



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO – UNIFAMETRO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MIRELLY ARAÚJO FALCÃO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO  
INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**FORTALEZA**

**2020**

MIRELLY ARAÚJO FALCÃO

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO  
INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca examinadora do  
Centro Universitário Fametro –  
UNIFAMETRO – para obtenção de grau  
de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Ms. Ticiane Siqueira  
Ferreira.

Banca Examinadora: Ms. Gardênia  
Holanda Marques e Dr<sup>a</sup> Karla Corrêa Lima  
Miranda.

Fortaleza  
2020

---

F178a

Falcão, Mirelly Araújo.

A atuação do psicólogo frente à hospitalização infantil: um relato de experiência. /  
Fortaleza, 2020.

34 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de graduação em Psicologia, Fortaleza 2020.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ticiania Siqueira Ferreira.

1. Hospitalização Infantil. 2. Atuação do Psicólogo. 3. Internalização. 4. Adoecimento.  
I. Título.

---

CDD 155.4

MIRELLY ARAÚJO FALCÃO

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO  
INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada como requisito  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Psicologia do Centro Universitário  
Fametro – UNIFAMETRO.

Data da aprovação 17 / 12 / 2020

BANCA EXAMINADORA

---

Ms. Ticiania Siqueira Ferreira (Orientadora)  
UNIFAMETRO

---

Dra. Karla Correia Miranda (Examinadora)  
UNIFAMETRO

---

Ms. Gardênia Holanda Marques (Examinadora)  
UNIFAMETRO

## RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência registrado a partir de um estudo descritivo e tem como intuito relatar as vivências do processo de atuação do psicólogo hospitalar no contexto da internalização infantil, a qual são inseridas questões acerca do adoecimento mental decorrente das mais diversas situações que acometem o estado físico e mental do paciente, bem como nas suas relações com ambiente em que foi retirado e passou a ser inserido. Relacionando a experiência com a teoria aqui supracitadas, foi-se percebido fatores intervenientes da prática psicológica no ambiente hospitalar, visto que o sujeito é visualizado e valorizado dentro de suas subjetividades as quais envolvem aspectos que vão além da dificuldade e da aceitação do processo de internalização, perpassando por questões biopsicológicas, inserindo aspectos externos à vivência no hospital e no processo de hospitalização, bem como a mudança de rotina, relação com a família e as novas relações e situações apresentadas dentro do referente contexto. Não foram identificadas mudanças drásticas diante da experiência da autora em relação à literatura teórica apresentada. Por fim, foi-se percebido uma escassez de materiais e espaços disponíveis para a demanda profissional, o que entende-se por algo necessário na viabilização do processo de prática psicológica com as crianças que estão sendo assistidas.

**Palavras-chave:** Relato de Experiência. Hospitalização Infantil. Atuação do Psicólogo. Internalização. Adoecimento.

## ABSTRACT

The present work is an experience report recorded from a descriptive study and aims to report the experiences of the hospital psychologist's performance process in the context of child internalization, which include questions about mental illness resulting from the most several situations that affect the patient's physical and mental conditions, as well as in their relations with the environment in which it was removed and started to be inserted. Relating the experience with the theory mentioned above, it was noticed intervening factors of psychological practice in the hospital environment, since the subject is viewed and valued within his subjectivities which involve aspects that go beyond the difficulty and acceptance of the internalization process, going through biopsychological issues, inserting aspects external to the experience in the hospital and in the hospitalization process, as well as the change of routine, relationship with the family and the new relationships and situations presented within the referred context. No drastic changes were identified in the face of the author's experience in relation to the theoretical literature presented. Finally, it was noticed a shortage of materials and spaces available for professional demand, which is understood by something necessary in making the process of psychological practice with the children being assisted viable.

**Keywords:** Experience Report. Child Hospitalization. Psychologist Performance. Internalization. Illness.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	4
2. OBJETIVOS .....	6
2.1 Objetivo Geral .....	6
2.2 Objetivo Específico .....	6
3. MÉTODO.....	7
3.1 Natureza da Pesquisa .....	7
3.2 Tipo de Estudo .....	7
3.3 Relato de Experiência .....	7
3.4 Local e Período .....	7
3.5 Aspectos Éticos.....	8
4. Referencial Teórico .....	9
4.1 A Hospitalização Infantil .....	9
4.2 O papel da família na hospitalização .....	10
4.3 A atuação do psicólogo hospitalar .....	12
4.4 As possibilidades de recurso terapêutico .....	13
5. Relato de estágio em Psicologia Hospitalar .....	15
5.1 Caracterização do ambiente de estágio .....	15
5.2 Serviço de Psicologia nos andares .....	15
5.3 Produção de documentos .....	18
5.4 Multidisciplinaridade .....	19
5.5 Atendimentos realizados .....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS.....	28

## 1. INTRODUÇÃO

A inserção da Psicologia nos Hospitais no Brasil deu-se a partir da década de 50, possuindo assim, uma curta trajetória se comparado ao desenvolvimento e prática da Psicologia Clínica nos consultórios. No primeiro momento, a atuação nesse ambiente enfrentava bastantes restrições e pouca visibilidade. Apesar de sua notória importância, ainda possuía uma longa jornada para conquista de uma atuação mais livre e efetiva (ROMANO, 1999).

Ainda de acordo com Romano (1999), no início de sua introdução no contexto hospitalar, o psicólogo não possuía orientações específicas para exercer suas atividades na instituição, carregando consigo características próprias da clínica, como a postura adotada e as técnicas aplicadas. Viu-se posteriormente, a necessidade de modificar o manejo dos atendimentos e atividades realizados para que suprissem as demandas ofertadas.

Segundo Pereira e Neto (2003), a tarda introdução do serviço de psicologia no cenário hospitalar foi influenciado pela demora na regulamentação da profissão, tendo como marco a criação do código de ética em 1957 pela Associação Brasileira de Psicologia, que tinha o intuito de orientar e regimentar a conduta dos profissionais, gerando a resolução CFP 008/1975 que oficializava as diretrizes das atividades executadas.

No Brasil, além da Psicologia Hospitalar, temos a Psicologia da Saúde, especialidades que se distinguem pelos tipos de atenção e os meios pelos quais ela chega ao paciente. Ao passo que a Psicologia da Saúde possui uma abrangência maior de serviços, atingindo os usuários nos níveis mais básicos de atenção à saúde mental, agindo desde a prevenção até o tratamento; a Psicologia Hospitalar restringe sua atuação à instituição hospitalar e na atenuação das consequências da internação e adoecimentos já acometidos a esses pacientes (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

A importância de se ter uma especialidade da Psicologia que foque no cuidado de pacientes que passam por um processo de hospitalização pode ser percebido quando consideramos o pensamento de Lustosa e Mosimann (2011) quando ele diz que o trabalho do psicólogo tem enfoque nos aspectos subjetivos em torno do adoecimento e suas possíveis consequências, visto que esta

situação pode acabar envolvendo perdas reais e/ou simbólicas significativas para o sujeito atendido.

Visto isso, é sabido que esse processo pode gerar ainda mais consequências para a criança, onde o tempo de internação, a característica do seu adoecimento e a idade da criança, são fatores que influenciam diretamente no enfrentamento de tal circunstância. Deve-se atentar principalmente para a idade, visto que quanto mais nova for a criança, mais dificuldade ela terá em compreender e elaborar os eventos a qual é acometida (SANCHEZ; EBELING, 2011).

Percebeu-se, portanto, a importância da psicologia na dinâmica hospitalar a partir da tomada de consciência de que a hospitalização, além de fazer parte de um processo de cura de enfermidades biológicas e que proporciona benefícios ao corpo, também representa a concretização do adoecimento e acaba por gerar uma série de consequências psicológicas e emocionais em decorrência de fatores ambientais e subjetivos, fazendo assim, com que a psicologia tomasse seu espaço neste meio através do desenvolvimento de técnicas e manejos próprios para suprir tais demandas (BARROS, 1998).

Diante da temática abordada, o presente trabalho possui o objetivo de trazer discussões acerca da prática psicológica frente ao adoecimento e hospitalização infantil a partir do relato de experiências vividas como estagiária de Psicologia em um hospital infantil, tendo como foco a caracterização das particularidades da atuação deste profissional em um contexto tão amplo como o hospital, assim como, os desafios encontrados no decorrer da sua rotina e as possibilidades de ação.

Deste modo, pretende-se buscar a resposta para o seguinte questionamento: Como transcorre a atuação do psicólogo frente ao adoecimento e hospitalização infantil?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Compreender os desafios e contribuições do psicólogo hospitalar frente ao adoecimento e internação infantil.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar consequências psicológicas e emocionais decorrentes da hospitalização nos pacientes e seus acompanhantes.
- Apresentar a rotina dos atendimentos psicológicos e suas limitações nas enfermarias.
- Apontar possibilidades de atuação e manejo de práticas psicológicas no contexto hospitalar.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Natureza da pesquisa**

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa que possui caráter qualitativo. Considerando que, de acordo com Farias Filho e Arruda Filho (2013), a pesquisa qualitativa visa a interpretação de fenômenos a partir de uma análise intersubjetiva diante da impossibilidade de ser traduzida em números.

### **3.2 Tipo de estudogil**

Para a elaboração deste estudo foi realizada observação e análise da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Por se tratar de um estudo que tem como objetivo descrever particularidades de um determinado cenário e população, classifica-se como um estudo descritivo, segundo Gil (2008).

### **3.3 Relato de experiência**

Foi desenvolvido um relato de experiência que tem como objetivo descrever a vivência de Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar como disciplina do curso de graduação em Psicologia da Unifametro. Tal documento, segundo Amezcua e Montoro (2004), elabora comentários críticos a partir da análise da narrativa de uma experiência vivida pelo autor.

Deste modo, essa pesquisa ressalta a importância da vivência da atuação do estudante de psicologia no contexto hospitalar, visto que há promoção de uma carga considerável de conhecimento acerca de técnicas e manejos próprios da psicologia que enriquecem o currículo acadêmico do profissional em formação.

Para possibilitar a construção deste trabalho, foram produzidos diários de campo que continham a descrição do cotidiano no contexto hospitalar, desde atendimentos realizados à cumprimento de protocolos burocráticos da instituição. Tais diários contribuíram para a elaboração de um relato que oferecesse conteúdo propício para a discussão proposta.

### **3.4 Local e período**

Teve-se como campo, um hospital infantil de grande porte da rede pública de Fortaleza, que recebe crianças e adolescentes de todo o estado, proporcionando atendimento em diversas especialidades em caráter

ambulatorial, eletivo, de urgência e emergência. Diante de inúmeras possibilidades de atuação neste cenário, a experiência aqui relatada aconteceu em dois andares de internação que são destinados à pacientes em processo de investigação diagnóstica.

### **3.5 Aspectos éticos**

Em conformidade com as normas reguladoras de pesquisa com seres humanos regidas pela Resolução 446/12, não serão disponibilizados dados pessoais do paciente, nem descrição de casos clínicos, mas um relato referente a vivência de estágio supervisionado no contexto hospitalar, onde será exposto apenas a perspectiva da autora. Sem haver, portanto, a necessidade da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## **4. REFERENCIAL TEORICO**

### **4.1 A hospitalização infantil**

A infância é um período na vida do indivíduo de suma importância para sua formação. Nessa fase é onde a criança encontra-se em processo de desenvolvimento de habilidades motoras, sociais e de autoconhecimento, as quais irão auxiliá-la na construção de sua personalidade. Esse desenvolvimento é influenciado de forma significativa por suas relações interpessoais e por fatores ambientais externos que a rodeiam (HOLANDA; LAGE, 2007).

Tendo isso em mente, pode-se considerar que a retirada da criança de seu contexto habitual viabiliza o surgimento de diversas consequências psicológicas e emocionais, principalmente quando esta é inserida em um cenário de hospitalização de modo que sua rotina e escolarização sejam prejudicados, assim como também, o seu convívio social e familiar (BARROS, 1998).

Ainda segundo Barros (1998), por este motivo, em alguns casos, a hospitalização tende a interferir no desenvolvimento da criança, já que diante das mudanças e limitações que envolvem um adoecimento, a criança pode passar a ter menos autonomia nas suas atividades diárias, além de restrições acerca da internação que podem diminuir as possibilidades de desenvolver suas habilidades motoras, sociais e emocionais.

Desta forma, as consequências desse período longe de casa podem se manifestar através do surgimento de sintomas biopsicológicos como ansiedade, medo excessivo de realização de procedimentos clínicos, comportamentos e falas regredidas e apego exacerbado ao acompanhante, havendo também a possibilidade de se expressarem por meio de sintomas físicos como mal-estar, alteração do apetite e do sono, dificuldade de controlar esfínteres, etc. (HOLANDA; LAGE, 2007).

Por isso é importante ressaltar que a hospitalização passa a representar para a criança muito além do que apenas o adoecimento físico. O distanciamento de seu lar, de sua rotina e do convívio de seus familiares acabam sendo fatores causadores de estresse para ela, visto que ocorre uma grande mudança no seu cotidiano, além de encontrar-se em um ambiente novo, que é desconhecido, cheio de normas e com pessoas diferentes, provocando sentimentos de

incerteza e solidão (GOMES ET AL, 2013).

Em todo caso, deve-se também levar em consideração os diversos fatores que influenciam na forma com que essa experiência será vivenciada por cada criança e na intensidade que essas consequências irão afetá-la, visto que os processos de elaboração de dadas situações são diferentes para cada pessoa. Entre esses fatores podemos destacar a idade da criança, o motivo de sua internação, o tempo de hospitalização e a sua capacidade de adaptação à novas circunstâncias (HOLANDA; LAGE, 2007). Todos esses fatores contribuem de forma substancial com o desenvolvimento de ferramentas internas que auxiliam no enfrentamento ao período de internação, proporcionando ao paciente o desenvolvimento de meios, nem sempre adequados, de elaborar os sentimentos acarretados pelo adoecimento e estadia no hospital (GOMES ET AL, 2013).

#### **4.2 O papel da família na hospitalização infantil**

A hospitalização de uma criança provoca alterações em toda a dinâmica familiar, causando diversas outras problemáticas nas quais a família precisa lidar. Tem-se uma carga de maior peso depositada no parente que acompanha a criança durante o tratamento, visto que esse também precisará sair de seu lar e ser inserido em um novo cenário repleto de estressores, o que pode lhe gerar desgaste emocional (DUARTE; ZANINI; NEDEL, 2012).

Diante disto, torna-se essencial que se tenha, também, um olhar atento para o estado emocional dos familiares. Essa atenção torna-se necessária ao considerarmos que a família, principalmente os genitores, geralmente, são quem oferecem amparo emocional e cuidados básicos para a criança. Sendo assim, é necessário que o responsável esteja apto emocional e psicologicamente para que possa fornecer cuidados de forma adequada ao paciente (SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011).

É sabido, que exercer o papel de cuidador muitas vezes é cansativo e estressante, pois assim como a criança, o acompanhante encontra-se longe de casa e inserido em uma rotina que não é habitual para ele. Além disso, o medo e o sentimento de incerteza diante do estado de saúde do filho, a preocupação com o lar e com o restante da família que ficou em casa acaba gerando

sofrimento e contribuindo para a desestabilização do emocional deste indivíduo (DUARTE; ZANINI; NEDEL, 2012).

De acordo com Silva (2017), quando é necessário que um familiar acompanhe a criança no momento de internação, na grande parte das vezes quem toma essa responsabilidade para si é a mãe, sendo raro as ocasiões em que o pai ou outro familiar toma essa posição. A responsabilidade de acompanhar e assistir a criança em tempo integral pode gerar uma sobrecarga física e emocional que acabam causar sofrimento também nesse indivíduo.

Além do estresse causado pela rotina de cuidados à criança dentro do hospital, muitas mães ainda sofrem por precisarem se distanciar do ambiente familiar e de seus outros filhos, pela saudade, preocupação e pela sensação de abandono que esse distanciamento causa; além de nem sempre ser fácil encontrar alguém de confiança que assuma a responsabilidade oferecer cuidados a eles e a seus lares; sem contar com a preocupação de perderem o emprego por estarem um demasiado tempo afastadas (RUMOR, 2013).

A partir disso é possível concluir que os fatores externos influenciam de forma considerável no bem-estar e na manutenção do estado emocional que essas mães apresentam, fazendo com que o trabalho do psicólogo atravesse o cuidado apenas com o paciente e se estenda para os acompanhantes e familiares que também precisam elaborar essa vivência e fortalecer seus recursos de enfrentamento a adversidades para que possam dar o suporte necessário para a criança (RUMOR, 2013).

Desta forma, pode-se compreender que a família possui uma demasiada influência no processo de hospitalização e cura da criança, através da possibilidade de contribuir de forma significativa na minimização do sofrimento causado pela internação quando funcionando como uma rede de apoio eficaz, fornecendo suporte estrutural e emocional (LORENZI; RIBEIRO, 2006).

Além da família nuclear, a rede de apoio da díade pode se estender para parentes, vizinhos que possuem vínculos com a família, amigos próximos, dentre outros, sendo estes indivíduos que fornecem auxílio para a família durante esse período através de ajuda financeira, apoio emocional, cuidados com a casa e dos outros filhos, assim como revezamento na estadia no hospital com a criança adoecida. Esse suporte torna-se fundamental para dar mais segurança e estabilidade aos que vivenciam essa experiência (LORENZI; RIBEIRO, 2006).

O suporte disponibilizado fora do hospital pela rede de apoio do paciente soma forças com os cuidados oferecidos no ambiente interno da instituição pelos profissionais responsáveis por seus cuidados, de modo a otimizar os recursos existentes de enfrentamento ao processo de hospitalização e de melhoria da qualidade de vida da criança (SILVA; *et al*, 2017).

### **4.3 A atuação do psicólogo hospitalar**

O psicólogo hospitalar tende a trabalhar com enfoque nas características psíquicas que compõem no dinamismo da hospitalização sem deixar de considerar as questões orgânicas presentes no sujeito, atuando de forma a ponderar as respostas psicológicas que estão diretamente ligadas ao que ocorre com o corpo e aos eventos a sua volta, assim como aponta Simonetti (2006) quando afirma que

A psicologia hospitalar enfatiza a parte psíquica, mas não diz que a outra parte não é importante, pelo contrário, perguntará sempre qual a reação psíquica diante dessa realidade orgânica, qual a posição do sujeito diante desse “real” da doença, e disso fará seu material de trabalho (pág.16).

Deste modo, a atuação do psicólogo no hospital é acometida a partir da comunicação e escuta que reforça a estruturação do processo de adaptação do paciente e seu familiar à internação e à administração de suas particularidades, que podem exigir desses indivíduos a necessidade de gerar recursos internos de enfrentamento a situações de crise. Esta atuação deve possuir como atribuições frequentes o apoio emocional; o auxílio na compreensão de diagnósticos; validação de sentimentos e fortalecimento de vínculos (CANTARELLI, 2009).

De acordo com Zannon (1993), um dos maiores desafios do Psicólogo no âmbito hospitalar é saber administrar o escasso tempo que é disponibilizado para conseguir atender de forma satisfatória o grande número de demandas que surgem no setor. Visto que na maioria dos casos, a quantidade de profissionais atuantes não é suficiente para atender todos os pacientes que necessitam de acompanhamento psicológico durante sua passagem pelo hospital, é preciso que se tenha a sensibilidade e perícia de identificar as demandas de mais urgência dar a essas uma certa prioridade.

Para contribuir na otimização tempo do psicólogo e do paciente no hospital, o terapeuta deve estar atento também para a demandas que lhe são incumbidas, devendo ter consciência de suas reais responsabilidades acerca das atividades exercidas no hospital. É necessário que se tenha esse entendimento para que não tenha desperdício de tempo e serviço do profissional em Psicologia (ZANNON, 1993).

Além disso, visto que a maioria dos atendimentos são realizados à beira leito, tem-se o entendimento de que as intervenções podem ser interrompidas ou adiadas por diversos motivos, demandando do terapeuta flexibilidade frente às limitações e mudanças repentinas no cenário. Percebe-se a partir disso que o fazer psicologia dentro do hospital torna-se desafiador diante das itinerâncias existentes neste local de atuação, fazendo com que a competência do psicólogo neste campo não se caracterize pela limitação encontradas, e sim, pela sua capacidade de transcende-las (VIEIRA, 2010).

#### **4.4 As possibilidades de recursos terapêuticos**

Para que o psicólogo consiga alcançar o objetivo de atenuar o sofrimento diante da hospitalização para crianças enfermas, é necessário que o mesmo recorra a alguns recursos que o auxilie nesse trabalho. Pedrosa et al (2007) aponta que a ludoterapia nas enfermarias infantis contribuem de maneira significativa na diminuição dos sentimentos de negativos apresentados pelos pacientes, sendo excelentes instrumentos que facilitam o exercício terapêutico.

A ludoterapia é uma técnica psicoterápica que utiliza de brincadeiras como ferramenta na condução dos atendimentos e facilita o envolvimento do indivíduo com o trabalho em andamento, auxiliando no desenvolvimento de estratégias. Essa abordagem é aplicada especialmente com crianças, oferecendo muitos benéficos ao processo terapêutico (FEIJOO,1997).

Na visão comportamentalista, a ludoterapia torna-se um meio do terapeuta compreender as nuances do comportamento da criança atendida, assim como, uma forma de criar intervenções e realizar atividades que proporcione um maior envolvimento do paciente no processo terapêutico através de jogos, brincadeiras e intervenções verbais (COELHO, 2016).

Silva et al (2010) concluiu, que a abordagem da ludoterapia no contexto

hospitalar traz benefícios acerca do manejar das sessões, que ocorrem de forma mais leve e descontraída, facilitando a formação do vínculo terapêutico e proporcionando um desenvolvimento da intervenção proposta pelo psicólogo.

Diversas atividades com esse tipo de manejo podem ser desenvolvidas com a finalidade de promover bem-estar para as crianças a partir de um atendimento mais humanizado através da utilização desses recursos. Existem uma variedade de possibilidades dentro dessa abordagem, mas com as limitações de estrutura e material que existe na maioria dos hospitais, as mais utilizadas passam as leituras, jogos, música e conversas acompanhadas de brincadeiras (SIMÕES *et al*, 2010).

Por trata-se de um ambiente de atuação mutável, outro recurso viável a ser utilizado é a Psicoterapia Breve (PB), que possibilita o trabalho em um lugar de instabilidade temporal, em que não se possui certeza da permanência do paciente na enfermaria. Tendo isso em mente é comum a utilização dessa técnica para conduzir seus atendimentos, sendo ela, uma técnica que visa reduzir seus objetivos terapêuticos e estabelecer metas, diferente de outras formas de abordagem clínica (ALMEIDA, 2010).

Conforme o que diz Sandler (1978), a PB também pode ser chamada de terapia focal, por visar um foco específico para ser trabalhado, que nesse contexto se refere as angústias e problematizações da internação e adoecimento, havendo a necessidade de negligenciar propositalmente materiais de análise que não seja relevante para foco principal, tendo como objetivo um melhor aproveitamento do tempo disponível com os pacientes.

A multidisciplinaridade é outro recurso que se torna cada vez mais fundamental no cenário hospitalar e que proporciona significativa contribuição para o avanço nos cuidados do paciente, isso quando ela acontece de forma efetiva, de maneira que todos os membros da equipe tomem consciência da necessidade de um trabalho em conjunto (SALDANHA; ROSA; CRUZ, 2013).

Assim como os outros recursos, a multidisciplinaridade proporciona ao psicólogo maiores chances de fornecer à criança e seus familiares o suporte e cuidado que este profissional se disponibiliza a oferecer de maneira satisfatória, onde consiga alcançar o objetivo da instituição hospitalar em promover saúde e melhorar a qualidade de vida do indivíduo em todos os seus aspectos (Zannon, 1993).

## **5. Relato do estágio em Psicologia Hospitalar**

### **5.1 Caracterização do ambiente de estágio**

A experiência aqui descrita teve como cenário o 1º e 2º andar de internação de um hospital infantil de grande porte em Fortaleza. Tais andares recebem pacientes encaminhados da emergência e de outros setores do hospital para internação, estando estes, em processo de investigação diagnóstica.

Esses pacientes são diagnosticados e podem dar continuidade ao seu tratamento no mesmo andar ou serem transferidos para um setor de especialidade, se necessário. Por esse motivo, este é um setor do hospital que recebe casos de diversas especialidade e de diferentes níveis de complexidade.

O espaço físico dos dois andares é composto, essencialmente, pela mesma estrutura, tendo cada andar em média seis enfermarias, que são disponibilizadas de acordo com a idade dos pacientes, agrupando-os a partir de suas faixas etárias. Essas são compostas com uma média de seis a sete leitos e um banheiro exclusivo para os pacientes.

As enfermarias também dispõem de um leito de isolamento, para paciente com doenças de alto contágio; uma sala de prescrição, onde os médicos as realizam, analisam exames e estudam os casos; bancada da enfermagem; almoxarifado; copa e banheiro destinado aos médicos e funcionários; além de duas longas varandas que ficam nas laterais dos andares, que são de livre acesso a todos.

### **5.2 Serviço da Psicologia nos andares**

O hospital disponibilizava uma psicóloga como responsável por fornecer o serviço de psicologia nos dois setores mencionados. A mesma realizava revezamento entre os andares de acordo com as demandas que surgiam diariamente, dando prioridade, muitas vezes, para a complexidade ou urgência dos casos.

Os atendimentos realizados pela psicologia nesse cenário podiam ser conduzidos não somente com o paciente, mas também com o acompanhante, díade (paciente e responsável), familiares, amigos ou vizinhos, desde que

tivessem vínculo com a criança. Era almejado, sempre, a identificação da rede de apoio do paciente e o encontro de maneiras viáveis de amenizar seu sofrimento diante da hospitalização.

Visto que, segundo Vieira (2010), a psicologia hospitalar tem o intuito de minimizar os impactos psicológicos e emocionais gerados durante o período de hospitalização, dado que a inserção da criança neste ambiente pode causar sequelas no seu desenvolvimento, assim como afetar sua capacidade de socialização.

Assim como pôde ser percebido, a atuação do psicólogo neste cenário torna-se de fundamental importância no auxílio da elaboração do adoecimento e distanciamento do lar, bem como no fortalecimento de estratégias de enfrentamento perante a experiência da hospitalização, não só para a criança, mas também para o acompanhante.

Havendo ainda, uma diversidade de demandas que geravam a necessidade da intervenção da psicologia, dentre as mais comuns estavam a adaptação à hospitalização, compreensão diagnóstica; adesão ao tratamento; resistência a procedimentos; comunicação de más notícias; disfunção psicossomática; preparação para alta; conflitos entre díade ou entre paciente, responsável e equipe; reações psicológicas a intercorrências clínicas, cirurgias, procedimentos invasivos ou ao óbito.

Foi percebido que as demandas e queixas apresentadas por pacientes e seus responsáveis, são, de certa forma, externalizações de sentimentos elaborados diante da experiência vivida, sendo uma maneira de expor o sofrimento psíquico gerado pelo estresse ocasionado pela mudança de rotina, afastamento de seus familiares e amigos, submissão à procedimentos invasivos e dolorosos, dentre várias outras desvantagens da hospitalização.

Como afirma Milanesi et al (2006), o hospital é um ambiente aversivo, que proporciona para o indivíduo uma série de situações desagradáveis que lhe geram sentimento de frustração, cansaço e insegurança quanto ao futuro, onde nem sempre esse sujeito sabe lidar de maneira adequada, necessitando, assim, de ajuda qualificada para ressignificar essa experiência.

Deste modo, o contato com o indivíduo a ser atendido poderia se dar a partir de várias formas, dentre elas a mais frequentes estava a solicitação da equipe multidisciplinar, já que esta tinha maior propensão a perceber

particularidades relacionadas aos pacientes e/ou dos acompanhantes que justificassem o atendimento psicológico, percepção esta que se dava pelo contato mais frequente e contínuo nas enfermarias.

Ademais, havia também a busca ativa, que consistia no direcionamento do psicólogo às enfermarias para a investigação de demandas existentes, as quais não foram percebidas pela equipe multidisciplinar, identificando, a partir dessa abordagem, uma possibilidade de atuação mais humanizada, onde há o exercício da sensibilidade do psicólogo frente movimentação das enfermarias e das possibilidades de demandas.

Essa estratégia acontecia com menos frequência por parte da psicóloga responsável pelo setor, já que havia uma quantidade considerável de solicitações geradas pela equipe. Diante disto, deve-se destacar que a baixa possibilidade dessa conduta era reflexo de uma sobrecarga na rotina de trabalho desse profissional diante do volume de demandas apontadas diariamente.

Além disso, era possível estabelecer contato com o paciente ou responsável em decorrência de chamados de emergência e por demanda espontânea, onde o sujeito solicita a consulta psicológica de forma voluntária, tendo também os atendimentos de segmento, que se caracterizava por uma continuidade nos encontros com o paciente.

Diante disto, os atendimentos tomavam condutas específicas frente cada caso. Podia-se conduzir uma sessão de triagem; acolhimento; formação de vínculo; mediação de conflitos; conferência familiar; avaliação psicológica processual; interconsulta; orientação/psico-educação; assim como, a produção de documentos necessários nas conduções dos casos.

Como em grande parte do cenário hospitalar, os ambientes disponíveis para realização de atendimentos não eram os mais adequados para esse tipo de serviço, o qual não possuía um espaço reservado para a psicologia que garantisse integralmente o sigilo na sessão, muitas vezes limitando a prática das intervenções por falta de uma estrutura apropriada.

Deste modo, a maioria desses atendimentos aconteciam nas próprias enfermarias, à beira leito, por dificuldades de locomoção do paciente. Mas quando o paciente ou o responsável tinham a viabilidade de se locomover, dava-se preferência por realizar as consultas na varanda lateral das enfermarias, local este, que fornecia uma privacidade maior que a enfermaria.

### 5.3 Produção de documentos

Como mencionado, além dos atendimentos propriamente ditos, havia a necessidade também da produção e preenchimento de alguns documentos, visto que era importante fazer registro do que era trabalhado com o paciente e/ou acompanhante, deixando a equipe ciente das evoluções e nuances frente ao estado emocional do mesmo diante do adoecimento e hospitalização.

Desta forma, após cada consulta realizada, devia-se fazer a evolução do prontuário do paciente. Esta evolução devia conter informações sobre o atendimento realizado, como a identificação do paciente, nome, leito e número de prontuário; especificação do solicitante, se ocorreu através de busca ativa, solicitação da equipe, solicitação da família ou do próprio paciente. Além disso, devia apontar sobre seu estado de orientação e emocional, se encontrava-se lúcida, confusa, receptiva, comunicativa, etc; percepção do terapeuta sobre sua dinâmica psíquica, se possui e quais ferramentas adequadas de enfrentamento à experiência vivenciada; intervenções realizadas, que tipo de atividades foram realizadas, que técnicas ou instrumentos foram utilizados; além da conduta adotada a partir do atendimento, se apresenta ou não demandas seguir em acompanhamento psicológico.

De acordo com Moersherger, Cruz e Langaro (2017), o prontuário passa a ser mais uma ferramenta que reforça a comunicação entre os profissionais que atuam no cuidado do paciente, e não apenas um instrumento de registro das intervenções realizadas pela equipe. Os autores reafirmam, ainda, a ideia de Almeida, Cantal e Junior (2008), que sinalizam a falta de regulamentação para a produção desses registros e a escassez de estudo frente a este tema.

Ao vivenciar a rotina hospitalar, percebe-se na prática as considerações dos autores. Nota-se que além de registro para consultas futuras do que está sendo ofertado ao paciente, as evoluções multidisciplinares nos prontuários são de suma importância para a efetivação de uma comunicação de qualidade no dia-a-dia do hospital, levando em consideração a rotatividade de funcionários e a incompatibilidade de horários dos profissionais.

No entanto, apesar da carência de estudos e diretrizes que estabeleçam um padrão desses documentos citados pelos autores, não foi encontrado obstáculos na presente experiência frente a essa atividade. Foram passadas

instruções detalhadas e exemplos que auxiliaram no entendimento de como elaborar tais registros, todavia, entende-se que essa não é uma realidade geral do contexto hospitalar.

Contudo, deve-se atentar para a manutenção do sigilo do conteúdo que é trazido pela pessoa atendida, prezando por manter suas informações confidenciais, expondo no documento apenas as principais reações psicológicas do sujeito frente ao tratamento e doença, a intensidade que essas experiências estão sendo vivenciadas e modo como estão sendo elaboradas. Tendo em vista que se tratar de estágio, era necessário o compartilhamento das informações com a psicóloga responsável pelas orientações.

Assim como orienta o Código de Ética do Psicólogo (2005), artigo 6º: "Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade de quem as recebeu de preservar o sigilo" (CFP, 2005, p. 12). Ressaltando ainda no Art. 12: "Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho" (CFP, 2005, p. 13).

Houve ainda a oportunidade de acompanhar e auxiliar na produção de outros documentos que possuíam uma demanda considerável, apesar de não ser com frequência diária, como requerimento de material para melhoria da prestação do serviço de psicologia; relatórios de casos que necessitavam ser encaminhados para outros órgãos ou serviços, como conselho tutelar, CAPS, CREAS; assim como encaminhamentos externos para serviços de psicologia e/ou psiquiatria.

#### **5.4 Multidisciplinaridade**

No hospital, para que haja um cuidado adequado com o paciente, é necessário que a equipe multidisciplinar trabalhe de forma complementar, garantindo que as decisões tomadas sejam benéficas ao paciente em todos os âmbitos da sua saúde. A psicologia é uma das especialidades que compõem essa equipe, trabalhando diretamente com outros profissionais, trocando informações e orientações sobre os casos.

Em todo caso, os profissionais que irão compor a equipe multidisciplinar

são definidos a partir das necessidades e especificidades que o quadro do paciente demandar. Apesar de todas as especialidades envolvidas serem de grande importância, ainda se tem o médico como protagonista desse cenário e detentor das tomadas de decisões relevantes nos cuidados com o paciente, tendo as outras áreas de cuidado, a necessidade de se adequar ao manejo médico (FOSSI; GUARESCHI, 2004)

No cenário do presente relato, a psicologia atuava de forma muito comunicativa com os outros profissionais do setor. A comunicação de maior efetividade era com o corpo médico responsável pelo tratamento do paciente, sendo este, também, o profissional que solicitava intervenções com maior frequência.

Para realizar o atendimento, era preciso antes se atentar ao motivo da solicitação da consulta e do contexto geral do paciente, sendo necessário colher a máximo de informações possíveis sobre o caso. Tais informações podiam ser obtidas através do prontuário do paciente, como também com os médicos que o atendiam.

Como se trata de um hospital escola, o corpo médico era composto por um médico titular e um grupo de residentes. Deste modo, tínhamos que nos atentar para qual médico acompanhava com maior regularidade. Os residentes e titulares passavam um panorama geral do quadro clínico do paciente, além de suas percepções sobre aspectos do estado emocional, do contexto social e familiar da criança.

Ao pensar nessa relação da Psicologia com a Medicina, tem-se em mente duas áreas distintas, onde uma trabalha o orgânico e a outra o psíquico. Entretanto, essa distinção não impede que se complementem para suprir as demandas do paciente. Ao contrário disso, percebe-se que hoje essas áreas do cuidado se revezam e oferecem contribuições significativas ao tratamento de enfermidades, apesar da medicina permanecer como figura mais atuante.

Contrapondo o que é colocado por Simonetti (2006), quando afirma que a Psicologia Hospitalar não viabiliza seu funcionamento baseado em uma filosofia de cura, visto que a mesma também atua em casos de doenças crônicas ou que não há perspectiva de cura, o autor considera também, que apesar de haver contribuição por parte da Psicologia no trabalho da Medicina, esta não é a função da psicologia no hospital.

Outra especialidade a qual se mantinha uma comunicação efetiva era a Psiquiatria. Dependendo da demanda, eram solicitadas consultas para este profissional a partir da compreensão de uma possível patologia psiquiátrica, da necessidade de medicações ou de encaminhamentos externos mais específicos desta área, estendendo, assim, os cuidados com o psíquico do paciente além das limitações da psicologia.

Dentro desta experiência, um dos profissionais que mais se tinha troca sobre os casos era o assistente social, havendo algumas vezes a necessidades da realização de atendimentos em conjuntos com o intuito de compreender o contexto da família e assistir da melhor maneira possível o paciente. Esse trabalho junto ao Serviço Social tornava-se necessário pela grande frequência de casos de criança em situação de vulnerabilidade social.

Além destas, era necessário dialogar com outros serviços do hospital para atender as necessidades do paciente. A troca de informações com a equipe de enfermagem do andar, por exemplo, contribuía significativamente para a efetividade dos atendimentos, assim como também era fundamental a comunicação com a equipe de cuidados paliativos do hospital.

A psicologia atuante no cenário de cuidados paliativos do hospital tem a função de proporcionar um cuidado humanizado a partir da facilitação da comunicação entre o paciente e as outras áreas responsáveis por seu cuidado, viabilizando o entendimento das nuances de sua condição, além de se ater ao modo como o sujeito vivencia e elabora a impossibilidade de cura (PORTO; LUSTOSA, 2010).

## **5.5 Atendimentos realizados**

Durante meu estágio no hospital, tive a oportunidade de acompanhar os atendimentos de alguns casos junto à minha preceptora, onde pude observar e participar das sessões. Tive também a autonomia de ficar responsável por outros casos de menor complexidade, sempre recebendo a orientação da mesma.

A princípio a maioria dos atendimentos que ficaram sob meus cuidados foram por meio de busca ativa, já que as demandas recebidas por solicitação da equipe, geralmente, eram de circunstâncias que necessitavam de uma maior proficiência. Ao passo que fui adquirindo prática, pude assumir outros casos e

ter mais liberdade para realizar os atendimentos.

Nas sessões, geralmente, era feita uma rápida triagem, como o intuito de entender o contexto de vida do paciente, a rede de apoio que a família possuía fora do hospital, se era a primeira internação, como a vivência de adoecimento estava sendo elaborando pela díade e quais recursos internos de enfrentamento possuíam. A partir disso, era possível compreender a demanda a ser trabalhada e quais ferramentas poderiam ser usadas para tal.

Dava-se prioridade por concluir os atendimentos no mesmo dia, já que no cenário hospitalar não sabemos se o paciente continuará internado no dia seguinte, portanto, tentava-se fazer a intervenção necessária no mesmo momento, verificando, ainda, se seria preciso realizar algum outro encontro, visto que em alguns casos havia a necessidade de um se acompanhamento psicológico.

Pose-se, portanto, confirmar a ideia de Almeida (2010) onde sugere que hospital se trata de um ambiente de atuação mutável, por ser um lugar de transitoriedade, onde o paciente não fica ali por muito tempo e muitas vezes o terapeuta só tem um único contato com ele, por conseguinte muitos profissionais utilizam a psicoterapia breve para conduzir seus atendimentos, de modo a objetivar metas específicas e otimizar o tempo com o paciente.

Por este motivo, as intervenções realizadas durante os atendimentos eram curtas e pontuais, levando em conta a escassez de recursos e tempo no cenário hospitalar. Dependendo da queixa e da receptividade do paciente, eram realizados momentos de escuta ativa, validação de sentimentos e psico-educação, geralmente de forma lúdica ou durante alguma atividade recreativa.

Dentre todas, a demanda na qual mais tive experiência foi adaptação à hospitalização. Casos em que os pacientes tinham dificuldade de aceitar a hospitalização, expressando isso através de choro, irritabilidade, diminuição de apetite, e no caso dos pacientes com mais idade, através da verbalização o de seus sentimentos.

Sendo a maioria desses atendimentos na própria enfermaria, um local que não proporciona a privacidade adequada e acaba por gerar um desconforto na pessoa atendida, inviabilizando conversar mais abertas e de assuntos mais delicados pela frequente transição de pessoas no quarto, entre outros pacientes e acompanhantes, enfermeiras realizando procedimentos em pacientes ao lado

ou médicos que iam aos leitos realizar consultas.

Como já mencionado, a enfermagem possuía cerca de seis leitos, três em cada lado do cômodo; ao lado de cada leito havia uma cadeira reclinável para os acompanhantes; as paredes eram de cor clara e com poucos adesivos decorativos infantis; fazendo com que o ambiente seja pouco atrativo ou agradável para as crianças, deixando-as mais retraídas pelo ambiente aversivo em que estão inseridas.

Por esse motivo, quando o paciente podia sair do leito, tentava-se realizar esses atendimentos na varanda que ficava na lateral das enfermarias, onde havia uma pequena mesa que podia ser usada nas atividades. Neste ambiente, notava-se que o paciente ficava mais à vontade e verbalizava com mais confiança certos assuntos, proporcionando uma maior qualidade na intervenção aplicada.

Visto que segundo Soares e Zamberlan (2001), o psicólogo deve auxiliar a criança no processo de adaptação à hospitalização se empenhando em garantir o aprimoramento de recursos facilitadores dessa adequação, manter a criança junto à genitora; garantir a participação ativa dos pais no seu cuidado; prepará-la psicologicamente para os procedimentos realizados e a utilizar recursos lúdicos para integrá-la ao ambiente, são alguns desses recursos.

A partir disso, pode-se considerar que o lúdico, além de outras, é uma excelente ferramenta para facilitar o processo de adaptação hospitalar, sendo usada para ajudar na compreensão do ambiente em que está inserida e no ajustamento de sentimentos negativos resultantes do contexto aversivo, sendo por este motivo, um instrumento muito utilizado nesta experiência.

Para a realização desses atendimentos de forma lúdica, o setor de psicóloga do hospital disponibilizava materiais de colorir e de pintura, além de brinquedos, livros e alguns tipos de jogos. Nos atendimentos que pude realizar, eram utilizados com mais frequência figuras para colorir com as crianças menores, e os jogos como quebra cabeça e jogo da memória com os pacientes de mais idade, as atividades eram escolhidas sempre de acordo com a preferência das crianças para que se sentissem mais confortáveis com o atendimento.

Essa prática leva em conta o que alguns autores afirmam sobre brincadeiras e jogos poderem desempenhar finalidades terapêuticas no contexto

hospitalar, levando em consideração que ajudam a atenuar quadros de ansiedade e o medo oriundos da hospitalização de forma a proporcionar tentativas de novas respostas de ajustamento ao cenário, possibilitando uma melhor adaptação ao hospital (ARAGÃO; AZEVEDO, 2001).

Verificou-se, também, que diante de uma atividade lúdica as crianças com características mais introvertidas tendem a dar mais abertura para a aproximação do terapeuta, fazendo com que o profissional tenha menos limitações para assistir o paciente no seu processo de adequação.

Esse trabalho se tornava ainda mais importante nos casos de crianças com doenças crônicas, vítimas de acidentes ou que sofreram complicações no tratamento e tiveram que ficar no hospital por mais tempo do que o previsto, ou que já vieram de outros hospitais, situações que faziam com que o paciente passasse por um período de hospitalização muito prolongado, gerando nele e no acompanhante um estresse emocional intensificado.

De acordo com Motta e Enumo (2004), o prolongamento da internação ou sua reincidência pode gerar consequências negativas em alguns aspectos do desenvolvimento da criança, como na escolarização e habilidades sociais da mesma. Essa extensão afeta não somente o paciente, mas também a família, já que toda a dinâmica familiar é alterada durante a hospitalização da criança.

Para que pudéssemos auxiliar os pacientes e acompanhantes de forma eficiente, era necessário entender todo o contexto da criança, tanto no aspecto da saúde e quadro clínico, como o contexto social em que ela estava inserida. Visto que muitas vezes esse contexto influenciava significativamente no motivo da internação, dificuldades de aderir ao tratamento ou de retornar para casa.

Esta vivência, ajudou a evidenciar a diversidade das estruturas familiares presentes na nossa sociedade, assim como as possibilidades de capacidade em reter recursos financeiros dessas famílias. Visto que em cada caso havia diferentes tipos de composições familiares, onde dificilmente se encontrava uma criança inserida em um lar formado por uma estrutura considerada “normativa” para a sociedade, com pai, mãe e irmãos, o que não significava que pacientes que eram criados por avós, tias, irmãos mais velhos ou mães solo não recebiam os cuidados apropriados ou estavam inseridos em um contexto de vulnerabilidade.

No entanto, havia uma demanda muito alta de criança em situação de

vulnerabilidade social, situação presente em qualquer tipo de estrutura familiar. Sendo ela, por falta de recursos financeiros, histórico de abusos ou agressão, histórico de envolvimento com álcool e/ou outras drogas ou estrutura familiar disfuncional, situações estas que dificultam o desenvolvimento da criança e inviabiliza sua recuperação.

Tal demanda, muitas vezes, é um fator que é a causa da internação ou provoca o retorno da criança para o hospital, já que a situação social da família pode comprometer o comprometimento e possibilidade de um cuidado adequado com o paciente (PORTES et al, 2013), podendo gerar complicações no quadro clínico ou atrasarem a melhora dele. Diante disso, a Psicologia precisa trabalhar diretamente com a Assistência Social, para que haja mais eficiência e agilidade na tentativa de amenizar os efeitos dessa vulnerabilidade durante a hospitalização.

Diante de todas essas demandas, às vezes era necessário a realização de conferências familiares, que podiam ser solicitadas por diversos motivos. Os mais comuns, eram para explicar para a família o quadro clínico do paciente e as medidas que seriam tomadas a partir dali; notificação de más notícias; orientação e preparação para alta hospitalar; e reuniões com o setor de cuidados paliativos.

Geralmente quem solicitava essas conferências eram os médicos titulares dos casos, mas dependendo da finalidade, toda a equipe era convidada a participar. Quem participava dessas conferências com regularidade eram os médicos responsáveis pelo caso; a psicóloga; a assistente social; a família; dependendo do assunto abordado, a criança; e se necessário, a equipe de cuidados paliativo.

Como mencionado, as conferências familiares geralmente têm caráter informativo e instrutivo sobre os prognósticos e cuidados do paciente. Tornam-se de grande relevância por envolverem a família nos cuidados da criança, propiciando a possibilidade de uma melhora do quadro clínico do paciente ou uma melhor qualidade de vida para o mesmo diante da capacitação dos parentes sobre seus cuidados (FEITEIRA; CERQUEIRA, 2017).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi abordado, conclui-se que o psicólogo como profissional atuante no cenário hospitalar, através de técnicas e manejos terapêuticos, possibilita que as consequências psicológicas e emocionais geradas em torno da hospitalização infantil sejam atenuadas. Entende-se também, que o trabalho do psicólogo, por mais qualificado que seja, não é capaz de suprir todas as demandas atribuídas, visto que é necessária uma disponibilidade de recursos, espaços físicos e contribuições de outros profissionais que atual no referido contexto para que haja efetivação no cuidado com o paciente.

Portanto, apesar de saber que o trabalho feito pelo psicólogo não abarca todas as demandas existentes no hospital, tem-se consciência de sua relevância, visto que é realizado o possível dentro do que é cabível nesse contexto. Sendo sua atuação ainda mais fundamental ao se tratar de hospitalização infantil, onde a criança geralmente possui menos recursos internos de enfrentamento para esses tipos de situação.

Diferente do contexto clínico, os pacientes que chegam para o psicólogo hospitalar não vão em busca de atendimento de forma espontânea, pois são indivíduos inseridos em um contexto diferente e aversivo que lhes provoca sentimentos negativos nos quais muitas vezes não possuem recursos para lidar, o que dificulta ainda mais a aceitação da necessidade do tratamento e da assistência. Deste modo, diante da falta de entendimento acerca do adoecimento, a vista do que foi experienciado, é gerada na criança um sentimento de culpa, onde ela se pensa ser responsável por ter ficado doente por algo que chegou a fazer, vendo a hospitalização como uma penalização por suas atitudes, fazendo com que ela tenha dificuldade a se adaptar ao novo cenário.

Frente a isto, pôde ser percebido a importância da utilização de recursos lúdicos como ferramenta que auxilia o psicólogo no trabalho de facilitar a elaboração da vivência hospitalar para a criança, fazendo com que os sentimentos de medo, incerteza, ansiedade sejam minimizados.

Pôde-se notar também, que dentre os inúmeros desafios encontrados neste ramo da psicologia, saber manejar as demandas externas que são trazidas juntamente como paciente, para mim foi a mais desafiadora. Pois percebe-se

que o cenário fora do ambiente hospitalar influi de forma significativa nas questões referentes à hospitalização, incluindo contextos familiares e sociais. Vê-se, portanto, que é necessário a aceitação, por parte do profissional, das suas limitações diante das demandas que vão além do contexto hospitalar e que não são cabíveis a este profissional de solucionar, evitando sentimento de frustração.

Por fim, vale ressaltar que essa experiência proporcionou para mim, um grande enriquecimento teórico e prático na minha formação, agregando saberes que atravessam todo um campo de atuação e munindo-me de vivências repletas de conhecimento acerca de técnicas necessárias para a exercício da psicologia nesta área.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; CANTAL, C.; JUNIOR, A. L. C. *Prontuário Psicológico Orientado para o Problema: Um Modelo em Construção*. Brasília, **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO** v.28, n.2, p.430-442, 2008.
- ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, v.13, n.1, 2010.
- AMEZCUA, M.; HUESO, M. C. Como elaborar um relato bibliográfico. **Arch Memoria**. Granada, v.1, 2004.
- ARAGÃO, R. M.; AZEVEDO, M. R. Z. S. Z. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. **Estud. psicol.** Campinas, v.18, n.3, 2001.
- BARROS, L. As consequências da hospitalização infantil: prevenção e controle. **Aná. Psicológica**. Lisboa, v.16, n.1, 1998.
- CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.137-147, 2009.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.
- COELHO, L. S. G. Recusa Escolar: um Estudo de Caso em Ludoterapia Comportamental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.36, n.1, p. 234-245, 2016.
- DUARTE, M. L. C.; ZANINI, L. N., NEDEL, M. N. B. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v.33, n.3, 2012.
- FARIAS FILHO, M. C.; ARRUDA FILHO, E. J. M. **Planejamento de pesquisa científica**. São Paulo: Atlas, 2013.p. 55-69.
- FEIJOO, A. M. L. C. Aspectos teórico-práticos na Ludoterapia. **FENÔMENO PSI IFEN**, v.1, n.0, 1997.
- FEITEIRA, B. M. G. P.; CERQUEIRA, M. M. Sugestões dos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da utilização da técnica de conferência familiar. **REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**. Nov. 2027. p.27-38.
- FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares hospitalar. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, G. C., *et al.* Percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança à hospitalização: Subsídios para a enfermagem. **Cogitate enferm.** Rio Grande do Sul, v.18, n.4, 2013.

HOLANDA, T. C. M.; LAGE, A. M. V. Atenção psicológica à criança hospitalizada. *In:* LAGE, A. M. V; MONTEIRO, K. C. C. **Psicologia Hospitalar – Teoria e prática em hospital universitário.** 1 ed. Fortaleza: Editora UFC, 2007, v.1, p. 87-106.

LUSTOSA, M. A.; MOSIMANN, L. T. N. Q. A Psicologia hospitalar e o hospital. *Rev. SBPH.* Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011.

LORENZI, P. D. C.; RIBEIRO, N. R. R. REDE DE APOIO FAMILIAR NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.8, n. 2, 2006.

MILANESI, H. *et al.* Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, V.59, n.6, 2006.

MOERSCHBERGER, M. S.; CRUZ, F. R. LANGARO, F. Reflexões acerca da ética e da qualidade dos registros psicológicos em prontuários eletrônicos multiprofissional. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2017.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. estud.** Maringá, v.9, n.1, 2004.

PEDROSA, A. M. *et al.* Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.7, n.1, p.99-106, 2007.

PEREIRA, F. M.; NETO. A. P. O PSICÓLOGO NO BRASIL: NOTAS SOBRE SEU PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

PORTES, M. F. *et al.* As Representações Sociais das Famílias das Crianças Hospitalizadas e suas Implicações no Cotidiano Familiar. **Emancipação.** Ponta Grossa, v.13, n.3, p. 67-78, 2013.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, v.13, n.1, 2010.

Resolução CFP nº 010/2005 (2005, 21 de julho). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

ROMANO, B. W. Formação do psicólogo para atuação em hospitais. *In:* ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da Psicologia Clínica em hospitais.** 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 84-100, 1999.

SALDANHA, S. V.; ROSA, A. B.; CRUZ, L. R. O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.185-198, 2013.

Rumor, P. C. F.; Boehs, A. E. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n.4, 2013.

SANCHEZ, M. L. M.; EBELING, V. L. N. Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011.

SANDLER, P. C. Terapia breve em hospital fechado. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.36, n.3, p. 230-244, 1978.

SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v.2, n.2, 2011.

SILVA, F. M. A. M. *et al.* Cuidado paliativo: benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**. São Paulo, v.78, n.1, p.168-183, 2010.

SILVA, M. E. A. *et al.* REDE E APOIO SOCIAL NA DOENÇA CRÔNICA INFANTIL: COMPREENDENDO A PERCEPÇÃO DA CRIANÇA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.26, n.1, 2017.

SIMÕES A. L. A. *et al.* Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v.12, n.1, p.107-12, 2010.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006

SOARES, M. R. Z.; ZAMBERLAN, M. A. T. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Estud. psicol.** Campinas, v.18, n.2, 2001.

VIEIRA, M. C. Atuação da Psicologia na Medicina de Urgência e Emergência. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.8, n.6, 2010.

ZANNON, C. M. L. C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.13, n.1-4,p.16-21, 1993.