

O IMPACTO EMOCIONAL DA HOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS¹

*THE EMOTIONAL IMPACT OF HOSPITALIZATION IN
CHILDREN AGED BETWEEN SIX AND TEN*

**Angélica Laurini Rossato²
Noemi Boer³**

RESUMO

Os aspectos emocionais envolvidos na hospitalização infantil vêm sendo amplamente discutidos entre os profissionais interessados por esse tema. Este trabalho constitui-se de uma construção teórica e um estudo de casos a respeito das questões psicológicas e emocionais envolvidas na hospitalização de crianças que se encontram, aproximadamente, na etapa do desenvolvimento situada entre seis e dez anos de idade. Assim, utiliza-se uma revisão da literatura que envolve os aspectos emocionais decorrentes da hospitalização, bem como o estudo do desenvolvimento peculiar à etapa delimitada. Visando ao melhor entendimento psicodinâmico do tema, observaram-se duas crianças internadas no Hospital Casa de Saúde, em Santa Maria, RS, no decorrer do ano de 2004. Para a coleta de dados, utilizaram-se as técnicas de observação no ambiente hospitalar, o teste HTP, entrevistas com as mães e com as crianças internadas e interações ludodiagnósticas. Por meio da pesquisa teórica e das observações práticas podem se perceber significativas e variadas implicações emocionais da hospitalização sobre as crianças. Foram encontrados importantes indicadores de comprometimento emocional relacionados à situação de doença e hospitalização nas crianças em estudo, confirmando as hipóteses iniciais de que a internação hospitalar pode acarretar significativo sofrimento psíquico e emocional, bloqueios e desestabilização da personalidade infantil em formação.

Palavras-chave: hospitalização, criança, aspectos emocionais

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do Curso de Psicologia da UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

ABSTRACT

The emotional aspects involved in the child hospitalization have been vastly discussed among the professionals interested in this theme. This work consists of a theoretical construction and cases study concerning the psychological and emotional issues involved in the hospitalization of children who are approximately in the phase of development situated between six and ten years old. Thus, the review of literature involves the emotional aspects caused by hospitalization, as well as the study of the development peculiar to this delimited phase. With the aim of a better psychodynamic understanding of the subject, two children admitted to Casa de Saúde Hospital, in Santa Maria, RS, were observed during the year of 2004. In order to gather the data, observation techniques of the hospital environment, the HTP test, interviews with the mothers and the admitted children, and child's play diagnostic interactions were used. By means of the theoretical research and the practical observations, significant and varied emotional implications of the child hospitalization could be perceived. Important indicators of emotional commitment related to the situation of disease and hospitalization were found out in the children in study, confirming the initial hypotheses that hospital admission may bring about significant psychic and emotional suffering, blockage and destabilization of the child personality in formation.

Keywords: hospitalization, children, emotional aspects.

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que a doença e a hospitalização constituem um ataque à criança como um todo e ela é afetada, em sua integridade física e em seu desenvolvimento emocional, de forma bastante comprometedora.

Autores, como Chiattonne (1988) e Santos (1984), argumentam que, dentre os efeitos psicológicos observados da hospitalização infantil, estão a negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, sentimentos de solidão, medo do abandono, distúrbios neuróticos, comportamentos esquizóides, frustração de sonhos e projetos, privação da realidade, regressão, busca de proteção, intolerância emocional, negativismo, entre outros sentimentos não nomeados. Tais modificações psicológicas mobilizam mecanismos de adaptação, acarretando, na maioria das crianças, uma tendência à adaptação progressiva à internação hospitalar, o que não significa conformismo, outrossim, possibilita à criança a incorporação da nova situação, ao reconhecer na hospitalização outras experiências vivenciadas, em ambientes diversos, anteriormente.

O desejo de estudar e entender melhor o que se passa com a criança, no processo de hospitalização, teve origem nas observações realizadas durante um estágio extracurricular. Já nas primeiras leituras, percebeu-se que se tratava de uma questão extremamente delicada, tendo em vista que a hospitalização desperta inúmeras fantasias no peculiar, individual e universal imaginário infantil.

Considerando-se a importância do tema para o psicólogo, como um profissional que pode e deve integrar equipes multiprofissionais na área da saúde, neste trabalho, teve-se por objetivo geral verificar que impactos emocionais e modificações psicológicas sofre a criança durante o processo de internação hospitalar bem como contribuir com os profissionais que têm, como rotina de trabalho, o ambiente hospitalar.

A VIVÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO E SEUS COMPONENTES EMOCIONAIS

Segundo Santos (1984), a vivência do desconhecido, do estranho, do que não pode ser controlado, torna-se o denominador comum a todas as crianças internadas no ambiente hospitalar. Muitas vezes, essa situação de desconforto diante do desconhecido é reforçada pela equipe de saúde que, ao negar informações ou simplesmente ignorar sua necessidade, cria um clima de suspense e desinformação que só faz aumentar as fantasias e temores da criança. Tudo lhe é estranho (enfermeiras, rotinas, horários, exames, roupas...) e é às custas de muito medo e apreensão que, pouco a pouco, essa criança se permite explorar e descobrir novas alternativas que lhe possibilitem conviver neste ambiente.

Camon (2002) argumenta que, quando hospitalizado, o paciente passa por um agressivo processo de despersonalização. Nesse momento, deixa de ser identificado pelo seu nome e passa a ser lembrado pelo número de seu leito ou por uma determinada patologia, deixa de usar suas roupas particulares, perde a possibilidade de desempenhar seus hábitos pessoais e passa a ter de desempenhar o desconhecido papel de paciente. Tudo isso resulta, seguramente, em um processo de aniquilação da dignidade e desqualificação existencial da pessoa hospitalizada o que culmina no abandono do processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional.

Para Santos (1984), a hospitalização pode ser agravada por alguns aspectos como, por exemplo, o contato próximo com rotinas limitadoras e dolorosas, emoções de sofrimento e de morte, idade da criança e sua organização mental, a ausência de acompanhamento, a gravidade da situação física no momento da internação, a situação psicoafetiva da criança e sua

capacidade de adaptação, o seu relacionamento prévio com a mãe, a natureza da doença, a duração da hospitalização, entre outros fatores.

Segundo Chiattonne (1988), o fato de que a criança pode ver na doença uma agressão externa, uma punição, desperta-lhe sentimento de culpa e traz muito sofrimento, sendo passível de acarretar experiência traumática durante o período de hospitalização, dificultando o atendimento da equipe. Na medida em que o paciente se entrega literalmente à doença, acredita ser seu merecedor e acaba resignando-se aos cuidados médicos.

Ainda seguindo as idéias de Chiattonne (1988), a criança hospitalizada precisa se submeter a uma constante limitação de atividades impostas pela doença e pela estrutura física do hospital, mas suas necessidades de atividades motoras e intelectuais, provenientes da ilimitada energia, curiosidade e inquietude, características da infância, precisam ser postergadas. Essa diminuição das atividades acaba por entristecer a criança e determina uma quebra em seu desenvolvimento, também é percebido e sentido, com pesar, pelo paciente.

A hospitalização é temida por grande parte das crianças que são internadas também pelo fato de que, segundo Bird (1975), toda a criança tem um medo dos médicos maior que o temor comum despertado por pessoas ou situações desconhecidas. Esse medo é muito importante na medida em que pode ser considerado como sendo universal. Infelizmente, é comum os pais atribuírem um papel muito negativo à figura do médico, que é usado como uma ameaça perigosa em várias situações. Esse temor despertado na criança deve-se também ao próprio medo e ansiedade demonstrados, involuntariamente, pelos pais, quando esses estão prestes a levar seus filhos a consultas ou exames, ou quando eles próprios têm de se submeter a isso.

De acordo com Bird (1975), muitas vezes, esse temor é resultado de afirmações infundadas que ludibriam a criança e a colocam em situações inusitadas e dolorosas sem um preparo prévio. A consequência disso, como se pode prever, são anos de lutas e resistências aos cuidados de profissionais da saúde. Para essas crianças, a hospitalização torna-se ainda mais ansiogênica e assustadora. Outra fonte de medo, em crianças, provém dos poderes mágicos que, normalmente, são atribuídos aos médicos. A criança imagina que o médico tem um olhar penetrante e formas mágicas de ver e saber tudo sobre ela, não só de seu corpo mas também de seus pensamentos o que, certamente, compromete todos os seus segredos mais íntimos.

Para Sansoni (1997), apesar da dificuldade que a equipe de saúde encontra para comunicar-se com a criança, em função de sua linguagem simbólica, alusiva e particular, é papel fundamental dos pais e de toda a equipe de saúde informarem à criança tudo o que lhe vai acontecer e desfazer

qualquer associação da doença a um castigo por algo que tenha feito. Para ajudar a criança a enfrentar a doença, a dor e o medo, é necessário evitar a mentira, o engano e a distorção da atual situação. Informar à criança o que lhe vai acontecer, além de vir ao encontro de seus direitos, é necessário e também terapêutico.

De acordo com as observações de Bird (1975), a criança teme uma hospitalização em qualquer idade, mas é a partir dos quatro anos que se verifica uma especial ansiedade relativa ao corpo. A criança, nesse estágio do seu desenvolvimento, apresenta-se extremamente orgulhosa de seu corpo e de suas posses. Cada parte de seu corpo é especialmente valorizada, e é justamente essa valorização que desperta o temor de feri-lo. Esse medo pode ser tão forte e avassalador que pode não ser tolerado em toda a sua completude, precisando então de um medo substituto, tolerável e simbólico. A equipe de saúde deve estar muito atenta e ter uma grande sensibilidade para perceber o que realmente aquele medo simboliza.

Chiattonne (1988) fala que o mais significativo malefício que acomete a criança hospitalizada refere-se à separação de sua mãe, justamente em um momento de crise e grande fragilidade emocional da criança, que necessita, basicamente, do apoio e carinho materno. Sabe-se que a ausência da família ou da mãe no hospital desperta sentimentos de abandono na criança, trazendo-lhe muita angústia, uma exagerada necessidade de amor, sentimentos de vingança, raiva, desejos de punir a mãe por tal conduta, culpa, comprometimento da motivação para a melhora, podendo isso culminar em uma depressão infantil. As reações da criança a essas perturbações podem ser causadoras de distúrbios emocionais graves e de uma personalidade instável e essa criança está sujeita aos efeitos físicos, emocionais e sociais da privação materna.

O medo básico da criança, quando sua mãe a deixa, é que ela não volte mais, afirma Bird (1975). A criança não tem como ter certeza de que sua mãe voltará e as palavras tranquilizadoras nem sempre funcionam. O que acontece, geralmente, é que a criança pode ter realmente muitas razões para temer que sua mãe não volte. Este temor pode resultar da idéia de que sua mãe não a ama mais e está contente por poder abandoná-la. A criança acredita que não é amada porque não se comportou bem e a suspeita de ser a separação um castigo por seu comportamento inadequado é acentuado nas crianças enfermas.

Muitas vezes, esses sentimentos são tão intensos que a criança não se permite vivenciar e acaba expressando essa agressividade com todos aqueles que a cercam e assumem o lugar de um cuidador, como a equipe de saúde.

Quanto às reações emocionais, Chiattonne (1988) diz que a criança pode manifestar também apreensão e tristeza, afastando-se de tudo ao seu redor, não procurando contato e nem mesmo reagindo a ele. Ocorre um aparente atraso nas atividades e a criança permanece deitada ou sentada, inerte, em profundo estupor, podendo reagir apaticamente ou, ao contrário, agressivamente, o que dificulta a atuação da equipe de saúde. Ocorre uma comprovada queda da resistência física, tornando a criança mais sujeita ao risco das infecções. Atualmente, trabalhos científicos comprovam o fato de que as crianças que receberam mais visitas de suas mães, ao contrário do que se alegava, apresentaram uma minimização do nível de infecções cruzadas, assim como a diminuição do período de internação. Percebe-se também a regressão no processo de maturação psicoafetiva, com perturbações na marcha, na linguagem, no controle dos esfíncteres. Aparecem comportamentos masturbatórios, enurese, terror noturno, e o chupar do dedo.

Além disso, Chiattonne alerta às equipes de saúde quanto às crianças que reagem de forma apática e que, geralmente, são tidos como os “bons pacientes”, aqueles que não dão trabalho algum ou preocupação, pois, em se tratando de saúde mental, essa é a reação mais temida no processo de hospitalização infantil. As crianças apáticas, quietas, boazinhas, apresentam deterioração de seu equilíbrio interno, podendo apresentar, como decorrência da hospitalização, seqüelas graves e, muitas vezes, irreversíveis.

Para Bird (1975), quando ocorre a uma situação de dor, medo e a criança não se expressar por lágrimas, aí sim, há motivos para preocupações. O fato de que os sentimentos expressos são menos prejudiciais para o corpo do que os ocultos é questão unânime entre os profissionais da saúde mental. Quanto mais livre a expressão das emoções como medo, raiva e tristeza menor o prejuízo ao corpo já, quando a expressão é inapropriada, pode resultar em ataques somáticos violentos. Pode-se pensar que esse comportamento tranqüilo e bem adaptado seja fruto de maturidade, mas, quase sempre, ele se deve ao medo. A criança está tão assustada que não permite a emersão de seus sentimentos, pois, de forma inconsciente, sabe o poder de desestruturação que eles possuem, e assim prefere encobri-los e manter uma aparente tranqüilidade, pagando um custo, em se tratando de saúde mental, extremamente elevado.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DOS SEIS AOS DEZ ANOS

Sabe-se que tal fase do desenvolvimento infantil é determinante para a consolidação de numerosos aspectos de personalidade, tendo em vista que o essencial do desenvolvimento afetivo já foi adquirido e as novas experiências de vida irão elaborar-se sobre o esquema das relações já vivenciadas até então no seio familiar. Se considerarmos as principais correntes da Psicologia, esse período é bastante caracterizado e tem merecido diferentes denominações de acordo com o enfoque que lhe é dado. Sua denominação mais abrangente é “período escolar”. Segundo Rappaport *et al.* (1981), tal período tem por finalidade preparar o indivíduo para uma nova realidade de forma que, com o posterior despertar da sexualidade adolescente, as fantasias encontrem um sujeito apto a realizá-las, adequadamente, no mundo. Trata-se da inscrição do sujeito no mundo da transmissão formal dos conhecimentos e pensamentos, ocasionada pela entrada na escola. A criança sai da proteção parental direta e das aquisições em planos lúdicos, para as realizações sociais externas e para as cobranças objetivas dessas realizações. Insere-se então em novos modelos de relações sociais que lhe irão mostrar as múltiplas facetas culturais e ideológicas do mundo da realidade. Segundo Deldime & Vermeulen (1999), uma resolução adequada da conflitiva edípica permite que a criança passe a investir sua energia no estudo e em atividades, culturalmente, valorizadas. A relação com os colegas adquire, pouco a pouco, supremacia sobre a vida familiar. A escola torna-se o centro da vida da criança, e nela, ocorrem importantes progressos intelectuais e interações sociais.

Seguindo as idéias de Rappaport *et al.* (1981), o período da latência caracteriza-se por intermediar o período da genitalidade infantil (fase fálica) e da genitalidade adulta (fase genital). Cabe ao ego sadio reprimir o interesse pelo sexo oposto, interesse esse interdito na fase anterior de seu desenvolvimento. Graças a essa interdição, as aspirações edípicas acabam tomando a dimensão contrária e o interesse é revertido. As crianças então passam a conviver, socialmente, com sujeitos do mesmo sexo. Tal defesa tem, como componente básico, a luta contra as fantasias de incesto, tão recentemente superadas, e aparecem na conduta infantil graças à atuação do mecanismo de defesa da formação reativa. Nessa etapa, a sexualidade não é um elemento dominante à consciência, mas empresta toda a sua energia ao pensamento por meio do mecanismo de defesa da sublimação, que impera neste período.

O superego, herdeiro do Complexo de Édipo, começará a experimentar

suas primeiras discriminações reais entre o bem e o mal, e tanto um quanto o outro são exercitados. Os grupos se formam e a realidade social começa agora a ser, simultaneamente, maravilhosa e cruel. A configuração que o grupo dá à criança, em particular, é um traço bastante marcante para a estruturação inicial da identidade de cada componente.

Deldime & Vermeulen (1999) explicam que, pelo confronto de suas opiniões com as de outrem, a criança passa a ter oportunidades de cooperar dentro de um grupo e, graças às suas experiências em sociedade, pode agora desenvolver uma moral autônoma, ou seja, um senso de cooperação, respeito mútuo, preocupações, zelo e responsabilidade com o outro. Esse processo ocorre, paralelamente, à regressão do chamado pensamento egocêntrico infantil.

Segundo Erikson (1987), no período da latência, a busca de atuações fantasiadas, em nível sexual, deve ceder lugar ao impulso para a manipular o mundo, dominá-lo, fixar a perseverança nas tarefas e realizá-las com sucesso. Esse é o sentimento de indústria, fundamental para a formação da identidade, pois garante à criança a percepção de poder assumir-se como um conquistador e realizador, não só no plano fantasmático, como se dava anteriormente, mas agora também na esfera da realidade.

Rappaport *et al.* (1981) referem que a tendência lúdica do pensamento que mistura o real e o fantasmático nas explicações fornecidas pela criança, típica da fase anterior de desenvolvimento, é substituída pela atitude crítica, e a criança já não se irá conformar com contradições em seu pensamento, ou mesmo entre pensamento e ação, sentindo necessidade de explicar, logicamente, suas idéias e ações.

Deldime & Vermeulen (1999) falam dos progressos motores que se manifestam de várias maneiras nesse período do desenvolvimento. A coordenação dos movimentos torna-se maior, assim como a força muscular, a rapidez, a precisão, a resistência, etc. As crianças experimentam um grande prazer em testar suas possibilidades motoras. Todas as mudanças físicas, cognitivas, psicosssexuais e sociais ocorridas no desenvolvimento da criança fazem com que o conceito que ela tem da realidade externa mude, significativamente, no decorrer dos anos escolares.

Nesse sentido, Bee (2003) diz que o autoconceito da criança também se torna, de modo gradual, menos centrado em características externas e mais em qualidades internas. A criança percebe as suas características e a dos outros como relativamente estáveis, e pela primeira vez, desenvolve um senso global de autovalor. Assim, as avaliações tornam-se cada vez mais comparativas e as crenças sobre as próprias capacidades tornam-se bastante exatas.

METODOLOGIA

Para a concretização desta pesquisa, realizou-se um estudo teórico sobre o tema proposto que permitiu fundamentar, tecnicamente, as observações realizadas no ambiente hospitalar. A partir de Triviños (1987), a possível correlação do estudo teórico com as observações efetivadas caracterizam o trabalho como um estudo de casos.

O levantamento dos dados foi realizado, no segundo semestre de 2004, no hospital Casa de Saúde, instituição filantrópica de Santa Maria, RS. Acompanhou-se a hospitalização de duas crianças, com idade entre seis e dez anos, e o tempo de duração dessas observações variou de acordo com o período de internação das crianças. Com relação ao quadro clínico das crianças observadas, as patologias presentes foram: doenças respiratórias e cirurgia de adenóide.

Para a coleta de dados, fez-se uso de técnicas combinadas, ou seja, a utilização coerente de mais de uma técnica que Victora *et al.* (2000) definem como um procedimento que permite suprir eventuais lacunas deixadas pelo uso de uma técnica exclusiva e torna mais completa a coleta de informações em campo. Tais técnicas são:

- Entrevistas: realizadas com as crianças em estudo e com os pais ou familiares dessas crianças. Tais entrevistas foram do tipo semi-estruturadas.
- Observação participante: buscou-se apreender os elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou escrita, como por exemplo, o comportamento, a linguagem não-verbal, a seqüência de eventos, entre outros.
- História de vida: buscou-se compreender o desenvolvimento da vida da criança, recuperar experiências, entender suas crenças, mitos, tradições, ansiedades e traumas.
- Elaboração de desenhos: A elaboração de desenhos é apropriada a casos em que a comunicação oral não se mostra suficiente para levantar as impressões do pesquisado, sendo ideal para a pesquisa com crianças devido à sua boa aceitação pelo público infantil e, por tratar-se de uma técnica de fácil execução. Sua estrutura teórica consiste em uma técnica projetiva, a qual, segundo Anastasi & Urbina (2000), serve como uma espécie de tela, na qual, são projetados os processos de pensamento, ansiedades, conflitos e desejos. Sobre a influência dos conceitos psicanalíticos tradicionais e modernos, as técnicas projetivas, habitualmente, são consideradas como efetivas para revelar aspectos da personalidade encobertos, latentes, inconscientes e a

atenção centra-se em um quadro composto de toda a personalidade, e não na mensuração de quadros isolados.

Optou-se por utilizar a técnica projetiva do desenho da casa, da árvore e da pessoa, conhecido como HTP, pois esse proporciona uma significativa riqueza de dados e detalhes que se mostraram relevantes a partir das observações realizadas. As hipóteses interpretativas, sugeridas pelos desenhos realizados pelas crianças, foram fundamentadas no trabalho de Buck (2003), a partir do seu Manual e Guia de Interpretação do HTP. Segundo Cunha (2000), os desenhos sugeridos pelo teste HTP podem revelar, simultaneamente, informações em diferentes níveis de personalidade. Uma das crianças realizou, espontaneamente, o desenho livre.

- Entrevista lúdica ou o ludodiagnóstico: Bettelheim (1997) diz que para entender as crianças é preciso entender suas brincadeiras. O ludodiagnóstico busca identificar problemas pela observação do brincar de crianças, pois é por meio da brincadeira que a criança mostra seus sentimentos, desejos e pensamentos, os quais, muitas vezes, são desconhecidos pelo consciente da própria criança. Pela brincadeira, a criança expressa as dificuldades de traduzir o que quer em palavras.

No mesmo sentido, Ocampo (2001) salienta que a atividade lúdica é uma forma de expressão própria, assim como a linguagem verbal o é no adulto. Cabe ao observador, instrumentalizar as possibilidades comunicativas do brinquedo, para depois, conceituar a realidade apresentada. De acordo com Aberastury (1992), quando brinca, a criança tem a possibilidade de deslocar para o exterior seus medos internos e dominá-los pela ação, atuando de forma ativa diante do que vivenciou passivamente, modificando os papéis e transformando situações excessivas para o ego fraco em experiências prazerosas

Já como técnica de registro de dados, foram realizadas: diário de campo; síntese de dados e análise e interpretação dos resultados.

ESTUDO DE CASOS

CASO 1 – BETI, O DOLOROSO IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO

Beti, (nome fictício), menina de nove anos, internada no Hospital Casa de Saúde para uma cirurgia de adenóide. Mora com seus pais e é a caçula de uma família de três filhos. Seus irmãos são do sexo masculino.

Quando interrogada sobre sua hospitalização, Beti relatou uma história bastante significativa. Contou que, ao chegar ao hospital, ouviu muitos gritos. Segundo ela, eram de uma menina que estava sendo operada. “Tiraram a língua dela, ela não sabia que iriam fazer isso com ela quando foi levada ao hospital”, disse Beti. A partir da fala de Beti, pode-se perceber o quanto a hospitalização constituiu-se em um fator que desencadeou diversas ansiedades (de castração e sentimentos de impotência diante dela) e medos intoleráveis. Percebe-se que Beti sentiu-se tão angustiada diante da situação que iria enfrentar e, que a sua chegada ao hospital, despertou medos os quais projetou em uma menina qualquer que nem mesmo tinha nome. É necessário destacar que não havia sido realizada qualquer cirurgia naquela manhã, antes da operação de Beti⁴.

Ao conversar com a mãe de Beti, no momento em que a menina estava sendo operada, uma das questões trazidas por ela foi o fato de a menina encarar com bastante tranquilidade a cirurgia. Com relação a esses dados, Sebastiani (2002) alerta para que a equipe de saúde não se deixe enganar pela aparente contenção emocional de um paciente cirúrgico, pois, não importando o grau de perturbação que ele apresenta, aparentemente, subjacente a ela se relacionam aspectos psicológicos importantes com relação aos medos da dor, da anestesia, e mesmo, de mostrar-se com medo.

No primeiro encontro com Beti após a cirurgia, a menina mostrou-se bastante resistente, não trocou nenhuma palavra e nenhum olhar. Ao chegar na sala de ludoterapia que se encontrava com as janelas fechadas, Beti queixou-se imediatamente do cheiro, dizendo ser de anestesia e que não queria dormir. Ao perguntar o que poderia acontecer se ela dormisse, respondeu: “enquanto dormia, tiraram algo de seu nariz e algumas bolinhas de garganta”. A partir da associação que Beti fez da sala de ludoterapia, um lugar até então desconhecido para ela, com o cheiro de anestesia, pode-se pensar que as situações novas e desconhecidas, que desencadeiam ansiedades e medos, podem estar relacionadas com a hospitalização⁵.

Perguntada sobre como havia sido a cirurgia, Beti respondeu que, quando estava acordada, mandaram-lhe tirar toda a sua roupa e teve que colocar um pijama. Questionou por que era necessário tirar a calcinha se a cirurgia era na garganta. Disse-lhe que também não sabia o porquê e perguntei como ela havia entendido o que lhe acontecera. Ela explicou-me que sua calcinha estava bem limpinha e pensou na possibilidade de o sangue poder correr mais rápido se ela estivesse sem calcinha, indagando-se ainda pelo fato de sua calcinha não ser apertada. Contou que lhe deram algo para cheirar e então dormiu. Acordou muito estranha, com dor na cabeça.

⁴ Segundo Bird (1975), a criança teme uma operação em qualquer idade, contudo, por vezes esse medo é tão forte e avassalador que não pode ser tolerado em toda a sua completude.

⁵ Para Santos et al. (1984), a vivência de situações desconhecidas, e que não podem ser controladas, é o denominador comum a todas as crianças internadas no ambiente hospitalar.

O medo despertado em Beti pela necessidade de tirar a calcinha pode caracterizar um medo substituto de seus temores de aniquilamento, utilizado como uma forma de manter seu equilíbrio egóico. Segundo Bird (1975), o medo de ter um órgão aniquilado, no momento de uma cirurgia pode ser tão avassalador que necessita de um medo substituto, tolerável e simbólico.

Ao perceber alguns brinquedos que remetem à situação de hospitalização, o convite para brincar de médico foi imediato. Ela organizou seu consultório e se pôs a examinar meu corpo. Nesse momento, tocava-me, de forma muito sugestiva e invasiva, buscando tocar em meus seios e usando os batimentos cardíacos como justificativa. Perguntei-lhe como o médico havia feito seus exames, questionando-a quanto ao fato de ter sido tocada da mesma forma, a menina apenas respondeu-me que havia dormido durante a cirurgia.

Em seguida, começou a guardar seus instrumentos médicos rapidamente e manifestou o desejo de ir para casa, pois tinha de atender a outra paciente. Ao perguntar sobre o diagnóstico que fizera de minha pessoa, Beti começou a correr pela sala e rir de forma descontrolada. Seu riso parecia sádico e suas atitudes incompreensíveis. Ao manifestar o não entendimento sobre seu “comportamento médico” e, até um certo “medo”, Beti ria ainda mais. E assim desmontou seu consultório imaginário. Pode-se pensar que, por meio dessa brincadeira, Beti conseguiu reviver a situação anterior, contudo, agora teve a oportunidade de atuar de forma ativa diante do que sofreu passivamente, modificando os papéis e elaborando o ocorrido de forma a poder modificar o desfecho da situação, como nos explica Aberastury (1992).

Torna-se importante considerar as hipóteses sugeridas pelo teste HTP realizado por Beti. Alguns aspectos encontrados, repetidamente, em diferentes desenhos sugeriram dificuldades de relacionamento e tendência a se comportar de modo áspero e direto em decorrência de experiências traumáticas. O desenho de Beti também demonstrou frágil controle do ego e uso de defesas compensatórias. Verificaram-se semelhanças no desenho da casa com um hospital; necessidades de isolamento; dificuldades e culpas relacionadas à sexualidade, presentes em muitos traços. Alguns detalhes específicos, como uma pessoa ao lado da árvore, com uma faca na mão e outros detalhes não relacionados com os desenhos sugerem distúrbios afetivos.

A relação estabelecida entre as observações, os indicativos sugeridos pelo HTP e as atividades lúdicas realizadas com Beti permitiram verificar que o processo de cirurgia, por ela enfrentado, tornou-se muito traumático. Os traços do desenho relacionados à sexualidade, as perguntas que fizera

ao conversar sobre a hospitalização, sempre relacionando a internação com dúvidas ligadas à sexualidade, e principalmente, a atitude invasiva que demonstrou, quando teve a oportunidade de se colocar na situação do médico por meio da técnica lúdica, sugerem fantasias de invasão no momento em que Beti dormia.

A cirurgia pode ter sido sentida como a concretização das fantasias de castração, resultando em impotências significativas. A indagação dos motivos pelos quais necessitava tirar a calcinha e a ausência de um entendimento real desse fato fizeram surgir fantasias diversas, mobilizando culpas e curiosidades em busca do entendimento da sexualidade humana.

Após a cirurgia, Beti deixou de interagir com os colegas de escola e seu rendimento intelectual mostrou-se, significativamente, reduzido. A mãe relatou que, após a cirurgia, a menina voltou a tomar leite na mamadeira em função das restrições alimentares impostas por sua condição clínica. Entretanto, quando tais restrições deixaram de impedi-la de ter uma alimentação normal, Beti apresentou grandes dificuldades de retomar à antiga forma de alimentação. Pode-se considerar esse dado bastante significativo, pois o excessivo apego à mamadeira sugere que Beti realizou uma regressão acentuada, sendo isso uma tentativa de afastar-se, decididamente, de todos os perigos representados na fase em que fora operada. Assim, Beti passou a proteger-se dos fantasmas resultantes de sua cirurgia às custas de um comprometimento em sua evolução psicossocial e psicossocial.

Acredita-se que o caso de Beti mostra o quanto uma cirurgia, aparentemente simples do ponto de vista clínico, pode representar um abalo muito significativo vistas as suas repercussões psicológicas. Tal experiência, embora possa ser minimizada e, aparentemente superada, nunca deixará de fazer parte da história do desenvolvimento emocional de Beti e suas conseqüências poderão ser sentidas em diferentes esferas de sua vida e por muito tempo. Isso não significa que a personalidade da criança tenha sido destruída por inteiro, mas, certamente, tal vivência influenciará seu desenvolvimento, como tem ocorrido até o momento e a marcará, como outras experiências, boas ou más de sua vida.

Segundo Dias *et al.* (2003), as enfermidades na infância podem provocar profundas repercussões para a vida e o desenvolvimento da criança. Algumas doenças, ou mesmo a reação que algumas crianças apresentam a elas, podem modificar, de maneira definitiva, o desenvolvimento infantil. Com o caso de Beti, pode-se perceber que o efeito da hospitalização não está diretamente relacionado à gravidade da experiência, mas sim, à capacidade da criança de absorver e integrar o trauma, como algo que fez parte de sua vida, de estar aberta à compreensão e aceitação de seus próprios sentimentos,

fantasias e reações. Certamente, as tentativas de integração realizadas por Beti poderiam ser facilitadas se a equipe de saúde tivesse conseguido comunicar-se abertamente com ela, decifrando seus apelos simbólicos e explicando-lhe, adequadamente, os fatos ocorridos. Nesse caso, os efeitos da hospitalização poderiam ser mais toleráveis e menos prejudiciais a Beti se lhe fosse oportunizado um acompanhamento psicológico pré e pós-operatório, objetivando a abordagem de seus medos e fantasias inconscientes com relação à cirurgia.

Nesse sentido, Saccol & Moraes (1989) esclarecem que o real diagnóstico médico é muito distante do significado que a criança dá a sua doença. Para a criança, não há distinção entre a dor e o sofrimento provocados pela doença ou experimentados na conduta terapêutica. O que a doença ou a conduta terapêutica significam para a criança não depende de seu gênero ou intensidade, mas sim, do nível das fantasias despertadas. A criança percebe duas ameaças distintas, a ameaça real (exames, medicamentos) e uma ameaça imaginária, interna, representada pelo aumento de seus medos fantasiados. A criança irá reagir à intensidade de suas fantasias, como mostrou Beti.

CASO 2 – TONI, SENTIMENTOS DE CULPA PELA HOSPITALIZAÇÃO

Este caso traz como protagonista o menino Toni (nome fictício) que, aos sete anos, foi internado por causa de uma pneumonia. Sua mãe é solteira e Toni têm três irmãos. A hospitalização de Toni foi sempre acompanhada pela mãe que se ausentava do hospital somente para amamentar a filha. Toni mora com a mãe e os irmãos na casa da avó materna. Sua mãe encontra-se, temporariamente, desempregada e a família conta com a renda da aposentadoria da avó para as necessidades básicas. Toni permaneceu hospitalizado durante nove dias.

No decorrer dos contatos realizados com Toni no hospital, tornou-se evidente os sentimentos de culpa relacionados com a situação de adoecimento e hospitalização experimentados por ele. Quando perguntado sobre o motivo de sua hospitalização, Toni respondeu que havia tomado banho de chuva, questionando o fato de todos os seus colegas terem tomado e apenas ele ter ficado doente.

Segundo Dias *et al.* (2003), a partir dos sete anos, a criança começa a pensar sobre a doença em termos concretos, buscando sempre uma razão lógica que explique sua doença. O sentimento de culpa predominará na busca dessas explicações. Tais considerações tornam-se evidentes no caso de Toni, quando relaciona sua doença com o banho de chuva que tomou. No mesmo sentido, Chiattonne (1988) explica que, quando o adoecimento

desencadeia fantasias de culpa, a hospitalização e a equipe médica passam a ser percebidos como aqueles que aplicam castigos necessários e intencionais. A criança passa a ver, na hospitalização, uma agressão externa, uma punição da qual se sente merecedora.

A relação da hospitalização, com uma possível punição por atos de desobediência cometidas por Toni, pode ser percebida quando, ao passear com o menino pelo pátio do hospital, este encontra um pé de ameixa e corre para apanhá-las. Imediatamente, olha angustiado e pergunta se os médicos do hospital irão xingá-lo por pegar ameixas. A pergunta de Toni demonstra a representação que o menino cria em relação ao hospital que é percebido como um local onde se realizam punições por causa de seus comportamentos inadequados.

O sentimento de estar vulnerável em relação ao seu corpo também está presente em Toni no momento da internação. Tal vulnerabilidade desencadeia uma ameaça de desintegração física representada pelo hospital, que é visto como um lugar fragmentado. A fala de Toni ilustra tal percepção, quando se queixa de que os brinquedos estão todos em pedaços e não dá para jogar nada até o fim, salientando que está tudo estragado.

Oliveira (1997) nos fala que uma ameaça de desintegração física pode ser retratada por meio da descrição dos procedimentos médicos ou do próprio ambiente hospitalar como um lugar desintegrado. Talvez seja necessário considerar que os brinquedos ofertados pelo hospital realmente estivessem danificados, contudo, a forma de perceber esse fato, generalizando os danos para todo o hospital e o fato de Toni não superar tal dificuldade são bastante representativos.

Percebe-se que Toni busca elaborar a situação de hospitalização por meio das atividades lúdicas, mas os brinquedos encontram-se associados ao hospital e o representam, eles estão, assim como o hospital, estragados (está tudo estragado aqui, disse o menino), o que não possibilita que nada seja concluído da maneira desejada. Talvez a forma de perceber os brinquedos como estragados, ou desintegrados, demonstre a grande ameaça de desintegração física sentida por Toni, esta ameaça ganha proporções muito grandes e o menino não consegue concretizar o que havia se proposto a realizar inicialmente. Segundo Oliveira (1997), o brincar é um processo utilizado pela criança para apreender o mundo circundante e expressar o que dele compreendeu. O fato de Toni não conseguir realizar o que deseja retrata a sua sensação de estar vulnerável às limitações de seu corpo.

Nos desenhos produzidos por Toni, na realização do teste HTP, encontram-se alguns traços que, segundo Buck (2003), sugerem dificuldades

de contato social, falta de autonomia, sentimentos de fracasso, decadência física e debilidades somáticas; desejos de se precaver das ameaças do meio e medo do mundo, que se verifica por meio de olhos ausentes; necessidade de fechar-se sobre si; sentimentos de inadequação física; inadequação ao ambiente, tendências ao isolamento e retraimento social; sentimentos de isolamento e inacessibilidade.

Os desenhos livres realizados, espontaneamente, por Toni também são bastante sugestivos, pois o menino desenhou repetidas vezes um navio com o casco afastado da superfície da água e refere que, dentro do navio, algumas pessoas estão presas. Em seus desenhos também aparecem peixes fora da água, os peixes estão todos no ar, acima da superfície do rio ou lago. São imagens que não exigem grandes esforços interpretativos, porque Toni talvez se sinta arrancado de seu ambiente natural, como os peixes desenhados, ou então, como as pessoas que estão, segundo ele, presas no navio. O navio pode estar representando o hospital e os presos, os pacientes.

Em um dos desenhos livres retratados por Toni, encontra-se uma criança colocada dentro de um cesto. Ao ser perguntado sobre o que se tratava, Toni disse ser um menino no cesto, deixado ali por sua mãe. Nesse momento, sua mãe contou que Toni sonhou algumas noites que ela havia ido embora e não retornara mais ao hospital para buscá-lo. Relatou ainda que o menino acordava sempre muito assustado, quando tinha esse tipo de sonho, e que isso se repetiu, com frequência, nas noites em que dormia no hospital. Ao relatar tais fatos, a mãe mostrou um ar de ironia pelo medo da criança, referindo-se ao sonho como uma grande bobagem. Pode-se pensar que os sonhos de Toni assim como o desenho de um menino no cesto colocado às margens de um rio representam o medo do abandono despertado pela situação da hospitalização e pela conduta da mãe .

Segundo Bird (1975), a criança teme que sua mãe a deixe no hospital e não volte mais. Este temor pode resultar da idéia de que sua mãe não a ama mais e está contente por abandoná-la. A criança acredita que deixou de ser amada porque não se comportou bem e a separação pode ser um castigo por seu comportamento inadequado. Os temores de Toni podem ser reforçados por suas fantasias de culpa diante do adoecimento, pois acredita que está hospitalizado devido ao banho de chuva que tomou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de casos relatados confirmam que as crianças hospitalizadas vivenciam uma experiência impactante e traumática, sobre a qual, dificilmente, conseguem falar. Dessa forma, as angústias, fantasias e medos despertados pelo processo, dificilmente, podem ser percebidos pelos familiares e profissionais presentes no momento. Elas se valem de gestos, palavras e movimentos para transmitir tudo aquilo que não pode ser dito nem visto, talvez apenas sentido e expresso por formas diferenciadas de comunicação, buscando transmitir emoções que as palavras não comportam. Percebeu-se então que escutar a criança falar de si, de suas dores, exige uma identificação que vai muito além da própria doença, assim se faz necessária uma identificação com a própria criança e com a sua forma de sentir a situação. Essas situações vivenciadas, no ambiente hospitalar, são capazes de provocar um impacto emocional sobre o psiquismo infantil o qual pode agravar os sintomas existentes, dificultando a recuperação da criança, ou então, gerar quadros patológicos paralelos que comprometem outros aspectos do desenvolvimento, como o social, o cognitivo e emocional.

Nesse sentido, justifica-se a importância da presença do psicólogo junto às crianças hospitalizadas para atuar como um decodificador de mensagens, para ajudar a criança a vivenciar seus medos, ansiedades e fantasias despertadas pela hospitalização e buscando recursos para minimizar o sofrimento despertado por esse processo que, a princípio, mostra-se tão invasivo. Dessa forma, pode-se transformar o processo de hospitalização em uma experiência positiva para a criança, estimulando-a a assumir uma postura ativa dentro da situação que vivencia e promove o seu fortalecimento egóico, possibilitando à criança reconhecer seus mecanismos saudáveis de funcionamento e promovendo-lhe saúde psíquica.

No decorrer das observações, percebeu-se o quanto os quadros clínicos comuns e que não inspiram grandes preocupações, chamados quadros de baixa gravidade, podem representar uma ameaça concreta e muito significativa, quando pensados a partir do equilíbrio psíquico e emocional da criança hospitalizada, resultando em verdadeiras brechas na vida emocional que irrompem a psique, de forma incontrolável e violenta, na criança hospitalizada, constituindo-se em um processo muito invasivo que pode comprometer o ego desse ser humano em desenvolvimento.

Imagina-se que seja de fundamental importância a constante busca da compreensão das particularidades e individualidades da criança por parte de todos os profissionais presentes no decorrer da internação hospitalar. Tal atitude permite perceber a existência de sentimentos nunca denominados, mostrando que a individualidade da criança possibilita uma forma de compreensão única.

Percebeu-se que a busca da compreensão das emoções das crianças deve se dar de forma livre, desprovida de hipóteses prévias, para que se possa escutar realmente o que a criança busca dizer, superando assim, as dificuldades de reconhecer e considerar as reais necessidades afetivas de que as crianças nos falam. Imagina-se que, dessa forma, trabalhar-se-á para busca da humanização e da individualização nos atendimentos, sendo essas atitudes necessárias à proteção da criança dos procedimentos impessoais, técnicos e despersonalizantes que podem comprometer esta fase do desenvolvimento tão importante para a constituição da personalidade.

As angústias despertadas, nas crianças observadas, relacionavam-se com o seu mundo interno e particular. Pode-se pensar na hospitalização como um fator desencadeante de ansiedades, mas essas eram, em sua maioria, muito particulares e resultantes das vivências anteriores e da personalidade em formação de cada criança.

As desconfortações comuns às crianças observadas eram as ansiedades despertadas pelas debilidades corporais, como as preocupações somáticas, constantes em seus desenhos e que se constituem em um importante indicativo de comprometimento emocional que se vincula à situação de doença; o medo do abandono, tanto dos familiares como o medo de cair no esquecimento dos colegas de aula e amigos. Outro denominador comum, observado nessas crianças, foi o interesse e a busca de uma compreensão lógica para o seu adoecimento e também para a doença das outras crianças internadas no hospital, buscando formular uma compreensão não apenas da sua vivência de hospitalização, mas também, em relação às vivências das outras crianças. Tal interesse pode ser percebido por meio de perguntas que se dirigiam às mães das outras crianças ou mesmo às crianças internadas.

Outra característica comum às crianças observadas foi a constante curiosidade com relação às atividades que poderiam estar sendo desenvolvidas na escola na sua ausência e o sentimento de tristeza por não poder fazer parte de tais atividades o que aumenta os desejos de pertencer a um grupo, despertando carências afetivas e sociais.

Para a criança, o afastamento da escola, nesse período de seu desenvolvimento, é sentido como algo muito doloroso, tendo em vista que o pertencimento à comunidade escolar ainda se encontra em fase de consolidação, o que lhe causa sensação de iminente perda desse objeto, há pouco descoberto e tão fortemente investido. A partir de tais considerações, percebeu-se que o afastamento da escola em uma idade tão produtiva em termos de desenvolvimento intelectual e social, como acontece com as crianças em estudo, compromete os sentimentos de produção e de confiança em suas capacidades e o desejo de manipular o mundo, fundamentais para a formação da identidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. **A criança e seus jogos**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BETTELHEIM, B. **A psicanálise da alfabetização**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BIRD B. **Conversando com o paciente**, São Paulo, SP: Manole, 1975.
- BUCK, J. N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. São Paulo: Vetor, 2003.
- CAMON, V. A. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: Teoria e Prática**, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- CHIATTONE, H. B. de C. A Criança e a Hospitalização. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **A Psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988. p. 40 - 70.
- CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DELDIME, R; VERMEULEN, S. **O desenvolvimento psicológico da criança**. São Paulo, SP: EDUSC, 1999.
- DIAS, R.R; BAPTISTA. M. N; BAPTISTA, A.S.D. Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In: BAPTISTA, M.N. e DIAS, R.R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicação e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 53-73, 2003.
- ERIKSON, E.H. **Identidade: juventude e crise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- OCAMPO, M. L. S. **O processo diagnóstico e as técnicas projetivas**. 10ª. ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2001.
- OLIVEIRA, H. de. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In: CECCIM R.B; CARVALHO. P. R. A. (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, p. 42-58, 1997.
- RAPPAPORT, C. R; FIORI, W.R; DAVIS, C. **Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais**. São Paulo: EPU, 1981.

SACCOL, E.S; MORAES, S.L.R. **Participação do acompanhante junto à criança hospitalizada na faixa etária de 0 a 12 anos**. Santa Maria: FACEM. Monografia de Especialização em Pedagogia de Enfermagem Médico Clínica, 1989.

SANSONI, R. Injeção não é Castigo. **Pediatria moderna**. São Paulo: Médica, v. 33, n. 11, p. 202 - 203, Nov. 1997.

SANTOS, M. E. R. et al. O Impacto Emocional da Hospitalização da Criança. **Jornal de pediatria**, Curitiba, v. 56, 1984.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: CAMON, V. A. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, p. 29-70, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C. G; KNAUTA, D. R; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Editorial, 2000.