



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Keila Ferreira da Silva

INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e  
Intervenções Psicológicas

Palmas – TO

2019

Keila Ferreira da Silva

INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e  
Intervenções Psicológicas

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Me.Cristina D'Ornellas Filipakis.

Palmas – TO

2019

Keila Ferreira da Silva

INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções  
Psicológicas

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e  
apresentado como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Psicologia pelo Centro  
Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Me. Cristina D'Ornellas Filipakis.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.a Me. Cristina D'Ornellas Filipakis  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.a Me. Izabela Almeida Querido  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.a Me. Anita Coelho dos Santos Teixeira  
Hospital Infantil de Palmas

Palmas – TO

2019

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria Ferreira da Cruz Silva, por ter sido a pessoa que mais me incentivou, amou e contribuiu com essa conquista. Eu jamais poderei retribuir tudo que a senhora fez e faz por mim. Obrigada, mãe.

A minha família, especialmente meus irmãos, Denis, Andson, Marcos e Sheila, por serem tão presentes na minha vida. Minha conquista também é de vocês.

A minha pequena Valentina, amor maior da minha vida, filha eu te dedico este trabalho e todas as vitórias que ainda teremos. Você, mesmo sem saber é a minha luz diária, minha força e minha alegria.

Quero dedicar este trabalho a duas pessoas que foram essenciais, no início da realização desse sonho, Taisa Tavares e Vanderleia Lima, vocês foram de uma generosidade sem igual, talvez sem a ajuda de vocês eu não teria chegado tão longe, tenho uma gratidão eterna com vocês.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus, por se fazer presente em meu coração. Obrigada, senhor, por tua presença em minha vida e por ter me abençoado com a possibilidade de realizar meu sonho.

A seguir gostaria de agradecer minha orientadora Cristina Fillipakis, não somente por toda a colaboração nesse trabalho, que por sinal foram muitas, mas, principalmente por enaltecer minhas qualidades, o que me deu ânimo e confiança para prosseguir, por aceitar me orientar, mesmo sem ter tido contato comigo ao longo da graduação, o que por sinal eu lamento muito. Eu agradeço sua paciência, seu afeto, sua generosidade e sua conduta como profissional. Você é um exemplo e inspiração para mim. Sempre serei grata, por esse um ano em que estivemos mais próximas.

Quero agradecer a pessoa que caminhou comigo de 2015 a 2019, me incentivando, aplaudindo, corrigindo e ensinando. A pessoa que foi minha maior companheira, uma amiga com todos os significados que essa palavra possa ter. Mas, meu agradecimento não se limita a faculdade, porquê nossa amizade foi muito além disso, eu agradeço por ser uma irmã e por estar comigo em momentos importantes da minha vida, Rafaela de Abreu Martins, minha “Rafa Brites”, sem você eu não teria obtido tanto sucesso, e possivelmente não teria sido tão feliz ao longo desses anos, que nossa amizade floresça por toda vida.

Meu agradecimento também as minhas amigas do grupo “Pruuu”, Laura Maria, Marlene, Keldna e Laryssa. Vocês sempre serão parte da minha história, grata por todas as vezes que o afeto mútuo me levou adiante. Grata também, pelas vezes que cada uma, da sua maneira, esteve presente em momentos que precisei de uma amiga.

Aos amigos do grupo “Psicoamigos”, Italo, Nilda, Bruna, Marci, Gabriel, meus primeiros amigos da faculdade, como sou feliz em ter conhecido vocês. E por todas as trocas de afeto que tivemos a oportunidade de partilhar.

Meu agradecimento também, a minha família do hospital infantil, pessoas com quem passei maior parte dos meus dias, quanto amor eu tenho por vocês, grata pela amizade, pela ajuda e por serem parte da minha história em Palmas. Em especial gostaria de citar minha chefe Vanderleia, primeiramente por ter contribuído de forma tão significativa com minha graduação e também por me aproximar de Deus.

Josiane, não poderia deixar de citar uma das pessoas que mais amei conhecer, tua bondade e amor são contagiantes, grata por nossa aproximação e por fazermos parte da vida uma da outra, ah, grata por você sempre se preocupar comigo.

Iris Márcia, você é um presente na minha vida, como eu sinto orgulho de você. Nossa amizade é muito importante para mim, grata por isso, e pelas coisas que não citarei aqui, mas que você sabe.

Yolanda, seu entusiasmo com minhas conquistas me faz perceber que eu ganhei uma amiga pra vida toda. Você sabe, pelo que passei pra chegar ate aqui, espero que você saiba também que, tuas palavras é que em muitos momentos me reergueu.

Jordânio, grata pelos momentos bons que vivemos, por toda ajuda que você me deu e por estar comigo em tantas ocasiões que precisei, eu fui feliz em muitos momentos.

Luziene, Nayane, Adriana, Suelen e Cassiene vocês são minhas melhores amigas, agradeço por se fazerem presente em meu coração e por torcerem por mim.

Por fim, agradeço minha banca, composta pelas professoras Anita Coelho e Izabela Querido, quanta beleza nos ensinamentos e contribuições de vocês, meu trabalho é fruto da generosidade das duas. Anita, se eu for um pouquinho da psicóloga que você é, saberei que sou uma boa profissional. Izabela, sua doçura no modo de ensinar é de uma riqueza sem igual, eu admiro muito você.

## RESUMO

SILVA, Keila Ferreira da. **INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas.** 2019. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

O presente trabalho apresenta uma pesquisa com as famílias que estão internadas em isolamento do hospital infantil público de Palmas, visando identificar as alterações ocorridas na dinâmica familiar dos pacientes e acompanhantes que tiveram internação nessa unidade hospitalar. Considerando que o quadro de hospitalização pode ocasionar um desgaste físico e emocional no paciente e acompanhantes e o sistema de isolamento por precaução pode intensificar esse desgaste. Diante de tal configuração, surgiu o interesse em pesquisar acerca da dinâmica familiar dos pacientes internados e seus acompanhantes, além de investigar quais intervenções psicológicas são realizadas no ambiente de isolamento. Tendo como objetivos específicos verificar quais fatores afetam a dinâmica familiar dos pacientes internados e identificar as principais queixas e intervenções psicológicas do grupo familiar do paciente internado, por meio de entrevista semiestruturada com os acompanhantes maiores de 18 anos. Para tal, a metodologia utilizada foi qualitativa com natureza aplicada, atrelada a pesquisa de campo, com objetivo exploratório. O instrumento escolhido para coleta de informação foi a entrevista semiestruturada. A amostra da pesquisa é formada por um total de 05 acompanhantes, com idades entre 24 e 48 anos. A pesquisa teve como resultado que a dinâmica familiar do paciente é alterada, sendo identificada ruptura do funcionamento familiar, distanciamento entre os membros da família, reorganização das tarefas diárias e adição de novas relações. Além disso, ocorrem os atendimentos de psicologia, porém sua relevância não foi identificada por três dos acompanhantes, enquanto que os demais acompanhantes citaram alívio e diminuição do estado de nervosismo diante da hospitalização do paciente.

**Palavras Chaves:** Dinâmica Familiar, Isolamento por precaução de Paciente Infantil, Intervenção Psicológica Hospitalar.

## ABSTRACT

SILVA, Keila Ferreira da. **PEDIATRIC ISOLATION IN HOSPITAL HOSPITALIZATION: Family Dynamics and Psychological Interventions.** 2019. 79 f. Course Completion Work (Undergraduate) - Psychology Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas / TO, 2019.

The present study presents a survey of families who are hospitalized in isolation from the public children 's hospital in Palmas, in order to identify the changes that occurred in the family dynamics of patients and caregivers hospitalized at this hospital unit. Considering that the hospitalization scenario can cause physical and emotional exhaustion in the patient and companions and the precautionary isolation system can intensify this wear and tear. Faced with such a configuration, the interest arose in researching the family dynamics of hospitalized patients and their companions, as well as investigating which psychological interventions are performed in the isolation environment. The main objective of this study was to verify which factors affect the family dynamics of hospitalized patients and to identify the main complaints and psychological interventions of the hospitalized patient's family group through a semi-structured interview with the companions over 18 years of age. For this, the methodology used was qualitative with an applied nature, linked to field research, with an exploratory objective. The instrument chosen for the collection of information was the semi-structured interview. The sample of the research is formed by a total of 05 companions, aged between 24 and 48 years. The research had as a result that the family dynamics of the patient is altered, being identified a rupture of the familiar functioning, estrangement between the members of the family, reorganization of the daily tasks and addition of new relations. In addition, psychology visits were performed, but their relevance was not identified by three of the companions, while the other companions cited relief and decreased nervousness in the face of patient hospitalization.

Keywords: Family Dynamics, Precautionary Isolation of Child Patients, Hospital Psychological Intervention.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>09</b> |
| <b>2 A PSICOLOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA SAÚDE MENTAL DO INDIVIDUO NO ÂMBITO HOSPITALAR.....</b>                   | <b>14</b> |
| 2.1 Contribuições da Psicologia Hospitalar no Tratamento do Paciente.....   | 15        |
| <b>3 O ISOLAMENTO POR PRECAUÇÃO: quando a intervenção necessária provoca consequências aversivas no paciente.....</b> | <b>20</b> |
| 3.1 Quando o isolamento por precaução é destinado ao paciente infantil.....   | 25        |
| <b>4 O PACIENTE INTERNADO E SUA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>5 METODOLOGIA.....</b>   | <b>34</b> |
| 5.1 DESENHO DO ESTUDO.....  | 34        |
| 5.2 LOCAL E PERIODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....  | 34        |
| 5.3 OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA.....  | 34        |
| 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....   | 35        |
| 5.5 VARIÁVEIS.....  | 35        |
| 5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....        | 35        |
| 5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....  | 38        |
| 5.7.1 Riscos.....   | 39        |
| 5.7.2 Benefícios .....  | 39        |
| 5.7.3 Desfechos.....  | 39        |
| 5.7.3.1 Desfecho Primário.....  | 39        |
| 5.7.3.2 Desfecho Secundário.....  | 39        |
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>40</b> |
| 6.1 A Família do paciente internado no leito de isolamento.....   | 45        |
| 6.2 A dinâmica familiar do paciente internado.....  | 47        |
| 6.3 O atendimento psicológico e a percepção do acompanhante pós atendimento.....                                      | 51        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>60</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>ANEXO.....</b>   | <b>78</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde condiz com um bem-estar físico, mental e psicológico. Porém, essa definição pode ser vista de distintas maneiras, sendo influenciada pelo contexto, ambiente e população que a emprega Dejours (1986 apud SILVA, 2005). Portanto, são imprescindíveis as contribuições teóricas e práticas que auxiliem no processo de entendimento da condição do estado de saúde ou doença de um indivíduo.

No campo da Psicologia, este conceito de saúde e doença é estudado pela Psicologia da Saúde. Esta área consiste em um campo de conhecimento derivado da Psicologia que possui, dentre seus objetivos, a compreensão dos fatores que agem sobre o processo de saúde e doença, seja no âmbito biológico, comportamental ou social (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Deste modo, a Psicologia da Saúde não restringe seu campo de atuação ao estado de saúde ou doença, como condição única do indivíduo, mas busca identificar na dinâmica contextual quais medidas podem ser adotadas para que haja a promoção e prevenção da doença (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011). Quando o processo de adoecimento acomete o sujeito, a identificação dos fatores psicológicos que podem contribuir para restauração da saúde ou que aceleram o progresso da patologia se faz necessária, pois mediante a compreensão destes, há condições de melhorias no quadro clínico e na vida do paciente.

É importante ressaltar segundo Teixeira e Leal (1990) que a Psicologia da Saúde, apesar de ter aproximação com a medicina, não objetiva o estudo da doença ou cura, mas em identificar de que maneira o indivíduo foi afetado por tal condição e as formas de enfrentamentos utilizados pelo paciente.

A psicologia hospitalar, apesar de ter seus preceitos confundidos com as práticas da psicologia da saúde, possui particularidades como, por exemplo, ser restrita ao contexto hospitalar, buscando neste ínterim executar atividades relacionadas ao paciente, acompanhantes e equipes multiprofissionais (ROMANO, 1999). Esta área da psicologia possui vertentes que visam contribuir com as bases teóricas da psicologia da saúde, através da compreensão do processo de adoecimento e suas implicações psicológicas para o indivíduo. Vale ressaltar que não são apenas as doenças psicossomáticas que recebem atenção na psicologia hospitalar, esta compreende que todas as patologias acarretam no sujeito alguma forma de adoecimento psíquico (CANTARELLI, 2009).

Cabe ao psicólogo hospitalar propiciar, no cumprimento de suas atribuições, não somente atendimento ao paciente e sua condição clínica, mas estender esse acompanhamento psicológico aos familiares e equipes de saúde, que enfrentam no decorrer do tratamento, momentos de angústia. Esse apoio é feito mediante a escuta das demandas que o sujeito apresenta, ou seja, compreendendo o sujeito como um ser dotado de subjetividade e que tem particularidades que excedem a condição de doente. Esta escuta facilita a comunicação entre o paciente, a família e a equipe de assistência multiprofissional (MEIADO; FADINI, 2014).

Considerando o contexto de saúde e doença e as implicações psicológicas destas para o sujeito, bem como o saber psicológico na atuação dessas demandas, é importante evidenciar, segundo Silva et. al., (2012, p. 47) que as práticas desenvolvidas pelo psicólogo precisam acompanhar a classificação etária desse sujeito, pois além dos fatores subjetivos de cada ser, existe a capacidade de compreensão que este indivíduo possui fato este que afeta consideravelmente a aceitação do tratamento e do estado de adoecimento.

As crianças, por estarem em fase de curiosidades e descobertas, veem na internação uma forma de cerceamento de suas atividades. Diante da reclusão estrutural e limitação das atividades, as crianças tendem a reagir negativamente ao processo de internação. Concomitante a esse fator, estão os procedimentos médicos que são recebidos pelas crianças como dolorosos e traumáticos, trazendo para a criança sentimentos de medo e rejeição quanto à unidade hospitalar (CARDIM et. a., 2008).

Há casos em que se torna necessária a internação em leitos de isolamento, sendo este um dos métodos usados por Florence Nightingale, em meados do século 19, quando o controle de infecção e contaminação entre os pacientes ainda não tinha sido objeto de estudos. Porém, isolar os pacientes mostrou-se desde essa época, uma medida eficaz na diminuição do número de casos de infecção entre os pacientes (NICHATA, 2004).

Essa medida serve como prevenção e precaução no que tange o controle das doenças transmissíveis (LOPES, 2015). E ainda é tida como medida assistencial que cerceia ainda mais o nível de mobilidade do paciente, o que pode gerar sintomas de desconforto para o sujeito internado, principalmente os que compreendem a faixa etária infantil.

A internação de um ente acarreta no ambiente familiar uma série de mudanças. Em se tratando de pacientes infantis, faz-se necessária o acompanhamento de um adulto que responda legalmente pela criança, geralmente a figura materna (BOWLBY, 1993 apud GONÇALVES, 2009). A família precisa dispensar certo período de tempo para auxiliar nos cuidados com o

enfermo, além de atuar como recurso de enfrentamento para criança. Portanto, o núcleo familiar precisar adaptar-se a condição do paciente, ainda que tal medida se configure como alteração na estrutura familiar (GOMES et. al., 2014).

Depreende-se, assim, que as implicações psicológicas desencadeadas durante o processo de internação possuem diversas causas e podem emergir nos pacientes e acompanhantes o que implica em uma investigação por parte do psicólogo.

O presente trabalho busca compreender como as famílias se organizam no ambiente hospitalar diante de uma internação de uma criança da família, com advento da internação ser no local destinado ao isolamento por precaução. Além disso, a pesquisa busca investigar acerca dos atendimentos realizados pela equipe de psicologia.

Deste modo, o trabalho visa verificar como se configura a dinâmica familiar dos pacientes internados nos leitos de isolamento e as intervenções de psicologia que são realizadas no local.

Considerando esse questionamento, o objetivo geral do trabalho é analisar a dinâmica familiar e as intervenções psicológicas na internação pediátrica em isolamento de um Hospital Público. Enquanto que os objetivos específicos são alicerces para se chegar ao objetivo geral, sendo eles: verificar quais fatores afetam a dinâmica familiar dos pacientes internados e identificar as principais queixas e intervenções psicológicas do grupo familiar do paciente internado, por meio de entrevista semiestruturada com os acompanhantes maiores de 18 anos. A relevância deste trabalho, tantos em termos social, acadêmico e pessoal, se dá pelos seguintes motivos.

O processo de hospitalização comumente desencadeia no indivíduo um abalo emocional, visto que o restringe das atividades diárias com as quais estava habituado.

Concomitante a isso, a patologia que desencadeia a necessidade de internação acarreta sintomas e procedimentos desconfortáveis para o internado, o que torna a hospitalização uma condição aversiva para o paciente (GOMES et. al., 2014).

A depender das condições do quadro clínico que o paciente apresente, faz-se necessária uma intervenção mais restrita, o isolamento. O isolamento constitui-se de uma medida de prevenção e/ou precaução para os profissionais de saúde, próprios pacientes e acompanhantes (LOPES, 2015).

É importante salientar que o paciente em situação de isolamento tem o contato social mais restrito que as internações nas enfermarias ou pronto socorro. Portanto, o paciente está

sujeito a sentimentos ligados a solidão e ao medo por se tratar de uma medida extrema. Quando o internado é transferido para o setor de isolamento, seu acompanhante (quando o paciente necessita de um) também deve locomover-se para o local, ou seja, ambos contam na maior parte do tempo com a companhia apenas um do outro, exceto pela equipe de profissionais que vão ao leito para realizar os procedimentos pertinentes ao tratamento (LOPES, 2015).

A necessidade de intervir frente a uma possível exposição do paciente à infecção hospitalar denota a importância do local de isolamento. Ainda que para o paciente pareça uma situação atípica e aversiva, é preciso compreender que esta medida busca proteger o paciente e seu acompanhante de possíveis infecções (LOPES, 2015).

As crianças em situação de isolamento estão mais susceptíveis a desencadarem quadros de estresse, por tratar-se de um público com menos entendimento dos motivos que a impedem de continuarem a brincar ou interagir com as demais crianças (CARDIM et. al., 2008). Segundo Cardim et. al. (2008) por ficarem restritas ao contato social e com menos possibilidades de entretenimento, supõe-se que esses pacientes desencadeiem quadros de aversão ao contexto hospitalar, o que compromete sua aceitação do tratamento. Este fato torna imprescindível o acompanhamento psicológico dessas crianças e seus acompanhantes, dando-lhes condições de enfrentamento, bem como amenizar os sintomas desencadeados no período de isolamento.

Considerando tais dados, esta pesquisa busca auxiliar no entendimento das alterações envolvendo as dinâmicas dos pacientes e acompanhantes, além de evidenciar a importância do acompanhamento psicológico, enaltecendo ainda medidas que possam ser utilizadas para melhorar a aceitação e adaptação do paciente e acompanhante no processo de isolamento e assim diminuir as consequências negativas que esse método possa acarretar.

Além disso, a respectiva pesquisa foi inspirada na experiência da pesquisadora no estágio realizado no hospital infantil. Tendo a acadêmica observado a importância de realizar uma pesquisa acerca dos problemas que os pacientes e acompanhantes comumente relatavam. Visto que suas falas demonstravam que os mesmos estavam apreensivos com a ida para o local destinado aos leitos de isolamento e a situação de ter o contato limitado com as demais pessoas e áreas do hospital. Foi percebido ainda que durante os relatos realizados nos prontuários dos pacientes, por parte dos psicólogos, ocasionalmente havia transcrições dessa insatisfação.

Outro fator decisivo para realização da pesquisa, diz respeito à ampliação do conhecimento acerca dessa temática por parte da comunidade acadêmica, considerando que há

poucos estudos sobre o tema e dessa forma ampliar a discussão sobre a temática contribuindo com material acadêmico que seja utilizado como fonte de pesquisa futuramente.

O trabalho foi estruturado da seguinte maneira, capítulo 2 que dispõe a psicologia e suas contribuições para saúde mental do indivíduo no âmbito hospitalar, que aborda o surgimento e historicidade da psicologia da saúde. A seguir o capítulo 2 possui um subcapítulo intitulado contribuições da psicologia hospitalar no tratamento do paciente, este subcapítulo aborda sobre os preceitos da psicologia hospitalar, bem como atuação do psicólogo hospitalar.

O próximo capítulo (3) o isolamento por precaução: quando a intervenção necessária provoca consequências aversivas no paciente. Este capítulo conceitua sobre o isolamento, abordando ainda a importância e finalidade desse espaço dentro da unidade hospitalar, fazendo uma correlação com as consequências da transferência do paciente para esse local. Este capítulo aborda ainda no subcapítulo (3.1) quando o isolamento por precaução é destinado ao paciente infantil, que se destina a discorrer sobre o paciente infantil e sua percepção frente a estada no leito de isolamento.

Por fim, o capítulo 4 o paciente internado e sua relação com a família. Este capítulo é destinado a descrição do papel que a família desempenha diante da hospitalização do seu familiar.

A seguir são apresentados os recursos metodológicos utilizados na pesquisa, incluindo o instrumento utilizado na coleta de dados (entrevista semiestruturada). E por fim, os resultados e discussões acerca dos dados que foram coletados traçando um paralelo com os capítulos anteriormente citados. E por fim, as considerações finais são apresentadas, com uma breve explanação da pesquisa como um todo, tendo ao final propostas a serem desenvolvidas futuramente.

E foram incluídas ainda, além das referências utilizadas na pesquisa, os seguintes apêndices: Declaração de autorização da Instituição Participante; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Termo de Compromisso para Utilização Banco de Dados (TCUBD), Carta de Anuência do Local da Coleta de Dados e Declaração do Pesquisador Responsável. Além do anexo com Parecer do Comitê de Ética, sendo este favorável a execução da pesquisa.

## **2 A PSICOLOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA SAÚDE MENTAL DO INDIVÍDUO NO ÂMBITO HOSPITALAR**

A psicologia possui, dentre suas ramificações teóricas, a psicologia da saúde, área que se propõe a estudar promoção da saúde, prevenção dos processos patológicos, considerando para tal o campo clínico, observando os distúrbios psicológicos que decorrem do estado de adoecimento (TEIXEIRA e LEAL, 1990). Portanto, a psicologia da saúde promove a partir das suas contribuições, uma aproximação entre a medicina e a psicologia.

Por volta da década de 70, o modelo biopsicossocial proposto por Engel permitiu que a psicologia da saúde fortalecesse sua aproximação com o modelo biomédico, pois este, até então, não considerava os aspectos psicológicos no decurso de suas pesquisas, investigações e formulações, ficando restrita aos fatores biológicos (MARCO, 2006). De acordo com Marco (2006, p. 64) o modelo biopsicossocial, considera além do biológico, os fatores psicológicos e sociais, para entendimento do contexto no qual o indivíduo está inserido, bem como a influência destes no processo de adoecimento.

Desta forma, a psicologia da saúde contribui significativamente para compreensão do indivíduo acometido por dada patologia, ampliando o foco da medicina para além dos preceitos técnicos. Então, implica em uma investigação global acerca do sujeito, buscando assim compreender o adoecimento e as consequências deste na vida do indivíduo.

Canguilhem (1990) define que a patologia tem estreita relação com a experiência que o ser adquire ao longo da sua vivência. Para tanto, é preciso considerar ainda, o meio no qual o indivíduo está inserido, pois conforme o ambiente e condições a qual o homem é exposto, suas crenças relativas a patologia pode ser diversificada, ou seja, estar doença ou saudável, pode ser categorizado de formas distintas a depender da localidade.

O modelo biopsicossocial, amplamente difundido na psicologia da saúde, apresenta a possibilidade de obter dados acerca da vida do sujeito, que estão além da patologia, visa estudar a interação deste com a doença, com os fatores que contribuem para a cura ou prevenção de novas enfermidades. Canguilhem (1990), ao discorrer sobre a totalidade orgânica e das relações com o meio, evidencia a importância dessa análise ampliada, para compreensão dos processos de saúde e doença.

De acordo com Straub (2014), outro aporte teórico que fortalece o modelo biopsicossocial é a teoria sistêmica, pois fundamenta sua teoria, especificamente o que tange a saúde, em um processo hierárquico compreendido por uma série de sistemas que são compostos

por subsistemas. A interação entre eles permite que haja uma totalidade e que diante de uma enfermidade, como por exemplo, o sistema cardiovascular comprometido (infarto), afetará os subsistemas que o compõe ou que dele dependem e conseqüentemente os demais sistemas que estão interligados a esse sistema comprometido.

A psicologia da saúde busca contribuir para o entendimento dos processos saúde e doença considerando a relação do indivíduo com tal estado. Desta forma, os psicólogos que atuam na área da psicologia da saúde, são aptos a atuarem nos distintos níveis de atenção a saúde, porém seu enfoque está nas áreas de ensino, pesquisa e intervenção dentro do âmbito clínico (STRAUB, 2014). E apesar desse enfoque “Os psicólogos da saúde brasileiros ainda publicam pouco, especialmente em revistas internacionais, especialmente as indexadas e com bom índice de impacto” (GORAYEB, 2010, p. 119).

Cabe a ressalva que a psicologia da saúde teve origem a menos de 50 anos, portanto, é compreensível esse baixo índice de estudo e publicações sobre o tema, possivelmente esse dado tende a mudar, visto que a área tem sido cada vez mais aplicada e difundida no meio acadêmico e profissional (GORAYEB, 2010).

Por se tratar de uma área relativamente nova no âmbito da psicologia, a psicologia da saúde, por vezes é confundida com as demais áreas, como por exemplo, a psicologia clínica. O que evidencia a diferença entre psicologia clínica e psicologia da saúde é o fato da primeira restringir-se ao contexto dos distúrbios que afeta o indivíduo ou grupo a nível comportamental e/ou emocional, enquanto que a segunda área de conhecimento, não implica na necessidade da existência de um distúrbio, visto que um de seus pressupostos é a prevenção da doença (GORAYEB, 2010, p. 119). Outra área de conhecimento que por vezes é confundida com a psicologia da saúde e a psicologia hospitalar.

A psicologia hospitalar também figura como uma área de conhecimento, que erroneamente é confundida com a psicologia da saúde. Entretanto, a psicologia hospitalar deriva da psicologia da saúde e apesar da semelhança entre ambas, seus preceitos são menos abrangentes.

## 2.1 Contribuições da Psicologia Hospitalar no Tratamento do Paciente

A psicologia hospitalar destina-se ao:

Entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p. 15)

O adoecimento biológico (SIMONETTI, 2004) comumente está atrelado a fatores psíquicos, seja como decorrente desse estado ou fator causal, portanto, o tratamento baseado apenas na patologia não contempla o estado do paciente como um todo. Além disso, o hospital apesar de figurar no nível terciário de assistência de saúde consiste em uma instituição que preza além do tratamento da patologia, na conscientização do indivíduo, para que o mesmo adote medidas que evitem recaídas ou aquisição de novas doenças. Considerando que além dos aspectos biológicos, existem os aspectos psicológicos.

Contudo, os aspectos psicológicos podem gerar certo nível de resistência no paciente, impedindo que este tenha adesão ao tratamento e ao processo de mudança. Fato que torna imprescindível a presença do psicólogo no ambiente hospitalar, atuando como um mediador das demandas psicológicas que afetam a terapêutica (ROMANO, 1999, p.30). Considerando ainda que esta atuação vai além dos cuidados com o paciente, amplia-se para equipe técnica e acompanhantes dos pacientes. Dessa forma é importante ressaltar o papel do psicólogo considerando os fatores históricos.

De acordo com Cantarelli (2009, p.138) até meados da década de 40, período pós segunda guerra mundial, o papel do psicólogo no ambiente hospitalar era limitado a necessidade de psicodiagnóstico, mas esse parecer sobre o paciente não levava em consideração dados além da doença. Outro fato que limitava a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, era a notoriedade que a psicologia clínica possuía, sendo considerada a principal campo de atuação do psicólogo. Por volta da década de 70, os psicólogos passaram a especializar-se e a incorporar seu trabalho junto a equipe multidisciplinar do hospital.

E apesar de derivar da Psicossomática (CANTARELLI, 2009), a psicologia hospitalar ao contrário desta, não restringe sua área de conhecimento às doenças desencadeadas por processos psicológicos. Nas suas contribuições para psicologia, estão o estudo das implicações psicológicas em todo processo de adoecimento, independente da patologia apresentada pelo enfermo, pois este é tido como ser único arraigado por sua subjetividade (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 215).

Considera ainda que dentre as características da psicologia hospitalar têm-se que a mesma não se configura como uma medida de idealismo frente as necessidades do paciente, mas como um recurso utilizado durante o enfrentamento da patologia e posterior internação(SIMONETTI, 2004). Esta característica da psicologia hospitalar diferencia-a da

psicologia clínica, que no decurso de suas atribuições prima por um objetivo a ser seguido e posteriormente alcançado.

Para Mosimann e Lustosa (2011), a psicologia hospitalar tem como objetivo dar aos pacientes condições de transpor a doença, por meio da elaboração simbólica desse período de enfermidade. O tratamento da patologia propriamente dita fica a cargo da equipe de assistência médica, o psicólogo hospitalar não possui habilidade ou competências técnicas para instaurar processo de cura ou anulação dos sinais e sintomas no paciente, sua tarefa está voltada para a ajuda prestada junto ao paciente, mediante a exploração da relação que ele tem com o processo da doença.

É importante ressaltar que não são todas as ocasiões que o psicólogo hospitalar irá guiar o paciente durante o tratamento em sentido a cura, alguns pacientes apesar de todo esforço da medicina, podem enfrentar à condição de não cura, ou seja, pacientes terminais que não possuem mais recursos médicos para alcançarem a aniquilação da doença. Outra situação comum é a prevalência de medos, traumas e sentimentos desagradáveis oriundos do processo de internação, que podem surgir no paciente ou na equipe de assistência (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 220).

As relações que o paciente estabelece são de interesse para o psicólogo hospitalar, dentre elas: “pessoa com pessoa, pessoa com grupo, paciente com processo de adoecer e com a situação de hospitalização e o paciente consigo mesmo” (ROMANO, 1999, p.34-35). Conhecendo esta rede de relacionamento do paciente, é possível uma aproximação no processo de comunicação e uma linguagem compartilhada entre todos, família, equipe, psicólogo e paciente (ROMANO, 1999).

A internação é um processo que não obedece a um cronograma de datas fixas, pois pode ser antecipada ou estendida em virtude de fatores que vão além da condição de doente do paciente. Deste modo a terapia breve possui características mais contundentes com a prática dentro do ambiente hospitalar (SÁ, 2005 *apud* SILVA et. al., 2012). Visto que as demandas psicológicas requerem um tempo de intervenção e que nem sempre há um prazo que cubra esse período, o psicólogo deve então trabalhar com máximo de presteza e competência no desenvolvimento da intervenção, muitas vezes em um curto período de tempo (SIMONETTI, 2004)

E apesar de não terem habilidade técnica para decidirem quanto as especificidades do tratamento do paciente, cada vez mais os psicólogos que atuam na instituição hospitalar

participam de decisões referente aos procedimentos relacionados ao enfermo. Por este motivo, cabe a eles uma clareza quanto cumprimento de suas competências profissionais (TONETTO; GOMES, 2007, p. 90).

No início a psicologia hospitalar, apesar de possuir o campo de atuação dentro da unidade hospitalar, não se restringiu somente a esse contexto. No cumprimento de suas atribuições estavam desde o cuidado com o paciente até questões relacionadas a parte organizacional do hospital (FOSSI; GUARESCHI, 2004, p. 34). Essa ausência de esclarecimento quanto as práticas do psicólogo hospitalar dificultavam a comunicação entre ele e a equipe multidisciplinar (TONETTO; GOMES, 2007).

Segundo Tonetto e Gomes (2007), com os avanços ocorridos na psicologia e especializações voltadas para psicologia hospitalar, sua inserção na equipe multidisciplinar se deu gradativamente, contribuindo com suas práticas e saberes, no acompanhamento dos pacientes e acompanhantes. Observa-se dessa forma, que a prática do psicólogo no íterim do ambiente hospitalar, pouco a pouco vai rompendo as barreiras impostas pela relação estabelecida entre as distintas áreas de conhecimento, que mutuamente colaboram com os procedimentos relacionados ao paciente.

Atualmente, dentre as atribuições do psicólogo hospitalar determinadas pelo Conselho Federal de Psicologia no art. 9º, da Resolução 014/00, datada de 20 de dezembro de 2000, estão:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, (...). Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente (...) Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo (CFP, 2001, p.13)

Dessa forma, depreende-se que a atuação do psicólogo deve compreender o atendimento nos mais distintos níveis e situações de adoecimento, seja participando de ações que resultem na promoção e prevenção dessas enfermidades ou no acompanhamento dos pacientes no decurso da patologia. Então, este profissional elabora estratégias de enfrentamento que vão permitir que o indivíduo consiga lidar com suas ansiedades relacionadas à doença, diminuindo as situações desencadeadoras de estresse, que dificultam a intervenção terapêutica (MEIADO; FADINI, 2014).

Conseguir executar suas atividades, segundo as demandas individuais de cada paciente tem sido um dos principais desafios da psicologia hospitalar (MEIADO; FADINI, 2014),

juntamente com a dificuldade em estabelecer perante a equipe multidisciplinar uma parceria e ajuda mútua. Com a superação dessas dificuldades, a equipe de saúde tende a se fortalecer, propiciando ao paciente um atendimento global, que sane as distintas necessidades que surgem no decorrer do tratamento, seja em nível psíquico, social ou biológico. Neste ínterim é importante considerar as nuances que a psicologia oferta, tal como a psicologia pediátrica.

A psicologia pediátrica, ainda que possua seus preceitos vinculados diretamente a psicologia da saúde, detém conhecimentos úteis na prática hospitalar, pois ao atender as demandas infantis é preciso compreender as variáveis envolvidas nesse processo, tais como: idade da criança, nível cognitivo para compreensão da internação ou patologia, meio social que ela estar inserida, procedimentos a serem adotados no decurso do tratamento, dinâmica familiar (acompanhantes), relação com internações anteriores ou averiguar se a situação é nova para criança, dentre outros (SILVA et.al, 2012, p. 47).

Viana e Almeida (1998, *apud* SILVA et.al, 2012, p. 47) consideram que na atuação do psicólogo hospitalar em unidades pediátricas deve-se considerar três aspectos, sendo eles, a educação dos pais, que diz respeito ao apoio e esclarecimentos prestados, quando for necessário; avaliação e intervenção precoce, ou seja, identificar os grupos mais vulneráveis e com situação socioeconômica menos favorável; e a terceira consiste no desenvolvimento das competências sociais nas crianças, para que estas consigam alcançar níveis de aptidão social elevados e estratégias de enfrentamento dos problemas que por venturam venham a surgir. esses aspectos devem receber atenção durante o período de internação hospitalar.

A internação hospitalar é um processo de difícil aceitação para o paciente, podendo desencadear uma série de outras patologias, distinta daquela que originou a internação, como por exemplo, a depressão. Dentre as causas que podem acarretar no surgimento da depressão no ambiente hospitalar, estão: insônia culpa injustificada (esta tem estreita relação com os pacientes infantis), ambivalência afetiva, persistência dos sintomas, apatia, isolamento, entre outros (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 44).

Angerami-Camon (2011) considera que o estado depressivo é uma das diversas patologias que podem surgir em detrimento da internação, pois a condição de doente, seguida da necessidade de procedimento invasivos, tornam o paciente com uma predisposição ao surgimento de outras doenças. Portanto, o psicólogo hospitalar deve estar atento aos sinais e sintomas que não são típicos da patologia que o paciente apresenta, ou seja, são doenças que surgem em decorrência da patologia inicial. O psicólogo deve buscar formas de enfrentamento,

bem como condições para que não haja interferência na resposta imunológica do internado, pois estas respostas imunológicas podem ser alteradas com surgimento dessas patologias subjacentes.

Segundo Angerami-Camon (2011), outros fatores como: estresse, tensão, isolamento e/ou afastamento das pessoas que lhe transmitem proteção, sentimento relacionado a possibilidade de morte, perda da noção de tempo transcorrido, ações que causem sofrimento no outro seja de forma direta ou indireta. Estes fatores podem agir como empecilho para evolução do quadro clínico do paciente, é sabido que alterações de cunho psicológico afetam o estado biológico do paciente, especialmente no que tange o processo de recuperação, pois o tornam indiferentes ao tratamento.

Portanto, o psicólogo hospitalar deve estar atento não somente às demandas visíveis ou solicitadas, mas àquelas que aparecem de forma sutil, sem que o paciente, familiar ou mesmo a equipe de assistência perceba ou dê importância ao fato (VIEIRA, 2010). De acordo com Vieira (2010) a prática no ambiente hospitalar, de fato é complexa e exige por parte do profissional psicólogo um domínio de suas técnicas interventivas, uma escuta qualificada e um olhar para além do que o paciente apresenta no momento do atendimento. Fatores como a não evolução do quadro clínico do paciente podem consistir em um sinal de atenção para outras demandas.

Compreender o paciente em sua totalidade requer do psicólogo um plano de intervenção que inclua os familiares e a equipe multiprofissional. Essa triangulação entre família, paciente e equipe multiprofissional fornecem informações relevantes para o entendimento dos eventos que intensificam o processo de cura ou mecanismos de enfrentamento no período de internação (VIEIRA, 2010, p. 515).

O psicólogo deve estar atento também as consequências psicológicas que a internação em situação de isolamento pode causar, pois, existem casos em que o paciente deve ser resguardado, casos em que há uma diminuição da interação com demais pacientes e equipe profissional, sendo o paciente transferido para um leito de isolamento.

### **3 O ISOLAMENTO POR PRECAUÇÃO: quando a intervenção necessária provoca consequências aversivas no paciente.**

Em meados do século XVI, o isolamento já consistia em uma prática que tinha como objetivo separar o sujeito doente dos que estavam sãos, porém os critérios e manejos adotados

na época eram realizados visando somente a exclusão do paciente do convívio social, sem considerar os aspectos psicológicos (NICHATA et. al., 2003).

De acordo com Nichiata et. al. (2003, p. 63), a quarentena é um exemplo da privação social, esses sujeitos deveriam permanecer por um período de quarenta dias excluídos dentro do navio que fora usado nas viagens até países considerados epidêmicos. O intuito de isolar essas pessoas nesse período de tempo era a observação do surgimento ou não de doenças.

A partir do século XVII, com os avanços no campo da medicina, foi descoberta que a transmissão das doenças tinha como fonte agentes microbiológicos e que, portanto, esse deveria ser o enfoque da prevenção e precaução. Dessa forma houve avanço na área de intervenção terapêutica, pois era possível determinar ou aproximar-se da causa da doença.

Áreas da medicina como bacteriologia e microbiologia, por meio dos avanços científicos em suas respectivas áreas, permitiram um conhecimento mais amplo no que diz respeito aos conceitos de saúde e doença (NICHATA et. al., 2003, p. 64). Após as descobertas dessas áreas, o isolamento passa a ser visto como um processo de prevenção e precaução, com base em conhecimento científico e não como uma medida que abarcava todo e qualquer indivíduo que fosse exposto a regiões tidas como epidêmicas.

Nessa época, a instituição hospitalar era um local utilizado para uma série de medidas assistenciais, que não eram necessariamente associadas à um estado de enfermidade, pois os cuidados ao doente eram em sua maioria prestados no ambiente domiciliar (NICHATA et. al., 2003).

Com o advento do capitalismo industrial, no século XVIII, os hospitais passam por uma série de reformulações, deixando de funcionar como abrigo para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, sendo então reconhecidos como local de assistência às pessoas enfermas (NICHATA et. al., 2003, p. 64). Apesar de consistir em um ambiente que tinha como objetivo o tratamento das pessoas que estavam acometidas por dada patologia, suas intervenções terapêuticas não tinham medidas que assegurassem o controle de infecções.

Desta forma, a infecção hospitalar consistia em um empecilho para o cumprimento do objetivo ao qual o hospital se destinava. No século XIX, Semmelweis, Joseph Lister e Florence Nightingale propuseram técnicas de assepsia, tais como lavagem das mãos, campos cirúrgicos, isolamento, assistência médica realizada de forma individual, que diminuía os níveis de infecção hospitalar. É importante ressaltar que os altos índices de infecção no ambiente hospitalar aumentam consequentemente as taxas de mortalidade, além do tempo de

permanência do paciente, o que sugere um aumento nos custos das internações hospitalares, além de um risco para integridade do paciente (MAZIERO et. al., 2012, p. 116).

No século XX, precisamente na década de 90, o Ministério da Saúde implementou a Comissão de Controle Infecção Hospitalar, visando melhorias na atenção e cuidados com paciente. O intuito dessa Comissão é a de controlar os quadros de infecção hospitalar, prevenindo que as patologias sejam disseminadas dentro da unidade hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dentre as mudanças sancionadas pela CCIH, estão a implementação dos leitos de isolamento. Além disso, a Comissão de Controle Infecção Hospitalar propôs ao ambiente hospitalar uma série de medidas que promovem ações de segurança, prevenção e precaução para pacientes e profissionais de saúde, dentre elas o uso de acessórios de segurança, conhecidos como EPI's que promovem proteção individual; e o uso de práticas de higienização, desinfecção e/ou esterilização (MAZIERO et. al., 2012).

Outra medida adotada pelas CCIH's, diz respeito a ações de precaução que visam minimizar os níveis de contaminações entre pacientes, profissionais ou locais da unidade hospitalar que tenham indivíduo enfermo com suspeita de patologia infecciosa ou contaminados. Essas ações envolvem o uso de máscaras, aventais, luvas, lavagem correta das mãos e etc. (MAZIERO et. al., 2012).

As medidas de precaução podem ser classificadas de três maneiras, conforme cita ANVISA (2004). A primeira, denominada precaução padrão, consiste em uma medida interventiva, que deve ser posta em prática durante o atendimento de pacientes em que haja o risco à exposição de sangue, secreções, mucosas dentre outras. A segunda medida de precaução, conhecida como precaução específica, consiste em medidas que são executadas de acordo com a maneira que a transmissão ocorre, ou seja, identificando em cada patologia sua forma de transmissão e assim, de forma específica e direta, atuar com medidas que minimizem ou extingam esses riscos.

A precaução empírica consiste na terceira medida. Esta corresponde a ações voltadas para os pacientes que possuam alguma patologia clínica, e que respectivamente corresponda àquelas pertinentes a vigilância epidemiológica<sup>1</sup>, como por exemplo, diarreia, meningite e exantema generalizado. Porém não tenham obtido confirmação clínica (ANVISA, 2004). Os

---

<sup>1</sup>Conjunto de informações e investigações necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde.

leitos de isolamento também se configuram como medida de precaução, além de possuírem caráter preventivo.

As finalidades do isolamento são preservar os profissionais, pacientes e familiares da contaminação por bactérias e a transmissão de infecções altamente contagiosas ou de infecções epidemiologicamente importantes, além disso, evitar que esta bactéria seja levada para outros ambientes. Para a realização da área de isolamento é necessária a determinação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, que deve ser composta por profissionais da área da saúde, de nível superior, formalmente designados. Entre os membros estão o serviço médico, de enfermagem, de farmácia e de laboratório de microbiologia. A CCIH deve agir sempre amparada pelos protocolos (LOPES, 2015, p. 13).

É importante salientar que para ocorrer a transmissão de determinada infecção, dentro do ambiente hospitalar, são necessários três fatores, o primeiro diz respeito a fonte de infecção, ou seja, objetos, instrumentos, pessoas que possam estar com o agente causador da infecção.

A presença de um hospedeiro susceptível configura o segundo fator. Este hospedeiro comumente é aquele indivíduo que está susceptível a contrair os microrganismos que por ventura estejam na fonte de infecção, por exemplo, paciente em tratamento oncológico. Por fim, os meios de transmissão, ou seja, o que intermedia a transmissão da infecção entre a fonte de infecção e o hospedeiro susceptível, seja via área, contato, gotículas e etc. (ANVISA, 2004).

Desta forma, depreende-se que os leitos de isolamento exigem que o paciente restrinja seu contato com o mundo exterior, garantindo que haja uma eficiência no que tange a prevenção da proliferação dos agentes causadores das patologias, entre os pacientes, profissionais de saúde e/ou outros ambientes do hospital.

O advento da internação em leitos de isolamento não se restringe apenas ao contexto mencionado. Os pacientes que são alocados nesse serviço comumente enfrentam uma série de outras situações, que podem ou não serem desagradáveis. Os indivíduos que estão em situação de isolamento precisam estar cientes da sua condição, pois é imprescindível que haja um esclarecimento quanto ao agente que está sendo isolado e o sujeito que é portador desse agente (MORIYA; MANZOLI, 1986, p. 95)

O paciente, no decurso da internação em local de isolamento, pode ser visto pelos demais pacientes e acompanhantes como alguém que deve ser mantido distante, pois sua presença implica em estar em contato com o microrganismo causador de doenças. Outro agravante nessa situação, segundo Moriya e Manzoli (1986, p. 96), é o tipo de patologia que o enfermo apresenta, pois algumas doenças são menos aceitas que outras e podem gerar uma exclusão do paciente, levando-o a sentir-se solitário e rejeitado.

Conforme os expostos anteriores, o isolamento em ambiente hospitalar, é de fato, uma medida que ampara o sujeito enfermo, a equipe multiprofissional, acompanhantes e demais envolvidos no manejo clínico na unidade hospitalar. Entretanto esta medida interventiva, acarreta algumas consequências psicológicas ao paciente, por exemplo, restrição na comunicação e contato, sentimento de rejeição por parte dos outros pacientes ou mesmo do sujeito em situação de isolamento, estresse, angústia frente ao tratamento entre outras demandas psicológicas (DUARTE et.al, 2015, p. 93).

Geelhoed (1978 apud DUARTE, 2015) por volta da década de 70 apontava para as implicações “negativas”, que o isolamento causava nos pacientes. Para o autor, a situação de isolamento diminuía o contato e a duração do atendimento, por parte da equipe clínica. Além disso, o indivíduo pode se sentir só, visto que possui pouco ou nenhum contato com os demais pacientes e acompanhantes, além da angústia que é causada por um temor a doença que o “enclausurou”. Outro fato que gera desgaste e danos psicológicos é o receio que esse enfermo tem, é o de transmitir a patologia que o acomete, aos demais pacientes.

O isolamento restringe ainda, a deambulação, passeios a outros locais do hospital (que promovam atividades de recreação) e o contato social (a família). Os indivíduos que necessitam de internação hospitalar, ocasionalmente apresentam demandas relacionadas ao sofrimento psicológico, expressos das mais variadas formas como, falta de apetite, baixa adesão ao tratamento, aumento da resistência aos procedimentos de enfermagem e demais áreas de saúde e etc. (DUARTE et.al, 2015, p. 93).

Compreender que o enfermo, ao se deparar com uma situação que restringe ainda mais sua autonomia, ou que no decurso da internação passa por uma série de situações que requer por parte dele, recursos de enfrentamento, e que, esses recursos não estão dispostos sempre que o paciente deseja ou necessita, possibilita uma visão mais abrangente da situação (DUARTE et.al, 2015, p. 93)..

É imprescindível o estudo, compreensão e análise desses fatores, tidos como efeitos adversos do isolamento, pois, à medida que o paciente apresenta esses sentimentos e estes não são amenizados ou extinguidos, podem, no decorrer da internação afetar o processo de cura, bem como agravar a situação do paciente.

Evidenciar que estes efeitos, contrários a saúde do paciente, são passíveis de serem amenizados ou evitados, é de suma importância, no entanto, é preciso um envolvimento por parte da equipe multiprofissional, para identificar e acionar a equipe psicológica, para que

então, sejam tomadas as medidas cabíveis, sempre que esta julgar necessária a intervenção e a necessidade de acompanhamento de forma mais enfática.

Portanto, é preciso que o paciente tenha conhecimento, acerca dos motivos que o levaram a estar nessa situação, bem como ter suas dúvidas esclarecidas, receber suporte e apoio da equipe multiprofissional, tendo ênfase, quando necessário nas intervenções psicológicas. Pois “A educação do paciente no momento do isolamento é um componente crítico do processo para reduzir a ansiedade e a angústia” (ABAD et. al., 2010, p. 101).

Preparar o paciente, antes que seja consolidada a transferência para o leito de isolamento, configura como uma das medidas que podem atenuar esses efeitos negativos, visto que, esclarecer de antemão os motivos, benefícios e restrições do local de isolamento, dão ao sujeito condições de compreender e assimilar a situação, antes de fato, vivencia-la.

Segundo Russo; Donnelly; JM (2006) além do paciente, a família que geralmente é participativa durante a internação, seja como acompanhante ou realizando visitas, também precisa receber apoio. Pois o isolamento do paciente atinge não somente o sujeito internado, mas àqueles que necessitam estarem presentes durante a estadia do enfermo nas dependências do hospital. Em alguns casos, as especificidades do isolamento, dificultam as visitas ou gera no acompanhante um sentimento semelhante aos que o paciente vivencia, por exemplo, sentimento de solidão e angustia pela incerteza acerca da patologia e dos perigos que está implica para si e para os demais. Considerando o isolamento como forma de prevenção e precaução contra manifestações infecciosas, e conseqüentemente suas implicações para o paciente. É preciso atentar-se para um público que pode sofrer ainda mais com essas implicações, o público com idade de 12 anos incompletos.

### 3.1 Quando o isolamento por precaução é destinado ao paciente infantil.

A criança quando perpassa por uma debilidade quanto a sua condição de bem-estar físico e/ou mental, comumente apresenta uma sensibilidade quanto a esse estado (SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011). É comum crianças em situação de hospitalização apresentarem um déficit emocional, pois, estar em uma unidade hospitalar por dado período de tempo, acarreta em uma alteração no cotidiano do indivíduo, especialmente as crianças, que apresentam a depender da idade, dificuldade para elaboração e enfrentamento do quadro de hospitalização.

Para Masseti (1998 apud SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011) a unidade hospitalar não constitui para a criança, um ambiente em que ela esteja à vontade para desfrutar da sua infantilidade. O hospital apresenta uma estrutura física, distante daquela em que a criança costuma interagir, os procedimentos aos quais elas são submetidas, também são tidos como experiências novas, e taxadas muitas vezes como indesejadas.

O fator cultural, tem papel fundamental na forma como a criança enfrenta a hospitalização, visto que, o meio social a qual ela pertence, é o responsável por lhe repassar regras de conduta, normas, ideias, costumes entre outros e assim contribuir para formação do eu do indivíduo. Porém diante de uma internação, a criança passa a ser vista como alguém que precisa receber cuidados, e estes, são dados por diversas pessoas, que exercem autoridade acerca das regras que o menor deve seguir. Essa situação, em que há uma mudança do padrão cultural que vigorava até então para a criança, pode desencadear um processo de frustração do eu (ANGERAMI-CAMON, 2003).

A instituição hospitalar, em alguns momentos pode implicar em um ambiente hostil para criança, considerando o quadro clínico que está comprometido com alguma patologia, atrelado ao fato de ser preciso ficar em uma instituição desconhecida, que em nada se assemelha com as experiências anteriores. Resulta em uma experiência difícil de ser aceita. (SCHNEIDER; MEDEIROS, 2011, p. 141).

A doença representa por si, uma fonte de sofrimento para aquele que o detém, as crianças costumam enfrentar esse período com menor animosidade que os adultos, pois a enfermidade implica em um estado de dor, confusão e frustração. Somado a estes fatores, a hospitalização representa um “perigo” à aquilo que o paciente conhece, desta forma a necessidade de permanecer no hospital é visto como uma quebra da sua rotina, das manias e costumes que até então a criança tinha contato (HONICKY; SILVA, 2009).

Ainda segundo Honicky e Silva (2009) outro fator que contribui para que a estada no hospital seja vista como aversiva, diz respeito a separação brusca com o meio social no qual o paciente está inserido. As pessoas que representam os grupos os quais a criança utiliza como meio para socializar, são temporariamente retirados de seu convívio, visto que, no hospital, são permitidas visitas, porém estas são feitas de forma concisa e controlada. A dependência de outros sujeitos, que diferem daqueles que até então estavam presentes em sua vida, também configura como empecilho para o enfrentamento da situação.

Chiattonne (2003 apud Honicky e Silva, 2009) se refere as consequências que a hospitalização pode desencadear nos sujeitos, ressaltando que as mesmas, podem sofrer alterações de acordo com a idade que o paciente apresente, mas que em uma visão global dessas adversidades, são percebidos sentimentos como raiva, ansiedade, depressão, além de sensação que a internação é uma forma de punição.

Na criança a hospitalização por se tratar de uma condição inédita e desconhecida, pode acarretar em sentimentos como medo, tristeza, dúvidas entre outros (RIBEIRO; PINTO JUNIOR, 2009). Em virtude disso, é preciso que haja um olhar diferenciado para esse paciente infantil, pois apesar do hospital destina-se ao atendimento de enfermidades de cunho fisiológico, em sua maioria, além dos aspectos físicos há de considerar os psíquicos, visto que o ser humano é afetado como um todo (CALVETT; SILVA; GAUER, 2008).

As crianças possuem devido a fase de desenvolvimento em que se encontram, uma maior dificuldade em aceitar o período de enfermidade, principalmente quando este, está acompanhado da internação. Por isso, segundo Calvett; Silva; Gauer (2008) ofertar cuidados que excedem os procedimentos clínicos se faz tão necessário e deve visto como uma fonte de apoio para criança, uma vez que, sua rede de apoio está reduzida. Além disso, os sentimentos manifestados por essa criança precisam de escuta e possíveis intervenções.

Esse cuidado expresso ao paciente pode resultar em uma entrega por parte do paciente, ou seja, facilitar a criação do vínculo entre o enfermo e a equipe que presta cuidados. Essa proximidade favorece o tratamento, aceitação dos procedimentos, resposta positiva do paciente diante das intervenções e estabelecimento de confiança por parte do paciente. Contribuindo de forma significativa para o reestabelecimento da saúde desse indivíduo (SEBASTIANI, 1995 apud CALVETT; SILVA; GAUER, 2008).

Diante dos expostos, fica evidente as consequências aversivas que podem ser acarretadas em virtude da internação. Contudo, a situação pode se agravar, quando a criança precisa ser transferida para o leito de isolamento. Tendo em vista que diante de uma enfermidade, caso ocorra uma situação de infecção hospitalar, o quadro do paciente pode se agravar significativamente. É preciso considerar esse risco como uma ameaça à saúde do paciente.

Depreende-se conforme Anvisa (2006, p. 63) que infecções ocorridas no hospital, em específico nas unidades de atendimento infantil são tidas como empecilhos e fator de agravamento no quadro clínico dos pacientes, pois aumentam os óbitos, casos de morbidade,

media de permanência, gastos com tratamento e efeitos psíquicos negativos, que causam sofrimento para criança e seu acompanhante.

Diante dessa possível ameaça e agravamento do quadro do paciente, se faz necessária uma intervenção de cunho preventivo, realocando o paciente em um leito de isolamento.

Pacientes com doenças infecto-parasitárias, com baixa imunidade e com condição de saúde que requer cuidados mais específicos devido à fragilidade do organismo, em geral, são encaminhados para os setores de isolamento existentes nos hospitais. Trata-se de uma forma de protegê-los do risco de infecções e também de evitar a disseminação de doenças infectocontagiosas. Essa condição de isolamento pode ser ainda mais angustiante e gerar mais sofrimento quando se trata de crianças (ALVES, 2014, p. 22).

Porém como mencionado anteriormente, a criança que necessita de cuidados hospitalares, e, portanto, precisa ficar internada, passa por uma série de situações que a incomodam. O fato de ir para um local que restringe ainda mais o contato com demais pessoas e ambientes do hospital, pode potencializar os sentimentos já expressos durante a internação “comum”. Estudos apontam que a depressão, ansiedade, raiva, solidão, medo e a solidão podem surgir como consequência do isolamento em unidade hospitalar (ABAD et. al. 2010, p. 93).

Pesquisas realizadas com pais de crianças internadas em situação de isolamento evidenciaram que uma das dificuldades enfrentadas pelas crianças, segundo os progenitores, era o tédio, pois de acordo com os pais, as crianças em isolamento, sentem falta da socialização com outras crianças (RUSSO; DONNELLY; JM, 2006).

Segundo Russo; Donnelly; JM (2006) os pais que possuem crianças internadas em leitos de isolamento, acreditam que, as crianças mais jovens possuem dificuldade para assimilar a situação de restrição de contato. Além da limitação para frequentar os ambientes que dispõem de jogos ou outras atividades de lazer. Fatos estes que podem desencadear sentimentos como, frustração e preocupação podem intensificarem diante dessas demandas psicológicas.

As crianças podem caracterizar o isolamento como sendo um obstáculo à realização de seus desejos, que geralmente são ir aos locais de entretenimento disponibilizados no hospital, como por exemplo, as brinquedotecas, ou possibilidade de interação com os demais pacientes. Fato este que desencadeia possíveis quadros de estresse e ansiedade na criança, que comumente são expressos através do choro (CARDIM et. al., 2008, p. 33).

Cardim et. al. (2008) aponta outro agravante diante desse quadro de exílio hospitalar, o fato da criança que antes de estar no leito de isolamento, esteve na unidade de enfermagem ou observação, e desta forma vivenciou outra realidade, cuja socialização era mais recorrente,

ainda que fosse de forma indireta. No local destinado aos leitos de isolamento, a rotina costuma ser mais rigorosa quanto a entrada e saída do ambiente, assim a criança tende a se sentir solitária, pois o contato que tem, além do acompanhante, é somente com a equipe de assistência, e estes costumam ser breves e sucintos na realização das atividades.

Além dos receios pertinentes nessa situação, há por parte da equipe multiprofissional um receio quanto aos riscos que o paciente pode oferecer, caso haja um contato exacerbado. Fica evidente essa preocupação quando a equipe assistencial só tem contato com o paciente para realizar os procedimentos interventivos ou quando a permanência no mesmo ambiente em que o enfermo isolado se encontra é reduzida ao máximo (CARDIM et. al., 2008)

Situações como essa, em que o isolamento vai além da sua função de prevenção da transmissão de infecção hospitalar, e passa a ser um local de privação do indivíduo ao contato com as pessoas, podem provocar consequências devastadoras. Em se tratando de crianças, a percepção desse afastamento pode não ser bem compreendida, despertando nela a sensação de que está sendo rejeitada.

Além de enfrentar a internação e o sofrimento que a própria patologia desencadeia, a experiência de ser posto em uma unidade para evitar o seu contato com demais pacientes faz com que a criança perceba sua hospitalização como um período ainda mais difícil a ser vivido. Os agravos causados por essa intervenção não são apenas de cunho psicológicos, como afirma Cardim:

De acordo com estudo realizado em uma investigação experimental sobre o efeito de 10 dias de isolamento em humanos, foram observadas alterações nos aspectos psicológicos dos clientes submetidos ao experimento através de uma escala de face, além de uma diminuição na porcentagem de células imunes inatas durante o período de isolamento. Foi concluído, então, que as reações fisiológicas observadas eram específicas do ambiente limitado, sendo retornadas ao normal no período pós-isolamento (CARDIM et. al., 2008, p. 35).

Nigro (2004 apud ALVES, 2014) evidencia que a internação, por si só, é compreendida como um processo que desencadeia o isolamento, em caráter psicológico. Concomitante a este fato, o isolamento físico tende a agravar a condição clínica do paciente, pois são muitas adversidades com as quais a criança precisa lidar, sendo inviável para ela compreender a todas essas questões, devido ao nível de elaboração que possui.

Desta forma Alves (2014) evidencia que é de suma importância fornecer a criança um espaço de escuta, permitindo que haja um momento para que ela fale sobre a experiência pela qual está sendo submetida, verificando o nível de entendimento, quanto a necessidade de estar

nesse local, o motivo que desencadeou a necessidade de permanecer nesse espaço e quais intervenções podem ser feitas para minimizar os impactos da estada no espaço de isolamento.

#### **4 O PACIENTE INTERNADO E SUA RELAÇÃO COM A FAMÍLIA**

Em meados da década de 50 e 60 ocorreram estudos voltados para núcleo familiar presente durante a internação de crianças enfermas. Segundo Crepaldi (1998), autores como Spitz e Bowlby foram percussores nessa temática dando ênfase a importância da figura da materna, durante o período de internação do filho, verificando ainda, quais as consequências ocasionadas quando essa proximidade não era mantida nessa circunstância.

Para a família o adoecimento de um ente querido, precisamente de um filho, torna-se um momento de aflição, visto que a enfermidade que acomete a criança representa uma ameaça ao bem-estar e vitalidade desse menor. Por outro lado, a assistência hospitalar prestada a criança figura como uma maneira de compreender e tomar decisões quanto a melhor forma de restaurar a saúde do filho (CREPALDI, 1998, p. 84)

A criança quando se encontra em processo de adoecimento, ocasionalmente fica mais debilitada, tanto a nível físico quanto emocional. Portanto, Bowlby (1993 apud GONÇALVES, 2009) enfatiza a importância do acompanhamento materno durante o processo de hospitalização. Porém, esses cuidados não são restritos a figura materna, mas a todos que tenham vínculo afetivo com a criança.

A ausência materna durante o período de internação foi objeto de estudo por parte da Organização Mundial de Saúde, sendo publicado na década de 50 um relatório que descrevia que esse afastamento materno, era fator causador de perturbações de cunho psicológico, desencadeando algum agravo a saúde mental do paciente menor (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999, p. 33).

É importante que no decurso da internação, a mãe e/ou demais familiares sejam convidados a participar do processo de tratamento. A aproximação da criança com uma figura que atue como recurso de enfrentamento, dando-lhe apoio e suporte diante dos eventos que comumente são desagradáveis, mostra-se como vantajosa. Além disso, os familiares são uma ponte que interliga a criança com o estado que lhe era conhecido antes da internação (GONÇALVES, 2009, p. 187).

Diante de um quadro de enfermidade a criança necessita que alguém lhe proporcione cuidados essenciais para manutenção dos aspectos relacionados a sua saúde, como por exemplo,

alimentação, higiene pessoal e afeto. Quando a mãe participa da estada da criança no hospital, e percebe que o filho necessita de tais cuidados, comumente a progenitora se dispõe a realizar estas atividades, servindo como auxílio nos cuidados que devem ser prestados ao paciente pela equipe de saúde (OLIVEIRA & COLLET, 1999 apud GONÇALVES, 2009).

De acordo com Crepaldi (1998) a equipe multiprofissional tem papel fundamental nas recomendações dadas, pois diante das intervenções clínicas, são esses profissionais que podem esclarecer a família qual a melhor maneira de ajudar. Para tanto, as famílias precisam saber como e em quais momentos sua participação se torna mais apropriada. Pesquisas recentes acerca dessa temática evidenciam o olhar da família sobre sua contribuição no tratamento da criança enferma, enfatizando ainda as necessidades que esses núcleos familiares adquirem no decurso do período de internação (CREPALDI, 1998).

Outro ponto que dá ênfase a importância da orientação por parte dos profissionais de saúde é a forma passiva como se comportam os enfermos e seus acompanhantes diante das situações vividas no ambiente hospitalar (GOMES et. al., 2014, p. 235). Desta forma, as regras de conduta adotadas dentro da instituição hospitalar podem ser um empecilho para que a família expresse seu apoio, desejo e necessidades, sendo necessário o esclarecimento por parte da equipe de saúde das ações permitidas dentro da unidade, e conseqüentemente serão auxílio no tratamento do paciente.

De acordo com Romano (1999, p. 80), a equipe que atua na prestação de serviço dentro do hospital precisa estar atenta as alterações de comportamento que a família apresenta. Durante a estada no hospital e conforme as experiências as quais são expostas, essas famílias, a forma como estas tomam decisões e se adequam as normas vigente da unidade hospitalar podem estar comprometidas.

Dispor de um local dentro do hospital que acomode a criança e a mãe produz uma diminuição nos níveis de estresse na criança e na família que anseia pela recuperação da criança. O tempo de permanência desse menor, nas situações em que a mãe o acompanha, tende a ser menor, assim como o número de infecções cruzadas<sup>2</sup>, fatos estes que servem como planos de intervenção que priorizam a humanização do processo de internação e o bem-estar do paciente (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999, p. 33).

---

<sup>2</sup> Transmissão de um microorganismo de um paciente para o outro, e também através das mãos dos profissionais da área de saúde, acompanhantes e visitantes.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que dispõe no seu Artigo 12 que as instituições de saúde devem ofertar condições para que a criança hospitalizada tenha durante o período de hospitalização, o acompanhamento de um dos seus pais e/ou responsável legal (JUSBRASIL, 1990). Assim caberia as instituições de saúde, propiciarem a seus pacientes e familiares, condições para que a lei fosse cumprida.

A família, vista a partir da teoria sistêmica, é entendida como um sistema que passa no decurso de sua existência por situações que exigem o cumprimento de tarefas e funções, sendo que estas exigem um período de adaptação e/ou reestruturação por parte deste núcleo (MINUCHIN, 1990 apud AZEVÊDO; CREPALDI; MORE, 2016). As relações, fortemente enaltecidas na teoria sistêmica, são determinantes nesse processo de internação.

É importante salientar que durante a estada do paciente no hospital, ocorre a inserção de novas relações, visto que o ambiente é repleto de indivíduos com os quais o enfermo precisa interagir, e está interação costuma implicar em uma alteração na dinâmica singular do próprio sujeito. (GOMES et. al., 2014, p. 235).

O núcleo familiar enquanto sistema e que no decorrer de suas vivências interage com os demais subsistemas, perpassa por mudanças, pois influenciam e são influenciadas diante dessas trocas inter-relacionais. Na unidade hospitalar não é diferente, a medida que os dias vão passando e a criança e seu acompanhante entram em contato com demais pacientes, equipe de saúde, outros familiares, ocorre um processo de interação entre eles (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016).

A dinâmica familiar apesar de marcante no âmbito hospitalar, também possui significação dentro do contexto intradomiciliar. No sentido de que o sistema que compõe a família, é moldado a partir das vivências compartilhadas dentro desse núcleo familiar. Nesse interim, fica evidente que, as ações de um dos membros da família pode afetar todo o sistema (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016, p. 773).

A família, ao enfrentar uma situação de enfermidade com um dos seus componentes, e conseqüentemente se faz necessário um período de internação, precisa enfrentar por uma série de alterações em sua dinâmica. O hospital apresenta uma configuração permeada de normas e regras que permitem uma organização no seu funcionamento, mas que para as famílias pode implicar em uma desorganização ou processo de adaptação (GOMES et. al., 2014).

A estranheza de estar em um novo local não é restrita apenas ao paciente. O familiar que acompanha este enfermo também precisa adequar-se e aceitar as normas vigentes e

estabelecidas pela unidade hospitalar. Exemplo dessas novas condições são os horários em que os demais parentes podem visitar o paciente, o horário em que ocorrerá a alimentação, os procedimentos. Então se faz preciso uma adequação por parte desse familiar e paciente, quanto a realização das demais atividades, para que estas não comprometam às tarefas impostas pelo hospital (GOMES et. al., 2014).

Os autores Rumor e Boehs (2013, p. 1008) discorrem sobre a forma como o cotidiano da família é afetado pela necessidade de estada no hospital. Citando a ausência do seu lar, da presença dos demais parentes, das tarefas do dia a dia, do trabalho entre outros, desencadeia uma alteração na dinâmica dessa família. Além disso, o familiar que acompanha a criança no hospital precisa lidar com as questões pertinentes ao enfermo, considerando o diagnóstico e prognóstico da patologia.

Nesse interim, é importante que os cuidados dentro da unidade de saúde se estendam aos familiares que participam desse momento, pois estes, assim como o paciente, enfrentam momentos de aflição e anseios (RUMOR E BOEHS, 2013, p. 1008). Quando o paciente é uma criança, entende-se que os cuidados são mais específicos, visto que a criança demanda mais atenção e necessidades a serem sanadas, o que para o familiar representa uma responsabilidade maior (GOMES et. al., 2014, p. 235).

Diante de um quadro de internação todo o sistema que compõe a família é afetado, seja pelas necessidades internas ou solicitações externas que precisam ser atendidas. Os membros que fazem parte desse sistema precisam encontrar meios para restaurar o equilíbrio ou, caso contrário, poderá ocorrer o advento da crise (ROMANO, 1999, p. 78).

Rumor e Boehs (2013) reafirmam a necessidade de a família obter atenção dentro da instituição hospitalar, visto que sua participação no tratamento é de fundamental importância. E sendo este núcleo familiar necessário no ambiente hospitalar, estima-se que seja da forma mais adequada possível e para que isso ocorra, suas necessidades, angústias, medos e anseios precisam ser atendidos.

Para compreender e colaborar com a família na satisfação de suas necessidades, os profissionais de saúde precisam respeitar e considerar no decurso de suas ações, que as famílias possuem dinâmicas próprias (RUMOR E BOEHS, 2013, p. 1008).

Aspectos como ambiente adequado, locais de lazer, ambiente que detenha conforto, esclarecimento de dúvidas, incentivo as práticas de cuidados com os filhos entre outros, são

alguns dos itens que resultam em uma vivência satisfatória por parte dos pais, no período de internação (GOMES et. al., 2014, p. 236).

É importante considerar a criança como um ser em desenvolvimento, que pode apresentar uma série de fatores psicológicos diante de situações aversivas no contexto de internação, incluindo o isolamento por precaução. Além disso, a criança a depender da faixa etária pode não compreender a situação de uma forma integral e assim desencadear uma aversão frente ao tratamento que requer um período de hospitalização.

Portanto, apesar de todos os indivíduos terem direito a um atendimento de qualidade, com abrangência dos aspectos biopsicossociais, as crianças precisam de uma maior atenção, em virtude da sua natural fragilidade diante de situações que não podem ser por elas compreendidas.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente trabalho foi desenvolvido como base em uma pesquisa de cunho aplicada, caráter qualitativo e exploratório. A coleta de dados foi realizada via pesquisa de campo através de uma entrevista semiestruturada.

### **5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada dentro dos quartos que acomodam os leitos de isolamento da Pediatria do Hospital Infantil de Palmas (HIPP) conforme autorização da direção geral do hospital, responsável pela instituição (Apêndice A), no primeiro semestre de 2019, entre o dia 15 (quinze) de março à 15 (quinze) de abril.

### **5.3 OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população da amostra foram os acompanhantes que ficam com os menores internados que necessitam por motivos de saúde e precaução estarem nos leitos de isolamento, localizados dentro do Hospital Infantil de Palmas. O presente estudo contou com a participação voluntária dos acompanhantes que fizeram parte do estudo, todos maiores de 18 anos, que estão por no mínimo 5 dias acompanhando o menor internado no leito de isolamento. A amostra é composta por 5 acompanhantes que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). O convite para participar da pesquisa foi realizado pessoalmente pela autora da pesquisa. Ressalto que, a presente amostra foi caracterizada por conveniência, visto que, os acompanhantes já estavam disponíveis no local da coleta de dados.

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No que diz respeito aos critérios de inclusão, estes obedeceram aos seguintes requisitos: a) os acompanhantes (maiores de 18 anos) que estejam incluídos no ambiente de isolamento acompanhando os pacientes que se encontram internados nos leitos de isolamento há mais de 5 dias b) acompanhantes que estejam recebendo ou tenham recebido atendimento psicológico ou que o familiar internado tenha recebido, c) consentimento do participante através da assinatura do TCLE. No que se refere aos critérios de exclusão, estes foram considerados mediante: a) idade inferior a 18 anos por parte do acompanhante, b) risco à integridade da pesquisadora ou paciente por risco de transmissão de infecção.

#### 5.5 VARIÁVEIS

As variáveis que por ventura possam ter tido alguma implicação na pesquisa foram:  
Variáveis Independentes: quantidade de atendimentos realizados pela equipe de psicologia; tempo de permanência dos pacientes no ambiente de isolamento; passeios pela área externa ao ambiente do isolamento por precaução;  
Variáveis Dependentes: Nível de sofrimento e resistência ao ambiente hospitalar que são desencadeados nos pacientes e acompanhantes.

#### 5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Ceulp Ulbra sob parecer nº 3.163.565 e da SES-TO (Área Técnica responsável pelo desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&IS) da SES-TO). Foi realizado o contato entre a pesquisadora e os participantes (acompanhante maiores de 18 anos) de forma presencial. A pesquisadora se deslocou até o referido isolamento do hospital, realizando, individualmente, o convite aos acompanhantes dos pacientes que se encontrem internados e que obedeçam aos critérios de inclusão para participar da pesquisa. A pesquisadora esclareceu para os que se mostraram interessados em participar da pesquisa, a finalidade desse estudo, bem como seus riscos, benefícios e outras dúvidas que surgiram no decorrer da conversação. Após uma apresentação formal, a autora da pesquisa apresentou o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que foi assinado em duas vias mediante interesse do acompanhante em participar da pesquisa. Em seguida foram combinados os dias e horários em que posteriormente ocorreu a coleta de dados.

As informações foram coletadas mediante uso da entrevista semiestruturada (Apêndice C) realizada com os acompanhantes (maiores de 18 anos) dos pacientes. Através desse instrumento de coleta de dados, foi possível obter informações relevantes para pesquisa. De acordo com Silva e Menezes (2005) o roteiro da entrevista possibilita explorar as questões e respostas no ato da execução do procedimento.

As perguntas foram previamente elaboradas, porém no decurso da entrevista, a entrevistadora ampliou o foco das perguntas, possibilitando que o entrevistado tivesse liberdade e entendimento nas respostas, seguindo a linha do tema pesquisado (SILVEIRA; GERHARDT, 2009).

Foram utilizados como instrumentos na coleta de dados folhas com as perguntas impressas, prancheta, bloco para anotações e caneta para registrar as respostas dadas pelo entrevistado. O roteiro foi conduzido pela entrevistadora, pois a mesma é responsável pela criação e finalização das perguntas. A autora do trabalho e das questões utilizou como parâmetro para elaboração das perguntas, os dados colhidos em leituras prévias, bem como o problema de pesquisa e hipótese do trabalho.

As perguntas formuladas, que compõem o instrumento de coleta de dados, foram baseadas nas áreas da psicologia hospitalar, papel do psicólogo, dinâmica familiar e isolamento de pacientes. Apesar do conhecimento acerca das perguntas, a pesquisadora se resguardou quanto a possíveis erros de interpretação, uma vez que, consultou as perguntas da entrevista semiestruturada sempre que julgou necessário, porém, evitou entonação de leitura durante a realização da pergunta.

Considerando os procedimentos que o paciente precisar receber e a necessidade do acompanhante em estar disponível para o enfermo, o tempo aproximado de cada entrevista foi de 30 minutos.

É importante mencionar que a coleta de dados ocorreu nos quartos destinados a acomodação dos leitos de isolamento, pois, em todas as coletas de dados, os pacientes e acompanhantes estavam sozinhos ocupando o espaço, ou seja, havia um paciente por quarto. Após a coleta de informações, a pesquisadora realizou uma leitura das respostas dadas, já correlacionando com o aporte teórico do tema. A análise do discurso foi necessária nesse momento para melhor compreensão dos dados obtidos.

De acordo com Nogueira (2008) a análise do discurso é uma área voltada para o estudo do discurso, sem considerar as narrativas de forma isolada, mas sim o todo. Desta forma, o

discurso sobre dada temática, sendo propagado por um único sujeito tem menos relevância do que o discurso em massa que atinge recursos sociais e culturais. A coleta de informações é parte fundamental da análise do discurso, porém, somente a recolha de informações não é suficiente.

Dentre às modalidades de avaliação do discurso, tem-se o discurso conversacional que transmite para o ouvinte pensamentos, ideias e sentimentos. Ressaltando que o objetivo das modalidades presentes na análise do discurso é a interpretação do conteúdo. Identificar a quantidade e velocidade com que as palavras foram evocadas, não é algo de extrema importância (PEREIRA, 2015, p. 16).

Para realizar a análise do discurso é preciso obedecer a uma estrutura pré-definida, o primeiro passo é a escolha do tema. A seguir é realizada a escolha dos participantes da pesquisa que possuem afinidade com o tema, ou seja, que possa contribuir com o tema abordado, falando ou não sobre esse determinado assunto. Os sujeitos podem ser empíricos (pessoas) ou arquivo (documentos) (SOUZA, 2014).

O próximo passo é a coleta de registros. São os materiais encontrados sobre o tema, seja através de escrita, oral, entrevista, vídeos e etc. Após a coleta de registros são realizadas a organização dos dados, nesse ponto é importante levantar algumas questões referente ao tema abordado. Com as questões formuladas, serão realizadas via retorno ao corpus, meios para que seja feita uma correlação entre as questões e o discurso, ainda nesse tópico serão organizados os grupos semânticos (SOUZA, 2014).

A seguir vem a apresentação da análise realizada de forma escrita, passo este que é fundamental para exposição dos resultados. A parte que sucede diz respeito a contextualização do tema, nesse momento do texto é preciso que o leitor seja capaz de compreender sobre o assunto que está sendo abordado nesse trabalho. Com o tema devidamente contextualizado, as questões são apresentadas, que deram origem ao trabalho de análise (SOUZA, 2014).

Por fim deve-se realizar apresentação da análise com retorno ao corpus, ou seja, descrever a análise, a princípio com as perguntas feitas, seguidas da discussão que interliga as perguntas das respostas e conseqüentemente a área pesquisada (SOUZA, 2014).

O método empregado pela análise do discurso, tem aproximação com abordagens qualitativas. Além disso se propõe ao estudo de temas de relevância social como as interações, pensamento, memória, as emoções, além de outras questões sociais. Valendo-se da metodologia utilizada pela análise do discurso, tem-se a psicologia discursiva.

De acordo com Potter e Edwards (2001 apud VALENTIM, 2018) a psicologia discursiva é a prática dos postulados da análise do discurso, com vertente voltada para psicologia. Buscando compreender como os conceitos relacionados a certa temática é apropriada pelo senso comum (NOGUEIRA, 2008).

Os prontuários dos 05 pacientes que estarão internados nos leitos de isolamento e que compõem o grupo amostra dessa pesquisa serão utilizados com objetivo de complementar os dados referentes aos atendimentos psicológicos, conforme autorização da responsável pela guarda e armazenamento dos prontuários, bem como da dinâmica familiar do paciente. Para tanto, será utilizado o Termo de Consentimento do Uso de Banco de Dados (Apêndice D).

### 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a portaria SES No 391, de 7 de junho de 2017, a coleta de dados em unidade de saúde para fins de pesquisa, só foi permitida mediante aprovação dos setores da SES-TO (Área Técnica responsável pelo desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&IS) da SES-TO) que após verificar ausência de pendências no projeto, enviou para o NEP (Núcleo de Ensino e Pesquisa) do Hospital Infantil de Palmas a documentação necessária, dentre elas, a carta de Anuência (Apêndice E), que viabilizou a coleta de dados e acesso a estrutura da referida unidade de saúde, visto que a pesquisa estava em consonância com os termos da portaria 391/2017.

Além disso, conforme cita Código de Ética do Profissional Psicólogo, e em consonância com a resolução 466/2012, que regula as pesquisas realizadas com seres humanos, esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP).

De acordo com o parecer número 3.163.565 (ANEXO A) do Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo foi considerado favorável a pesquisa, desta forma a pesquisa foi posta em prática, sob a orientação da pesquisadora responsável, conforme (Apêndice F).

É importante evidenciar que o trabalho destinou – se a coleta de informações do tema pesquisado, e nesse ínterim foi de suma importância que se mantivesse o respeito com os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa. Portanto, foram inadmissíveis quaisquer práticas ou comportamentos que possam ter causado prejuízos éticos ou morais para os voluntários da pesquisa. Dessa forma, o sujeito envolvido no projeto teve sua condição física, psicológica e social resguardada.

No que tange o sigilo acerca de informações pessoais, a pesquisadora garantiu que houve guarda e segurança dos dados, garantindo assim que o participante da pesquisa tenha a sua privacidade mantida. As informações colhidas foram armazenadas em local previamente disponibilizado pela pesquisadora, por um prazo de até 5 anos.

No ato da coleta de dados, ou outro momento do respectivo projeto não houve necessidade de atendimento psicológico para qualquer um dos envolvidos na pesquisa, por motivos relacionados a este projeto. Portanto, não houve necessidade de encaminhar qualquer sujeito participante da pesquisa para o serviço escola de psicologia do Ceulp Ulbra (SEPSI).

#### 5.7.1 Riscos

Os riscos envolvendo a pesquisa foram possíveis manifestações psicológicas ou físicas decorrentes da discussão acerca do tema. Apesar dos riscos serem categorizados como média capacidade de surgimento, estes não foram manifestados no decorrer da pesquisa o que implicou na não necessidade em se interromper a entrevista ou a retirada da pesquisadora do local em que ocorria a coleta de dados.

#### 5.7.2 Benefícios

Os benefícios desta pesquisa são diretamente para a comunidade científica, em decorrência do aprofundamento teórico acerca da temática. Além disso, por meio da participação dos acompanhantes neste estudo, podem ser levantadas estratégias e intervenções psicológicas que poderão ser utilizadas para promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes em situação de isolamento por precaução, o que poderá, conseqüentemente, afetar (de forma positiva) a dinâmica familiar do participante dessa pesquisa, visto que são grupo que interligados entre si.

#### 5.7.3 Desfechos

##### 5.7.3.1 Desfecho primário

Realizar uma correlação entre o material coletado através da entrevista semiestruturada e o material pesquisado antes da coleta de informações. Visando assim estabelecer uma conexão entre as implicações do isolamento por precaução para dinâmica familiar e a maneira como a dinâmica familiar pode interferir no período de internação do paciente no leito de isolamento.

##### 5.7.3.2 Desfecho secundário

Conforme os dados obtidos, supõem-se uma investigação para identificar as possíveis intervenções que podem ser aplicadas no contexto apresentado. Considerando de que maneira

as intervenções psicológicas podem reduzir os quadros de aversão desencadeados pela internação nos leitos de isolamento. Outro possível beneficiado é a unidade hospital que será local da pesquisa, pois as propostas de intervenção buscam contribuir com as práticas dentro do hospital fortalecendo os laços entre unidades de saúde e os usuários. Considerando ainda que outras instituições de saúde também poderão ser beneficiadas com a presente pesquisa.

## 8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a dinâmica familiar e as intervenções psicológicas na internação pediátrica em isolamento do Hospital Infantil de Palmas – TO. Os dados apresentados a seguir foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista durou aproximadamente 45 minutos, os acompanhantes que participaram da pesquisa responderem aos questionamentos, sem demonstrar quaisquer desconfortos. Tendo cada acompanhante relatado sua experiência pessoal e subjetiva da internação e do espaço destinado aos leitos de isolamento, além do atendimento psicológico e sua percepção acerca do atendimento realizado.

Visando preservar a identidade dos acompanhantes que prestaram as informações para a pesquisa, além de estruturar o conteúdo apresentado de uma forma mais organizada. Os nomes e dados pessoais dos participantes foram preservados. Dessa forma, os participantes da pesquisa foram identificados da seguinte maneira A1, A2, A3, A4 e A5. Os acompanhantes que prestaram as informações na coleta de dados obedecem aos critérios de inclusão, ou seja, são maiores de 18 anos e estão acompanhando o paciente por um período mínimo de 5 (cinco) dias.

| <b>Dados dos participantes da pesquisa</b> |              |                                |                                |
|--|--------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Participantes</b>                       | <b>Idade</b> | <b>Parentesco com paciente</b> | <b>Tempo como acompanhante</b> |
| A1   | 30 anos      | Mãe                            | 07 dias                        |
| A2   | 25 anos      | Pai                            | 01 mês                         |
| A3   | 36 anos      | Mãe                            | 3 meses                        |
| A4   | 48 anos      | Avó                            | 5 meses                        |
| A5   | 24 anos      | Mãe                            | 8 meses                        |

Tabela 1: Elaborado pela autora da pesquisa com base nos dados coletados nos prontuários e entrevista semiestruturada.

No que tange os sujeitos pesquisados, identificou-se quanto à história do adoecimento, o sistema familiar e as respectivas relações, conforme segue:

Participante A1: 30 anos, mãe de P1, internado no hospital infantil de Palmas desde o dia 13 de março de 2019, com diagnóstico de Guillain Barre, o núcleo familiar é composto por 04 pessoas, dentre as quais a mãe e os avós maternos do paciente participam da internação de P1 como acompanhantes.

Participante A2: 25 anos, pai de P2, internado no hospital infantil de Palmas desde o dia 19 de fevereiro de 2019, com diagnóstico de sequela decorrente de Toxoplasmose Congênita, o núcleo familiar é composto por 06 pessoas, dentre as quais do núcleo familiar de origem somente o pai participa da internação de P1 como acompanhante e do núcleo da família estendida a tia e avó paterna.

Participante A3: 36 anos, mãe de P3, internado no hospital infantil de Palmas desde o dia 20 de dezembro de 2018, com diagnóstico de Lúpus eritematoso, Encefalopatia, Nefrite, Sepse, Disfagia e Crises Convulsivas, o núcleo familiar é composto por 4 pessoas, dentre as quais pai e a mãe participam da internação de P1 como acompanhantes.

Participante A4: 48 anos, mãe de P4, internado no hospital infantil de Palmas desde o dia 11 de dezembro de 2018, com diagnóstico de sequela de Toxoplasmose Congênita, o núcleo familiar é composto por 4 pessoas, dentre as quais a avó paterna, avó materna, pai, mãe da criança participam da internação de P1 como acompanhantes.

Participante A5: 24 anos, mãe de P5, internado no hospital infantil de Palmas desde o dia 17 de julho de 2018, com diagnóstico de Malformações Múltiplas, o núcleo familiar é composto por 3 pessoas, dentre as quais somente a mãe participa da internação de P1 como acompanhantes.

Os resultados e discussões apresentados nesse trabalho, são embasados nos preceitos estabelecidos na análise do discurso, especificamente nos postulados da psicologia discursiva. Dessa forma, as entrevistas foram minuciosamente transcritas e verificadas, após esse processo foram observadas quais respostas possuíam níveis de semelhanças (temática), correlação do material com o aporte teórico já descrito anteriormente nesse trabalho e por fim identificar nas respostas dadas se os questionamentos possuem aproximação com a realidade dos participantes da pesquisa.

As respostas apresentadas nesse trabalho são oriundas da entrevista semiestruturada, previamente elaborada pela autora da pesquisa. Analisando o resultado dos questionamentos, é possível identificar que, em alguns deles as respostas dadas apresentaram semelhanças, tais como:

|  |            |
|--|------------|
| 5. Há presença de outro acompanhante durante internação do paciente?                               |            |
| A,1, A2, A3, A4 e A5   | “Sim”      |
| 14. Receberam ou Recebem visita do psicólogo?  |            |
| A,1, A2, A3, A4 e A5   | “Sim”      |
| 14. 1 Qual intervenção realizada?  |            |
| A,1, A2, A3, A4 e A5   | “Conversa” |
| Compreendem a importância do paciente ficar internado no local destinado aos leitos de isolamento? |            |
| A,1, A2, A3, A4 e A5   | “Sim”      |

Todos os participantes relataram ter recebido visita do psicólogo hospitalar e que a técnica usada durante esses encontros, foi a escuta qualificada (perguntas 14 e 14.1, respectivamente).

Ao serem indagados se outra pessoa também acompanhava o paciente no isolamento (pergunta 5), todos os entrevistados responderam que sim, é importante frisar que, apesar da resposta semelhante quanto a presença de outro acompanhante, o número de acompanhantes “extras” e o modo como essas outras pessoas participam divergiu.

Conforme cita Gonçalves (2009, p.187), a família que atua ativamente no processo de internação da criança contribui para que a realidade que a criança conhecia antes da internação, não seja totalmente extinta. Pois, esse familiar configura como uma ponte entre o paciente e o que há fora do hospital.

Ao serem questionados sobre a forma que lhes foi comunicado a transferência para o leito de isolamento (pergunta 3), as respostas dadas por A2, A3 e A5 destacavam a comunicação feita pelo médico dando ênfase aos motivos pelos quais as crianças precisavam ficar nos leitos de isolamento. Porém, A1 e A4 são casos em que as informações não foram de fato compreendidas sobre o motivo que seu ente enfermo, seria remanejado para o leito de isolamento, ambos relataram terem ficado com dúvidas sobre a transferência.

É de suma importância que a família participe do processo de internação da criança, a equipe de saúde que presta cuidados ao paciente deve ser clara quanto às especificidades que o enfermo necessita (CREPALDI, 1998). Dessa forma, havendo compreensão sobre o processo terapêutico ao qual o paciente está submetido, a família poderá ser mais efetiva nos auxílios prestados.

Os participantes da pesquisa A1, A2, A3, A4 e A5 relataram compreender a importância do paciente precisar ficar no leito de isolamento. Considerando que em todos os casos havia um

quadro de imunidade baixa<sup>3</sup>, portanto, permanecer nas demais alas do hospital, poderia implicar no agravamento do quadro de saúde do paciente. A entrevistada A4 citou que *“Não é porque ele (neto) tá com doença ruim é porquê o corredor tá cheio e ele tem imunidade baixa”*. Citando ainda, que a filha (mãe do paciente), a princípio não concordou com a transferência do filho para o isolamento, a mãe do paciente só ficou redutível após a avó da criança, juntamente com a médica, explicarem o porquê da necessidade da criança permanecer afastada dos demais internados e seus respectivos acompanhantes.

Conforme manual Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2004), caso haja a presença de um hospedeiro susceptível, como por exemplo, crianças com imunidade baixa, poderá então ocorrer a transmissão de infecção.

Outro fato a ser mencionado é a condição de incapacidade física que todos os pacientes apresentam, apesar de não constar como uma condição única para admissão nos leitos de isolamento, todos os pacientes, coincidentemente, apresentam necessidades de cuidados básicos por parte do familiar que o acompanha, alguns com maior grau de dependência que o outro.

| Paciente apresenta Incapacidade Física |   |
|--|---|
| A1, A2, A3, A4 e A5                    | Todos os pacientes apresentavam algum tipo de limitação (realizar higiene pessoal, comer, falar, andar e etc) |

O indivíduo que acompanha o paciente no decurso da internação, geralmente a genitora, dispõe-se a ofertar para o paciente os cuidados necessários (OLIVEIRA & COLLET, 1999 *apud* GONÇALVES, 2009). Ao ser questionada sobre as mudanças ocorridas com a transferência para o leito de isolamento, a acompanhante A5 que está com a filha internada há 8 meses relatou que *“antes, quando a internação era no Dona Regina, eu passava o dia no hospital, porém, a noite ia pra casa, e lá ficávamos só pra auxiliar. Aqui no Infantil, eu fico 24 horas e os cuidados sou eu quem faço.”*

A1 e A3 destacam mudanças que ocorreram para o leito de isolamento (pergunta 7), como o fato de poder ter mais contato com o filho *“Agora posso dormir com ele na mesma cama”* e a privacidade que o quarto isolado e *“solitário”* proporciona *“tem um banheiro só pra gente, aqui podemos ficar 24 horas, antes de vir para cá ele estava internado na uti, e lá só*

<sup>3</sup> predisposição ao “ataque” de vírus e bactérias que podem provocar diversas doenças.

*podia ficar até as 22 horas*". Ambos os relatos enfatizam que estar sozinhos em um quarto, possibilita maior comodidade para o paciente e seu acompanhante.

Por outro lado, A2 e A5 destacam que mudanças ocorridas após a necessidade de estar no isolamento foram ter pouco contato com as demais pessoas que estão internadas e seus acompanhantes e a equipe multidisciplinar propriamente dita. Além de uma demanda maior de afazeres relacionada aos cuidados com o filho. A participante A4 afirmou não perceber mudanças na transferência para o isolamento, citou apenas os referentes ao quadro de saúde do paciente.

A1, A2 e A3 afirmaram sair do local destinado aos leitos de isolamento (pergunta 8), para frequentar outras áreas do hospital. Porém, segundo o relato não o fazem com frequência, pois temem "trazer" alguma infecção para o paciente ou temem por deixar a criança sozinha. Devido os acompanhantes e pacientes estarem sozinhos em seus respectivos quartos, não há como pedir para que alguém vigie a criança, como ocorre nas demais enfermarias.

Diferente das acompanhantes mencionadas anteriormente, A4 e A5 disseram não sair do quarto, exceto para realizar troca de acompanhante ou alguma outra eventualidade que seja de extrema necessidade a presença delas fora do quarto.

Quando indagadas sobre o que os acompanhantes sentem por estar no local (pergunta 10) as respostas foram: A1 *"achando bom"*; A2 *"só tédio, sem outras pessoas para interagir, trocar experiências"*; A3 *"tranquilo"*; A4 *"prefiro ficar no isolamento, pois não aguento barulho"* (fazendo referência aos outros ambientes do hospital em que há um número maior de pessoas circulando) e A5 *"difícil, mas estou feliz por estar com minha filha"*.

Acerca dos aspectos positivos e negativos de estar no isolamento (perguntas 12 e 13), as respostas evidenciam que em alguns casos os acompanhantes fazem uma análise particular, verificando se o aspecto positivo se sobrepõe aos negativos. A1 afirmou que não consegue perceber dificuldade em ficar no isolamento, pois está conseguindo ficar mais próxima ao filho. Para A2 *"o fato de ficar isolado, sozinho são os aspectos negativos"* e *"ter mais privacidade são aspectos positivos"*.

A3 destaca que assim como A2, também considera a diminuição do contato com outras pessoas, como sendo algo negativo. E que o *"o conforto"* como sendo o lado positivo. Para A4 o silêncio que predomina na maior parte do tempo seria o aspecto positivo, enquanto que o negativo seriam os momentos em que há uma pequena reunião da equipe de enfermagem, e que, segundo a acompanhante, causa desconforto pelo tom de voz alto usado pelas profissionais.

E por fim A5 que considera como positivo “*ser afastada das outras crianças*” (referência ao risco que a criança corre ao ser exposta ao contato com outros pacientes e ser infectado e por conseguinte ter o quadro de saúde agravado) e “*ficar o tempo todo aqui*” como sendo o ponto negativo da estada no local.

Conforme os relatos, os acompanhantes possuem visões distintas quanto aos aspectos positivos de se estar no isolamento, enquanto que há uma maior semelhança de respostas no quesito aspectos negativos, com dois acompanhantes (A2 e A3) evidenciando a ausência de contato com demais pacientes e acompanhantes.

### 8.1 A família do paciente internado no leito de isolamento

A família possui papel fundamental durante a internação de um familiar. Por isso o núcleo familiar deve ser convidado a participar desse momento (GONÇALVES, 2009). A criança que está internada, vislumbra no familiar que o visita, uma forma de vivenciar as experiências anteriores a internação.

Ao relatarem sobre como a família participa das internações (perguntas 5 e 17), os acompanhantes responderam da seguinte maneira. A1 “*meus pais sempre vem visitar e em outros momentos vem a madrinha do meu filho*”. A2 “*como minha família não mora em Palmas, eles só estão vindo nos finais de semana*”. A3 “*os tios vem visitar, além disso eles ligam para saber notícias*”. A4 “*a outra avó (avó paterna) é quem mais reveza comigo como acompanhante, mas os tios e o pai da minha neta também participam como acompanhantes*”. A5 “*minhas irmãs, meu esposo e minha mãe ajudam nos cuidados com minha filha, eles ficam com ela ou ligam para saber como ela está*”.

O engajamento das famílias para se fazerem presente durante a internação do seu ente fica evidenciada nas narrativas dos acompanhantes. Os relatos descrevem desde as visitas e trocas de acompanhantes até ligações para saberem como estão os pacientes. Outro importante dado sobre a família no processo de internação é o papel materno como suporte para a criança.

| Acompanhante materna x Outro parente |   |
|--------------------------------------|---|
| A2 (pai)                             | “minha esposa está cuidando do nosso filho mais novo que tem apenas 3 meses e que ainda está mamando”.      |
| A4 (avó)                             | “além do pai e da mãe, somente eu tenho autonomia para decidir sobre alguma questão envolvendo minha neta”. |
| A1 (mãe), A3 (mãe e pai) e A5 (mãe)  | Majoritariamente a figura materna   |

A figura materna comumente é posta no papel de acompanhante prioritário, especialmente, quando o paciente é uma criança. Bowlby (1993 apud GONÇALVES, 2009) enfatiza a importância da mãe no acompanhamento do menor enfermo. Porém, é preciso estar atento as outras pessoas da família, que também desempenham papel de cuidado ao paciente.

A acompanhante A4, por exemplo, é avó materna do paciente. Segundo A4, as decisões referentes ao tratamento e demais situações envolvendo a neta são decididas por ela. Além disso, a avó afirmou que *“além do pai e da mãe, somente eu tenho autonomia para decidir sobre alguma questão envolvendo minha neta”*. Outro caso que foge a essa predominância da mãe como acompanhante majoritária é o do paciente que tem A2 como acompanhante, que conta com a presença do pai em dias programados pela família. Sobre o fato da mãe do paciente ficar ausente, A2 mencionou que *“minha esposa está cuidando do nosso filho mais novo que tem apenas 3 meses e que ainda está mamando”*.

Um estudo promovido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) publicou na década de 50 um relato sobre a ausência materna no período de internação da criança. Segundo o documento, a ausência materna configurava como um causador de perturbação psicológica. Além disso, a saúde mental da criança poderia ser comprometida, em virtude desse afastamento materno (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

A2 mencionou que *“minha esposa sente falta dele (paciente) e ele também sente a falta dela, mas não tem o que fazer”*. O acompanhante mencionou ainda que os cuidados com o filho são revezados com a tia do garoto e a avó. E que essa mobilização familiar contribui para que o paciente fique mais a vontade e a mãe da criança fica mais tranquila.

No caso da acompanhante A3 que é mãe da paciente, houve uma contribuição e divisão dos cuidados referentes a filha. O pai da criança também é acompanhante de tempo integral da criança. A3 mencionou que *“meu esposo que ajuda a cuidar dela, e às vezes eu percebo que ela prefere que ele dê comida ou brinque com ela”*. Durante a entrevista, o pai da criança estava oferecendo o lanche para a criança. Durante a ingestão de alimento pela criança o demonstrava afeto e buscava estimulá-la a comer mais. Além de usar termos carinhosos para se referir a filha.

O sujeito que necessita de um período de internação não tem apenas sua vida afetada, mas das demais pessoas que convivem consigo (AMIN, 2001). No caso das crianças, geralmente é a família quem se responsabiliza por essa vida quanto aos cuidados gerais. Dessa forma, a mãe por mais que seja uma figura “esperada” no acompanhamento do filho, pode ter seu posto ocupado por outras pessoas, pois as circunstâncias do momento da internação, podem

implicar na necessidade do afastamento ou impossibilidade do acompanhamento materno. Ficando os demais familiares encarregados da tutela da criança.

Considerando os dois expostos, de que a família diante de uma internação se mobiliza para dar suporte ao acompanhante e o paciente e a figura materna que apesar de constar como acompanhante majoritariamente, pode em alguns casos, ser “substituída” por outros parentes. Em ambas as situações a dinâmica da família perpassa por alterações.

## 8.2 A dinâmica familiar do paciente internado

As famílias buscam no decurso da internação do paciente se fazerem presentes, pois, de forma indireta visam manter os laços afetivos com esse indivíduo (AMIN, 2001). A família atua como o elo de ligação entre o paciente internado e o mundo exterior (GONÇALVES, 2009). Contudo, as alterações ocorridas frente a hospitalização não são apenas no contexto familiar, o próprio sujeito tem sua dinâmica singular alterada (GOMES et. al., 2014).

A família do ponto de vista sistêmico é considerada um sistema que afeta e é afetado por suas vivências inter-relacionais (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016). Assim o indivíduo que está internado e que tem sua singularidade afetada, pode conseqüentemente afetar o sistema no qual está inserido. Quando questionados acerca das mudanças ocorridas no seio familiar (pergunta 18), decorrente da internação do paciente, os acompanhantes responderam da seguinte maneira.

| Mudanças na Família no pós internação |   |
|---------------------------------------|---|
| A1                                    | <i>“meus pais moram em outra cidade, mas decidiram me acompanhar até Palmas, para me ajudarem a cuidar do meu filho. Atualmente, eles estão morando na casa de um amigo, o que acaba não sendo tão bom para eles, pelo medo de incomodar. Porém, no momento é a única alternativa.”</i> |
| A2                                    | <i>“a convivência diminui, porquê a família nunca está totalmente junta, sempre falta o meu filho e a pessoa que o acompanha”.</i>  |
| A3                                    | <i>“como eu e meu esposo ficamos aqui com minha filha, nosso filho (18 anos) fica sozinho em casa, ele recebe visitas de alguns parentes, mas na maioria do tempo fica só”.</i>   |
| A4                                    | <i>“antes da minha neta ficar doente, nossa família fazia algumas reuniões, agora não tem como, pois, revezamos para ficar com ela. E como eu fico mais tempo com ela, acabo ficando longe do meu esposo”.</i>  |

|    |  |
|----|--|
| A5 | <i>“eu tive que sair do meu emprego e meu esposo passou a fazer as tarefas de casa”.</i> |
|----|--|

Dentre os depoimentos dados pelos familiares dos pacientes, é possível notar que o indivíduo internado e que necessita de um acompanhante por ser menor de idade, afeta esse sistema. Conforme citam Rumor e Boehs (2013), os acompanhantes que ficam determinado período de tempo dentro do hospital estão conseqüentemente distantes de seus lares, e assim há o distanciamento físico e em certos momentos emocional dos parentes.

Os acompanhantes A3 e A2 verbalizam situações que exemplificam esse distanciamento dos seus entes. Para A3 o distanciamento ocorre porque ela e o esposo ficam em tempo integral com a filha internada, e por isso o outro filho do casal fica sozinho. A resposta dada demonstra uma necessidade de se optar por um dos filhos, o que implica numa ruptura do funcionamento do sistema anteriormente estabelecido, em que a família ficava em um mesmo local.

O caso de A2 é semelhante ao caso citado anteriormente, porém, a situação dessa família é de uma mãe que precisa ficar com o filho mais novo, pois a criança está em aleitamento materno, o que torna inviável a permanência da mãe, por um período longo de tempo.

Outro aspecto que a hospitalização desencadeia na família do paciente, é a interrupção das atividades cotidianas, como realizar as tarefas domésticas e o trabalho (RUMOR E BOEHS, 2013). A4 e A5 afirmam que os esposos passaram a fazer as atividades domésticas, após a ausências de ambas no lar. A resposta de A5 evidencia ainda a necessidade da acompanhante de deixar o emprego, visto que ela já estar acompanhando a filha há 8 meses, e dessa forma ficaria inviável permanecer no antigo trabalho.

Quando questionados sobre as dificuldades decorrentes da internação do paciente (pergunta 19) as respostas foram.: A1 citou a dificuldade dos seus pais em se locomoverem para realizarem visitas e auxiliar a acompanhante nos cuidados com paciente, pois conforme citado, os avós da criança moram em outra cidade, e estão morando temporariamente na casa de um amigo. O fato de ambos não conhecerem Palmas torna a locomoção pela cidade ainda mais difícil.

A2 e A4 responderam que a subdivisão do sistema, em prol dos cuidados com a criança, tem sido uma das maiores dificuldades. Além disso, a adaptação a essa nova realidade, pode implicar em uma vivência negativa. A2 *“se adaptar a essa divisão na família é difícil, pois implica em dividir a família”.*

A5 respondeu que a maior dificuldade é a da mudança na rotina, pois agora o esposo quem cuida da casa. Enquanto que A3 afirmou que a questão financeira tem sido a maior

dificuldade. Considerando que, no caso dessa acompanhante, ela e o esposo estão se dedicando exclusivamente ao acompanhamento da filha.

Diante dessas dificuldades e desafios a família precisa encontrar meios para reestabelecer as relações, para que estas sejam funcionais, ou seja, haja um equilíbrio no modo como os indivíduos se afetam mutuamente (ROMANO, 1999. p. 78). A forma como a família busca resolver os problemas decorrentes da internação são de extrema importância.

Acerca dos meios utilizados na resolutividade dos problemas oriundos da internação (pergunta 20) os acompanhantes demonstraram buscar estratégias que sanem os problemas descritos na pergunta 19. A1 disse que *“peço ajuda para minha mãe”*, considerando que os pais de A1 vieram de outra cidade para ficar mais próximos da filha, enquanto o neto se recupera. A3 também afirmou que busca ajuda com a família, citando ainda que há *“uma união entre a gente”*.

Quanto ao acompanhante A2, a maneira encontrada para amenizar parcialmente os problemas decorrentes da “divisão” familiar, foi a ida da irmã e mãe do acompanhante para ficarem com a criança alguns dias ou turnos. Dessa forma, ele, a esposa e o filho mais novo podem desfrutar de um momento juntos. Apesar de A2 ressaltar que a família para estar de fato completa, precisa ter o filho (paciente internado) junto a eles.

A4 citou que quem está à frente da família é ela, *“eu sou a cabeça da família, por isso tenho autonomia para decidir sobre as questões relacionadas a minha neta”*. Além disso, segundo a acompanhante, diante de um problema, a família sempre busca suas orientações para encontrar uma possível solução. E que a comunicação é a maneira mais efetiva que a família encontrou para tentarem resolver os problemas. Comunicação também é a forma encontrada por A5 e sua família para sanarem os problemas. *“conversamos e pensamos juntos em uma solução”*.

| Organização da família |  |
|------------------------|--|
| A1, A2, A3 e A5        | <i>“Não havia divisão de tarefas, porém agora os cônjuges e demais parentes se revezam para realizar as atividades no lar”</i> . |
| A4                     | <i>“havia divisão de tarefas e atualmente quem realiza as atividades são o esposo e a filha do casal”</i> .                      |

Quanto a organização antes e após a internação os acompanhantes, A1, A2, A3 e A5 afirmaram que não havia tarefas pré-definidas para cada indivíduo. Porém, que agora os esposos e demais parentes ajudam a manter a organização intradomiciliar. As falas dos acompanhantes

denotam um compromisso de ajuda entre os parentes. Foi citado o empenho de seus familiares em colaborar de alguma forma, seja com os pacientes ou tarefas referentes ao lar.

Contrário aos relatos dos demais acompanhantes, A4 afirmou que em sua casa as tarefas eram divididas, ela cuidava da casa e o esposo das demais tarefas e proventos. Porém, que agora o esposo realiza a maioria das atividades e que a sua filha (mãe do paciente) ajuda o pai sempre que possível, principalmente levando alimentação e nos cuidados com a casa. A4 citou que quando não é possível que a filha vá ajudar, os serviços “param” e quando ela chega em casa (troca de acompanhante com outra pessoa) é que tenta organizar novamente o lar.

O sistema que compõe a família desse paciente é afetado pela hospitalização do seu ente, mas existem outros fatores internos e externos que precisam ser atendidos. Romano (1999, p. 78) dispõe sobre a importância da família se reorganizar para que haja o reestabelecimento do equilíbrio do sistema. Pois caso as demandas existentes não sejam atendidas, poderá ocorrer o advento da crise (ROMANO, 1999).

| Relações com demais subsistemas   | Adição de novas relações  |
|---|---|
| A1, A2, A4 e A5<br><i>“Saem raramente ou não saem do quarto”</i>                | A1 e A4<br><i>“próximas as técnicas de enfermagem”.</i><br>A2 e A5<br><i>“Pouco contato com as demais pessoas”.</i> |
| A3<br><i>“Frequenta área externa, porém, evita contato com demais pessoas”.</i> | A3<br><i>“Nenhum grupo em específico”.</i>  |

Além dos fatores mencionados, existe ainda de acordo com Azevedo; Crepaldi; More (2016) as relações estabelecidas com os subsistemas que estão presentes no ambiente hospitalar. Tendo em vista que, essas novas relações também podem afetar a dinâmica familiar. Rumor e Boehs (2013) defendem a necessidade que a família tem de receber atenção dos subsistemas existentes no âmbito hospitalar, permitindo assim que os familiares possam ser participativos no processo de hospitalização.

Afim de investigar quais relações os acompanhantes estabeleciam no ambiente hospitalar (pergunta 8) A1, A2, A4 e A5 afirmaram não sair ou sair raramente do espaço destinado ao isolamento. A3 afirmou que costumam ir na área externa levar a filha para “passear”, porém evita áreas que tenham outras crianças. Em todos os casos, os acompanhantes relatam medo em trazer algum tipo de infecção para o leito de isolamento e conseqüentemente agravar o quadro do seu parente. Eles justificam o medo, afirmando que as crianças possuem baixa imunidade.

Diante desse exposto, A1 e A4 afirmaram que a relação mais próxima que elas possuem (pergunta 8.1) no momento é com as técnicas de enfermagem, ambas acompanhantes teceram elogios quanto ao atendimento e afirmaram possuir uma boa relação com a equipe de assistência. A5 e A2 foram menos enfáticos, de um modo geral demonstram ter pouco contato com as demais pessoas. E A3 foi categórica ao afirmar que não existe um grupo específico com o qual ela interage mais, que a mesma procura manter uma boa relação com todos que tem contato.

Considerando que os acompanhantes em sua maioria não saem do ambiente destinado aos leitos de isolamento, a enfermagem, por ser a equipe com maior contato com os pacientes e acompanhantes, acaba tornando-se o subsistema que mais afeta a dinâmica dessa família. Pois podem no decurso da internação prestar informações gerais, esclarecimentos quanto aos cuidados com as crianças, além de manter conversação com os acompanhantes em certos momentos.

Outro subsistema que pode estreitar as relações com os acompanhantes é a equipe de psicologia, que atua por busca ativa ou solicitação de demanda, sanar ou amenizar os eventuais prejuízos psicológicos que surjam em decorrência da internação.

### 8.3 O atendimento psicológico e a percepção do acompanhante pós-atendimento.

O psicólogo hospitalar atua com foco em auxiliar o paciente a transpor o período de hospitalização, intervindo frente a possíveis danos psicológicos que possam surgir (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) dispõe no art. 9º resolução 014/00 sobre as atribuições do psicólogo hospitalar. Dentre elas consta a intervenção do profissional de psicologia intermediando a relação médico/paciente, família/paciente e paciente/paciente. Além disso, visa propiciar que o indivíduo possa transpor o período de adoecimento com maior nível de enfrentamento.

O atendimento psicológico deve, conforme cita Meiado; Fadini (2014), ser realizado pensando no indivíduo como sujeito único, ou seja, considerar as necessidades particulares de cada um dos pacientes e acompanhantes que forem atendidos. Porém, é válido ressaltar que os autores apontam que esse tipo de atendimento, em que os sujeitos são atendidos de forma singular, atualmente é um desafio da prática profissional no âmbito hospitalar.

Os atendimentos ocorrem mediante solicitação ou por busca ativa. Sendo que um psicólogo responsável pela ala pediátrica (local onde está localizado o espaço destinado aos

leitos de isolamento) se desloca até o referido espaço e mantém contato com os acompanhantes e os pacientes.

| Atendimento psicológico   | Mudanças percebidas no pós atendimento   |
|---|--|
| A1, A2, A3 e A4<br><i>“recebem visita do psicólogo”</i>                           | A1, A3<br><i>“não percebem mudanças”.</i><br>A2<br><i>“me sinto <b>mais aliviado</b> quando psicóloga vem aqui”.</i><br>A4<br><i>“quando o atendimento é comigo não percebo mudanças, mas quando é com minha filha, <b>ela fica mais calma</b>”.</i> |
| A5<br><i>“Recebe a visita do psicólogo, porém costuma recusar o atendimento”.</i> | A5<br><i>“não percebe mudanças”.</i>   |

Essas visitas foram confirmadas pelos acompanhantes, conforme questionamentos acerca da presença de um psicólogo no local (pergunta 14) todos os acompanhantes responderam afirmativamente. No que diz respeito as atividades desempenhadas pelo psicólogo durante o atendimento os acompanhantes responderam da seguinte maneira.

| Descrição da Intervenção |  |
|--------------------------|--|
| A1, A2, A3, A4 e A5      | <i>“o psicólogo conversa comigo, apenas isso”.</i> |

A1, A2, A3 e A4 responderam que o psicólogo que os visita sempre conversa. Quando questionados sobre a realização de alguma outra atividade diferente da conversação, todos afirmaram que não houve outro tipo de atendimento, senão o já mencionado. A5 diferente dos demais acompanhantes, respondeu que o psicólogo vem lhe visitar, porém que ela costuma recusar o atendimento (não quis citar o motivo). Os acompanhantes mencionaram as conversas entre eles e o psicólogo como algo corriqueiro, não houve indicativo que os acompanhantes tivessem cientes da intervenção.

Observar o paciente é importante, porém, estabelecer um processo de escuta que seja resolutiva no entendimento do sofrimento que o paciente ou acompanhante está passando (CARVALHO, 1996). Assim, ainda que os pacientes não compreendam a conversa como uma forma de intervenção, o psicólogo que utiliza essa ferramenta (se não, a principal ferramenta) devem estar atentos para manifestações que são visíveis e as que aparecem sutilmente

(ANGERAMI-CAMON, 2011) quase imperceptíveis as pessoas que mantem contato com paciente e seu familiar.

É importante que a equipe de psicologia, utilize dos instrumentos disponíveis para se aproximarem dos acompanhantes e pacientes. Alguns acompanhantes possuem maior contato e proximidade com a equipe de enfermagem. Os psicólogos podem ficar atentos a essas pessoas e assim conseguir informações que sejam úteis no seu próprio atendimento, pois as relações estabelecidas com demais pessoas do ambiente são de interesse para o psicólogo hospitalar (ROMANO, 1999).

Vieira (2010) dispõe sobre a importância de usar equipe de saúde e demais familiares como recursos para obtenção de informações importantes, que podem ser usadas para compreensão dos fatores que alteram o processo de cura.

Os acompanhantes relataram se houve algum tipo de mudança decorrente da intervenção psicológica (pergunta 15). Os acompanhantes A1, A3 e A5 afirmaram não perceber mudanças no pós-atendimento. O acompanhante A5 por exemplo, já havia mencionado o pouco contato com demais pessoas e locais do hospital. O que pode implicar em uma resistência estendida ao atendimento psicológico.

O acompanhante A2 afirmou que *“me sinto mais aliviado quando a psicóloga vem aqui”*. Diminuir os sentimentos negativos, tais como estresse, tensão, afastamento das pessoas que comumente transmitem sentido de proteção ao paciente e acompanhante (ANGERAMI-CAMON, 2011) configura-se como uma meta do atendimento psicológico. Conforme os pacientes e acompanhantes vivenciam situações desagradáveis e que afetam a dinâmica do sistema, as chances de haver sintomas estressores são maiores.

A acompanhante A4 relatou que *“quando atendimento é com ela própria, não percebo diferença em meu estado emocional. Porém, quando o atendimento é com minha filha, eu sinto que ela fica mais calma. Por que ela não pode ficar muito tempo aqui no hospital com a filha, toda vez que ela vem, ela adoecer, geralmente fica gripada. E isso deixa ela muito aflita porque ela gostaria de passar mais tempo com a filha”*.

O plano de intervenção do psicólogo deve envolver os familiares (VIEIRA, 2010). Para Romano (1999) conhecer as relações mantidas entre paciente, acompanhantes e demais pessoas que compõem os subsistemas que fazem parte do ambiente hospitalar propiciam recursos para o psicólogo se comunicar mais efetivamente com os acompanhantes e pacientes.

A seguir serão apresentadas as considerações finais do trabalho, com um apanhado do material coletado via entrevista semiestruturada e por fim conclusões acerca do trabalho e os resultados obtidos após correlação com referencial teórico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho é uma pesquisa que teve como enfoque a dinâmica familiar dos pacientes internados nos leitos de isolamento do Hospital Infantil de Palmas, bem como as intervenções realizadas pelo serviço de psicologia hospitalar.

O instrumento utilizado na pesquisa, para coleta de dados foi à entrevista semiestruturada, com questionamentos referentes ao processo de internação no isolamento, as mudanças, dificuldade e organização da família frente à hospitalização da criança, relação do acompanhante e paciente com demais subsistemas presentes no âmbito hospitalar. E, por fim, a atuação da psicologia dentro do setor destinado aos leitos de isolamento, bem como as intervenções realizadas e percepção do acompanhante pós atendimento.

Conforme relato dos acompanhantes, em resposta aos questionamentos feitos, foi possível realizar uma análise de como a hospitalização nos leitos de isolamento afeta a dinâmica da família e como as intervenções psicológicas são percebidas pelos acompanhantes. Tendo como aportes teóricos a psicologia da saúde, psicologia hospitalar, conceito de isolamento e isolamento infantil e a família como componente no processo de hospitalização.

Os resultados e discussões acerca da coleta de dados, demonstrou que os acompanhantes possuem tempo de permanência junto aos pacientes de forma variada, sendo o tempo mínimo de 07 (sete) dias e o máximo de 8 (oito) meses. O que implica em experiências diversas.

Resultado da pesquisa demonstrou que em todos os casos há compreensão da importância do paciente permanecer nos leitos de isolamento, em todas as falas dos acompanhantes foi citado que os pacientes possuem uma baixa imunidade. Outro fato que houve unanimidade nas respostas foi o fato dos acompanhantes relatarem que contam com uma rede de apoio familiar, que possibilita o revezamento no acompanhamento do paciente.

Durante o levantamento dos dados via prontuários dos pacientes e posterior análise desse conteúdo ficou evidente que os pacientes que se encontram nos leitos de isolamento, possuem algum tipo de incapacidade física e por isso requerem cuidados específicos, tais como auxílio para comer, realizar higiene pessoal. No entanto, é importante ressaltar que a indicação clínica para transferência para os leitos de isolamento, não são motivadas por essa incapacidade física dos pacientes.

As mudanças narradas sobre o impacto que o local do isolamento ocasionou na dinâmica familiar dos pacientes foi que as famílias precisaram se reorganizar nos afazeres do dia a dia, tal como os cuidados com a casa. Um dos acompanhantes citou que o esposo passou a fazer as

tarefas domiciliares, pois a acompanhante precisa estar acompanhando o filho do casal. O que denota uma estrutura familiar pautada em um contexto cultural, em que as mulheres são responsáveis pelos afazeres no lar e o homem pelo provento financeiro.

Outro fator é o impacto que causa um dos membros da família precisar sair do emprego. A família precisa se adaptar a nova condição financeira e consolidar os gastos com a nova renda familiar. A divisão familiar que ocorre devido o paciente ficar ausente de casa e consequentemente o sujeito que o acompanha também foi citado pelos acompanhantes. Para os acompanhantes há uma ruptura no funcionamento familiar, visto que os membros são afastados, em decorrência da permanência no hospital.

Os dados coletados também apontam para mudanças positivas do ponto de vista dos entrevistados. As respostas dadas enfatizavam o engajamento familiar, em se fazer presente no processo de hospitalização, seja através de ligações, conversas, apoio no ambiente externo ao hospital ou na troca de acompanhantes. Um dos acompanhantes citou que a família estar mais unida após a internação do paciente.

As relações com os demais subsistemas merecem atenção. Pois os acompanhantes descreveram uma aproximação com a equipe de enfermagem. Considerando que, os acompanhantes afirmaram não frequentar as demais áreas do hospital ou se o fazem, é por um curto período de tempo ou esporadicamente. Pois segundo eles, há um temor por trazer alguma infecção para o filho.

Dessa forma, a equipe de enfermagem, por estar mais próxima ao paciente e acompanhante na execução dos cuidados de enfermagem, foi descrita como o contato que os acompanhantes possuem, além do paciente e familiar. É importante considerar que as relações dos subsistemas que circundam os acompanhantes afetam a dinâmica desse paciente. Pois, é o elo de contato dentro do hospital, e em alguns momentos servindo como rede de apoio para esses familiares.

No que diz respeito ao atendimento psicológico, todos os acompanhantes citaram que já receberam atendimento. A intervenção descrita pelos acompanhantes foi a de escuta qualificada. Não foram citadas outras formas de intervenção. O fato das visitas do profissional psicólogo ser algo rotineiro implica numa preocupação da equipe de psicologia do hospital em manter contato com esses sujeitos. E dessa forma, identificar possíveis demandas que possam emergir ou já estão instauradas.

Dos cinco acompanhantes que participaram dessa pesquisa, dois citaram que perceberam mudanças positivas após a intervenção do psicólogo. Os relatos foram que a acompanhante ficou mais tranquila e houve alívio no pós-atendimento da psicologia. No entanto três acompanhantes relataram não perceber mudanças após o atendimento psicológico.

Após análise das perguntas realizadas acerca dessa percepção de mudanças após o atendimento psicológico, e das respectivas respostas negativas. A autora se questionou quanto de fato não há mesmo percepção dos acompanhantes se sentirem afetados pelo atendimento ou se a forma como a pergunta foi realizada ou ainda se a pergunta poderia ter sido complementada de outra forma, para que então houvesse uma resposta diferente para o questionamento, conforme os dois acompanhantes que descreveram perceber mudanças após intervenção psicológica.

O presente trabalho possui considerável relevância social, acadêmica e pessoal. Visto que os pacientes e acompanhantes que ficam em leitos destinados ao isolamento possuem suas dinâmicas afetadas e conseqüentemente essa alteração pode desencadear um empecilho para o processo de cura para o paciente. Considerando o baixo número de estudos sobre esse tema, é de extrema relevância pesquisas que se disponha a abordar o tema, e assim contribuir com conhecimento científico sobre a temática.

Portanto, a pesquisa idealizada e executada pela autora deste trabalho, possibilita que a mesma tenha um maior conhecimento acerca do que foi apresentado nesse trabalho. Dessa forma, poderá se valer desse aprendizado em situações futuras em que precise atuar frente essas situações de pacientes e acompanhantes internados em leitos de isolamento.

A pesquisa concluiu seu objetivo com êxito, pois de fato houve o levantamento de dados que pudessem identificar quais fatores afetam a dinâmica familiar do paciente internado em leito de isolamento, bem como identificar os atendimentos psicológicos realizados no referido local pesquisado.

Apesar da pesquisa apresentar dados significativos sobre o tema. A mesma não deve ser utilizada como parâmetro de larga escala sobre as alterações ocorridas na dinâmica familiar de pacientes internados em leitos de isolamento. Pois, considerando o número total da amostra (5), a autora entende que este quantitativo não possui validade no que tange a dados estatísticos. Porém, no aspecto qualitativo a pesquisa cumpriu com as expectativas.

Por fim, sugere-se que sejam realizados outros estudos sobre o tema e que tenham uma maior abrangência quantitativa, e assim contemplem uma maior população amostral. No que

diz respeito aos atendimentos psicológicos, sugere-se que os trabalhos futuros tenham um número maior de questionamentos sobre a percepção do entrevistado acerca da intervenção, além de incluir na coleta de dados os depoimentos dos psicólogos. E desta forma traçar um paralelo entre o que é realizado pelo psicólogo e a percepção do sujeito atendido.

O tema apresentado necessita de maior investigação, visto que existem outros questionamentos e situações que podem acrescentar sobre o conhecimento acerca da temática apresentada.

| Sugestões   |  |   |
|---|--|---|
| Atualmente é  | Passará a ser  | Objetivo  |
| Realizada busca ativa em dois a três momentos do plantão. | Duas a três visitas aos leitos, sendo que uma das visitas será no horário de visita do acompanhante. | Aproximação do psicólogo com outro membro da família.<br>Participação do sujeito no processo de internação do paciente.<br>Buscar um facilitador na comunicação entre acompanhante e psicólogo. |
| Escuta qualificada  | Uso de recursos lúdicos (Livros, desenhos para pinturas, músicas, sons)                              | Ampliar os recursos que possam servir de entretenimento para acompanhante e paciente.<br>Oferecer instrumentos para que os acompanhantes se expressem além da forma oral.                       |
| Não há  | Rodas de conversa com acompanhantes (1 a 2 vezes por semana, aprox. 30 minutos)                      | Facilitar a aproximação e troca de experiências entre os acompanhantes.   |

Considerando todo o percurso teórico e prático da presente pesquisa e buscando contribuir para a prática profissional do psicólogo dentro da unidade hospitalar, especificamente no local onde ficam alocados os leitos de isolamento, propõe-se que: a rotina do setor de psicologia em que há uma busca ativa por demandas deva ser realizada em dois momentos do plantão, sendo que, em um dos momentos, seja realizado durante a visita do acompanhante, para que assim o psicólogo consiga identificar outras pessoas do núcleo familiar que possam atuar como apoio ao acompanhante e paciente.

Outro benefício desse contato com outro membro da família é que este sujeito também possa contribuir com o psicólogo na aproximação com o acompanhante e com o paciente, caso estes estejam relutantes com a hospitalização e o atendimento.

Utilizar técnicas, além da escuta qualificada, que despertem interesse do acompanhante e paciente, como por exemplo, uso de livros, músicas e jogos, ou outra atividade que o acompanhante tenha interesse e que seja viável sua execução. Ou ainda uma “caixa do desabafo” que poderia ser utilizada pelo acompanhante e paciente nos momentos em que o psicólogo não estivesse presente. Porém, posteriormente o conteúdo seria compartilhado com o psicólogo.

Através deste trabalho, foi possível perceber dentro do ambiente destinado aos leitos de isolamento, quais são as implicações que a internação e a intervenção psicológica possuem para os pacientes e acompanhantes. Além de expor as alterações ocorridas na dinâmica familiar desses sujeitos.

## REFERÊNCIAS

ABAD, C.; FEARDAY, A.; SANCHES, N. Os Efeitos Adversos do Isolamento em Pacientes Hospitalizados: Uma Revisão Sistemática. **Journal Of Hospital Infectionwis**. Wisconsin, p. 96-102. Jul. 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (São Paulo). **RISCO OCUPACIONAL E MEDIDAS DE PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO**. 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras>>. Acesso em: 18 out. 2018.

ALBUQUERQUE, A. M. de et al. INFECÇÃO CRUZADA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA À LUZ DA LITERATURA. **Revista Ciência Saúde**, Nova Esperança, v. 1, n. 11, p.78-87, jun. 2013.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.7-14, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292002000100002>.

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 14 nov. 2018.

AMIN, Tereza Cristina Coury. **“O PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL, A FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE: REDUÇÃO DE SOFRIMENTOS DESNECESSÁRIOS”**. 2001. 76 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4596/2/552.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

ALVES, S. S. G. **HOSPITALIZAÇÃO EM SETORES DE ISOLAMENTO NAS UNIDADES DE PEDIATRIA**. 2014. 40 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Centro Universitário de Brasília – Uniceub, Brasília, 2014.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; et al. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003

ANGERAMI-CAMON, V. A. Et al. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 2011.

AZEVÊDO, A. V. dos S., CREPALDI, M. A.; MORE, C. L. O. O. A Família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.772-799, 15 mar. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2016.31464>.

BRASIL, M. D. S. **PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998**. 1998.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html)>.

Acesso em: 15 out. 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CALVETT, P. Ü.; SILVA, L. M. da; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Psic.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 229-234, dez. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142008000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 nov. 2018.

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, dez. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 nov. 2018.

CARDIM, M. G. et al. CRIANÇAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: RELAÇÕES E VIVÊNCIAS COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Revista de Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 16, p.32-38, mar. 2008.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. (2001). Resolução 014/00. Acesso em 05/11/2018. Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001\\_2](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2).

CREPALDI, M. A. Famílias de Crianças Hospitalizadas: Os Efeitos da Doença e da Internação. **Revista Ciência Saúde**, Florianópolis17111, v. 1, p.82-92, jun. 1998.

DUARTE, T. de L. et al. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-113, ago. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092015000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 nov. 2018.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 nov. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. 120 p

GOMES, G. C. et al. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio Grande, v. 2, n. 18, p.234-240, jun. 2014.

GONÇALVES, E. M. Vivências que permeiam a hospitalização: uma revisão acerca da assistência em hospitalização infantil. **Revista Contemporânea**, Porto Alegre, v. 8, n. [], p.185-197, dez. 2009.

GORAYEB, R. Psicologia da saúde no Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. spe, p. 115-122, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 05 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500010>.

HONICKY, M.; SILVA, R. R. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-67, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092009000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 nov. 2018.

JUSBRASIL. C. (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90**. [S.I.]. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10618694/artigo-12-da-lei-n-8069-de-13-de-julho-de-1990>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

LIMA, R. A. G. de; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.33-39, abr. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11691999000200005>.

LOPES, C. R. de O. **Isolamento Hospitalar e a Participação do Enfermeiro**. 2015. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, 2015.

MARCO, M. A. de. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, Apr. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>.

MAZIERO, V. G. et al. Universal isolation precautions for patients at an academic hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.115-120, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000900018>.

MEIADO, A. C.; FADINI, J. P. O Papel do Psicólogo Hospitalar na Atualidade: um estudo investigativo. **Recifija: Revista Científica das Faculdades Integradas de Jaú**, Jaú, v. 11, n. 1, p.1-15, 2014. Disponível em: <<http://www.fundacaojau.edu.br/revista11/artigos/7.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O. O.; BARROS, L. Social Networking Family of Caregivers during Hospitalization of Children. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n., p.107-113, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000300016>.

MORIYA, T. M., MANZOLI, M. C., **Isolamento em doenças transmissíveis: conceituação em Enfermagem.** *Rev. Esc. Enf. - USP.*, São Paulo: 20(2): 89-100,1986.

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 nov. 2018

NICHIATA, L. Y. I. et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.61-70, mar. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342004000100008>.

NOGUEIRA, Conceição. **Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 235-242, Junho 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200014&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000200014>.

RIBEIRO, C. R.; PINTO JUNIOR, A. A. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 31-56, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 nov. 2018.

ROMANO, B. W. (1999). **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RUMOR, P. C. F.; BOEHS, A. E. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.1007-1015, 31 dez. 2013. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19464>.

RUSSO, K.; DONNELLY, M.; JM, A. R. Segregação: as perspectivas de pacientes jovens e seus pais. **Journal Of Cystic Fibrosis**. Reino Unido, p. 92-99. Jan. 2006.

SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unoesc & Ciência – Achs**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p.140-154, dez. 2011.

SILVA, A. N. da et al. Psicologia Hospitalar: reflexões a partir de uma experiência de estágio supervisionado junto ao setor Obstétrico-Pediátrico de um Hospital Público do interior de Rondônia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 41-58, jun. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 nov. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis, 2005.

SILVA, L. B. de Campos. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, Niterói, v. 17, n. 1, p. 79-92, June 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-80232005000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232005000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232005000100006>.

SIMONETTI, A. (2004). **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

STRAUB, R.O. (2014). **Psicologia da Saúde: Uma Abordagem Psicossocial**. 3º edição, Porto Alegre, Artmed.

TEIXEIRA, J. A. C.; LEAL, I. P. Psicologia da Saúde: Contexto e intervenção. **Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida**, Lisboa, v., n. 4, p.453-458, 1990. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2916>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, mar. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 05 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>.

VALENTIM, Renata Patricia Forain de. PSICOLOGIA DISCURSIVA E ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO: ALINHAVANDO DISCURSO E CULTURA NA PSICOLOGIA SOCIAL CONTEMPORÂNEA. **Revista Pesquisa Qualitativ**, São Paulo, v. 6, n. 11, p.212-226, ago. 2018.

VIEIRA, M. C. Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 5, p.513-519, nov. 2010.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

**Declaração de autorização da Instituição Participante**

A pesquisa “INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas” será realizada no Hospital Infantil de Palmas, localizado no endereço: Rua NSB, Lote 19, Quadra 202 Sul, s/n, Plano Diretor Sul, Palmas - TO, 77001-036, no setor destinado aos leitos de isolamento da Pediatria, entre os dias 15 (quinze) de março à 15 (quinze) de abril.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e de natureza aplicada de campo. A forma de contato com a amostra se dará de forma escrita e verbal mediante convite realizado nos leitos de isolamento realizado pela pesquisadora Keila Ferreira da Silva, orientada pela pesquisadora-responsável Cristina D’Ornellas Filipakis.

Considerando o local da pesquisa, se torna necessária a declaração de autorização da Instituição Participante, considerando, porém que:

1. As atividades de coleta de dados só serão realizadas após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2. A pesquisadora se compromete a obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Obedecer às regras vigentes na instituição de saúde, bem como não causar quaisquer empecilhos para prática de atendimento da equipe multiprofissional.

Palmas- Tocantins, 27 de novembro de 2018

.....  
Keila Ferreira da Silva  
(Acadêmica de psicologia e autora da pesquisa)

.....  
Cristina D'Ornellas Filipakis (CRP 23/844)  
(Psicóloga e orientadora da pesquisa)

.....  
Leiliani Alves da Silva  
(Diretora Geral do Hospital Infantil de Palmas)

## APÊNDICE B

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas”. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e de natureza aplicada de campo. O objetivo da pesquisa é analisar a dinâmica familiar e as intervenções psicológicas na internação pediátrica em isolamento de um Hospital Público.

A justificativa para elaboração e aplicação desta pesquisa se dá mediante a necessidade de investigar as possíveis dificuldades encontradas por aqueles que se encontram em situação de enfermidade. Visto que, os pacientes e acompanhantes já se encontram em situação de vulnerabilidade psíquica e, portanto, encontrar meios para amenizar possíveis agravamentos no quadro do enfermo, se faz necessário.

A duração da entrevista será de 45 (quarenta e cinco) minutos a 1 (uma) hora de duração, esse horário será destinado a coleta de dados referente a problemática apresentada, utilizando para tal a entrevista semiestruturada que foi previamente elaborada pela autora da pesquisa. Após essa coleta de informações, os dados serão analisados e compilados pela acadêmica responsável pela pesquisa, afim de se obter uma maior precisão quanto ao material fornecido pelo participante.

As datas que compreendem o período da pesquisa são de 15 (quinze) de março à 15 (quinze) de abril. Obedecendo, porém, a disponibilidade dos entrevistados e da autora da pesquisa. O local escolhido para aplicação deste projeto de pesquisa foi no Hospital Infantil de Palmas, localizado no endereço: Rua NSB, Lote 19, Quadra 202 Sul, s/n, Plano Diretor Sul, Palmas - TO, 77001-036, no setor destinado aos leitos de isolamento da Pediatria.

A minha participação na referida pesquisa não terá ressarcimento financeiro, visto que a participação na mesma é isenta de despesas, haja vista que o local de entrevista é o mesmo em que se encontra o participante (Hospital).

De antemão fica estabelecido que você participante desta pesquisa, poderá ter acesso às informações oriundas do presente trabalho, respeitando o prazo para finalização do mesmo. Os dados referentes a identificação do participante são de caráter sigiloso, portanto, não poderão ser divulgados pela pesquisadora, respeitando assim, a integridade e privacidade do entrevistado.

Espera-se que a curto prazo, a pesquisa possa servir como instrumento de reflexão quanto a problemática apresentada, mediante discussões sobre o tema da pesquisa. Quanto os benefícios de médio e longo prazo, você poderá ser beneficiado de forma indireta, visto que estes serão pautados nas medidas interventivas que possam surgir diante da necessidade frente aos resultados obtidos. Sendo estes, importante para o processo de enfrentamento da internação, bem como das situações em que se faz necessária o isolamento.

Os riscos envolvendo a pesquisa podem ser percebidos através de manifestações psicológicas ou físicas decorrente da discussão acerca do tema, quebra do sigilo das informações e/ou informações pessoais do participante.

Se durante o processo de coleta de dados, o entrevistado se sentir desconfortável, poderá optar pela interrupção da mesma, retirando-se da pesquisa sem que tal comportamento acarrete quaisquer tipos de constrangimento ou danos materiais/financeiros. Conforme a resolução n° 466/2012 estabelecida pelo código de ética do profissional de Psicologia, as informações serão resguardadas obedecendo os critérios presentes na resolução, afim de evitar que os riscos mencionados possam de fato concretizar-se. Os dados referentes a essa pesquisa serão guardados na coordenação do curso de Psicologia, para evitar que os mesmos possam ser acessados sem autorização por terceiros, o prazo para que o material fique alojado na coordenação é de no máximo 5 (cinco) anos.

Caso você, participante da pesquisa, por ventura tiver algum desconforto ou abalo psíquico em decorrência das informações prestadas para pesquisa, fica respaldado o acesso ao Serviço de Psicologia (SEPSI), que tem como finalidade o atendimento psicossocial. Ficando ainda, a autora desta pesquisa, responsável por acompanhar o participante nesse trajeto até o referido serviço, aguardando que o entrevistado seja atendido ou que tenha conseguido vaga para posterior atendimento. Em caso de danos materiais que tenham relação com a presente pesquisa, a autora se compromete a responsabilizar-se pela reparação dos danos e prejuízos dos materiais do participante. Fica ainda garantida a indenização do participante da pesquisa, por parte da pesquisadora, caso ocorra algum dano ou intercorrência.

O participante tem livre poder de escolha no ato da pesquisa, dessa forma, caso o entrevistado opte por encerrar sua participação no presente trabalho, o fato se dará sem quaisquer danos ao participante, não sendo necessário avisos prévios por parte do entrevistado.

O participante que concordar com os termos aqui mencionados e aceitar participar da pesquisa, poderá ficar com uma cópia do presente termo, sendo a segunda via arquivada na coordenação do curso de Psicologia do CEULP/Ulbra.

Os dados da pesquisadora são: Keila Ferreira da Silva, acadêmica do curso de psicologia do Ceulp/Ulbra, localizada no número de telefone, 99211-7707. Sendo orientada pela psicóloga prof. Me. Cristina D’Ornellas Filipakis, também vinculada ao Centro Universitário Luterano de Palmas – Universidade Luterana do Brasil (CEULP/ULBRA).

Caso o participante queira relatar alguma reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo deve ligar para a Coordenação de Psicologia do CEULP/ULBRA, situada no **Prédio 2, Sala 208, (63) 3219-8072** ou mandar um e-mail para **psicologia@ceulp.edu.br**. Ou ainda, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA, situado no **Complexo Laboratorial (Prédio 5), 1º Piso, Sala 541** através do número telefônico **(63) 3219-8076** ou e-mail **etica@ceulp.edu.br**, ambos nas dependências da instituição, na Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900.

**Considerando que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.**

Palmas, ..... de ..... de 2019

.....  
Assinatura da participante

.....  
Assinatura da pesquisadora

.....  
Assinatura da orientadora e pesquisadora-responsável



## APÊNDICE C

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Entrevista semiestruturada da pesquisa: **“INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas”**

**Nome:**

**Idade:**

1. Você sabe por que está no leito de isolamento?
2. Qual o seu vínculo com o paciente?
3. Como foi informado que precisaria haver a transferência para o leito de isolamento?
4. Há quanto tempo você está como acompanhante do paciente?
5. Alguma outra pessoa acompanha o paciente durante esse período de internação no leito de isolamento?
6. Antes de vir para este local, como estava o processo de internação?
7. Quais mudanças você percebe que ocorreram em decorrência da mudança de local?
8. Você frequenta outras áreas do hospital?
  - 8.1. Se sim, como é a sua relação com as demais pessoas?
9. Como o paciente se comporta no isolamento?
10. Como você se sente, nesse momento da internação com a estada no local de isolamento de paciente?
11. Há privacidade no local de isolamento?
12. Qual principal dificuldade em estar no local de isolamento?
13. Qual principal benefício em estar no local de isolamento?

14. Já recebeu visita de algum psicólogo?
  - 14.1 O psicólogo realizou alguma atividade com vocês ou no local?
15. Você percebe alguma mudança de comportamento no paciente, após a visita do psicólogo?
16. Quais medidas poderiam ser tomadas para melhorar a estada no local?
17. Como a família participa durante a internação do paciente?
18. Você percebe alguma mudança na família, após internação do paciente?
19. Qual a maior dificuldade enfrentada pela família, decorrente da internação do paciente?
20. Como a família se organiza para resolver os problemas decorrentes da internação do paciente?
21. Como a família se organiza para realizar as atividades do dia-a-dia depois da internação do paciente?
22. Existem tarefas pré definidas para cada membro da família?
  - 22.1 Se sim, houve alterações no cumprimento das tarefas após a internação do paciente.

## APÊNDICE D

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

## TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto: INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas

A autora do projeto de pesquisa se compromete a manter o sigilo dos dados coletados referentes aos participantes atendidos no Hospital Infantil de Palmas.

Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos participantes.

PALMAS, 07 de fevereiro de 2019.

| Autora do Projeto       |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Nome                    | Assinatura                     |
| Keila Ferreira da Silva | <i>Keila Ferreira da Silva</i> |

## APÊNDICE E

**GOVERNO DO  
ESTADO DO  
TOCANTINS**SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA **SAÚDE**

## CARTA DE ANUÊNCIA DO LOCAL DA COLETA DE DADOS

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA

Prezados Senhores

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado “INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas”, proposto pela pesquisadora KEILA FERREIRA DA SILVA.

O referido projeto será realizado no Hospital Infantil de Palmas, no setor destinado aos leitos de isolamento por precaução onde será realizado o estudo, e só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer de Aprovação do Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA.

Palmas, 07 de Fevereiro de 2019.

---

Leiliani Alves da Silva  
Diretora Geral

## APÊNDICE F

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

**DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Cristina D'Ornellas Filipakis, pesquisadora responsável envolvida no trabalho de conclusão de curso intitulado: **INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM ISOLAMENTO HOSPITALAR: Dinâmica familiar e Intervenções Psicológicas**, declaro estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e comprometo-me a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares, assim como atender os requisitos da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13, especialmente no que se refere à integridade e proteção dos participantes da pesquisa. Comprometo-me também a anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais. Por fim, asseguro que os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Palmas/TO, 27 de novembro de 2018.

Prof.<sup>a</sup>. Me. Cristina D'Ornellas Filipakis

CRP 23/844

**ANEXOS**

## ANEXO A



Continuação do Parecer: 3.183.565

|   |   |                        |                                     |        |
|---|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1264744.pdf | 10/02/2019<br>21:44:28 |                                     | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ULBRA.docx                               | 10/02/2019<br>21:39:12 | Keila Ferreira da Silva             | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | TCC_KEILA.docx                                | 10/02/2019<br>21:36:20 | Keila Ferreira da Silva             | Aceito |
| Outros  | TCUBD_ULBRA.doc                               | 10/02/2019<br>21:35:22 | Keila Ferreira da Silva             | Aceito |
| Outros  | carta_anuencia.pdf                            | 10/02/2019<br>21:34:32 | Keila Ferreira da Silva             | Aceito |
| Folha de Rosto  | Folha_rosto_Keila.pdf                         | 28/11/2018<br>11:51:37 | CRISTINA D ORNELLAS FILIPAKIS SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Declaracao_instituicao.pdf                    | 27/11/2018<br>21:27:52 | CRISTINA D ORNELLAS FILIPAKIS SOUZA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                               | Declaracao_pesq.docx                          | 27/11/2018<br>21:27:19 | CRISTINA D ORNELLAS FILIPAKIS SOUZA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 22 de Fevereiro de 2019