais de sociabilidade que a vida se abre, promovendo o desenvolvimento.

Em se tratando dos aspectos culturais relativos ao desenvolvimento da criança, cabe destacar Vygotsky e suas postulações sobre o substrato biológico do funcionamento psicológico, o qual evidencia a forte ligação entre os processos psicológicos humanos e a inserção do indivíduo num contexto socio-histórico específico. Instrumentos e símbolos construídos socialmente definem quais das inúmeras possibilidades de funcionamento cerebral serão efetivamente concretizadas ao longo do desenvolvimento e mobilizadas nas realizações de diferentes tarefas (Oliveira, 1992).

O ponto central da teoria de Vygotsky sobre o desenvolvimento é a ideia de mediação, na qual o homem não tem acesso direto ao conhecimento, mas um acesso mediado, ou seja, dos recortes do real operados pelos sistemas simbólicos. Estes sistemas, por sua vez, permitem ao ser humano o processo de representação mental e, conseqüentemente, o desenvolvimento da abstração e generalização, permitindo ao homem a realização de formas de pensamento que não seriam possíveis sem esses processos, e define o salto para os chamados processos psicológicos superiores tipicamente humanos (Oliveira, 1992). A partir desta perspectiva, os adultos, citando acompanhantes familiares, bem como os membros da equipe, seriam facilitadores da mediação no processo doença/hospitalização.

Se, por um lado, a ideia de mediação remete a processos de representação mental, por outro lado, refere-se ao fato de que os sistemas simbólicos que se interpõem entre o sujeito e o objeto de conhecimento tem origem social, isto é, é a cultura que fornece ao indivíduo os sistemas simbólicos de representação da realidade... Ao longo do seu desenvolvimento, o indivíduo internaliza formas culturalmente dados de comportamento num processo em que as atividades internas são intra-psicológicas (Oliveira, 1992:27).

Disto, apreende-se que toda a situação de internação, inclusive a presença ou não de familiares, os padrões de interação criança/equipe/família, todos estes são representantes de um contexto socio-histórico que determina o padrão destas relações. Nesta visão, inclusive, podemos criticar a postura de Cavalcanti (1993),

que associa o cuidado à criança internada como uma tarefa de “amor e bom senso”, pois a assistência infantil seria, outrossim, uma questão marcadamente inserida no contexto ideológico prevalecente.

2.2 – As reações da criança à separação da mãe

Quando elementos perturbadores bloqueiam o processo de desenvolvimento normal, como, por exemplo, a hospitalização, seguida de separação da mãe, a organização do comportamento e a estruturação da personalidade podem seguir caminhos alternativos, e o resultado final dependerá de múltiplos fatores, como grau de incapacidade, o potencial intelectual básico e a qualidade de temperamento da criança, como também de variáveis ambientais, tais como as atividades e a adequação das próprias capacidades adaptativas dos mesmos. Além disso, muito depende de fatores inerentes só próprio hospital e à sua equipe.

Vários autores se ativeram ao estudo dos efeitos da separação do par mãe-criança. Dentre eles, pode-se evidenciar os estudos pós 2ª Guerra, de Spitz, Bowlby, Ainsworth, Rutter e Harlow. Os dois primeiros nas décadas de quarenta e cinquenta, enfatizaram a importância da figura materna para a consecução do desenvolvimento psico-afetivo das crianças.

Spitz, em 1945, estudou crianças em orfanatos, separadas de suas mães e carentes de estimulação social e afetiva. A partir de pesquisas, conceituou as síndromes denominadas *depressão anaclítica e hospitalismo*, caracterizando a segunda como mais grave e de prognóstico mais reservado, por deterioração progressiva do desenvolvimento social, afetivo e motor, em que a criança atinge níveis passividade, com pouca ou nenhuma responsividade e estimulação física e social.

Bowlby (1960) reafirma tais conclusões, estudando crianças saudáveis, de quinze a trinta meses, admitidas em hospitais em períodos de curta duração. Descreve a sequência de três fases que a criança experimenta, ao ser separada de sua mãe, que são: *protesto, desespero e negação*.

Na primeira fase, do *protesto*, a criança se ressentida da perda da mãe, grita ininterruptamente, sacode-se na cama, faz birra, se aferra a qualquer elemento visual ou auditivo que possa significar a presença materna, não aceita a aproximação física de qualquer elemento do “staff” hospitalar.

Na segunda fase, ou de *desespero*, a criança se mostra desalentada, chora de forma monótona e intermitente, se desliga do ambiente, tornando-se apática, sem contato visual ou comunicação verbal, as atividades motoras estão dramaticamente diminuídas. Rejeita tudo que lhe é oferecido, inclusive alimentação.

Na terceira fase, ou de *negação*, a criança passa a tomar conhecimento do ambiente, onde começa a contatar com a enfermeira, de quem aceita cuidados, alimentação, brinquedos e pode até mostrar-se sociável. Quando recebe a visita da família, a criança recusa contato físico com a mãe, mantém-se apática e parece ter perdido todo o interesse nela. O pequeno paciente passa a manter contatos superficiais com as enfermeiras que, por força da rotina do hospital, se substituem em rodizio diário. Assim, a criança repete a cada rodizio do “staff”, a perda da figura da mãe ou substituta, e passa, então, a agir como se a maternagem e também, por generalização, a figura humana, não tivesse significado para ela. Passa a estar muito auto-centrada, não quer ligações afetivas com pessoas e prefere objetos.

Outro fator importante é que estas fases descritas são observáveis também, em outras crianças que não pertencem à faixa etária estudada pelo autor. Suas manifestações podem ter menos intensidade quando a criança é mais velha.

Para o autor, se a duração da privação materna é longa, os efeitos podem ser graves e duradouros sobre o caráter e sobre todo o futuro da criança.

Embora, em sua maioria, tais estudos tivessem se reportando, fundamentalmente a orfanatos e creches, têm sido criticados por encerrarem questões ideológicas, tais como a necessidade de confinamento da mãe ao lar para promover um desenvolvimento satisfatório aos filhos.

Porem, não se pode negligenciar tais estudos, quando se trata de hospitalização de crianças, pois, foi a partir deles, que se começou a pensar a condição psico-afetiva da criança internada em hospital.

Prugh et al (in Crepaldi, 1989), tentando classificar os efeitos de internações curtas sobre as crianças e seus pais, diferenciando, tanto quanto possível, em que medida eram decorrentes da hospitalização em si, ou da doença, vêm reconhecer que estas duas variáveis não podem ser separadas completamente, pois, na maioria das vezes, interagem de forma a acentuar os efeitos de uma ou outra.

Deve-se também ressaltar que a separação criança/família era apenas uma das variáveis relacionadas ao confinamento, em instituições, das crianças estudadas por Spitz e Bowlby. Os próprios autores se referiam às condições pouco estimuladoras das instituições, as quais não propiciavam o relacionamento afetivo individualizado com uma figura maternal substituta (Spitz, Bowlby in Zannon, 1981).

A literatura sobre o desenvolvimento infantil oferece inúmeros estudos sobre a importância da relação mãe-criança para o desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida. É importante mencionar

estudos realizados com macacos, que contribuíram para uma discussão mais rica a respeito dos dados obtidos com humanos. Harlow (in Rossetti Ferreira, 1984), em seus estudos sobre a privação com macacos “Rhesus” criados em laboratório, conclui que pode ser inadequado falar apenas em reações do filhote à separação, visto que esta reação parece ser modulada pela relação existente antes e depois da separação e também pelo tipo de estrutura social e de relacionamento predominante no grupo. Seria, portanto, mais adequado falar na reação dos filhotes, da mãe e dos vários elementos que participam do procedimento de separação, o que raramente tem sido feito com humanos.

Rutter (in Crepaldi, 1980), em seus estudos com crianças, também aponta a qualidade das relações anteriores com a família, como sendo crucial e que poderia causar o estresse e o prejuízo do desenvolvimento que a criança experimenta, quando separada da sua mãe. Menciona, ainda, como outros fatores relevantes, a idade da criança, condições de estimulação ambiental e a qualidade do cuidado dispensado a ela durante o período de separação, ressaltando também que não se pode visualizar a separação apenas do ponto de vista da díade mãe-criança, mas é importante considerar a interação da criança com outros membros da família.

Efeitos de longa duração foram raramente relatados, principalmente porque não são comuns estudos longitudinais que acompanham a criança após a hospitalização. Os estudos existentes, utilizando medidas de escores, em questionários preenchidos por pais e professores, mostram que os efeitos duradouros foram raros, estando relacionados com a idade da criança por ocasião da hospitalização e com as condições sociais da vida familiar.

A família pode experimentar a hospitalização de formas diversas. Alguns fatores inerentes à própria criança podem influenciar o seu modo de lidar com a internação, por exemplo, um estudo com oitenta e uma crianças, de três a seis anos de idade, portadoras de asma ou em situação de cirurgia oftálmica (Sylva, Sten e Bonn, 1993), utilizando o OSBD, identificaram três fatores principais influenciando diferentes modos de lidar com a hospitalização: fator inteligência, com alta influência sobre a obediência ao tratamento (“compliance”), concentração em tarefas e à falta de estresse (“distress”) e dependência; um fator relacionado à idade, com grau de influência sobre a dependência; um fator sociabilidade com grau de influência sobre conversas acerca de assuntos médicos e sobre inteligência; esses achados parecem ser compatíveis com uma visão socio-interacionista-construtivista, a qual tem apontado a importância de uma melhor elaboração dos conflitos, através do processo de simbolização. (Piaget in Taille, Oliveira, Dantas, 1992).

do mesmo modo, o conflito de dependência, traduzido na oposição entre fusão versus diferenciação, seria outro fator de importância no desenvolvimento de crianças muito pequenas e, conseqüentemente, no seu modo de lidar com o estresse (Wallon, *idem*).

Assim, a hospitalização de uma criança com idade mais precoce ou sem maturação suficiente (tanto a nível de inteligência quanto de simbolização) e com pouco desenvolvimento da capacidade de socialização, provavelmente constituiria um evento potencialmente mais estressogênico, requerendo, deste modo, que o meio hospitalar esteja mais ordenado como facilitador para lidar com essa situação.

2.3 – Aspectos psicológicos da criança hospitalizada

Segundo Kenny (in Zannon, 1981), nos enfoques tradicionais, a preocupação inicial na assistência hospitalar junto às crianças, era principalmente orientada para a doença, sendo que a ênfase predominante no manejo da criança era a facilitação dos planos de tratamento médico, a rotina de manejo era usualmente uma adaptação dos procedimentos usados com adultos. A primeira mudança significativa na assistência hospitalar foi um relaxamento nas normas de visitas, que surgiu a partir de estudos de Spitz (1960) sobre a privação emocional nas crianças institucionalizadas. Esta mudança incidiu sobre a periodicidade e a duração de visitas de familiares e foi seguida, mais tarde, em muitas unidades pediátricas, de orientação para internação conjunta mãe-criança, com objetivo de eliminar as condições adversas resultantes da separação da criança e seus familiares.

A possibilidade de uma hospitalização participar ou não como geradora de transtornos emocionais e possíveis patologias parece depender de alguns fatores predisponentes citados por Belmont (in Sarti, 1987), que são:

– **Idade da criança:** apesar de se considerar as sequelas negativas causadas pela hospitalização em crianças de até dois anos de idade, a experiência clínica e os estudos na área determinam, em consenso, que a fase mais difícil, ou seja, a etapa que mais traz conseqüências negativas à criança é aquela entre os dois e cinco anos de idade. A criança inserida nessa faixa etária já consegue perceber a situação de hospitalização, de doença, mas tem, ainda, poucos recursos para entender e elaborar os acontecimentos que arcam, como as perdas e agressões.

– **Situação psico-afetiva da criança:** o estágio da maturação psico-afetiva da criança no momento do aparecimento da doença e da hospitalização parece ser um fator relevante para possíveis parâmetros de avaliação dos efeitos decorrentes do processo de hospitalização. O conhecimento da personalidade da criança se faz necessário para reconhecer e trabalhar psicologicamente os aspectos negativos causados pela sua hospitalização. As diferenças individuais, as características próprias de cada criança irão nortear a atuação da equipe de saúde e avaliar a capacidade real do paciente para lidar com as dificuldades críticas deste período.

– **Capacidade de adaptação:** a capacidade da criança em enfrentar situações novas, desconhecidas e ameaçadoras é um fator importante a ser considerado.

Ao abordar os efeitos da hospitalização, percebe-se que, na literatura, sobressaem-se os aspectos negativos, em detrimento dos positivos que, dificilmente, são abordados..

Segundo Camon (1988), apesar dos efeitos negativos, a experiência clínica mostra que não se pode generalizar a ocorrência de sequelas determinadas pela experiência de uma hospitalização. Cada vez mais, encontram-se crianças que, apesar de todos os inconvenientes causados pela doença e pela hospitalização, mostram-se gratificadas e obtêm benefícios reais durante esse período. Em geral, estas crianças não encontram, em seu meio, condições ambientais, físicas e sociais que apoiam um desenvolvimento saudável. Tais crianças podem estar incluídas no grupo de crianças espancadas ou abusadas pelos pais, extremamente carentes emocionalmente, crianças que passam fome, frio, que permanecem sozinhas em casa enquanto os pais trabalham, ou mesmo sem receberem estimulação por parte da escola, família ou outros meios. Algumas delas tem dificuldades para interagirem com outras crianças. Outra situação em que ocorrem feitos benéficos da hospitalização são casos de crianças que apresentam doenças psicossomáticas, onde a hospitalização pode influenciar positivamente, quando a interação com a família poderia estar exacerbando a sintomatologia. Assim, a criança poderia se beneficiar pela descontinuidade temporária da relação com as figuras de apego. A equipe interdisciplinar teria o papel de promover um restabelecimento gradativo da relação criança-família, em padrões menos estressogênicos. A literatura tem citado diversos exemplos benéficos da interação breve de crianças, como em casos de anorexia nervosa, asma ou mesmo autismo.

2.4 – Acompanhantes no hospital

A família vem retomando seu espaço e se reinserindo dentro do hospital infantil, por força de convicção e de ação individual de alguns profissionais e de suas equipes; e, hoje, por força de mudanças na legislação, com a criação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 21990 (Art. 12).

Walgreem (1955) demonstra seu ponto de vista, pontuando as vantagens e desvantagens de se manter um programa de internação conjunta. Com a doença e hospitalização, há uma quebra no “equilíbrio” mantido pelo individuo e seu grupo social. A permanência do acompanhante junto à criança, faz com que não haja uma ruptura brusca entre seu lar e i hospital. A insegurança, o medo, a angustia estarão diminuídos se esta contar com o suporte da família; ela poderá dar a criança a confiança e a tranqüilidade de que necessita. A possibilidade di acompanhante seguir os progressos ou fracassos do tratamento e o maior contato com o “staff” pode possibilitar uma evolução favorável no prognóstico.

No tocante às principais desvantagens, poderiam mencionar o risco de infecções cruzadas. Por parte do hospital, há que se considerar o espaço físico. Na maioria das vezes, as enfermarias infantis disponíveis são inadequadas para comportar acompanhantes e crianças. Outros fatores desfavoráveis relevantes seriam: o aumento de despesas por parte do hospital para manter um atendimento à criança e ao acompanhante; a dificuldade de realizar procedimentos desconfortáveis e invasivos diante dos acompanhantes, pois existe a possibilidade destes dificultarem o trabalho medico e de enfermagem.

Nota-se, hoje, uma nova perspectiva de pensamento que evoluiu a partir da criação da Lei já citada. Anteriormente a esta, havia, por parte de alguns pediatras, uma oposição a uma visita mais freqüente dos familiares às crianças internadas, salvo duas eventualidades: enfermidades graves e lactentes alimentados ao seio. Os médicos consideravam que tais quadros eram significativos e merecedores de atenção.

Juntamente com as considerações sobre as vantagens e as desvantagens de se manter um acompanhante hospitalar, cabe aqui destacar alguns cuidados profiláticos citados por Cavalcanti (1977), que são os seguintes:

- Preparar a criança para internação, de acordo com a sua idade;
- Prestar uma assistência individualizada;
- Evitar que a criança entre em contato com o grande numero de pessoas, para dar-lhe condições de encontrar uma substituta da figura materna;

- Proporcionar à criança recreação adequada à sua faixa etária;
- Preparar a criança para experiências dolorosas, proporcionando-lhe esclarecimentos e segurança;
- Aceitar com naturalidade suas manifestações de agressividade e de sua sexualidade;
- Respeitar sua personalidade, dando-lhe oportunidade de ser autêntica e criativa;
- Facilitar a comunicação e preparo especial da equipe que vai prestar-lhe assistência, a fim de que possa ser favorecida no seu processo de interação social.

A organização das relações humanas dentro do hospital deve proporcionar um ambiente tranquilo, o mais natural e descontraído possível para a criança, visando a eliminação de tensões desnecessárias, o que vai acarretar uma melhor estada e conseqüente recuperação deste.

Tem sido pouco valorizada a organização de meios como recursos (Moyen, in Wallon) facilitadores de interação significativa, inclusive entre as próprias crianças hospitalizadas, valorizando, assim, a interação criança-criança, quando esta for possível.

Considerações finais

O estudo que ora realizou-se demonstra o quanto se faz necessária uma urgente reflexão e conseqüente mudança relativa aos aspectos da saúde e doença vigentes. Um dos pontos que nos chamou a atenção, em especial, foi o de que a hospitalização infantil é reportada pelos teóricos sob o prisma do aspecto da separação mãe-criança; parece-nos oportuno que haja, por parte destes, uma valorização de outras questões, como as relacionadas ao estabelecimento de ligações afetivas na infância, bem como com as condições ambientais, físicas e sociais que apóiam o desenvolvimento cognitivo e social da criança.

Observa-se, nos estudos, pouca ênfase sobre os efeitos da hospitalização a longo prazo, pois, os estudos longitudinais não são muito relatados na literatura, o mesmo, acontecendo com a desvalorização dos aspectos antecedentes à hospitalização.

Novos estudos devem se direcionar no sentido da investigação prospectiva dos efeitos psicopatogênicos da internação infantil, com controle pormenorizado das diversas variáveis envolvidas. Além

disso, os pesquisadores devem, ainda, centralizar esforços, para caracterizar, em estudos de grande porte, a qualidade dos serviços hospitalares em função de atenção às necessidades psico-emocionais da criança.

A equipe de saúde (médicos, enfermagem, psicólogos) deve seguir o princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e, principalmente, fazendo com que esta seja um elemento ativo inserido no processo de hospitalização e doença, valorizando a relação de aspectos favoráveis entre mãe e filho e compreendendo os riscos e seqüelas da separação desse par, buscando atingir a proposta de uma pediatria global.

Referencias bibliográficas

AJURIAGUERRA, J. Manual de psiquiatria infantil. 2ª Ed., São Paulo: Masson, 1983.

ANGELO, M. Experiência das mães na visita ao filho hospitalizado. São Paulo: 1981, 110 p. Dissertação (mestrado) Universidade de São Paulo.

ANTUNES, J. L. F. Hospital: instituição e historia social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ABERASTURY, A. e colaboradores. A percepção da morte na criança e outros escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TECNICAS: Normas ABNT sobre documentação. Rio de Janeiro: 1989, V. 1.

BARNES, E. As relações humanas hospital. Coimbra: Almedina, 1973.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. 3ª Ed. São Paulo: Harbra, 1986.

BOWLBY, J. Separation anxiety. The International Journal of Psycho-analysis. 1960, parts 2-3, 89-113.



EDIÇÃO 17 – 1º SEMESTRE DE 2014
ARTIGO RECEBIDO ATÉ 30/12/2013
ARTIGO APROVADO ATÉ 05/01/2014



BRETHERTON, I. ; WATERS, E. Eds Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society Research in Child Development, 1985, 50 (1-5 serial n° 209).

CAMOM, A. A. V. A psicologia no hospital. São Paulo: Traço, 19688.

CAVALCANTI, R. A. O. L., Aspectos psicológicos da hospitalização da criança. Enfermagem em novas dimensões. 3 (6): 347-349, 1977

CREPALDI, M. A. Hospitalização infantil: estudo das interações família-equipe hospitalar. São Paulo. 1989, 120 p. Dissertação (mestrado) Universidade de São Paulo.

ECO, V. Como se faz uma tese. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

EY, H. B. BRISSET, P. C. Manual de psiquiatria, 5ª ed. São Paulo: Atheneu, 1985.

FOUCAULT, M. Doença mental e psicológica. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

KLEIN, M. Psicanálise da criança. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

_____. MELANIE Klein: Psicologia. São Paulo: Ática, 1982.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas, 1983.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário de psicanálise, 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. Piaget Vygostsky, Wallon: Teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.



EDIÇÃO 17 – 1º SEMESTRE DE 2014
ARTIGO RECEBIDO ATÉ 30/12/2013
ARTIGO APROVADO ATÉ 05/01/2014



RANNA, W. Ação psicoprofilática da pediatria. São Paulo: Sarvier, 1979.

RAPPAPORT, C. R.; RAPPAPORT, W. D. R. F.; DAVIS, C. Psicologia do desenvolvimento: teorias do desenvolvimento conceitos fundamentais. São Paulo, EPU, 1981, V. 1.

ROSSETTI FERREIRA, M. C. O apego e as reações da criança à separação da mãe. Caderno de Pesquisa, São Paulo (48): 3-19, fev. 1984.

_____. Psicologia do desenvolvimento: alguns conceitos básicos. CINDEDI, Ribeirão Preto (SP), Universidade de São Paulo (no prelo).

RUDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica, 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1980.

SARTI, M. H. C. A criança hospitalizada: contribuição do desenho da figura humana para avaliação do seu estado emocional. Ribeirão Preto (SP), 1987, 115 p. (Dissertação (mestrado)) Universidade de São Paulo.

SPITZ, R. Desenvolvimento emocional do recém-nascido. São Paulo: Pioneira, 1960.

_____. O primeiro ano de vida. 5ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SYLVA, K.; STEIN, A.; BONN, M. Children's coping with hospitalization. Poster Abstracts, Twelfth Biennial Meetings of ISSBD, Recife, Brazil, 1993.

TALBOT, J. A.; HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.

WALLGREN, A. Z. Children in hospital. J. Pediat., 46: 458-472, 1955.



EDIÇÃO 17 – 1º SEMESTRE DE 2014
ARTIGO RECEBIDO ATÉ 30/12/2013
ARTIGO APROVADO ATÉ 05/01/2014



WEREBE, M. J. G.; NADEL, J. Org. Henri Wallon, São Paulo: Ática, 1986.

ZANNON, C. M. L. C. Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. Boletim de Psicologia, 33 (81), 4051, 1981.

ZETTERSTRON, R. Response of children to hospital. Acta Paediatrica Scandinavica. 1984 73: 289-295.