



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

## VIII SEMANA NORTE-RIOGRANDENSE DE PSICOLOGIA IV JORNADA DE PSICOLOGIA DA UFRN:



### ANAIS MESA REDONDA

#### COMITE GESTOR:

- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 17ª REGIÃO – CRP-17/RN
- CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN.

#### COMISSÃO ORGANIZADORA

- Presidentes - Nilza Maria Molina Mendes – CRP-17/RN e Cynthia Pereira Medeiros - UFRN
- Fernando Joaquim da Silva – CRP-17/RN
- Sandra Maria de Vasconcelos Uchoa – CRP-17/RN
- Alysson Zenildo Costa Alves – CRP-17/RN
- Lucyanna de Farias Fagundes Pereira – CRP-17/RN
- Maria das Graças Lima de Medeiros – CRP-17/RN
- Kelly da Silva Sarmento – CRP-17/RN
- Mary Linda Medeiros da Costa – CRP-17/RN

#### COMISSÃO CIENTÍFICA

- Presidente – Eulália Maria Chaves Maia – UFRN
- Neuciane Gomes da Silva – UFRN
- Ilana Lemos de Paiva – UFRN\*
- Neuza Cristina dos Santos Peres – UFRN
- Clarice Carneiro – UNP
- Margareth Rose B. Lima – FARN\*
- Luciana Carla Barbosa de Oliveira – FACEX
- Nilza Maria Molina Mendes – CRP 17/RN

#### COMISSÃO DE APOIO OPERACIONAL

- Presidente - Francileide de Carvalho Nobre – CRP-17/RN
- Kleber Kroll de Azevedo Silva – CRP-17/RN
- Kallyane Shirley de Souza – CRP-17/RN
- Zilanda Pereira de Lima – CRP-17/RN + FARN
- Diego de Sousa Barbosa – CRP-17/RN
- Ricardo Duarte da Rocha – CRP-17/RN
- Bianca Tavares Rangel – CRP-17/RN-CREPOP
- Régina Gonçalves de Melo - UFRN
- Eudes Araújo Rocha - UFRN
- Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa - UFRN
- Mariana Meira Pires Simonetti - UFRN
- Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo - UFRN
- Lúcia Maria de Oliveira Santos - UFRN
- Alanna de Medeiros Pinheiro - UFRN
- Sílvia Helena da Silva Maia – UFRN
- Clécio da Silva – FARN

AT.: Todos os resumos aqui contidos são de inteira responsabilidade de seus autores.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

### **MR – 02 – ATENDIMENTO PSICOLÓGICO APLICADO À PEDIATRIA**

AUTOR(A) RESPONSÁVEL: Profª. Drª. EULÁLIA MARIA CHAVES MAIA (eulália.maia@yahoo.com.br)

COORDENADOR(A): Profª. Drª. EULÁLIA MARIA CHAVES MAIA

GRUPO DE ESTUDOS PSICOLOGIA E SAÚDE – GEPS/UFRN

#### **Título da 1ª Intervenção: BRINCAR E VIVER: ATENÇÃO HUMANIZADORA À CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Nome do Autor(es): Luciana Carla Barbosa de Oliveira, Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo, Andressa Moreira Hazboun, Eulália Maria Chaves Maia.

Instituição (opcional): Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

E-mail: lucianacarla.psi@hotmail.com

#### **Título da 2ª Intervenção: PSICOPROFILAXIA CIRÚRGICA NO ÂMBITO DA PEDIATRIA.**

Nome do Autor(es): Andressa Moreira Hazboun, Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo, Luciana Carla Barbosa de Oliveira, Ingrid Cintya Augusto Machado, Marina Bezerra Férrer, Isadora Miranda de Azevedo, Eulália Maria Chaves Maia.

Instituição (opcional): Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

E-mail: dxa\_hazboun@hotmail.com

#### **Título da 3ª Intervenção: ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À CRIANÇAS PORTADORAS DE MUCOPOLISSACARIDOSE E SEUS ACOMPANHANTES**

Nome do Autor(es): Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo, Luciana Carla Barbosa de Oliveira, Rodolpho Luiz Araujo Cortez, Eulália Maria Chaves Maia

Instituição (opcional): Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

E-mail: priscilla\_cristhina@yahoo.com.br



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ÀS CRIANÇAS PORTADORAS DE MUCOPOLISSACARIDOSE E SEUS ACOMPANHANTES.** *Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo\** (UFRN – Natal/RN); *Luciana Carla Barbosa de Oliveira* (UFRN – Natal/RN); *Rodolpho Luiz Araujo Cortez\** (UFRN - Natal/RN); *Eulália Maria Chaves Maia* (UFRN – Natal/ RN).

**Apoio:** PROEX/UFRN

**Palavras-Chaves:** Mucopolissacaridose; Psicologia; Pediatria.

**Tipo de Trabalho:** Ação-intervenção

### **Introdução:**

O estudo do crescimento e desenvolvimento da criança em condições de doenças crônicas é desafiador para o profissional interessado na possibilidade de intervir com sucesso tanto na melhora da qualidade de vida como na prevenção da ocorrência da patologia. Várias são as doenças crônicas que afetam a criança desde a sua concepção e alteram a manifestação típica dos comportamentos que caracterizam as diferentes áreas do desenvolvimento humano (Chiattonne, 1988; Romano, 1994).

Ao longo do tempo os programas de assistência a portadores de patologias crônicas passaram a incluir profissionais das mais diversas áreas, dentre eles o psicólogo, visando proporcionar meios que favoreçam o bem estar do doente e da sua família. A psicologia deve se fazer presente por se saber que o fenômeno do adoecer provoca um desequilíbrio não somente orgânico, mas também emocional, e este último, se não trabalhado pode, trazer conseqüências negativas ao tratamento (Melo Filho 1992 *in* Borges 2004).

Dentre as doenças crônicas pode-se citar o Diabetes, a Síndrome Nefrótica, a Fibrose Cística, a Mucopolissacaridose, entre outros. De fato, entre tais patologias crônicas têm-se encontrado algumas repercussões psicológicas em comum, são elas: negação, culpa, punição, ansiedade, depressão, projeção, distúrbios neuróticos, frustração, privação, regressão, sensação de abandono, busca de proteção, medo, irritabilidade, apatia, fantasias, perda da autonomia, hospitalismo, insegurança (Chiattonne, 1988; Romano, 1994).

O fato de ser diagnosticada uma doença crônica na criança gera nos pais angústia frente ao desconhecido, frustrações e inseguranças quanto ao futuro, e um mosaico de sentimentos, por vezes contraditórios (Melo Filho, 1992). O tratamento exige dedicação, por parte do paciente e de seu cuidador, devido às significativas mudanças na dinâmica familiar. Os pais quando participam ativamente do tratamento, percebem os benefícios e melhora do paciente, assim como, sentem-se mais seguros e confiantes nas condutas terapêuticas administradas pela equipe de saúde (Chiattonne, 1988; Lindquist, 1993).

Dentre as inúmeras de doenças crônicas existentes, uma que merece um destaque é a Mucopolissacaridose (MPS) por ser uma doença rara e por seu tratamento ser recente no Brasil. As Mucopolissacaridoses ocorrem aproximadamente em 1 entre cada 40.000 nascimentos (Kalteis, 2005) e de acordo com Borges (2004), constituem um grupo de doenças genericamente referidas como “de acúmulo”, caracterizadas por deficiências enzimáticas que resultam em bloqueio na degradação dos mucopolissacárides, os quais são depositados nos lisossomos teciduais. Em conseqüência, há excreção urinária aumentada destas substâncias parcialmente degradadas e fenótipos anormais.

O Diagnóstico da doença é feito inicialmente pela suspeita clínica do médico que para confirmação da doença recomenda a realização dos exames de triagem urinária para erros inatos do metabolismo; dosagem de GAGS na urina; raio X de esqueleto; polissonografia; avaliações cardíaca e oftalmológica e outros necessários após estes resultados. A confirmação do diagnóstico é feita pela dosagem da enzima que está deficiente ou pela análise da alteração nos genes específicos da doença (mutação), o que não é disponível para todos os tipos de mucopolissacaridose.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

Essa é uma doença crônica cujas principais alterações são: opacificação de córnea, cifose tóraxco-lombar, alargamento de punhos, aumento de baço e fígado, retardo mental, regressão neurológica, baixa estatura, megaencefalia, traços faciais grosseiros, abdome protuberante e disostose múltipla (defeito de ossificação). É válido ressaltar que as crianças nascem sem as alterações clínicas acima descritas, no entanto, apresentam envolvimento progressivo variável após os primeiros meses de vida, desenvolvendo-se então o quadro clínico específico.

Existem sete tipos de Mucopolissacaridose, cada tipo é conhecida como uma síndrome referente ao tipo de deficiência enzimática, como especificada no quadro a baixo:

QUADRO 01. Especificações tipológicas da Mucopolissacaridose.

Tipo	Principal doença	Enzima deficiente	Produtos acumulados
MPS I	Síndrome de Hurler	$\alpha$ -L-iduronidase	* sulfato de heparina * sulfato de dermatina
MPS II	Síndrome de Hunter	Iduronate sulfatase	* sulfato de heparina * sulfato de dermatina
MPS III	Síndrome de Sanfilippo A Síndrome de Sanfilippo B Síndrome de Sanfilippo C	sulfato de heparina N-acetylglucosaminidase N-acetylglucosamine 6-sulfatase	* sulfato de heparina * sulfato de dermatina
MPS IV	Síndrome de Morquio	Galactose 6-sulfatase	* sulfato de queratina * 6-sulfato de condroitina
MPS VI	Síndrome de Maroteaux-Lamy	N-acetylgalactosamine 4-sulfatase	* sulfato de dermatina
MPS VII	Síndrome de Sly	$\beta$ -glucuronidase	* sulfato de heparina * sulfato de dermatina * 4,6-sulfato de condroitina

Com relação ao tratamento, uma das possibilidades está no transplante de medula óssea, embora ainda considerado experimental nas mucopolissacaridoses, tem sido realizado com bons resultados na MPS VI (Maroteaux-Lamy). A indicação desta modalidade terapêutica nos outros tipos de MPS é controversa. O que se tem adotado nos últimos tempos é o tratamento através da reposição enzimática em hospitais-dia ou clínicas especializadas (Turtelli, 2002; Borges, 2003; Oliveira, 2004).

Devido à raridade da doença, são poucas instituições referenciadas na assistência a pessoas com MPS. No Rio Grande do Norte, o Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra (HOSPED) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte é o único a disponibilizar atendimento em seu Hospital-dia em funcionamento desde o ano de 2009.

Diante dessa nova demanda no referido hospital, fez-se necessário uma atuação do Serviço de Psicologia do HOSPED, integralizando a equipe multidisciplinar do hospital dia. Nesse caso, torna-se de extrema relevância conhecer e compreender como a doença se insere no contexto familiar e o papel que o doente desempenha na família. Tanto a criança como a sua família, necessita serem avaliados e acompanhados interdisciplinarmente para que possam lidar positivamente com a doença. Caso contrário, o doente estará fadado a não alcançar o desempenho necessário ao tratamento clínico (Oliveira et al, 2000).

### Desenvolvimento

Em razão das manifestações clínicas descritas em todos os tipos de MPS é importante o acompanhamento multidisciplinar (dentre eles o psicólogo), para prevenir e diagnosticar precocemente as complicações, que podem ser tratadas melhorando a qualidade de vida do portador de MPS e oferecendo apoio psicológico à família (Borges et al, 2003).



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

Partindo dessa perspectiva, foi-se elaborado um projeto de extensão que visa atender toda demanda existente no HOSPED, mais especificamente no hospital dia, prestando apoio duas vezes por semana, durante o período em que as crianças e seus acompanhantes estão no hospital para a reposição enzimática.

O projeto teve início em março 2009, inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico para melhor entendimento da doença, buscando conhecer também estudos que retratassem sobre a atuação do profissional da psicologia, contudo observou-se que há pouca bibliografia acerca do tema.

A equipe de psicologia é composta por uma professora de psicologia da UFRN, pela psicóloga hospitalar da instituição e por dois graduandos de psicologia. Durante todo o ano, serão realizadas discussões de textos e capacitações para melhor atender a demanda.

Pretende-se realizar quantitativamente 248 atendimentos, prestando apoio aos pais durante e após o diagnóstico, proporcionando assim uma melhor compreensão das limitações do portador de MPS. Busca-se também oferecer um espaço psicoterápico aos portadores de MPS e/ou seus pais, com o objetivo de auxiliar na recuperação das alterações que acontecem na vida de ambos, em decorrência da doença. Aspira-se ainda o desenvolvimento de atividades lúdicas com as crianças.

Até o momento, foram realizadas as entrevistas iniciais com as acompanhantes, em sua maioria as mães, e foi traçado o perfil sócio-demográfico dos pacientes. Buscou-se averiguar como está a rotina familiar da criança com MPS, como estão as relações sociais, criando assim, um momento de expressão e externalização dos sentimentos contidos, possibilitando o alívio das tensões determinadas pela situação de crise e de conflitos dos acompanhantes.

Para o atendimento infantil são utilizados recursos ludoterápicos como jogos de construção, playmobil específico, kit médico, jogos, carros, fantoches, família de bonecos de pano (pai, mãe, filhos), caixinha-surpresa, animais e bonequinhos de plástico ou borracha, jogos de cubos, jogo com figuras grandes de encaixes, desenhos, pinturas. As atividades são pensadas a partir da singularidade de cada criança, de forma integral, disponibilizando recursos que ela possa dominar, expressar, vivenciar e elaborar a situação de hospitalização e doença, fazendo do brincar um recurso (lúdico, educativo e terapêutico) viável e adequado, que deve ser incentivado pelas instituições, corroborando com o que relata Oliveira(2000).

Outro aspecto de bastante relevância diz respeito ao processo do adoecer aliado à hospitalização, visto que esta pode ser considerada como uma situação potencialmente traumática, colaborando para o surgimento do stress, como relata Oliveira(2003) em seus estudos e como pode ser identificado na fala das mães sobre seus filhos. Essa situação torna a criança vulnerável, podendo agravar ainda mais o quadro da doença ou ocasionar danos emocionais. Além disso, em virtude de mecanismos de adaptação e percepção, (ainda não totalmente desenvolvidos), a criança pode fantasiar acerca da doença, entendendo-a como castigo, significando a hospitalização como um dano corporal ou uma agressão. Dessa maneira, cabe a equipe identificar esses pensamentos, fantasias e sentimentos nas crianças, ajudando os a ressignificar o porquê de ser um paciente crônico e buscando maneiras de viver bem, mesmo sendo portador de MPS.

De maneira geral, a ajuda psicológica está voltada para uma melhora na qualidade de vida desses pacientes, buscando uma melhor aderência ao tratamento.

## **Conclusões**

O referido projeto está buscando proporcionar o desenvolvimento de recursos, no intuito de promover a melhora emocional tanto para o paciente, quanto de seus familiares, enfocando a promoção da continuidade do desenvolvimento psicológico do sujeito e promovendo a qualidade de vida, procurando minimizar os efeitos traumáticos associados à doença/hospitalização. É de fundamental importância a consolidação dessa prática no



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

HOSPED, a fim de que a psicologia possa atuar tanto na prevenção como na promoção da saúde, no bem-estar dos pacientes e de suas famílias, resultando, assim na aderência aos tratamentos.

### Referências Bibliográficas

ANGERAMI-CAMON, V. A (1994). *A psicologia Hospitalar: a atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar*. São Paulo:Traço.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2000). *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira.

BORGES TAVARES FS, SILVA PCL, OLIVEIRA ZAR, BALLARIN MAS, GOMES RA, et al. (2003). Mucopolissacaridose Tipo VI (Síndrome de Maroteaux-Lamy): Avaliação Endócrina de Três Casos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 47 (1), pp. 87-94.

CHIATTONE, H.B.C. (1998). A Criança e a Hospitalização, in ANGERAMI.V. A. *A Psicologia no Hospital*, pp. 40-131, São Paulo, Traço.

ERIKSON, E. H.(1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: ARTMED.

KALTEIS T, SCHUBERT T, CARO WC, SCHRODER J, LURING C, GRIFKA J. (2005). Arthroscopic and histologic findings in Morquio's syndrome. *Arthroscopy.* 21(2), pp. 233-237.

LINDQUIST, I. (1993). *A Criança No Hospital: Terapia Pelo Brinquedo*. São Paulo: Página Aberta Ltda.

MELLO FILHO, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 199

OLIVEIRA, V.B. (2000). *O Brincar e a Criança do Nascimento aos Seis Anos*. Petrópolis. Ed. Vozes.

OLIVEIRA V.Z; GOMES W. (2004). Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Rev. Psicol Estudo.* 9(1), pp. 9-17.

ROMANO, B. W. (1994). *A Prática nos Hospitais*. São Paulo. Ed. Pioneira, 1994.

TURTELLI CM. (2002). Manifestações radiológicas da mucopolissacaridose tipo VI. *Radiol Brás.* 35(5), pp.311-314.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

## PSICOPROFILAXIA CIRÚRGICA NO ÂMBITO DA PEDIATRIA

*Andressa Moreira Hazboun\** (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); *Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo\** (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); *Ingyrd Cintya Augusto Machado* (Departamento de Psicologia, UFRN); *Isadora Miranda de Azevedo* (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); *Marina Bezerra Férrer* (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); *Luciana Carla Barbosa de Oliveira* (Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); *Eulália Maria Chaves Maia* (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN).

**Apoio:** PROEX/UFRN

**Palavras-Chave:** psicoprofilaxia, preparação psicológica, cirurgia, pediatria, hospital.

**Tipo de Trabalho:** Ação-intervenção

### Introdução

A cirurgia representa uma circunstância crítica que gera uma crise vital (Schmitz et al, 2003); impõe ao indivíduo o enfrentamento de uma variedade de estressores, despertando componentes pessoais complexos que se manifestam emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que prejudicam a prática médica (Méndez, 1999; Tercero et al, 2005). Na infância e na adolescência, essa situação tende a ser ainda mais crítica, uma vez que: as estruturas em desenvolvimento são mais suscetíveis aos fatores de risco presentes no ambiente; costuma haver escassas e ineficazes estratégias de enfrentamento por parte desses sujeitos; e a crise normativa característica da adolescência pode potencializar o evento cirúrgico (Schmitz et al, 2003).

O método mais utilizado para lidar com o stress pré-cirúrgico é a psicoprofilaxia cirúrgica (Mitchell, apud Juan, 2005), que busca, de modo geral, evitar que a circunstância da doença e da cirurgia traga prejuízos para o psiquismo, diminuindo a probabilidade de complicações posteriores, quer sejam orgânicas ou psicológicas. Além do caráter preventivo, esse método atua na promoção da saúde, posto que toda crise representa um potencial de crescimento, surgimento de potencialidades e capacidades de enfrentamento (Huerta, 1996 apud Schmitz et al, 2003; Garcia et al, 2004).

Vale salientar, que a preparação psicológica para procedimentos médicos, especialmente invasivos, é uma prática bastante comum em pediatria para diminuir reações psicológicas associadas (Lisboa, 2007). Quando os pacientes não são bem assistidos nesse âmbito, podem ocorrer diversas complicações como dificuldades na alimentação, problemas de sono, reaparecimento de condutas próprias de etapas evolutivas anteriores, depressão e somatizações como afonia contingente e amidalectomia (Zetterström, 1984 apud Méndez 1999). De modo inverso, o desenvolvimento da psicoprofilaxia cirúrgica possibilita efeitos na redução de analgésicos pós-operatórios pelos pacientes, maior rapidez na catrização e período mais curto de internação (Garcia et al., 2004).

Schmidt et al (2003) chama a atenção para a família, que, diante de um membro que deverá enfrentar uma cirurgia, encontra-se com sua segurança emocional sensivelmente afetada. É importante oferecer uma assistência também aos acompanhantes, uma vez que estes podem ajudar o paciente, melhorando a sua qualidade de vida e influenciando na adesão ao tratamento (Lisboa, 2007).

Destarte, nenhuma criança deve realizar uma cirurgia sem a devida preparação e elaboração do fato (Chiattoni, 2003) e é nesse sentido que vem sendo desenvolvido no Hospital Professor Heriberto Bezerra (HOSPED) o projeto de extensão “preparação psicológica à criança pré-cirúrgica e seu acompanhante”.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

## **Desenvolvimento**

O projeto de extensão que visa a psicoprofilaxia de pacientes pediátricos internos na clínica cirúrgica do Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra, localizado na cidade do Natal, estado do Rio Grande do Norte, teve seu início em março de 2008 e foi renovado em março de 2009.

Os principais objetivos do projeto, ao realizar a preparação psicológica das crianças/adolescentes submetidas a cirurgias, tanto no pré como no pós operatório, consistem em preparar e orientar o paciente e o acompanhante quanto à cirurgia e aos processos adjacentes, com o intuito de contribuição para a saúde biopsicossocial dos sujeitos implicados nesse processo de hospitalização. Mais especificamente, objetiva-se amenizar ansiedades, tensões e estresses, como também auxiliá-los a atravessar essa situação de forma benéfica e rica em conteúdos a serem ressignificados.

São utilizados, para realização desse trabalho, técnicas de esclarecimento, supressão da ansiedade, insight e apoio, recursos ludoterápicos através do boneco-paciente, bonecas de cartão para recortar, jogos de construção, playmobil específico, kit médico e desenho livre. Além disso, o projeto também busca realizar atendimentos na modalidade de grupo, visto que nesses contextos, os medos, as dúvidas e os sentimentos, emergem com mais facilidade, ao serem compartilhadas as experiências entre os membros (Chiattonne, 2003).

Como resultados, tem-se obtido uma média de dez atendimentos por semana, e uma maior expressão e conseqüente redução dos conteúdos ansiogênicos e estressores, além da elaboração de diversos conflitos e fantasias decorrentes da intervenção cirúrgica e do processo de adoecer. No primeiro ano, o projeto realizou cerca de trezentos atendimentos dentro dos objetivos citados, ainda que enfrentando entraves como a reforma do HOSPED que, atualmente, ainda está sendo realizada. Todavia, serviu principalmente para conhecer a dinâmica da instituição e buscar estratégias para tornar os atendimentos mais eficazes e promover a humanização. Notou-se uma demanda muito grande por esclarecimento acerca da cirurgia, tanto dos pacientes como acompanhantes, e uma conduta inadequada de acompanhantes e profissionais diante do choro da criança. Procurou-se então fazer um vínculo maior com os profissionais de saúde e, atualmente, os membros do projeto junto ao setor de psicologia, vêm elaborando planos para tornar essa troca de conhecimentos mais frutífera.

## **Considerações finais**

Tendo em vista a importância da psicoprofilaxia cirúrgica na promoção da saúde biopsicossocial e na humanização hospitalar, o projeto de “preparação psicológica à criança pré-cirúrgica e seu acompanhante” realizado no HOSPED, busca consolidar-se cada vez mais, a fim de que esta prática de caráter provisório e local, possa expandir-se e tornar-se vigente no tratamento proporcionado aos pacientes.

## **Referências Bibliográficas**

CHIATTONE. H. B. de C. (2003). A Criança e a Hospitalização. In: V.A.A> ANGERAMI - CAMON (org.). A Psicologia no Hospital. 2º Edição.(PP. 23-100). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

GARCIA, S.B.; Lado, M.C.; Makler, C.; Besada, M. ; Mucci, M.C.; Covaro, J.A. (2004) Estratégias de intervenção “psi” en situaciones médicas: psicoprofilaxia quirúrgica. Trabalho apresentado no Congresso de Salus Mental de La Ciudad de Buenos Aires.

JUAN, K. de. Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, ago. 2005, vol.3, no.2, p.0-0. ISSN 1677-7409.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

LISBOA, R. P.; WESSEL, A. S. Evaluación de la Actividad de Preparación Emocional para Curaciones (PEC) realizada en Coaniquem. *in. Rev. Ped. Elec.* 2007, Vol 4, N° 3. ISSN 0718-0918

MÉNDEZ, F. X.; ORTIGA, J. M.; PEDROCHE, S. CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES SOBRE CIRUGÍA INFANTIL. *Psicotema*, 1999. Vol. 11, n° 3, pp601-609.

SCHMITZ, S. C., PICCOLI, M., VIERIA, C. S. a criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 2, n. 1, p. 67-73, jan./jun. 2003

TERCERO, Q.G.; Hernandez, R.A.; Luque, C.M.; Morales, G.P. (2005) Psicoprofilaxis quirurgica (PPQ). Departamento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente 1(1).



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

## **BRINCAR E VIVER: ATENÇÃO HUMANIZADA A CRIANÇA HOSPITALIZADA.**

*Luciana Carla Barbosa de Oliveira (Hospital de Pediatria Prof. Heriberto Bezerra, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo\* (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); Andressa Moreira Hazboun\* (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN); Eulália Maria Chaves Maia (Departamento de Psicologia, Grupo de Estudos: Psicologia e Saúde – UFRN), Natal – Rio Grande do Norte.*

**Apoio financeiro:** PROEX-UFRN

**Palavras-chaves:** Desenvolvimento da criança. Brincar. Hospital.

**Tipo do trabalho:** Ação-intervenção.

### **Introdução**

É notória a importância do lúdico sobre o desenvolvimento infantil. Por meio ao brincar, a criança mostra-se capaz de expressar a sua compreensão e relação com o mundo interior e exterior. O papel do brincar está em proporcionar a transposição da percepção entre o mundo real e o mundo imaginário, entre “eu” e o “outro” ao longo do seu desenvolvimento, ou seja, de bebê ao término de infância.

Inicialmente o bebê ainda não tem a noção de mundo exterior. Tudo faz parte dele, cujas descobertas do “mundo externo” se dá através de pequenas brincadeiras, ainda na fase oral, seja sugando primeiramente o seio da mãe (que fantasiosamente faz parte dele), depois sugando o polegar, o punho, passando mais adiante a lidar apropriadamente com os brinquedos, social, e demais relações que lhe for proporcionada pelo ambiente (Winnicott, 1975).

O ambiente sócio-cultural também tem uma função muito importante na descatexização gradativa do “objeto e fenômeno transacional” no bebê. Propiciar à criança desde cedo um ambiente sadio, com estimulações, carinho, brincadeiras, atenção, o ajuda a constituir um “ego” próprio, saudável, capaz de regular adequadamente seus impulsos, desejos, instintos, assim como, a auxiliar no enfrentamento de situações críticas, de acordo com a realidade que o cerca (Winnicott, 2000).

A medida em que o pensamento evolui, a brincadeira se torna mais elaborada. No período pré-operacional (após os quatro anos), as crianças fazem suas atividades paralelamente, em um mesmo espaço com outras crianças (Shaffer, 2005). Elkind (1978) descreve este comportamento como “um monólogo coletivo”, cuja organização sócio-cultural neste período se dá fortemente através do brincar.

É através da brincadeira e jogos que se internaliza normas, regras, papéis, identificações, assim como a relação eu-mundo. A brincadeira tem um sentido, determina a atitude afetiva da criança em relação à atividade. O brincar é uma representação social da realidade. Permite à criança assumir papéis sociais através de meios representativos/simbólicos em que ainda não se encontra preparada, (Oliveira, 2000).

Ao utilizar, um boneco, a criança pode estar personificando a mãe, a professora, a enfermeira, a psicóloga, o soldado, o policial, o médico, entre outros. O “faz-de-conta” pode trazer as regras de forma implícita, ou melhor, uma situação imaginária onde seu papel social, encontra-se latente. O brincar pode ser associado com outras modalidades de expressão não-verbais, como as artes plásticas, desenho, pintura, modelagem, colagem, as artes musicais, as artes cênicas, dramatizações e mímicas. É através do lúdico a criança elabora de situações como perda, luto, separações, ou seja: situações de crise, (Eriksson, 1998; Lindquist, 1993; Lebovici & Diatkine, 1985). Permitir-lhe brincar com o material que ali se apresenta significa ajudá-la a se apropriar daquela situação e assim, poder elaborar seus conflitos e medos, superando suas crises.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

Dessa forma, o lúdico vem como elemento facilitador da espontaneidade, a criatividade, o envolvimento e a socialização. Além disso, as atividades propiciam o desenvolvimento das mais diversas áreas, desde o biológico ao socioemocional, contribuindo assim para a otimização do processo evolutivo infantil (Oliveira, Dias & Roazzi, 2003).

A partir dos seis anos, a criança em fase de operacionalizar concretamente, os jogos se tornam mais interativos e baseado em regras. Tal etapa demonstra uma linguagem mais abrangente-. Com o processo de escolarização, ela já lê, escreve, dá sentido à cultura a qual encontra-se inserida. A escola é uma base de apoio quanto a sua formação e internalização de noções, normas e condutas, exercendo um papel fundamental nas cobranças, exigências realizações e aquisições do sujeito (Shaffer, 2005).

Entre os sete e doze anos, a criança encontra-se em um nível cognitivo mais avançado. Compreende regras, discute, argumenta, justifica e debate alguns assuntos. As qualidades de raciocínio, linguagem e comunicação já se encontram mais elaborados. As diferenças sociais, culturais e físicas tornam-se perceptíveis na medida em que o egocentrismo mostra-se cada vez mais diminuto. Todas estas transformações são ocasionadas também pela maturação orgânica e estimulações sócio-ambientais-emocionais (Pedroza, 2005).

Partindo desta compreensão, é de grande valia oferecer ao indivíduo estímulos que facilitem o aprendizado, a adaptação, o amadurecimento e o ensino de forma contextualizada. A infância é a fase-alicerce da estrutura emocional do ser humano, (Oliveira, 2000). Neste sentido, permitir uma infância saudável a crianças que estejam passando por uma situação de crise, como por exemplo: a hospitalização; é também facilitar o desenvolvimento de um indivíduo normal.

### **Desenvolvimento**

A doença atinge não somente o fator orgânico, mas também o desenvolvimento emocional na criança. O processo doença-hospitalização faz emergir sentimentos de sofrimento, angústia e ansiedade. Além disso, a difícil situação de hospitalização traz consigo medos, inseguranças, dentre outras conseqüências ao desenvolvimento humano.

A internação freqüentemente gera uma crise na criança por tirá-la de seu cotidiano e colocá-la em um mundo desconhecido, com suas rotinas, equipamentos, pessoas, limitações, procedimentos e dor. Outra conseqüência da hospitalização está na modificação da dinâmica familiar e social, na interrupção ou no atraso do início da escolarização. Isto porque, na evolução de determinada patologia associada à necessidade de internamento, a criança e adolescente vivenciam situações desencadeadoras de níveis de ansiedade significativos.

Em sua maioria os sujeitos supracitados são submetidos a procedimentos invasivos e dolorosos, além disso há: afastamento temporário do contexto social, quebra dos vínculos afetivos e referencial de vida, perda da autonomia, da privacidade e da liberdade, bem como limitação de atividades que podem determinar rompimento de seu processo de maturação cognitiva e afetiva. Diante deste quadro, revela-se a importância de resguardar a criança de um atendimento impessoal, extremamente tecnicista e agressivo e proporcionar a mesma um espaço só seu, que traduza seu *modus operandi* e priorize suas necessidades enquanto ser biopsicossocial em fase de pleno desenvolvimento (Chiatton, 2003).

É importante colocar que ao se falar em criança, vincula-se tal fase a brinquedos e brincadeiras. Assim, através da escolha correta de brincadeiras e atividades, e mediado por um profissional competente, é possível realizar-se ações terapêuticas, permitindo a criança hospitalizada a expressar seus sentimentos, a partir da ludoterapia ou terapia pelo brinquedo (Lindquist, 1993; Oliveira, 2003).

Os avanços recentes em Pediatria, Puericultura, Psicologia e Pedagogia têm levado a visão do adoecer a novas descobertas. Nos últimos tempos tem-se focalizado a atenção para os aspectos psicopedagógicos da criança hospitalizada.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

Ao se considerar a visão de saúde como o “total bem-estar biopsicossocial” (OMS) e a humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Ministério da Saúde, 2008), a análise teórica aqui exposta recairá sobre o usuário, mais especificamente as crianças e adolescentes hospitalizados, e as estratégias diversificadas de humanização voltadas para tal público, buscando viabilizar o conceito de saúde acima considerado.

Para citar um dos direitos de tais sujeitos quando inseridos no contexto hospitalar, direito este mais intimamente vinculado ao atual projeto, é válido ressaltar a Cartilha dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, promulgada em 1995 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), por meio da Resolução nº 41. Em seu item 9 a cartilha dispõe o seguinte: [Toda criança e adolescente hospitalizados tem] *Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar*.

Assim sendo, assegurar tal direito já se configura como uma das iniciativas de uma atenção humanizada em saúde. Neste sentido, torna-se premente colocar em prática atividades com o intuito de assegurar um melhor desenvolvimento global desta clientela (a criança), já que proporcionar atividades interdisciplinares, cujo enfoque esteja pautado no lúdico educativo, recreativo e psicoterapêutico, colaborará para o desenvolvimento saudável da criança acometida pela doença.

Eis aqui o terreno propício para a estruturação física de espaços, denominados Brinquedotecas, onde a principal linguagem infantil e o meio mais eficaz de acessar tal universo, qual seja o brincar, possa ocorrer de forma rica e prazerosa (Mitre & Gomes, 2004).

Apontada como recurso psicológico eficaz por vários autores, recentemente o espaço Brinquedoteca foi alvo de um projeto de Lei, qual seja a Lei nº 11.104, sancionada pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 21 de março de 2005, exigindo dos hospitais pediátricos a presença de brinquedotecas, ou seja, de um espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

A inserção do brincar na realidade hospitalar adquire significância especial, haja vista as especificidades de tal realidade já mencionadas e a concepção da atividade lúdica como a ferramenta essencial para assegurar a saúde física, emocional e intelectual da criança e adolescente (Motta & Enumo, 2004).

É com a visão supracitada a Brinquedoteca do Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HOSPED). Tal proposta objetiva oferecer brincadeiras e brinquedos que irão amenizar a permanência dentro do ambiente hospitalar, como também contribuir para a superação da enfermidade. Não se trata só do brincar como recreação, mas como técnica lúdica, terapêutica, estimulativa e educativa. As atividades realizadas no espaço Brinquedoteca devem ser realizadas diariamente, (em atividades programadas), junto às crianças e acompanhantes, contando com os seguintes recursos: fantoches, filmes infantis educativos, atividades culturais, atividades artísticas, contação de histórias, mensagens especiais, comemoração de datas significativas, recepção e adaptação da criança ao HOSPED (acolhimento), boneco-paciente, brinquedoteca-móvel, entre outros. Tais estratégias possibilitam a abordagem a problemática vivenciada pelo paciente de modo a focar conflitos internos, contribuindo para a elaboração de sentimentos e situações ansiogênicas e para que o paciente utilize melhor seus mecanismos de enfrentamento diante da situação de hospitalização.

No espaço Brinquedoteca, a efetuação de atividades lúdicas, pedagógicas, recreativas e, sobretudo, terapêuticas, cumprem a função de ofertar às crianças e adolescentes internados a possibilidade de elaborar de maneira saudável o evento possivelmente traumático. As atividades ali vivenciadas, em última instância, constituem-se em estratégias adequadas de enfrentamento da hospitalização.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

## Conclusões

A Psicologia do Desenvolvimento, não está restrita a uma única teoria, e sim engloba várias, já que uma complementa a outra. O que vale, dentre tantas “verdades”, é compreender cada perspectiva e alternativa para lidar com o desenvolvimento humano, seu pontos, em comum, fortes, e fracos, no caso aqui a hospitalização infantil como situação crítica. O profissional de saúde que pretende trabalhar com a criança deve saber que para tal é fundamental poder comunicar-se com seu pequeno paciente através do lúdico, não só para acessar de forma mais completa o universo infantil, mas também para que sua intervenção possa ser realmente assimilada e elaborada pela criança.

Através da recreação, estimulação precoce e do uso de técnicas de ludoterápicas, busca-se amenizar o sofrimento causado à criança pelo processo do adoecer e hospitalização, trabalhando seus sentimentos e emoções facilitando na redução do estresse infantil, adesão ao tratamento, o proporcionando o retorno a uma situação de equilíbrio dos aspectos bio-psico-social.

A Brinquedoteca se apresenta como um recurso de potencialização da continuidade do processo de crescimento infanto-juvenil, uma vez que a criança e/ou adolescente poderá explorar um ambiente que, ao contrário do ambiente hospitalar, lhe parece familiar e acolhedor. Também, em contato com os brinquedos e as atividades programadas, os pacientes podem se tornar participantes ativos do processo de reabilitação, em que pese a maior aceitação da situação de hospitalização, maior propensão a aderir ao tratamento e o incremento da confiança na equipe de saúde.

Ao se considerar a brincadeira como ferramenta de promoção da saúde, de um lado, e uma forma de assegurar os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, de outro, torna-se possível em termos não apenas conceituais como também práticos viabilizar, guardadas as devidas proporções, a noção ampliada de saúde propalada pela Organização Mundial de Saúde.

As atividades lúdicas, ludoterápicas e educativas realizadas no hospital, favorecem a diminuição do tempo de permanência das crianças no hospital, através de uma maior adesão ao tratamento por parte do paciente e acompanhante. Outro fator é a plena possibilidade de participação e interesse dos demais membros da equipe em caráter interdisciplinar.

## Referências Bibliográficas

- Chiattonne, H. B. C. (2003). A criança e a hospitalização. In: V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia hospitalar*, São Paulo: Pioneira, pp. 95-102.
- Elkind, D.(1978). *Desenvolvimento e Educação da Criança: Aplicação de Piaget na sala de aula*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erikson, E. H.(1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: ARTMED.
- Lebovici & Diatkine (1985). *Significado e função do brinquedo na criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lindquist, I. (1993). *A Criança No Hospital: Terapia Pelo Brinquedo*. São Paulo: Página Aberta Ltda.
- Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), pp. 19-28.



Realização Conselho Regional de Psicologia – 17ª Região – CRP 17/RN

Ministério da Saúde (2008). Política Nacional de Humanização. Mimeo.

Mitre, R. M. de A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), pp. 147-154.

Oliveira, H. de (1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), pp. 326-332.

Oliveira, V.B. (2000). *O Brincar e a Criança do Nascimento aos Seis Anos*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Oliveira, S. S. G. de; Dias, M. da G. B. B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), pp.1-13.

Pedroza, R. L. S.(2005). Aprendizagem e Subjetividade: uma construção a partir do brincar. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 17 (2), pp. 61-76.

Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Winnicott, D. W.(1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.