



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DISCIPLINA: PSI 7701 – FUNDAMENTAÇÃO DA ÊNFASE 1: A**

**PSICOLOGIA PEDIÁTRICA: HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E
SISTEMA FAMILIAR**

**Discente: Lídia Freitas Carnevali
Docente: Profª Drª Magda do Canto Zurba**

**Florianópolis, SC
2020.1**

Introdução

Para a criança, estar doente implica em mudanças físicas e psíquicas que alteram, em curto, médio ou longo prazo, a existência infantil e sua relação com o ambiente, podendo levar a consequências biopsicossociais que afetam negativamente o seu desenvolvimento evolutivo (Menezes & Moré, 2019). Como forma de prevenção, a Psicologia Pediátrica, caracterizada como um subcampo da Psicologia Hospitalar, tem como foco de atuação a manutenção do pleno desenvolvimento infantil diante da experiência de adoecimento e processo de hospitalização (Linhares, 2016).

Pelo fato da família, entendida como um sistema, ser o primeiro primeiro espaço de formação psíquica, moral, social e espiritual da criança (Bazzan, Milbrath, Gabatz, Cordeiro, Freitag & Schwartz, 2020), ela afeta e é afetada pela doença da criança. Assim, no contexto da hospitalização, o sistema familiar pode colaborar tanto para a manutenção do adoecimento quanto para a sua recuperação, dependendo do modo como está organizado e se adapta à mudanças externas (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Este artigo se trata de um levantamento bibliográfico que tem como objetivos: analisar os impactos da hospitalização no sistema familiar e na saúde mental infantil; apontar quais são as estratégias de enfrentamento¹ possíveis no processo de internação pediátrica para os pacientes e seus acompanhantes; e trazer pesquisas que demonstram a influência da família no adoecimento psicossomático infantil, sob o viés de modelos teóricos da Abordagem Sistêmica. Espera-se gerar, com este texto, alternativas para a atuação do psicólogo pediatra que busquem amenizar o sofrimento e prevenir o aparecimento de doenças psicológicas, geradas pela internação, tanto nas crianças quanto em seus familiares.

O contexto hospitalar, embora exponha a criança a procedimentos invasivos e experiências desagradáveis, pode ser visto como um local seguro e de acolhimento, que atua na cura da doença através de um tratamento eficaz e humanizado. Para que esta percepção ocorra, este artigo discorre que sobre a essencialidade da participação do psicólogo pediatra no acompanhamento da criança e suas famílias pois, com o conhecimento teórico da psicologia, o profissional pode proporcionar um espaço de escuta qualificada e analisar a situação de adoecimento para além do conceito biomédico.

Psicologia Pediátrica

No Brasil, a participação do psicólogo no contexto hospitalar emergiu na década de 70, quando o mercado liberal para a profissão estava saturado e o modelo da clínica privada já não era suficiente para atender as demandas da época, levando à mudança e inserção de novas atividades na profissão. A Psicologia Hospitalar foi definida, a partir daí, como o compromisso pela qualidade de vida dos usuários e dos profissionais de saúde (Schneider & Moreira, 2017).

Como subcampo interdisciplinar da Psicologia Hospitalar, a Psicologia Pediátrica envolve prática clínica e pesquisa científica e trabalha em equipe multiprofissional com diferentes modalidades médicas pediátricas (Linhares, 2016). O foco do trabalho deve envolver a prevenção do dano à continuidade do desenvolvimento infantil gerado pela hospitalização e situação de doença, assim como a promoção e tratamento da saúde dos pacientes a partir de uma abordagem sobre desenvolvimento, sendo necessário a identificação de problemas no processo evolutivo da criança (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Linhares, 2016). Neste sentido, conceitua-se desenvolvimento, a partir da visão de Bronfenbrenner, como processo que envolve mudanças e continuidades ao longo da vida, desde a concepção até a morte, que ocorrem de maneira ordenada e relativamente duradoura e afetam as estruturas do corpo e

¹ Neste trabalho, o termo enfrentamento é entendido como “um processo cognitivo e/ou comportamental que visa minimizar ou tornar mais fácil de tolerar situações estressantes” (Sposito, Gargia-Shinzari, Mitre, Pfeifer, Lima & Nascimento, 2018, p. 330).

mente (físicas, neurológicas, pensamentos, emoções, interação social, entre outros) (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006) .

Dessa forma, o público-alvo da intervenção do psicólogo hospitalar são as crianças e adolescentes, assim como seus familiares e as equipes de saúde da área (Linhares, 2016). Como conteúdos específicos da função, o psicólogo deve se aprofundar nos estudos sobre: desenvolvimento humano e como o adoecimento pode prejudicá-lo; psicopatologia e impacto emocional do tratamento; e avaliação clínica e psicoterapia infantil (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006).

Para o psicodiagnóstico infantil, é necessário que o psicólogo realize uma análise biopsicossocial do paciente, levando em consideração seu contexto social, história de vida, histórico médico e características pessoais. Esta ação é feita a partir da participação ativa da família, que deve permanecer no espaço hospitalar e se manter em contato constante com a equipe médica. Desse modo, é função também do psicólogo pediatra auxiliar na comunicação entre equipe médica e família, fornecendo informações sobre o estado emocional da criança e da família e procurando formas acessíveis de explicar aos familiares e pacientes sobre as intervenções realizadas (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006).

A Hospitalização Pediátrica para a Criança Enferma

A consequência da internação devido à um processo de adoecimento pode gerar para a criança diversos sentimentos psicoafetivos. Menezes e Moré (2019) citam: regressão - retorno a fase de dependência e cuidados similares aos de um bebê; sofrimento - relacionado à punições e sentimentos de culpa, pois os adultos dão a entender que a criança está passando pela doença por consequência de suas atitudes; acometimento do esquema corporal - percepção de um corpo frágil e imperfeito; e morte - que encerra a doença e geralmente é um tema evitado pelas famílias.

Alguns fatores de risco colaboram para que a hospitalização gere o desenvolvimento de distúrbios psicológicos, são eles: intensificação de patologia pré-existente; relacionamento pais-criança inadequado; idade inferior a 5 anos; gravidade da doença; compreensão da criança sobre sua condição; reações parentais de pessimismo e desesperança; uso de drogas e morte súbita. Estes distúrbios podem desencadear sintomas físicos nas crianças, como: perda de peso, enurese, encoprese, insônia, inapetência e alterações hormonais, sendo que o sintoma comportamental que mais merece destaque é o comportamento de não brincar, pois a brincadeira representa um desejo e ação típicos da infância (Menezes & Moré, 2019).

Os principais agentes estressores da hospitalização infantil aguda são a doença; a dor causada pelos tratamentos e procedimentos médicos; e o ambiente hospitalar desconhecido (Menezes & Moré, 2019), porém para crianças em tratamento prolongado, Sposito, Gargia-Shinzari, Mitre, Pfeifer, Lima e Nascimento (2018) apontam que os agentes estressores são: o adoecimento em si, o sentido da doença para a criança, a busca pelo desenvolvimento de estratégias de enfrentamento comportamentais e cognitivas e a implementação dessas estratégias. O sentimento mais comumente observado é o medo dos procedimentos invasivos dolorosos (Menezes & Moré, 2019).

A hospitalização na infância está associada a diversos sentimentos, pensamentos e comportamentos. Alguns deles são expressos por demonstrações de medo, passividade, carência afetiva, ansiedade, raiva, vergonha, ressentimento, autodepreciação, negação, tristeza, irritabilidade, isolamento, mutismo e estresse. Assim, as crianças hospitalizadas sentem mais sentimentos negativos do que positivos durante o período de internação, sendo que uma grande proporção de crianças sofre consequências psicológicas moderadas após o período (Menezes & Moré, 2019).

Linhares (2016), pauta-se no modelo de Incorporação Biológica (*Biological Embedding Model*) para explicar que o estresse psicológico na infância em idade precoce pode acarretar na

hipervigilância para ameaças e sentimento constante de desconfiança, o que torna mais difícil a construção de vínculos relacionais estáveis na vida adulta. Isto porque o estresse precoce afeta os processos auto regulatórios do corpo, que alteram a descarga endócrina e autonômica.

Para que esta situação e os demais sentimentos negativos da internação sejam evitados, uma importante estratégia de enfrentamento que deve ser amplamente utilizada pelo psicólogo pediatra é o uso da brincadeira, pois como explica Motta e Enumo (2004), citados por Menezes e Moré (2019): “(...) ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização” (p. 25).

No Brasil, o artigo 9º dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados garante que este público possa desfrutar de alguma forma de recreação durante a permanência hospitalar (Brasil, 1995). Para isso, é preciso adaptar o ambiente da pediatria às necessidades da criança, no sentido de permitir alternativas e estimulação, principalmente no que tange ao seu contínuo processo de desenvolvimento.

Dessa forma, a brinquedoteca hospitalar deve cumprir com o objetivo de possibilitar que o paciente e seu acompanhante realizem atividades lúdicas que auxiliem na dimensão terapêutica do brincar. O psicólogo pediatra deve se utilizar do recurso lúdico para, além de promover a aprendizagem sobre os procedimentos médicos, com o fim de amenizar o sofrimento gerado pela internação, permitir a contínua utilização do brinquedo para fins de desenvolvimento, pois sabe-se que a brincadeira amplia as habilidades emocionais, físicas, cognitivas e sociais das crianças, favorecendo a sensação de controle da situação e promovendo saúde e bem-estar (Menezes & Moré, 2019; Sposito *et al*, 2018).

O estudo de Sposito *et al* (2018) com 10 crianças, de 7 a 12 anos, que procurou investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas para amenizar o sofrimento da quimioterapia, demonstrou que brincar é a melhor forma de ajudar a passar o tempo no hospital, sendo apontada como o único ponto positivo do tratamento oncológico. Nas falas dos participantes, a brinquedoteca foi descrita como a parte saudável e boa do hospital, vista como um ambiente seguro e acolhedor onde ocorrem inúmeras brincadeiras que favorecem a autoestima, criatividade, superação de desafios e socialização entre as crianças em tratamento.

Porém, embora as crianças tenham demonstrado interesse pelas atividades oferecidas pela terapeuta ocupacional e pelos brinquedos do hospital, as crianças mais novas pontuaram preferência por levar os seus próprios brinquedos para o ambiente e as mais velhas preferiram o uso de jogos eletrônicos e redes sociais como forma de distração. Estas opiniões refletem a necessidade das crianças em fazer da brincadeira no hospital um momento de aproximação de seus cotidianos domiciliares e de alívio do ócio e tédio causados pelos procedimentos e rotina hospitalares (Sposito *et al*, 2018).

Ainda neste estudo, os pacientes apontaram a importância das atividades voluntárias de alunos de graduação, que se caracterizavam como palhaços e realizavam intervenções humorísticas nos diferentes ambientes do hospital, se envolvendo com as crianças e seus acompanhantes. Promover abordagens como esta auxiliam na mudança de humor de todos no ambiente hospitalar e propiciam uma alteração divertida na rotina de procedimentos médicos, devendo ser explorada e estimulada pela equipe da pediatria.

Outra estratégia de enfrentamento apontada por Linhares (2016), verificada após uma pesquisa com pacientes de 6 à 11 anos internados em um hospital público de São Paulo, é a técnica da distração audiovisual, que se mostrou eficaz na redução da percepção da intensidade da dor quando aplicada no momento em que os pacientes estavam sendo submetidos a procedimentos dolorosos. Por ser simples, de fácil aplicação e baixo custo, esta técnica se mostrou viável à implementação em ambientes de cuidados pediátricos.

Promover estratégias de enfrentamento como as citadas permite ao psicólogo pediatra proporcionar um ambiente seguro para o desenvolvimento infantil. Como explicam Menezes e

Moré (2019), a hospitalização, se realizada de forma a respeitar as necessidades infantis, concede à criança comportamentos mais adaptativos, de enfrentamento, independência e autocontrole, além de proporcionar um maior conhecimento sobre seu corpo e sobre como funcionam os hospitais e as profissões da saúde.

A Hospitalização Pediátrica para a Família

A inserção da família no contexto hospitalar pediátrico só se tornou obrigatória através do Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, que em seu Art. 12 garante a “permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Brasil, 1990). Esta nova Lei alterou a dinâmica hospitalar da pediatria, visto que antes os profissionais afastavam os familiares do contexto da internação, pois julgavam que a estadia dos mesmos poderia afetar o tratamento da criança, e agora, para promover o cuidado humanizado, é necessário trabalhar o binômio responsável-paciente, saindo da lógica de ver o familiar apenas como informante da criança, função que cabe principalmente ao psicólogo pediatra (Melo & Frizzo, 2017).

Esta nova Lei vai de encontro com o estudo de Melo & Frizzo (2017), que explicam que a presença do familiar pode auxiliar a criança em uma melhor adaptação e aceitação do processo de adoecimento e internação, produzindo impactos na adesão ao tratamento por parte do paciente. Além disso, a participação da família possibilita o aprendizado de cuidados básicos à criança hospitalizada (Menezes & Moré, 2019).

Para além, é correto afirmar que o processo de adoecimento infantil gera modificações e impactos no sistema familiar, nos papéis de seus membros e nos seus canais de comunicação (Melo & Frizzo, 2017; Bazzan, Milbrath, Gabatz, Cordeiro, Freitag & Schwartz, 2020). A dúvida e incerteza do diagnóstico e recuperação levam a família e paciente a experimentarem diversas formas de sofrimento psíquico, sendo a hospitalização muitas vezes caracterizada como um evento estressante e de insegurança, principalmente por conta da vulnerabilidade da criança (Bazzan *et al*, 2020). Assim, a internação pode exigir a necessidade de adaptações da dinâmica familiar para a instauração de um novo equilíbrio (Melo & Frizzo, 2017).

Um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) constatou que, ao receberem a notícia sobre a internação da criança, as famílias experimentam os sentimentos de desespero, medo e insegurança. Estes levam a um estado constante de vigilância, motivado por profunda preocupação, sendo difícil aos familiares aceitarem emocionalmente os fatos (Bazzan *et al*, 2020).

Após a análise de entrevistas qualitativas com 13 familiares (12 mães e 1 pai) de crianças que receberam alta da UTIP, Bazzan *et al* (2020) concluíram que o ambiente hospitalar gera impactos no familiar que, por consequência, elabora uma adaptação a partir da sua capacidade de entendimento sobre o que está acontecendo e do que está por vir. Diante da internação, as famílias entram em contato com a possibilidade de morte da criança que desestrutura toda a idealização sobre uma infância saudável e plena, impactando em sentimentos de angústia e solidão que podem desorganizar os seus membros por conta das expectativas de futuro. Quando a internação é repentina, o prazo para entender o diagnóstico, cirurgia e tratamento imposto é muito curto para que haja uma adaptação emocional adequada e, conseqüentemente, é comum a vivência de transtornos de estresse, depressão e ansiedade advindos da hospitalização.

Os pesquisadores Melo e Frizzo (2017) também buscaram entender o impacto da hospitalização infantil para a família através de entrevistas quantitativas e qualitativas com quatro mães cujos filhos estavam em processo de internação. O primeiro impacto registrado diz sobre o abandono do vínculo trabalhista frente à situação hospitalar. As quatro mães alegaram não terem certeza de que seus empregadores aceitariam o atestado médico e se ainda estavam empregadas. Este dado confere com a literatura (Menezes & Moré, 2019) que explica

que é mais comum as mulheres faltarem ao trabalho por conta da saúde de seus filhos do que os homens, pois existe um entendimento cultural de que o cuidado dos filhos é responsabilidade materna. Além disso, é comum que a criança prefira a presença da mãe no ambiente hospitalar pela forma com que esta reage às manifestações de medo e insegurança da criança (Melo & Frizzo, 2020; Menezes & Moré, 2019).

Outro dado refere sobre as mudanças nos relacionamentos familiares, pois com a hospitalização as mães deixaram as suas casas com marido e outros filhos, para ocupar o espaço de acompanhante responsável no hospital, fazendo com que o marido tivesse que assumir todas as funções como figura parental. Algumas mães relataram ainda que seus outros filhos deixaram de frequentar a escola nesse período, por conta de estarem sob o cuidado de outros familiares, que residem longe da instituição, dado que demonstra também o importante papel auxiliador da família extensa nestas situações. Menezes e Moré (2019) explicam que, neste período, os irmãos da criança doente podem sentir-se abandonados pelos pais em função da ausência dos mesmos.

Sobre sofrimento psíquico, neste estudo de Melo e Frizzo (2019) foram aplicados testes psicológicos para verificar sintomas de ansiedade e depressão presentes nas mães dos pacientes. Com os resultados, foi possível perceber que todas as mães apresentaram graus de sofrimento, uma com mais sintomas depressivos, outra com mais sintomas ansiogênicos e duas com sintomas para as duas doenças. Nestes casos, estes sintomas foram correlacionados com a menor percepção por parte das mães do apoio recebido pela família extensa. Menezes e Moré (2019) discutem sobre isso ao afirmarem que as mães nesta condição experimentam sentimentos de ambivalência, pois percebem que não podem contar com uma rede de apoio para cuidar de seus outros filhos.

Conclui-se, dessa forma, que os principais fatores de risco para desencadeamento de problemas psicológicos nos familiares de crianças em UTIP são: insegurança relacionada ao ambiente hospitalar; a condição de saúde do paciente; as alterações causadas pela doença; a proximidade com a morte; as modificações no sistema familiar e a falta de percepção de apoio da família extensa (Bazzan *et al*, 2020). Para a prevenção desses agravos psíquicos, Bazzan *et al* (2020) apontam que é necessário ao psicólogo pediatra auxiliar os familiares a desenvolver estratégias de enfrentamento. A percepção de que a criança está no melhor local para sua recuperação, com recursos e cuidados intensivos 24 horas, é um desses mecanismos que trazem à tona o sentimento de esperança. Outros recursos que podem ser apresentados são: observar a melhora de outras crianças da unidade; participar do cuidado; e ver o empenho dos profissionais de saúde durante a internação. No mais, Menezes e Moré (2019) apontam que a possibilidade de acompanhar os filhos, fornecendo carinho e amor e fortalecendo o vínculo mãe-filho, faz com que as mães expressem sentimentos positivos ligados à hospitalização, que acabam por neutralizar o sofrimento.

Neste contexto, valorizar o familiar, entendendo sua função como cuidador principal que promove o desenvolvimento da criança desde o início de sua vida, é essencial, pois eleva a percepção de que o responsável é útil para o tratamento, aliviando o papel passivo imposto pela doença. Destaca-se aqui a importância de promover a construção de interações positivas entre os familiares e a equipe de saúde. Ademais, para permitir a livre expressão das emoções vivenciadas, amenizar o sofrimento e auxiliar os familiares a lidar com as adaptações do sistema familiar, é necessário um acompanhamento por parte também do psicólogo pediatra (Bazzan *et al*, 2020; Melo & Frizzo, 2017).

Doenças Psicossomáticas: A Influência da Família no Adoecimento Infantil

A Teoria Sistêmica Familiar afirma que a família possui uma influência determinante sobre a criança, que é ainda mais elevada se esta apresenta alguma patologia fisiológica. O estudo sobre esta influência no contexto da psicologia pediátrica é fundamental para entender

sobre os processos de adoecimento por somatização psicológica, que são frequentes no contexto da internação infantil. O Modelo da Doença Psicossomática, proposto por esta abordagem, explica que, em um contexto de vulnerabilidade fisiológica, algumas características interacionais das famílias podem desencadear uma patologia psicossomática, que são doenças nas quais componentes psicológicos necessariamente contribuem para o aparecimento ou agravamento de novas enfermidades (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

As características da estrutura familiar que contribuem para esta patologia estão relacionadas aos conceitos de adaptabilidade e interação familiar. A adaptabilidade diz respeito à capacidade da família em se adaptar a situações novas que exigem mudanças. Nesta categoria, o principal fator disfuncional é a rigidez, que significa grande resistência à mudanças e dificuldades para criar novas regras e procedimentos para lidar melhor com diferentes contextos. No momento da doença, as famílias rígidas tendem a viver constantemente sob estresse, visto que não conseguem se adaptar a situação hospitalar, pois esta demanda uma reorganização das funções, da comunicação e da forma de relacionamento de seus membros (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006; Melo & Frizzo, 2017).

Já quanto à interação familiar, que se refere ao modo como os membros se vêem, famílias que tendem à super proteção acabam gerando um sentimento exagerado de preocupação mútua, podendo fazer com que a criança desenvolva o sintoma somático como forma de distração desta exagerada preocupação. Além disso, outro fator da interação que contribui para a psicossomática é a baixa capacidade de resolução de conflitos, que faz com que muitas vezes a família evite-os e experiencie-os com muita angústia. Nesta situação, a criança e sua doença cumprem o papel de mecanismo de evitamento dos conflitos (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Outra Teoria Sistêmica, chamada de Modelo Biocomportamental da Família, também auxilia nesse entendimento. Além de se basear nos conceitos apresentados, este modelo acrescenta que os padrões comportamentais das famílias interagem diretamente com os processos biocomportamentais de seus membros. Dessa forma, é explicado que toda doença é vivenciada a partir de um paradigma biopsicossocial, sendo que o biológico corresponde aos processos fisiológicos da doença, o psicológico à reatividade biocomportamental da criança frente ao seu adoecimento e o social aos padrões de interação familiar (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Dentro deste modelo, a interação familiar é influenciada pelos seguintes conceitos: proximidade, que se refere à distância emocional entre os membros que afeta diretamente a autonomia, privacidade e definição de espaços familiares; hierarquia geracional, que fala sobre a capacidade dos pais de cumprirem com suas funções parentais; responsividade, que diz sobre a intensidade com que os membros respondem emocional, comportamental e fisiologicamente uns aos outros; triangulação e relações parentais, que se refere ao grau de envolvimento dos filhos nos conflitos do casal. Famílias mal adaptadas em qualquer um desses conceitos interacionais tenderão a provocar impactos na saúde emocional e psicológica de seus membros, que podem vir a tona diante de uma doença fisiológica (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Diversos estudos na área da Pediatria colaboram para demonstrar essas teorias propostas pela Abordagem Sistêmica. Silva, Speridião e Zihlmann (2018) apontam que a Dor Abdominal Funcional (DAF) é uma das queixas mais frequentes em Gastroenterologia Pediátrica e, para aprofundar os estudos nessa temática, esses autores decidiram pesquisar a correlação entre o diagnóstico e problemas psicológicos nos pacientes. Desse modo, foi realizado um levantamento da literatura em diversas bases científicas nacionais e internacionais com os descritores “dor abdominal funcional”, “dor abdominal” e “sintomas psíquicos” e, após critérios de exclusão, 33 artigos foram analisados.

A análise bibliográfica concluiu que os principais transtornos psicológicos encontrados em conjunto com a somatização da dor abdominal funcional foram ansiedade e depressão,

sendo que um dos artigos estudados apontou que mais da metade das crianças com DAF tinha ao menos um transtorno psiquiátrico diagnosticado, fato que colaborou para a manutenção da dor abdominal na vida adulta. Porém, nestes estudos não foi possível desenvolver uma relação de causalidade entre os diagnósticos, não sendo viável afirmar se a disfunção psíquica desenvolveu ou foi desenvolvida pelo distúrbio gastrointestinal. Mas, apesar disso, foi unânime a constatação de que os problemas psíquicos influenciavam no aumento da intensidade e frequência da dor abdominal. Uma das hipóteses levantadas pelos autores é de que as crianças com dor abdominal podem se tornar hipervigilantes aos sintomas somáticos (Silva, Speridião & Zihlmann, 2018), colaborando com a ideia do Modelo da Doença Psicossomática de que a vulnerabilidade fisiológica pode desencadear uma patologia somática (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Outro artigo redigido por Schmid (2019), médica psiquiatra que atuou por seis meses em um campo de refugiados localizado em Nauru, país insular da Oceania, auxilia no entendimento da influência da condição familiar na doença somatizada pela criança. O estudo relata os casos de quatro crianças, de 10 a 18 anos, cujas famílias viviam em situação de refúgio em Nauru, uma ilha insular, onde, apesar de viverem em boa condição física de moradia, as famílias não detinham de nenhuma liberdade de escolha, pois além de terem o mar como cerca, a ilha era repleta de guardas nos assentamentos, sendo inúmeras as queixas de violências e atitudes contra os direitos humanos. Além disso, as famílias sofriam com a total negligência médica por parte do Estado, que foi parcialmente suprida pela chegada dos Médicos sem Fronteiras, organização humanitária na qual Schmid trabalhava.

As quatro crianças do estudo foram atendidas pela organização primeiramente apresentando sintomas depressivos, que evoluíram para ideação suicida e episódios de agitação psicomotora, até desencadarem um quadro de estado de inconsciência profunda marcado por hipotonicidade², levando as crianças ao coma. Esta condição foi denominada “Síndrome de Resignação” e, de acordo com estudos realizados na Suíça, onde de janeiro de 2013 à abril de 2015 foram identificados 424 casos da doença em crianças refugiadas, a enfermidade tende a durar de meses à anos e sua recuperação é dependente da restauração da esperança para a família do paciente.

A síndrome (...) pode apresentar-se em quatro estágios: prodrômico (ansiedade, disforia, isolamento social, transtornos do sono), deterioração (mutismo, ausência de comunicação não verbal), completo desenvolvimento (estupor, negativismo, ausência de reação a estímulos, dependência alimentar por intubação nasogástrica, hipotonicidade, períodos de excitabilidade, fraca resposta reflexa ao exame neurológico, entre outros) e remissão (Schmid, 2019, p. 631).

Em Nauru, na época do relato, 27 crianças e suas famílias permaneceram no país sem qualquer esperança de reassentamento. Assim, uma incidência de quatro casos de SR é considerada significativa, ainda mais considerando o fato de que, posteriormente, outras organizações de saúde que atuavam na região relataram outros casos da síndrome. A possibilidade etiológica da doença reconhece que ela pode ser bem explicada pelo modelo familiar apresentado pela teoria sistêmica (Schmid, 2019).

Já no capítulo sobre Distúrbios Psicossomáticos do Manual de Psicopatologia Infantil, escrito por Ajuriaguerra e Marcelli (1986), os autores reforçam a teoria de que o sintoma psicossomático deve ser avaliado a partir da interação familiar entre mãe e filho, que deve abranger não só a atitude materna sobre a criança, mas também o modo como esta atitude muda conforme os sintomas da doença aparecem. No capítulo, é apresentado um “calendário” das manifestações psicossomáticas³ de acordo com a idade da criança, à saber: entre 3 e 6 meses,

² Condição médica em que há a diminuição do estado normal de firmeza e elasticidade de um órgão ou de um tecido.

³ Todas estas manifestações foram diagnosticadas como psicossomáticas após o estudo do comportamento da relação mãe-filho, que são detalhados ao longo do capítulo.

cólica espontânea; no primeiro semestre, vômitos; no segundo semestre, anorexia; entre 8 e 24 meses, eczema infantil; entre 3 e 4 anos, dores abdominais; aos 5 anos, asma; e entre 6 e 7 anos, cefaléia.

A teoria defende que atitudes agressivas por parte da mãe tendem a se encerrar quando o sintoma da doença aparece, dando oportunidade à criança de ser cuidada pela figura materna, o que altera drasticamente a relação mãe-filho, com benefícios significativos à ambos. Assim, os autores alertam que, para investigar o sintoma da hospitalização, é preciso colocar em evidência o “vínculo psicossomático” à luz das etapas de desenvolvimento infantil apresentadas no calendário e, ainda, é necessário ao psicólogo pediatra tentar entender o sentido que a doença assumiu na relação familiar (Ajuriaguerra & Marcelli, 1986). Esta análise colabora com a ideia do Modelo Biocomportamental da Família de que toda doença é experienciada com base em um paradigma biopsicossocial e de que a dinâmica da família influencia na saúde infantil (Viana, Barbosa & Guimarães, 2006).

Conclusão

A Psicologia Pediátrica, conforme apresentado, tem como foco a preservação e promoção do pleno desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. Como subcampo da Psicologia Hospitalar, ela deve cumprir com a função de promover saúde de qualidade aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, atuando também no auxílio à comunicação entre as partes.

Neste sentido, este artigo discorreu sobre estratégias possíveis de enfrentamento à internação, visto o reconhecimento de que esta situação pode gerar profundos sentimentos de sofrimento e adoecimento psíquico tanto aos pacientes internados, quanto aos seus acompanhantes. Dentre elas, cabe destacar a função do brincar no hospital, que foi apontado como o único ponto agradável da hospitalização pelas crianças, e a valorização do papel do acompanhante no tratamento do paciente enfermo, visto que isto auxilia na amenização do sofrimento do familiar diante da falta de controle apresentado pela doença.

Por fim, a partir das pesquisas citadas e da leitura de modelos teóricos da Abordagem Sistêmica, concluiu-se que, por vezes, a criança, seu contexto familiar e o processo de adoecimento, tanto fisiológico quanto psicossomático, estão inter-relacionados e, para que haja uma intervenção plena por parte do psicólogo pediatra, é necessário avaliar todos os fatores que contribuem para o adoecimento infantil, inclusive no que tange ao contexto e história familiar. Assim, foi possível concluir que o trabalho no hospital deve priorizar o manejo com a família da criança hospitalizada, visando o entendimento do conceito família como um sistema que possui completa influência sobre os filhos e que, por vezes, se utiliza da doença infantil para amenizar problemas do contexto familiar. Dessa forma, é imprescindível que toda enfermidade pediátrica seja avaliada como um processo biopsicossocial.

Referências Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). Distúrbios Psicossomáticos. Em *Manual de Psicopatologia Infantil* (p. 302-315). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Cordeiro, F. R., Freitag, V. L., & Schwartz, E. (2020). O processo de adaptação familiar à hospitalização infantil em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03614. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018056203614>
- Brasil. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.
-

- _____. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M. & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de Atuação do Psicólogo em Psicologia Pediátrica. Em: Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M., Perosa, G. B. (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (p. 13-53). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M. (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 587-599. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400003>
- Melo, D. S., & Frizzo, G. B. (2017). Depressão, ansiedade e suporte familiar para mães na primeira hospitalização dos filhos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 814-827. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180315>
- Menezes, M. & Moré, C. L. O. O. (2019). *Significações da Hospitalização na Infância*. Curitiba, PR: Appris.
- Schmid, P. C. (2019). Saúde mental e restrição de liberdade: relato de experiência como médica psiquiatra em centro de detenção de refugiados. *Saúde em Debate*, 43(121), 626-635. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912126>
- Schneider, A. M. B., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Temas em Psicologia*, 25(3), 1225-1239. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt>
- Silva, B. A. R., Speridião, P. G. L., & Zihlmann, K. F. (2018). Dor abdominal funcional: um estudo de revisão integrativa do ponto de vista biopsicossocial. *BrJP*, 1(4), 359-364. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180068>
- Sposito, A. M. P., Garcia-Schinzari, R. N., Mitre, R. M. de A., Pfeifer, L. I., Lima, R. A. G., & Nascimento, L. C. (2018). O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia. *Avances en Enfermería*, 36(3), 328-337. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.61319>
- Viana, V., Barbosa, M.C., & Guimarães, J. (2007). Doença crônica na criança: factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 117-127. Recuperado em 08 de novembro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000100009&lng=pt&tlng=pt.