



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**LUANNA LUIA SOUSA FELÍCIO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO MEDIADO PELO  
BRINCAR: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL NA  
PEDIATRIA HOSPITALAR**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

**2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira



**LUANNA LUA SOUSA FELÍCIO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO MEDIADO PELO  
BRINCAR: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL NA  
PEDIATRIA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, em nível de Mestrado Profissional, vinculado à Universidade Federal da Bahia-UFBA, Instituto Multidisciplinar em Saúde, *Campus* Anísio Teixeira.

**Linha de pesquisa:** Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas na Saúde

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Virgínia Moraes da Silva

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

**2022**

F314

Felício, Luanna Lua Sousa.

Protocolo de acolhimento e acompanhamento mediado pelo brincar: contribuições da Psicologia histórico-cultural na pediatria hospitalar. / Luanna Lua Sousa Felício. -- Vitória da Conquista, 2022. 189 f.: il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Virgínia Moraes da Silva.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2022.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Psicologia da Criança. 3 Jogos e Brinquedos. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Silva, Carmem Virgínia Moraes da. III. Título.

CDU: 159.922.72 (813.)

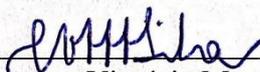
## Folha de Aprovação

**LUANNA LUA SOUSA FELÍCIO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO MEDIADO PELO  
BRINCAR: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL NA  
PEDIATRIA HOSPITALAR**

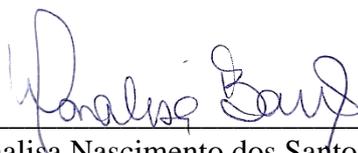
Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista – BA, 07/10/2022.



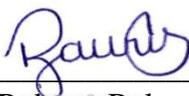
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Virgínia Moraes da Silva (Orientadora)  
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Monalisa Nascimento dos Santos Barros (Examinadora)  
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB)



---

Prof.<sup>a</sup> M.a. Roberta Bolzan Jauris (Examinadora)  
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB)

**Vitória da Conquista – BA**

**2022**

Decido esta Dissertação aos meus avós Tina e  
Souza (*in memoriam*), que sempre  
potencializaram em mim o ser brincante que  
sou hoje.

## **Agradecimentos**

À Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar de Saúde/*Campus* Anísio Teixeira (UFBA – IMS/CAT), Instituição que me acolheu e possibilitou o meu acesso à Educação Pública de qualidade e, que, desde a graduação, instigou em mim o olhar investigativo, me levando ao desejo de fazer pesquisa em Psicologia. Como foi bom, agora, no Mestrado Profissional, ter tido a condição de retornar à essa Instituição que tanto agregou a minha formação! Esse agradecimento à UFBA se estende aos queridos professores, técnicos e a todos aqueles que, comprometidos com o fazer científico, contribuíram para a construção da minha vida acadêmica!

Em especial, um agradecimento à minha orientadora, a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmem Virgínia, essa pessoa e profissional maravilhosa que foi um presente que recebi ao me inserir no mestrado. Me sinto privilegiada por esse encontro tão potente, que emergiu tantos frutos, tornando o processo mais suave e leve. Saiba que a sua alegria brincante me motivou e me despertou ainda mais interesse pelo brincar. Gratidão enorme pelo seu olhar humano, paciente, atencioso, cuidadoso em cada detalhe vivenciado ao longo da pesquisa, pelos largos sorrisos acolhedores e por ser sempre tão presente e colaborativa ao longo dessa vivência. Agradeço, ainda, pela receptividade em seu grupo de pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (UFBA – IMS/CAT), a minha gratidão por tantos conhecimentos construídos e partilhados ao longo desse processo formativo. Aos Prof. Me. Caio Moraes e a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Monalisa Barros, agradeço por toda a contribuição e pelas sugestões enriquecedoras durante o Exame de Qualificação. À Prof<sup>ª</sup> Me. Roberta Bolzan Jauris, por ter feito parte da minha formação acadêmica e pelo aceite ao convite para compor a banca de Defesa. À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Andréa Andrade, a minha gratidão por ser uma inspiração no campo da docência e da Psicologia Hospitalar. Se hoje consigo finalizar esta etapa, devo aos projetos e à Iniciação Científica durante a graduação, bem como às

experiências proporcionadas ao longo dos estágios em Pediatria Hospitalar. Obrigada por despertar, em mim, esse olhar curioso que a pesquisa requer.

Ao Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), o meu muito obrigada por permitir, tão colaborativa e prontamente, que eu realizasse a minha pesquisa! Nesse âmbito ainda, agradeço a todas as profissionais psicólogas atuantes no hospital por terem se disponibilizado a colaborar nos questionários iniciais para identificação das potenciais participantes da pesquisa e, seguindo, deixo um agradecimento enorme as quatro participantes da pesquisa. Por meio de vocês, foi possível realizar e investigar o que tanto almejei, grata por toda contribuição!

Aos queridos colegas da primeira (e melhor!) turma do PPG em Psicologia da Saúde, como foi bom ter vocês por perto para partilhar saberes, para auxiliar em meio aos desesperos e dúvidas que surgiam, rs, para acolher em função das dificuldades e por terem sido presentes de forma tão significativa nesse percurso. O meu obrigada especial à Clara, Lari e Lucas, que, por afinidade, estiveram mais de perto acompanhando e compartilhando os sabores e dissabores da vida (acadêmica).

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Psicologia (NUPEP), minha gratidão pelo acolhimento desde o primeiro momento. Cheguei, ao nosso primeiro encontro, apreensiva por não conhecer ninguém e saí de lá com o coração quentinho por conhecer pessoas tão queridas e disponíveis ao afeto! E o afeto inicial, ao passar do tempo, se transformou em amizades especiais e referências profissionais, a exemplo de: Dani Monteiro, Horta, Gabi Cangussu, Lohana, Nanda, Fran e Miriã. No fazer da pesquisa, contei com o auxílio de duas assistentes de pesquisa maravilhosas e que só tenho a agradecer por toda a contribuição na transcrição dos materiais coletados. Minha gratidão, de modo especial, a Dani e Naty, por todo auxílio!

Fazer um mestrado e me envolver com a carreira acadêmica sempre me pareceu um pouco distante. Mas quando percebo que grande parte da minha família é composta por

professores, reconheço que isso nunca deixou de ser uma possibilidade, rs. Grande responsabilidade pelo meu desejo em fazer pesquisa vem de família. Ter pais como os meus, sempre tão engajados acadêmica e politicamente me fizeram crescer admirando o quanto a educação é um pilar fundamental e acreditar que, sim, nós podemos auxiliar e mudar a vida de pessoas por meio de trocas de conhecimento. Crescer vendo os meus pais, Valéria e Gildelson, sendo referências de sabedoria, inteligência, dedicação e compromisso (para mim), somado ao fato de eles serem referências de professores para os seus alunos, só fez aumentar o meu encantamento por eles e por tudo que são. A eles agradeço por tudo, por serem inspiração na academia, por sempre terem me incentivado aos estudos, por sempre terem sonhado os meus sonhos, por sempre serem presentes, por sempre terem dado o melhor, por serem amor e carinho, por serem cuidado e proteção e por terem me concedido a vida. Sem vocês, nada disso seria possível! Minha enorme gratidão, mãe e pai! Amo muito vocês!

Não posso agradecer aos meus pais sem falar do presente mais lindo que eles me deram e da minha maior companhia nas brincadeiras, minha irmã, Luma Mar. A minha enorme gratidão a ela que sempre foi a minha companheira, que sempre vibrou por todas as minhas conquistas e sempre esteve ao meu lado torcendo pelo meu sucesso. Você é referência de amor, carinho, companheirismo e cuidado pra mim! Obrigada por sua existência na minha vida e por todo auxílio nessa caminhada, auxílio nos eventos, nos trabalhos acadêmicos e pelo olhar final nos slides/textos para ver se estava tudo correto, rs. Eu amo você!

Ao meu noivo, Thiago, a minha gratidão pela sua presença significativa em minha vida! Ele, que me acompanha desde o Ensino Médio, bem sabe o quanto eu sonhei com a concretização e finalização desta etapa. Gratidão por todo amor dispensado a mim, por todo companheirismo e parceria, por toda paciência nos momentos em que eu estava atarefada e por sempre chegar com um sorriso e um abraço ofertando o acolhimento necessário naquele momento. Eu te amo! Estendo os meus agradecimentos à sua família, por quem tenho muito

apreço e, em especial, à Tia Ariene, que sempre esteve presente e vibrando pelas minhas conquistas.

Aos meus avós maternos, Tina e Souza, que, desde a infância são grandes referências na minha vida. A vocês, juntamente aos meus pais, devo tudo que sou. A saudade que reina aqui, hoje, é enorme, mas a certeza de que a finalização desta etapa foi um sonho compartilhado com vocês me faz sentir mais do que o dever cumprido, me faz ter a certeza de que estão sempre rezando e intercedendo por mim. Sei que, de onde estão, estão vibrando por essa conquista, que é nossa. O meu obrigada infinito pela representação de amor, cuidado e de fé que vocês são para mim! Vocês potencializaram o ser humano que sou hoje. Sou imensamente grata por todas as memórias incríveis que tenho com vocês. Sou grata por terem sempre incentivado o ser brincante, nas mais diversas formas, que fui e sou. Obrigada pela passagem eternizada em minha vida!

Aos meus avós paternos, Ziza e Juca, obrigada por todo amor e carinho dispensados ao longo da minha vida e por sempre torcerem pelo meu sucesso e minha felicidade!

A meu Dindo Paulo e Eliana, obrigada pelo carinho de sempre! À Lalá e Lipe, o meu obrigada por sempre encherem os meus dias de cor e me fazerem sentir sempre uma criança ao brincar com vocês! À minha Madrinha Neide, Tio Delba e Tia Glória, obrigada por todo carinho, cuidado, torcida e pelas orações! À minha prima-irmã Indi, que sempre me apoiou e esteve presente, corujando todos os passos dados nesse percurso.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas, obrigada por sempre vibrarem com cada etapa e passo que eu trilhava, pela confiança de que, ao final, tudo daria certo, pelas palavras de incentivo e motivação e por se fazerem presentes de formas distintas, sempre trazendo o aconchego e a certeza de que nunca estive sozinha.

Ainda falando de família, agradeço às minhas amigas-irmãs que são as amigas frutos da Psicologia, que, desde a graduação, caminham ao meu lado e sempre se fazem presentes.

Pri: muito obrigada, minha amiga, por tanto amor, pela sua amizade, por ter me incentivado a fazer o mestrado desde que o Edital abriu e, por, ao longo do meu mestrado, abrir as portas sendo a Professora responsável pelo meu Estágio Docente...aprendi enormemente com você e, certamente, você tem parcela de responsabilidade nas minhas escolhas atuais; Jadinha: muito obrigada por sempre estar presente em todos os momentos da minha vida, iluminando-a com as suas marcas de carinho, animação e motivação; Clara: muito obrigada por ser o pontinho de luz que traz calma e é equilíbrio quando preciso; Thai: muito obrigada por estar sempre presente, sou muito feliz por compartilhar tanto da trajetória profissional contigo; Ana: muito obrigada por sua presença, seu aconchego, sua amizade e por estar sempre tão disponível a todo momento!

Preciso ressaltar que o período do mestrado foi marcado por muitos estudos, mas, em paralelo, os trabalhos que realizei. Passei por algumas transições na vida laboral, tendo tido a possibilidade de trabalhar com crianças e adolescentes em uma Unidade de Acolhimento Municipal e em um Centro de Referência Especializado da Assistência Social, o que aflorou em mim o lado social e cuidadoso no que tange às violações de direito, como expus aqui na Dissertação. Portanto, agradeço a todas as crianças e adolescentes que me trouxeram tanto de si nas nossas brincadeiras, que fizeram parte da minha vida nesse percurso e que me ampliaram e me melhoraram enquanto ser humano. Nesse quesito, ainda tive a sorte grande de cativar amigas que sempre me apoiaram e incentivaram nos estudos, não me deixando desanimar nem “deixar a peteca cair” mesmo em meio a tantas responsabilidades. À essas amigas mais do que queridas, Su, Kátia, Sueli, Lary, Cari e Tai, agradeço imensamente por tanto carinho, acolhimento e por todo auxílio/incentivo!

No que toca à parte profissional, ainda agradeço aos colegas da Rede UniFTC, que passaram a se fazer presentes diariamente no período de escrita da Dissertação e que se dispuseram a ajudar quando preciso. Em especial, sou muito grata à amizade e cumplicidade

de Lane. Aos meus alunos e estagiários, que me estimulam a ser a professora e pesquisadora que sou hoje, o meu muito obrigada!

De maneira muito importante e especial, o meu muitíssimo obrigada a todas as crianças que aceitaram o convite e me cederam os seus brilhantes desenhos representativos de brincadeiras que se tornaram capas dos meus capítulos da Dissertação. Esses (pequenos) grandes artistas são: Alice, Daniel, Gaby, Gi, Gui, Lipe, Luiza, Luan e Miguel.

Ao meu Deus e à Nossa Senhora, obrigada pela intercessão e proteção ao longo do meu caminho, me iluminando em cada passo e decisão que foi dada. Nos momentos mais difíceis senti o Seu amparo e me fiz mais forte e resiliente.

Ao longo desse processo, tive pessoas com as quais pude compartilhar as angústias, mas, sobretudo as alegrias de todo o processo vivenciado. Ter essas pessoas especiais ao lado durante esse período só me mostra que, como diria Miguel de Cervantes, “sonho que se sonha só é só sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade”. Por fim, muito obrigada a todos aqueles que sonharam junto comigo e contribuíram de algum modo para que o nosso sonho se realizasse.

Como é bom a gente ter tido infância para poder  
lembrar-se dela. E trazer uma saudade muito  
esquisita escondida no coração.

Manoel de Barros

## Resumo

Nesta Dissertação, sob o enfoque da Psicologia Histórico-Cultural, ancorado em Vigotski, tivemos como objetivo geral a elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, de modo a instrumentalizar profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista. O delineamento da pesquisa é qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, fazendo uso da Pesquisa-Intervenção como modalidade específica da pesquisa. Foram investigados eixos temáticos que envolvem a atuação do psicólogo hospitalar, o processo de desenvolvimento infantil mediado pelo brincar sob o enfoque Histórico-Cultural. Consideramos que a criança não hospitalizada, a rigor, está inserida em um meio social no qual vivencia relações que potencializam seu desenvolvimento e aprendizagem e que, em decorrência de uma hospitalização, apresente prejuízos relativos ao distanciamento de vínculos, de modo que, através de vivência de brincadeiras e diálogo, seja dada visibilidade à criança, ponderando, ainda, que a vivência de brincadeiras proporciona um maior bem estar para a criança no processo de hospitalização e garanta a promoção da saúde mental dessa, conforme desejado ao estudar sobre a Psicologia da Saúde. Desde modo, com o intuito de promover contribuições sociais e locais de impacto, atendendo às necessidades do hospital, e promovendo qualificação técnico-científica, através da Linha de Pesquisa “Desenvolvimento Humano e Práticas Educativas na Saúde” do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde (UFBA - IMS/CAT), que aprofunda nos estudos sobre o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital, foi elaborado um protocolo de normatização e guia para os atendimentos pediátricos. O referido protocolo evidencia a relevância do brincar e foi disponibilizado para os profissionais psicólogos do hospital. Esperamos que esse produto passe a ser um mecanismo utilizado por profissionais em momentos futuros, garantindo o estabelecimento de vínculos e melhor relação para execução das ações de cuidados aos pacientes lotados na Pediatria.

**Palavras-chave:** Brincadeira; Desenvolvimento Infantil; Protocolo; Psicologia Hospitalar; Vigotski.

## **Abstract**

In this Dissertation, under the Cultural-Historical Psychology approach, anchored by Vigotski, we had as a general objective to elaborate a protocol to shelter and monitor kids in a hospitalization setting, mediated by playing, in a way to instrumentalize professional psychologists working in the Pediatrics section in the General Hospital in Vitoria da Conquista. The research design is qualitative, with an exploratory and descriptive nature, using Research-Intervention as a specific research category. The thematic axis involved working on hospital psychology, as well as the process of child development mediated by play under the Cultural-Historical approach, was investigated. We considered that a child non-hospitalized, strictly speaking, is inserted in a social environment in which they experience relationships that enhance their development and learning and that, as a consequence of hospitalization, can be harmed related to distancing from their social links, in a way that, through playing and talking, it will give visibility to the kid, considering, also, that playing will also improve the kid's wellness through the hospitalization process and will improve their mental health, as is desired while studying Health Psychology. Therefore, as a way to promote social contributions and places of impact, tending to the needs of the hospital, and promotion scientific and technical qualification, through the Research Line "Human Development and Educative Practices in Health" of the Professional Masters in Health Psychology (UFBA - IMS/CAT), that deepens the studies about human development throughout the life cycle, it was developed a standardized protocol and a guide for pediatric attendance. The referred protocol shows the relevance of playing and was made available for professional psychologists of the hospital. We hope that this product can be a mechanism used by professionals in future moments, guaranteeing the establishment of bonds and a better relation to execute the necessary care actions for the patients at Pediatrics

**Keywords:** Games; Child Development; Protocol; Hospital Psychology, Vigotski.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1 -</b>	<i>Fluxograma de etapas de seleção dos artigos.....</i>	58
<b>Figura 2 -</b>	<i>Natureza dos artigos analisados.....</i>	60
<b>Figura 3 -</b>	<i>Quantidade de artigos publicados por ano.....</i>	61
<b>Figura 4 -</b>	<i>Distribuição de artigos por regiões do Brasil.....</i>	62
<b>Figura 5 -</b>	<i>Onde tudo começou: Concurso Público e contratação de Psicólogos em 2008.....</i>	81
<b>Figura 6 -</b>	<i>Panorama do quadro de psicólogos do HGVC 2010-2016.....</i>	82
<b>Figura 7 -</b>	<i>Panorama do quadro de psicólogos do HGVC 2017-2021.....</i>	83
<b>Figura 8 -</b>	<i>Quadro de psicólogos/peças atuantes no HGVC (2021).....</i>	84

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1 -</b> <i>Processo de análise dos dados</i> .....	92
<b>Quadro 2 -</b> <i>Indicadores estabelecidos na segunda rodada da “Dança das Cadeiras”</i> .....	93
<b>Quadro 3 -</b> <i>Núcleos de significação apreendidos</i> .....	95

## Sumário

Capítulo 1: “Vamos brincar juntos?”: uma introdução sobre o tema .....	17
Capítulo 2: “Brincando de esconde-esconde” o que está por trás da escolha do tema/lócus? .....	31
Capítulo 3: “A Amarelinha”: a metodologia da pesquisa.....	37
3.1 A casa número 1 da Amarelinha: o delineamento da pesquisa .....	38
3.2 A casa número 2 da Amarelinha: contextualizando o local da pesquisa.....	40
3.3 A casa número 3 da Amarelinha: quem são as “brincantes”/ participantes	44
3.4 A casa número 4 e 5 da Amarelinha: procedimentos iniciais, metodologia de coleta e análise de dados.....	45
3.5 A casa número 6 da Amarelinha: as etapas da pesquisa .....	48
3.6 A casa número 7 da Amarelinha: os parâmetros éticos, riscos e benefícios .	50
Capítulo 4: A Brincadeira de Contação de Histórias através da Revisão Integrativa de Literatura .....	54
Capítulo 5: “Era uma vez” a composição do nosso Tangram e a escolha de quatro peças para o Jogo de Trilhas .....	79
Capítulo 6: A “Dança das Cadeiras”: os sentidos e significados apreendidos através dos dados coletados .....	89
6.1 A amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar .....	97
6.2 O ambiente hospitalar e suas especificidades.....	108
6.3 A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar.....	114
6.4 O desenvolvimento infantil e as correlações com a brincadeira .....	126
Capítulo 7: O Céu da nossa Amarelinha: o Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento mediado pelo Brincar .....	136
Capítulo 8: Considerações Finais.....	160
Referências .....	170
Apêndices.....	181
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	181
Apêndice B: Roteiro para entrevista semiestruturada com profissionais.....	184
Apêndice C: Atividade de completar sentenças.....	185
Apêndice D: Termo de Uso de Imagem e Depoimento.....	186
Apêndice E: Compilação de dados dos artigos selecionados .....	187

**Capítulo 1: “Vamos brincar juntos?”: uma introdução sobre o tema**



Guilherme Carvalho Felício, 11 anos, representando o lançamento de dardos!

“O dardo que vimos aproximar-se chega  
mais devagar.”

Dante Alighieri

Parte considerável das teorias do desenvolvimento, no início do século XX, eram baseadas em um modelo que considerava apenas aspectos biológicos ou maturacionais. (Gomes et al., 2016; Kramer & Leite, 2003). Por outro lado, no senso comum, a criança era compreendida como um ser passivo e a infância era concebida como um processo etapista, caracterizado por quais atividades as crianças seriam capazes de realizar em cada faixa etária que se encontrassem, de acordo com o que era esperado cognitivamente e de acordo com a idade cronológica. Porém, essa concepção, como afirmam Kramer e Leite (2003, p. 45), “[...] fragmenta a criança em áreas ou setores de desenvolvimento (cognitivo, afetivo, social, motor, linguístico...)”. Destarte, o enfoque histórico-cultural<sup>1</sup>, ancorado em Vigotski<sup>2</sup>, surge como uma proposta crítica e torna relevante o papel ativo da pessoa no seu processo de desenvolvimento, considerando as dimensões simbólicas e sociais, ampliando a visão restrita, como mencionada, do desenvolvimento humano para a compreensão desse como um processo complexo e dinâmico.

Partindo dessa âncora, tivemos, como objetivo geral, nesta pesquisa, realizar a elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, de modo a instrumentalizar profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista.

Segundo Vigotski (2012, p. 263), “devemos entender por dinâmica do desenvolvimento o conjunto de todas as leis que regulam a formação, as trocas e as relações das novas formações de estrutura em cada idade”. Para definir a dinâmica da

---

<sup>1</sup> Utilizaremos o “Enfoque Histórico-Cultural” baseados em Beatón (2005), que apresenta a discussão sobre a utilização de termos amplamente discutidos na Cátedra L.S. Vygotski (Havana, Cuba) como Enfoque, Concepção ou Teoria de natureza Histórico-Cultural da psique humana. No entanto, ele afirma que houve um consenso pela escolha do termo “Enfoque”, uma vez que considera que este termo consegue destacar que o sistema de conhecimento não é fechado com apenas uma direção no processo de construção de conhecimento, mas que está inacabado, indicando direções para aprofundamentos.

<sup>2</sup> Ressaltamos que o nome do autor possui grafias diferentes, no entanto, na pesquisa adotaremos a escrita Vigotski, exceto em casos de citações diretas ou referências que apresentem outra grafia. Desse modo, a nossa opção é a de respeitar o termo utilizado originalmente pelos autores.

idade, é necessário entender que as relações entre a personalidade da criança e o seu meio social se dão de forma dinâmica em cada etapa, passando, desse modo, a compreender que a criança é abarcada por contextos históricos, sociais e culturais. Assim, para Vigotski (2012), não há apenas uma direção em que a vida do indivíduo poderá seguir, ou seja, não há um determinismo, acredita-se que o indivíduo e a cultura estão em interação dinâmica na qual um transforma e é transformado pelo outro (Dessen & Junior, 2005; Gomes et al., 2016; Kramer & Leite, 2003).

Nesse sentido, consideramos que todo sujeito está imerso em um mundo sociocultural e que consegue refletir e adquirir seus sentidos, significados, valores a cada experiência vivenciada, afinal são sujeitos que estão ativamente construindo o seu processo desenvolvimentista de modo singular. Vigotski (2012), então, não desconsidera as evoluções biológicas, que, naturalmente, acontecem, mas acrescenta os aspectos da cultura e da linguagem como funções essenciais, tendo em vista que a relação do indivíduo com o mundo externo é mediada pelo simbólico e a mediação simbólica, por sua vez, é estabelecida através da linguagem, que possibilita as relações e interações humanas.

Conforme apresentado por Vigotski (2010), as crianças são capazes de realizar críticas e reflexões, falando sobre as suas vivências, no que diz respeito à forma como têm consciência e se relacionam afetivamente com o ambiente, visto que, para análise dos processos ocorridos no desenvolvimento de uma criança, devemos considerar a sua relação com o meio no qual se encontra: família, escola, vizinhança, entre outros, a exemplo do hospital, quando é o caso. Tendo como ponto de partida nesta pesquisa reflexões sobre o processo de desenvolvimento da criança hospitalizada, assumimos essa criança (hospitalizada) como um sujeito ativo e participante na hospitalização.

No enfoque vigotskiano, pode ser realizada, ainda, uma correlação entre a interação indivíduo-meio e a interação indivíduo-cultura, que acontece através da mediação simbólica, ou seja, a relação dialética com o mundo externo/meio externo e consigo/meio interno tem como elemento principal a linguagem. Nesse enfoque, consideramos a importância da linguagem durante o processo de desenvolvimento, uma vez que é, também, por meio dela, que os comportamentos humanos são refletidos. Referente a esse aspecto, Vigotski (2007, p. 122) assegura que “[...] Com a ajuda da linguagem, a criança obtém a possibilidade de se libertar do poder das impressões imediatas, extrapolando seus limites”.

Diante do entendimento de todos esses aspectos e domínios que envolvem o desenvolvimento humano da criança, apoiamo-nos em Cruz (2015) quando diz que

A infância é uma construção sócio-histórica. Nesse sentido, o olhar para a infância brasileira deve ser contextualizado, considerando as várias condições sociais e culturais. Essa concepção permite não falar de infância no singular, uma vez que os diferentes contextos de desenvolvimento propiciam diferentes formas de imersão nas experiências do cotidiano [...]. (Cruz, 2015, p. 329)

O exposto é corroborado por Muller e Carvalho (2009) quando pontuam que a infância é e deve ser vista como plural, coexistindo com os aspectos social e cultural, de modo que, muitas vezes, os processos que dizem respeito à infância, tal como o brincar, são representados a partir do que é possibilitado pela cultura.

Desse modo, a brincadeira não pode ser ponderada fora de todos esses contextos da infância, afinal por meio do brincar e da brincadeira a criança pode se expressar e dar sentido e significado às experiências que presencia, bem como ao processo de hospitalização. E, nesse sentido, a brincadeira, dentro do hospital, produz maior

aproximação com a vida da criança fora daquele contexto, podendo também auxiliar no processo de estabelecimento de vínculos entre elas e os profissionais, como desejado nesta pesquisa e intervenção.

Assim, considerando o desenvolvimento da criança e sua dinâmica sociocultural, é passível de compreensão que há possibilidades da ocorrência de algumas situações que desestremem o seu desenvolvimento. Essas situações podem envolver, nas mais diversas nuances, as mudanças da dinâmica familiar e/ou o adoecimento/hospitalização, por exemplo.

De acordo com Saccol et al. (2007), o adoecimento é, na maioria das vezes, sentido como ruptura nos padrões esperados do desenvolvimento e, quando esse ocorre na infância, torna-se ainda mais inesperado e costuma trazer sentimentos de medo, angústia, apreensão, mudanças corporais e desconforto para a criança (Mitre & Gomes, 2007), conduzindo-a para uma nova realidade, diferente de tudo que estava, até então, acostumada a viver. Dessa forma, considerando que uma criança em idade escolar esteja hospitalizada, inferimos que, geralmente, essa fique restrita do convívio social com os pares e familiares, da realização de atividades corriqueiras e da frequência à escola. É interessante citar, ainda, que o adoecimento não acomete exclusivamente o paciente, mas, também, a família e o círculo social em que a criança está inserida. Por isso, no intuito de intervir e minimizar as restrições e prejuízos ocasionados pela hospitalização, ressaltamos a necessidade de conhecer a dinâmica do desenvolvimento da criança que está hospitalizada.

Vigotski (2012) denomina como diagnóstico o desenvolvimento de um sistema de procedimentos habituais de investigação com a finalidade de determinar o nível real alcançado pela criança em seu desenvolvimento. Em suas palavras, “o nível real de desenvolvimento se determina pela idade, pelo estágio ou a fase na qual se encontra a

criança em cada idade” (Vigotski, 2012, p. 265), sendo que a idade cronológica não é o critério para estabelecer o nível real do desenvolvimento da criança. Este processo é apontado por Vigotski (2012) como essencial para a solução das questões práticas relacionadas ao processo educacional, de saúde e de aprendizagem da criança, com o controle do curso normal de seu desenvolvimento físico e mental e o diagnóstico de alterações no desenvolvimento que atrapalham a trajetória normal e conferem um caráter atípico, anormal e, até mesmo, patológico, ao desenvolvimento.

Dessa forma, conhecer o nível real de desenvolvimento alcançado pela criança é a tarefa principal da avaliação do desenvolvimento. A segunda tarefa da avaliação do desenvolvimento consiste em conhecer os processos ainda não maduros, mas que estão em período de maturação. Esta tarefa se resolve com a descoberta da zona de desenvolvimento próximo - ZDP (ou zona de próximo desenvolvimento - ZPD): “Ao investigar o que a criança pode fazer por si mesmo, investigamos o desenvolvimento do dia anterior, mas quando investigamos o que pode fazer em colaboração determinamos seu desenvolvimento de amanhã” (Vigotski, 2012, p. 269). Assim, A ZDP da criança é configurada pelo campo dos processos imaturos da criança, mas que estão em vias de maturação.

De acordo com Cruz (2008), o processo de cuidado às crianças em situação de hospitalização é considerado como desafio, pois está vinculado a ter que lidar com as nuances que dirão respeito ao afastamento da criança da sua rotina em um espaço de tempo variável e em um ambiente até então desconhecido, que leva essa criança a passar por experiências que geram reações diferentes das habituais, como estresse e agressividade. Por essas razões, a autora pondera que há a necessidade de um olhar singular às crianças que se encontram nessa situação, considerando aspectos específicos

do desenvolvimento, buscando, assim, evitar consequências que possam vir a agravar o quadro de adoecimento.

No intuito de que as alterações no desenvolvimento da criança, relacionadas ao comprometimento do processo de interação com outras pessoas, possam ser minimizadas, é que a brincadeira aparece como uma medida terapêutica. Assim, a brincadeira visa fortalecer os vínculos entre criança e profissionais, proporcionando aos profissionais um acompanhamento qualificado do desenvolvimento da criança e potencializando o desenvolvimento infantil, na medida em que parte do conhecimento adquirido nessa vivência possibilite a recomposição para uma melhor adequação de sensações físicas e emocionais, trabalhando todas as questões envolvidas e sendo um suporte na redução de sentimentos negativos sobre a hospitalização (Brito et al., 2009).

A compreensão do desenvolvimento infantil mediado pela brincadeira, nesse enfoque, propõe-se a auxiliar no desenvolvimento da assistência pautada nos valores humanos e a proporcionar alterações no ambiente hospitalar, favorecendo melhor aceitação ao tratamento e promovendo uma melhor interação entre pacientes, profissionais e familiares. O brincar, então, pode ser utilizado como ferramenta diária nas atividades da equipe de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, estando presente desde o acolhimento até o acompanhamento dessa criança (Mussa & Malerbi, 2008).

Acerca da brincadeira, Vigotski (2007, 2010) assegura que a brincadeira não é definida apenas pelo prazer que é causado na criança, inclusive pelo fato de que o brincar pode ser tanto prazeroso quanto desagradável. O que definirá o significado da brincadeira, dessa forma, será a saciedade das necessidades da criança. A brincadeira de faz de conta é considerada pelo autor como uma atividade principal, que guia o processo de desenvolvimento da criança, especialmente na fase pré-escolar.

Vigotski (2012) denomina de situação social do desenvolvimento a relação estabelecida entre a criança e o meio social em cada período de idade. A situação social de desenvolvimento é específica, única e irrepitível em cada período, funcionando como ponto de partida para as trocas dinâmicas que ocorrem no desenvolvimento em cada período, indicando que “a realidade social é a verdadeira fonte do desenvolvimento, a possibilidade de que o social se transforme em individual” (Vigotski, 2012, p. 264). Assim, para compreender a dinâmica do desenvolvimento e para intervir junto a essas crianças, precisamos conhecer as condições sociais do seu desenvolvimento.

Diante do entendimento dos aspectos que envolvem o desenvolvimento humano da criança e seus processos relacionados à doença, entendemos que os momentos de desestruturação, conforme apresentados por Saccol et al. (2007), podem, também, ser considerados como um momento crítico, afinal é uma ruptura do fluxo esperado da vida, que pode inserir as pessoas em situações de maior vulnerabilidade ou dificuldade na aceitação da nova condição, ainda que momentânea. Os momentos críticos, assim, são, muitas vezes, impulsionadores para que as significações dadas a um fenômeno possam ser transformadas ou reconstruídas, mediante as reflexões sobre seu processo.

É nesse sentido que as narrativas pessoais, inclusive sobre o adoecimento, são capazes de tornar o sujeito elemento central no processo, que, embora esteja subordinado às práticas e intervenções próprias dos profissionais do hospital, consiga tornar esse paciente “[...] um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável”, conforme preconiza a Portaria nº 2.261 de 23 de novembro de 2005, que aprova as diretrizes de funcionamento de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação (Portaria nº 2.261, 2005).

Relativo, também, a essa dimensão compreendida como indivíduo-meio-cultura nos aspectos vinculados à saúde, a doença e ao cuidado, adentramos na discussão sobre o corpo, parte imersa nessas dimensões. O corpo é, em si, uma estrutura biológica composta por diferentes partes como órgãos, ossos e músculos. No entanto, não podemos dizer que o corpo seja constituído apenas por esse viés orgânico e fisiológico, mas, sim, devemos considerá-lo nos mais diversos aspectos cultural, emocional, social e de representatividades. Podemos afirmar que o corpo é passível de transformações ao longo do desenvolvimento humano. Muitas dessas modificações dizem respeito ao aspecto subjetivo que esse corpo tem, considerando sua historicidade e seu aspecto singular (Sacol et al., 2007).

Assim, afirmamos que esse corpo é dotado de significações e representações para os indivíduos, afinal é por meio desse que as pessoas são capazes de expressar suas emoções e de se comunicarem com o mundo. Esse corpo, também, é o meio que proporciona a mediação entre mente e corpo, unindo o funcionamento interno e psíquico com as atitudes e ações que serão externalizadas em um movimento dialético. Tal intermédio, como citado, vai se relacionar às relações existentes entre o sujeito com o seu próprio corpo e o sujeito com demais corpos. Consideramos, então, que o modo de se relacionar mente-corpo e corpo-corpo será variável e particular devido a cada contexto e imersão cultural em que o(s) indivíduo(s) esteja(m) envolvido(s) (Jodelet, 2006).

A experiência única do indivíduo encontra-se na ordem do que é vivenciado, sendo produzida através de aspectos subjetivos, afetivos, emocionais, sociais, culturais e psíquicos e implica vários conhecimentos e significações. Com intuito de reconhecer as singularidades de cada um, as intervenções terapêuticas são permitidas com fins na resignificação de situações e elaboração de novos sentidos para momentos como o de

adoecimento/hospitalização. Diante disso, consideramos bastante relevante a ponderação da dimensão cultural na abordagem da saúde (Jodelet, 2006).

Tendo em vista a constituição desse corpo com elementos das mais variadas ordens, compreendemos que o cuidado com o corpo tem seu início por meio do autoconhecimento, da consciência, do reconhecimento e da representação que se atribui ao corpo, seja ele um corpo que traga admiração e encantamento ou um corpo que traz insatisfações. Nessa perspectiva, consideramos o cuidar do corpo quando se consegue integrar as experiências corporais com os pensamentos, de modo a fazer com que um não esteja acima do outro, mas que estejam trabalhando conjuntamente, como unidade. Desse modo, integrando a experiência às crianças hospitalizadas, elas serão visibilizadas e apresentarão as potencialidades e limites do seu desenvolvimento na condição de hospitalização. Qualificar os profissionais que estão em contato com essa criança, sobre o processo de desenvolvimento dessas crianças, então, poderá contribuir para uma melhor relação com o processo de adoecimento, garantindo a promoção de saúde mental delas.

Utilizando a definição de Ayres (2002, p. 50) sobre saúde que diz que “A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum”, bem como uma busca de meios que propiciem a evitação, manejo ou superação dos processos de adoecimento com fins no alcance de projetos de felicidade, fazem repensar que talvez as ações individuais ocorram em busca de uma experiência que traga uma noção ilusória ou real de felicidade. Afirmamos ilusória ou real por não considerar a felicidade como um estado pleno e por achar que, mesmo estando felizes em alguns momentos, em outros, haverá sentimento de frustração, de estar atravessando obstáculos e momentos de sofrimento. Assim, acreditamos que as práticas de saúde se aproximam do pensamento

de Ayres (2002) quando cada sujeito se torna mais responsável e reconhece as intervenções feitas ou busca participar dessas, com foco na busca do desejo por saúde.

A saúde, então, pode ser compreendida como normalidade de funcionamento do organismo; boas condições de saúde física ou mental; pode se relacionar ao estilo de vida, hábito alimentares, comportamentos benéfico ou prejudiciais; pode se relacionar às condições adequadas para sobrevivência; pode ser direito de todos e dever do estado, como preconizado pela Constituição Federal (1988); ou pode ser considerada como ausência de doença, de modo que esses conceitos estivessem entrelaçados como opostos. Nessa perspectiva, compreendemos que a saúde é um conceito plural, que diz respeito à junção de vários conceitos e aspectos interligados que ocasionam a existência da integralidade e que se vincula, de forma prioritária, ao cuidado. Em suma, a saúde é vista não como não existência de adoecimento, mas como um campo que é abrangido pelos aspectos social, histórico, cultural, político, econômico, psicológico e emocional. Nesse mesmo sentido, acredita-se que a saúde é capaz de dialogar e transitar por relações teóricas e práticas de saberes populares e científicos com fins na execução do cuidado. Cuidado esse que só poderá ocorrer com a centralidade do diálogo e com a horizontalização de práticas que considerem as singularidades e vulnerabilidades de cada sujeito e população.

Saúde e doença são conceitos complementares que, segundo Czeresnia et al. (2013), são constantemente transformados ao longo dos anos, de acordo com as práticas e instituições em que acontecerão. Ainda nessa ótica, é possível afirmar que as formas de entender os processos de adoecimento e de se recuperar através de ações realizadas vão ser singulares a cada indivíduo.

É válido ressaltar que esses conceitos de saúde e doença podem, ainda, se vincular às relações sociais, representações e percepções que os indivíduos, nesse caso as crianças,

têm, uma vez que podem se sentir e se perceber afastadas do convívio com os pares e famílias que compõem a sua rede de relações sociais e, também, pode haver uma percepção diferenciada sobre o seu corpo, que, no momento da hospitalização, encontra-se acamado e submetido às práticas diversas da equipe multidisciplinar. Considerando todas essas questões expostas, a respeito da infância, do brincar, do corpo e da hospitalização infantil, constitui propósito desta pesquisa elaborar um protocolo para acolhimento e acompanhamento de crianças em situação de hospitalização, considerando o desenvolvimento infantil, de modo a instrumentalizar profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista, com relação ao uso de brincadeiras.

Ao tratar sobre a população específica de crianças hospitalizadas, com o objetivo de realizar a pesquisa em busca da redução de prejuízos causados no processo de adoecimento e hospitalização através da compreensão do desenvolvimento da criança, tendo como meio o brincar, é condição *sine qua non* estar amparado legalmente. Nessa perspectiva, foram encontradas normatizações que legislam e orientam o cuidado à saúde da criança. Assim sendo, devem ser considerados os direitos da criança estabelecidos pelo (1) Estatuto da Criança e do Adolescente, (ECA), por meio da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; (2) Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, que cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e (3) Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, que estabelece os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Além da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que objetiva promover e proteger a saúde da criança, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados que contribuem para um ambiente favorável à vida, que impliquem o desenvolvimento dessas.

E, ainda, como a pesquisa e as intervenções propostas, por meio do, versam sobre o brincar no setor pediátrico do Hospital Geral de Vitória da Conquista, existe uma legislação específica, composta pela Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofertem atendimento pediátrico em regime de internação; e a Portaria nº 2.261 de 23 de novembro de 2005, que regulamenta as diretrizes de instalação e funcionamento dessas brinquedotecas, entendendo por esta última, um espaço com brinquedos e jogos que ajudem na estimulação do desenvolvimento e que contribuam para fortalecimento de vínculos e afetos entre crianças e meio social no intuito de tornar essa criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável, conforme o objetivo desta pesquisa.

A partir do exposto, na pesquisa, compreendendo que, em decorrência da hospitalização, a criança apresente uma especificidade quanto à situação social de desenvolvimento, marcada pelo cerceamento quanto ao seu contexto usual de desenvolvimento, especialmente relativo ao distanciamento de vínculos, foi desejado, *a priori*, a realização de uma investigação no intuito de instrumentalizar profissionais psicólogas, atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista.

Para isso, recorreremos à elaboração e implantação de um protocolo de acolhimento e acompanhamento, que auxilie no acolhimento à criança, na compreensão e potencialização do desenvolvimento infantil, mediado pelo brincar, conforme já mencionamos, partindo do pressuposto de que a criança, a rigor, está inserida em um meio social no qual vivencia relações que potencializam o seu desenvolvimento e aprendizagem.

A *posteriori*, de posse dessa compreensão, acreditamos que o acolhimento e acompanhamento da criança hospitalizada, mediados pelo brincar, pode contribuir para uma melhor relação com o processo de adoecimento, garantindo a promoção de saúde mental da criança. Por essas questões, são propostas intervenções vinculadas ao brincar no hospital, que tem como foco o processo de desenvolvimento da criança.

Após o Capítulo 1 que contém a Introdução, a Dissertação apresentará, em sua sequência, as seções referentes às brincadeiras de “Esconde-esconde”: revelando o que está por detrás da escolha da temática e do local a ser estudado; “Amarelinha”: parte em que nos debruçamos sobre todo o percurso metodológico vivenciado na pesquisa; “Contação de Histórias”: espaço composto pela Revisão Integrativa de Literatura, no qual fizemos a articulação dos materiais e, conseqüente, histórias; “Tangram e Jogo de Trilhas”: espaço reservado para discorrer sobre a composição das diversas peças e cores que fizeram parte do serviço de Psicologia do Hospital investigado nesta pesquisa e, seqüente, escolha de quatro peças que se transformaram em pinos para seguirem percorrendo a trilha da pesquisa conosco; e, por fim, apresentaremos a “Dança das Cadeiras”<sup>3</sup>: a nossa discussão a respeito dos dados coletados, ou seja, desde o processo de análise e estabelecimento dos pré-indicadores, indicadores até a discussão de cada núcleo de significação apreendido; seguidos das Referências e Apêndices.

---

<sup>3</sup> As nomeações das brincadeiras serão esclarecidas no início de cada capítulo.

**Capítulo 2: “Brincando de Esconde-esconde”:  
o que está por trás da escolha do tema/lócus?**



Alice Felício Rodrigues, 6 anos, representando o esconde-esconde!



Gabriella Felício da Silva, 3 anos, representando o esconde-esconde!

“Não tenho mais idade pra brincar de  
esconde-esconde. Vem me pegar.”

Martha Medeiros

Bem como a famosa brincadeira de *Esconde-Esconde*, nesta seção o leitor descobrirá a pesquisa; para tanto daremos as pistas ao apresentar o que motivou a escolha pela temática da brincadeira, do desenvolvimento infantil, do lócus da Pediatria Hospitalar e do quanto a realização deste estudo demonstra-se relevante tanto no aspecto pessoal quanto no profissional.

No âmbito pessoal, o desejo deste estudo emergiu durante a graduação, quando a pesquisadora realizou dois estágios no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), tendo passado, nesses estágios, dois períodos no setor de Pediatria. Períodos nos quais, em contato com crianças adoecidas e hospitalizadas por um período superior a uma semana, foi possível inferir prejuízos em função da restrição do convívio com familiares e com os pares por meio da ausência das brincadeiras, das atividades rotineiras, do ambiente familiar e da escola. Diante dessa percepção, foi despertada, na pesquisadora, a pretensão de conhecer a percepção das psicólogas atuantes na pediatria no que tange às potencialidades e limitações do desenvolvimento da criança que está adoecida, em um processo de hospitalização, no setor de Pediatria do HGVC. De posse dessa compreensão, recaiu o desejo de que houvesse a proposta de um protocolo que, mediado por brincadeiras, considerasse o período de desenvolvimento e o tipo de adoecimento de cada criança hospitalizada, partindo do pressuposto que a criança, em seu fluxo de desenvolvimento padrão, está inserida em um meio social e que, após a hospitalização, apresenta prejuízos relativos ao distanciamento de vínculos e das relações sociais.

Inicialmente, no primeiro projeto foi desejado o estudo das vivências de brincadeiras das crianças hospitalizadas, de modo que, enquanto pesquisadoras, pudessemos apreender os sentidos e as (re)significações de crianças hospitalizadas. No entanto, ao longo da construção do projeto para submissão no Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) e diante da instalação da Pandemia do Covid-19 e as restrições impostas, alguns

ajustes no projeto precisaram ser feitos e daí imaginamos que realizaríamos um “Protocolo de avaliação do desenvolvimento infantil mediado pelo brincar” a partir das contribuições da Psicologia Histórico-Cultural, porém à medida que o projeto foi tomando uma forma concreta, avaliamos que a necessidade não era de avaliar o desenvolvimento infantil, principalmente considerando que, para a avaliação, precisaríamos de um tempo maior com a criança e a situação de hospitalização poderia ser desfavorável. Assim, chegamos a esta proposta, da elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, a partir do enfoque histórico-cultural.

No âmbito profissional e acadêmico, justificamos a importância desta pesquisa a partir, sobretudo, da realização de um levantamento inicial nas bases de dados *Scielo* e *Pepsic*, utilizando os descritores “Protocolo”, “Avaliação”, “Desenvolvimento Infantil”, “Pediatria”, “Hospital e “Psicólogo”. Nas pesquisas realizadas, mediante o cruzamento entre os termos supracitados, foram encontrados 72 (setenta e dois) resultados na primeira base de dados e 11 (onze) resultados na segunda. Assim, identificamos que há uma pequena quantidade de publicações sobre o desenvolvimento infantil, durante a hospitalização de crianças, de modo que não foram encontrados protocolos já existentes, como desejamos nesta pesquisa, e que os resultados encontrados vinculavam-se a protocolos de outros profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado e acompanhamento à saúde, estando correlacionados a aspectos de pacientes diagnosticados com câncer ou outras doenças crônicas. Além de a presente pesquisa não se limitar a nenhum adoecimento específico, como as pesquisas localizadas, a intenção desta pesquisa é a de normatizar a atuação do profissional psicólogo, na Pediatria, cujo objetivo geral é a elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, de modo a instrumentalizar

profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do HGVC, proposta não encontrada no levantamento.

Tais informações puderam ser corroboradas na revisão de literatura integrativa feita (será apresentada no Capítulo 4 desta dissertação), com uma análise mais aprofundada dos artigos, uma vez que os resultados apresentaram escassez de produções com enfoque da Psicologia Histórico-Cultural, assim como que apresentassem protocolo. Além de considerar que, na maioria dos artigos analisados, o brincar foi apresentado como recurso terapêutico para enfrentamento do adoecimento e para adaptação a fatores estressores, como recurso facilitador de expressão de sentimentos e como estratégia preparatória para procedimentos cirúrgicos; de forma que o brincar não foi adotado como forma de ampliar a compreensão acerca do desenvolvimento infantil.

A partir do já mencionado e em um contato inicial, em agosto do ano de 2020, com a coordenadora do Serviço de Psicologia do HGVC, foi observado que havia uma equipe lotada no setor de Pediatria, porém não havia uma Psicóloga, entre as atuantes no referido hospital, locada para este setor. Sendo assim, quando havia demanda para atendimento, uma das psicólogas se deslocava para a Pediatria com o intuito de fazer os atendimentos necessários. Diante desse contato, que apresentou a inexistência de uma forma específica de trabalho na Pediatria, foi evidenciada a necessidade de elaboração de um protocolo de acolhimento e acompanhamento das crianças em situação de hospitalização, que servisse de guia para uma profissional psicóloga volante (que não é fixa na Pediatria) e que ocorresse mediado pelo brincar. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), “a criação de protocolos é um dos aspectos essenciais para sistematização do serviço de Psicologia no hospital”, o que ratifica a importância de normativas que possam estabelecer métodos e protocolos que validem o fazer da Psicologia no hospital.

Para elaboração desse instrumento, nos baseamos na proposta já existente no livro “Método de Avaliação e Estímulo da Atividade Lúdica: Abordagem Histórico-Cultural”, de autoria de Moraes et al. (2019), no qual é apresentada uma proposta de metodologia para acompanhar o desenvolvimento de crianças através da sua forma de brincar, ancorados na Psicologia Histórico-Cultural.

A metodologia proposta por Moraes et al. (2019), então, é apontada como possível de ser utilizada em diversos contextos, tais como clínico, educacional e hospitalar. Na nossa pesquisa, tivemos a pretensão de que fosse um protocolo utilizado na área hospitalar, com a finalidade de que o instrumento proporcionasse aos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado à criança uma forma de acolher as crianças e compreender o nível de desenvolvimento destas, utilizando de brincadeiras que auxiliem na prevenção e promoção de saúde, de modo que fosse possível identificar potencialidades e dificuldades das crianças, ponderando fatores importantes para cada período, ou idade psicológica, e não buscando por um protocolo que avaliasse o desenvolvimento ou estivesse associado ao tratamento de adoecimentos e/ou patologias.

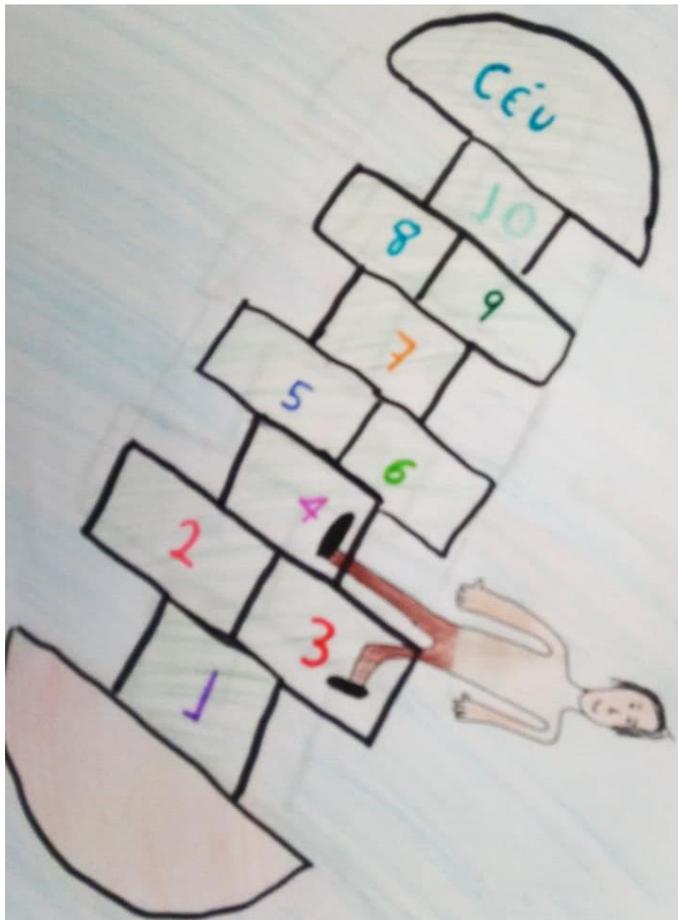
Com a elaboração e a implantação do protocolo de acolhimento e acompanhamento à criança hospitalizada, a ser utilizada pelo profissional psicólogo, haverá uma melhor instrumentalização da equipe multiprofissional atuante no setor de Pediatria, bem como toda a família, com orientações sobre o momento do desenvolvimento infantil e sobre quais atividades lúdicas podem ser executadas para estímulo das potencialidades da criança hospitalizada, além de que se deve considerar que o recurso do brincar possibilitará a construção de vínculos mais fortalecidos e poderá atuar como um acesso aos sentimentos e comportamentos apresentados pela criança.

Ressaltamos, ainda, o interesse em proporcionar continuamente às crianças hospitalizadas a utilização do recurso do brincar, tendo em vista que é um dos seus

direitos, bem como o fato de que, através do brincar, a criança pode se situar melhor no contexto em que está inserida, expressando seus sentimentos e significados referentes à hospitalização e, conseqüente, ruptura da rotina anterior. Em suma, por meio do brincar, será garantida a promoção da saúde.

Correlacionando os objetivos dessa pesquisa com a brincadeira do *lançamento de dardos*, consideramos que chegamos com a lança na elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, de modo a instrumentalizar profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do HGVC. Sabemos, no entanto, que, para isso, alguns dardos foram lançados, os objetivos específicos, até o alcance do objetivo geral. Esses objetivos específicos possibilitaram: “Caracterização da atuação do psicólogo em Pediatria Hospitalar”; “Contextualização da atuação das psicólogas atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista – Bahia”; “Discussão do processo de desenvolvimento da criança a partir do enfoque histórico-cultural de Vigotski.

### Capítulo 3: “A Amarelinha”: a metodologia da pesquisa



Giovanna Felício da Silva, 12 anos, representando a amarelinha!

Pra brincar de amarelinha  
 Risca-se um diagrama  
 Com o dedo na areia,  
 Ou giz na calçada,  
 Faz quadrados em cadeia.  
 De uma ponta à outra,  
 Pular num pé só.  
 Até chegar à asa  
 Sem pisar na risca  
 E nem na pedra da casa.  
 Joga de novo a pedra ao léu,  
 Mas se cair na linha  
 O jogador perde a vez  
 Vence quem chega primeiro,  
 faz o percurso com rapidez.  
 Mexe o corpo sem cansar,  
 Na asa a criança pisa os dois pés  
 E se imagina voar.  
 É coisa de criança  
 Brincar de ir ao céu a pular.  
 Paula Belmino

Na ótica da brincadeira, a *Amarelinha* tem vários sentidos, pode ser brincada em inúmeros espaços, com a família ou com pares e pode ter formas/desenhos diversos. Por essa razão, nomeamos a nossa seção de metodologia como a *Amarelinha* da pesquisa. Afinal, sabemos que a constituição metodológica de uma pesquisa requer rigor e sistematização, pode ser qualitativa, quantitativa ou qualitativa-quantitativa, bem como pode usar ou criar seus próprios instrumentos. A *Amarelinha* então, simboliza que não há uma única forma de brincar-la, portanto, aqui, apresentaremos a forma como constituímos o nosso fazer até chegar ao objetivo final: o céu, que, no caso deste estudo, significa chegar ao nosso produto final, o protocolo de acolhimento e acompanhamento brincante às crianças hospitalizadas.

### **3.1 A casa número 1 da *Amarelinha*: o delineamento da pesquisa**

O delineamento da nossa pesquisa é qualitativo, ancorado no enfoque histórico-cultural de Vigotski (1966/1984), como já mencionamos, e versa sobre a atuação do psicólogo hospitalar, no âmbito específico da Pediatria e sobre o processo de desenvolvimento da criança, com ênfase no acolhimento e acompanhamento da criança, mediado pelo brincar.

A construção deste estudo envolve a discussão dos eixos temáticos supracitados, priorizando os três princípios que formam a base do enfoque de Vigotski (1966/1984) na análise dos processos que dizem respeito ao humano: analisar processos e não objetos; revelar a gênese e as bases dinâmico-causais desses processos; e considerá-los em constante mudança.

Concernente ao proposto em Minayo e Sanches (1993, p.244), “[...] no campo da subjetividade e do simbolismo é que se afirma a abordagem qualitativa”, compreendemos que essa abordagem aproxima a relação entre sujeito e objeto, considerando as intenções,

os projetos, as ações e todos os significados envolvidos, evidenciando, dessa maneira, os processos singulares, de modo que, através do diálogo com os profissionais psicólogos, foi possível clarear as compreensões desses acerca da atuação na Pediatria Hospitalar e, especificamente, acerca do desenvolvimento infantil.

Ao ter clareza sobre o delineamento a ser utilizado, foi realizado contato informal com a coordenadora do serviço de Psicologia do HGVC, em agosto de 2020, com o intuito de compreender qual a realidade da Pediatria naquele espaço e avaliar a necessidade de um instrumento/protocolo que pudesse vir a funcionar como um guia norteador para práticas no setor, uma vez que não havia, conforme nos foi informado, uma psicóloga destinada para esta atuação específica.

Ao realizar esse contato e identificar problemas e necessidades, através do discurso de uma profissional atuante no setor, foi se desenhando a realização da Pesquisa-Intervenção, como especificação da Pesquisa Qualitativa, que tem cunho exploratório-descritivo. Consideramos, assim, que essa modalidade de pesquisa se relaciona a aspectos vinculados à análise institucional, de modo que ocorre pela necessidade da análise e compreensão da realidade concreta a partir de uma apropriação social e subjetiva que situa os participantes como sujeitos políticos:

O processo de formulação da pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. (Rocha, 2003, p.67)

### 3.2 A casa número 2 da *Amarelinha*: contextualizando o local da pesquisa

Ao compreendermos que para realização da Pesquisa-Intervenção é necessário o aprofundamento quanto ao lócus de pesquisa, iniciamos pela origem do termo pediatria, que é uma palavra de origem grega que vem dos radicais *paidos* + *iatreia*, que significam respectivamente criança e processo de cura, representando, então, um conceito de “processo de cura das crianças”. Através dos estudos realizados, podemos afirmar que a pediatria é considerada uma especialidade médica dedicada à assistência biopsicossocial da criança, desde o nascimento até a adolescência. Diferentemente de outras especialidades, a pediatria não surgiu voltada para uma doença ou parte do organismo, mas surgiu voltada para um período do desenvolvimento, que é a infância. Diante dos altos índices de mortalidade infantil e da ausência de profissionais especializados para cuidar de crianças, emergiu a necessidade de uma especialidade que pudesse trabalhar os adoecimentos em crianças (Martins et al., 2015).

Em 1722, Theodore Zwinger, professor da Faculdade de Medicina de Basileia, na Suíça, foi o primeiro a notar que, embora uma mesma doença pudesse acometer tanto crianças quanto adultos, os sinais e sintomas eram manifestados em diferentes formas e conteúdos em cada período do desenvolvimento. A pediatria, desse modo, apontou-se, enquanto ciência, primeiramente na Suíça, a partir da percepção de Zwinger, por meio da escrita do livro, intitulado de “*Paedoiatreia*” ou “Doenças na Infância”, que logo culminou nos estudos da Pediatria. Zwinger reconheceu, nesses primeiros estudos, que a criança tinha uma dinâmica e um processo singulares e que não deveria mais ser tratada como uma “miniatura do adulto”, como ocorreu por muito tempo quando os tratamentos de adultos eram replicados em crianças. Nesse período, houve a compreensão, então, de que a criança é um ser em formação, no processo de desenvolvimento, o que reforçou a necessidade de um atendimento e um manejo adequados que considerassem as

peculiaridades das reações do organismo infantil (Martins et al., 2015; Tonelli & Lages, 2017).

A partir desses estudos disseminados, inicialmente por Zwinger, foram tomadas providências referentes à Pediatria em âmbito mundial. Assim, em 1802, na França, o primeiro hospital pediátrico – “*Hôpital des Enfants Malades*” ou “Hospital para Crianças Doentes” foi criado; em 1822, houve a criação de hospitais infantis na Áustria; em 1830, hospitais infantis foram criados na Alemanha; em 1852, foi criado o “*Hospital for Sick Children*” ou “Hospital para Crianças Doentes” na Inglaterra; e, em 1855, foi criado o “*Children’s Hospital of Philadelphia*” “Hospital das Crianças da Filadélfia”, nos Estados Unidos (Tonelli & Lages, 2017).

Nos Estados Unidos, na segunda metade do século XIX, surgiram relevantes nomes da Pediatria Americana. Entre eles, se destacou Abraham Jacobi, que iniciou uma clínica de crianças e a luta pela emancipação da Pediatria, seguindo suas ações implementadoras com estudos e aulas ministradas para as faculdades. Jacobi foi, assim, considerado como o pai da Pediatria na América. É relevante dizer que a Pediatria, tal como é conhecida atualmente, originou dos Estados Unidos, através da Sociedade Americana de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria -APA (Tonelli & Lages, 2017).

Mediante o exposto sobre a contextualização mundial, faz-se relevante afunilar a contextualização no que tange à parte nacional, o Brasil propriamente dito. Assim, pontuamos que a implantação da Pediatria no Brasil ocorreu em meados de 1880, no Rio de Janeiro, através de ações do Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, membro da Academia de Medicina de Paris, de sociedades pediátricas europeias e americanas. O Dr. Carlos Arthur deu início nas ações (1) com a assinatura da ata e na fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o primeiro serviço para tratar de moléstias de crianças no Brasil;

(2) seguido da criação do primeiro Curso Livre de Pediatria; e (3) com a proposta de uma cadeira de clínica infantil na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro devido a necessidade de preencher essa lacuna. Embora Carlos Arthur não tenha ocupado a cadeira de clínica infantil, foi reconhecido como o responsável por realizar e disseminar conhecimentos científicos na área da Pediatria e, assim, foi considerado o “Pai da Pediatria Brasileira” (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010; Medeiros, 2011; Tonelli & Lages, 2017).

Faz-se necessário considerar a relevância da puericultura como uma subespecialidade da Pediatria, que, etimologicamente, significa a “cultura da criança” e que envolve a promoção da saúde das crianças, assegurando o melhor desenvolvimento para as crianças (Medeiros, 2011). O surgimento da Puericultura, na França, disseminou discussão e maior valorização a aspectos relacionados aos cuidados de higiene, alimentação e prevenção de doenças em crianças, fortalecendo ainda mais a pediatria.

No século XX, em meados de 1930 e 1940, a Pediatria se estabeleceu como especialidade médica no Brasil, período em que houve a estimulação para criação de alas específicas nos hospitais para o atendimento e internação das crianças de modo separado dos adultos, acentuando a tendência à divisão aos cuidados da saúde infantil. Daí, então, os hospitais específicos para o público infantil foram disseminados (Del Ciampo & Del Ciampo, 2010). Desse modo, de acordo com o que Cutolo (2006) apresenta, a Saúde da Criança caracteriza-se como um objeto fronteiriço com compatibilidade com outros coletivos, “que sofre cooperação de mais coletivos de pensamento para a sua compreensão” (p.89). A atenção voltada à saúde da criança favorece a interface e a articulação entre as diversas áreas como, por exemplo, medicina, odontopediatria, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e Psicologia infantil.

Partindo dessa concepção de corresponsabilização pelos conhecimentos da Saúde Infantil é que, nesta pesquisa, foi frisada a atuação de Psicólogas na Pediatria Hospitalar do HGVC, mais conhecido como “Hospital de Base”. Sobre esse hospital, é pertinente dizer que é localizado na macrorregião de Vitória da Conquista e é referência para municípios dessas regiões; foi inaugurado em março de 1924; é considerado um hospital de urgência e emergência; realiza atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade à demanda espontânea; e, entre os setores de assistência, possui os setores de Pediatria e UTI Pediátrica, os quais justificam a pesquisa nessa instituição.

É possível correlacionar a relevância desse setor com os aspectos culturais a respeito do adoecimento e hospitalização que envolvem o hospital ser considerado um local aversivo para crianças, que, normalmente, está acoplado ao sentimento de crise e ruptura de vínculos e atividades cotidianas externas à hospitalização. Nesta pesquisa compreendemos que a Pediatria deva ser um lugar acolhedor e humanizado que é capaz de reduzir as adversidades impostas pelo ambiente hospitalar. Com o intuito de minimizar os impactos negativos, avaliamos que um elemento fundamental para a Pediatria Hospitalar é a presença da brincadeira.

Diante da vivência do atual momento, referente à Pandemia do Covid-19<sup>4</sup> e, portanto, da necessidade de isolamento social e evitação de contato físico para maior segurança e menores riscos de contaminação, a fase de contextualização da pesquisa foi realizada na modalidade virtual, através da Plataforma *Google Meet*, que possibilitou a realização de contatos/entrevistas com as profissionais psicólogas atuantes no HGVC.

---

<sup>4</sup> Doença causada pelo novo Coronavírus, que pode ser manifestada por quadros que variam de infecções assintomáticas a sintomas respiratórios graves. Inicialmente, essa infecção foi designada como Coronavírus Disease (Doença do Coronavírus), mas, em fevereiro de 2020, teve sua terminologia alterada oficialmente pela OMS, passando a ser nomeada por Covid-19. (Dominguez, 2020, Ministério da Saúde, 2020). Informação obtida em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-que-virus-e-esse>>; <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>> e acessada em 27 jun de 2020.

### **3.3 A casa número 3 da *Amarelinha*: quem são as “brincantes”/ participantes**

Em contato com a coordenadora do serviço de Psicologia do HGVC, obtivemos a informação, no mês de agosto de 2020, que a equipe de Psicologia era composta por 09 (nove) psicólogas, sendo 03 (três) efetivas por meio de concurso, 02 (duas) contratadas de modo temporário e contavam com 04 (quatro) residentes em Psicologia cursando, naquele momento, o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência do Instituto Multidisciplinar em Saúde (UFBA).

Após a aprovação no Comitê de Ética da Pesquisa (CEP), foi realizada uma nova abordagem, via contato telefônico com a coordenadora do Serviço de Psicologia do HGVC para explicar sobre a pesquisa a ser realizada, consultando a disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo, bem como para solicitar o contato com as demais profissionais de Psicologia do HGVC.

Em março de 2021, período após aprovação do CEP e momento propício para início da coleta, obtivemos a informação de que o quadro de Psicologia havia sido ampliado para um total de 12 (doze) psicólogas, sendo 08(oito) contratadas e 04 (quatro) residentes e que, entre elas, havia uma Psicóloga fixa lotada nos setores de Pediatria e UTI Pediátrica.

Dessa forma, por meio do novo contato com a Coordenadora do Serviço de Psicologia, foi obtido o contato telefônico das 12 (doze) psicólogas e, assim, foi enviado um Questionário, via *Google Forms*, para obtenção de informações pessoais e profissionais no intuito de realizar uma triagem, verificando quais psicólogas já atuaram na pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista, para, assim, convidá-las para a entrevista.

Através da triagem, via Questionário, identificamos que 4 (quatro) psicólogas seriam potenciais participantes da pesquisa, no que tange à entrevista. A potencialidade

considerada deveu-se ao fato de serem psicólogas que tivessem atendido ou acompanhado, minimamente, um caso no setor da Pediatria. Cumprindo com os princípios éticos, as possíveis entrevistadas foram consultadas quanto à sua disponibilidade e ao seu interesse em participarem da pesquisa. Destarte, houve o consentimento e a disponibilidade de todas, que foram esclarecidas sobre a relevância, os objetivos, os instrumentos utilizados, qual a finalidade do estudo e sobre o sigilo concernente às informações obtidas através das entrevistas e análises, bem como sobre a preservação dos nomes e identificação dos participantes.

### **3.4 A casa número 4 e 5 da *Amarelinha*: procedimentos iniciais, metodologia de coleta e análise de dados**

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) e só iniciou após a aprovação. Para a submissão inicial, foram construídos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Profissionais (Apêndice B), Atividade de Completar Sentenças (Apêndice C) e o Termo de Autorização do Uso de Imagem e Depoimento (Apêndice D).

Ainda na fase de (re)elaboração do projeto<sup>5</sup>, foi realizado contato com o órgão responsável por julgar as pesquisas a serem realizadas no HGVC. Desse modo, o projeto de pesquisa foi encaminhado e avaliado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) e, assim, foi obtida a Autorização para Coleta de Dados a ser realizada no Hospital.

Concomitante à submissão no CEP, foi também realizada uma revisão de literatura integrativa sobre a atuação do psicólogo em Pediatria Hospitalar, que teve como

---

<sup>5</sup> Esclarecemos, ainda, que estávamos em fase de desenvolvimento de um projeto inicial, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP). No entanto, em função da Pandemia do COVID-19, fomos orientadas a realizar a submissão de um novo projeto, no qual a intenção deixou de ser realizar pesquisa com crianças e passou a ser sobre crianças a fim de evitar exposições ao risco causado pela pandemia.

fontes a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). A escolha pela revisão de literatura integrativa possibilitou “reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (Mendes et al., 2008, p. 759). Ressaltamos que a escolha foi por artigos brasileiros, objetivando uma melhor compreensão desse contexto nacionalmente.

Para, então, dar início à pesquisa, conforme mencionado nos procedimentos iniciais, foram escolhidos e elaborados alguns instrumentos, que propiciaram e compuseram o conjunto de metodologias utilizadas para coleta de dados, sendo eles:

1. Questionário, via *Google Forms*, utilizado para obtenção de informações pessoais e profissionais no intuito de realizar uma triagem, verificando quais psicólogas já atuaram na Pediatria do HGVC, para, assim, convidá-las para entrevista;
2. Entrevista semiestruturada realizada com as psicólogas participantes, considerando dimensões relativas às atividades realizadas na Pediatria, ao desenvolvimento infantil, às relações de trabalho em equipe e necessidades de orientação e às potencialidades e limites percebidas no atendimento no setor pediátrico;
3. Instrumento de completar sentenças, que foi utilizado juntamente com a entrevista, visando à construção de núcleos de sentidos e significados sobre a atuação na Pediatria Hospitalar no HGVC;
4. Registros por meio de gravação de imagens e de áudios, com o auxílio de uma assistente de pesquisa, através da Plataforma *online Google Meet*, durante todo o tempo da entrevista semiestruturada com cada profissional, com intuito de garantir

a fidedignidade de todas as informações e para que não tivesse o prejuízo de perder informações relevantes.

As entrevistas realizadas, bem como a utilização do instrumento de completar sentenças, possibilitaram a obtenção de informações expressas na fala das participantes da pesquisa, uma vez que essas estão vivenciando o foco da realidade almejada. Após a coleta e com a gravação das entrevistas, foram feitos os registros das entrevistas por meio de transcrições. Dando seguimento à coleta, os dados foram filtrados, decodificados e, assim, foram atribuídos sentidos e significados aos mesmos.

Para análise de dados, utilizamos a Análise de Conteúdo em uma vertente qualitativa, sendo analisados os conteúdos obtidos através das entrevistas semiestruturadas. Assim, o material foi transcrito e lido e, sequente a isso, os resultados obtidos foram organizados a partir da proposta de Aguiar e Ozella (2006,2013) de construção de núcleos de significação para análise de significados e sentidos dos objetos pesquisas.

Inicialmente, o material, fruto da transcrição das entrevistas, foi organizado, seguindo para a etapa de exploração dos dados a partir de uma releitura do material e definição dos núcleos de significação recomendados por Aguiar e Ozella (2013) para pesquisas com enfoque histórico-cultural, nos quais o material de entrevistas é organizado em três fases, quais sejam: pré-indicadores, indicadores e núcleos de significação, considerando as dimensões da atuação da psicóloga na Pediatria e demais aspectos que envolvem todo o processo pesquisado.

Com os resultados obtidos através da análise dos dados, acreditamos que haverá a evidência relativa à hipótese de que, em decorrência da hospitalização, a criança apresente especificidades na dinâmica do desenvolvimento, marcadas por limitações relativas ao distanciamento de vínculos e supressão de atividades de rotina, de modo que

a elaboração do protocolo de avaliação do desenvolvimento mediado pelo brincar auxiliará as profissionais psicólogas a normatizarem a atuação na Pediatria Hospitalar e a compreenderem em que período do desenvolvimento se encontra a criança hospitalizada no setor de Pediatria. Além disso, servirá para orientar a equipe multiprofissional e acompanhantes no manejo com as crianças, considerando as potencialidades e limites da sua dinâmica de desenvolvimento.

### **3.5 A casa número 6 da *Amarelinha*: as etapas da pesquisa**

Para o cumprimento do objetivo geral deste projeto, que diz respeito à proposta de elaboração de um protocolo para acolhimento e acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo brincar, de modo a instrumentalizar profissionais psicólogos atuantes no setor de Pediatria do HGVC, estabelecemos os objetivos específicos que incluem as etapas pelas quais a pesquisa passou para culminar no protocolo.

Sendo assim, para alcançar o primeiro objetivo específico “Caracterizar a atuação do psicólogo em Pediatria Hospitalar”, foi realizada uma revisão de literatura integrativa sobre a atuação do Psicólogo em Pediatria Hospitalar, uma possibilidade de compreender como ocorre a atuação deste profissional em âmbito nacional.

Para culminância do segundo objetivo específico “Contextualizar a atuação das psicólogas atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista – Bahia”, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e foi utilizado o instrumento de completar sentenças. Nesse momento, a partir dos dados coletados nos instrumentos supramencionados, a pretensão foi de investigar três eixos temáticos, que envolvem (1) a atuação do psicólogo hospitalar, (2) a concepção dos psicólogos sobre o processo de desenvolvimento infantil e (3) a concepção dos psicólogos sobre o brincar.

Quanto ao terceiro objetivo específico “Discutir o processo de desenvolvimento da criança a partir do enfoque histórico-cultural de Vigotski”, ressaltamos que se trata de uma discussão teórica, realizada por meio de uma revisão narrativa sobre desenvolvimento infantil, momento em que foi possível discutir e compreender o desenvolvimento da criança à luz do enfoque histórico-cultural. Isto é, um estudo teórico sobre a temática do desenvolvimento infantil que dialogou com os sentidos e significados apreendidos nas entrevistas com as profissionais psicólogas.

Em tempo, esclarecemos que, a etapa concernente à revisão narrativa de literatura não parte de um protocolo rígido com fontes pré-determinadas e específicas e foi composta por uma seleção de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, guiada pelas discussões e produções da Linha de Pesquisa Desenvolvimento Humano, Educação e Saúde que integra o Núcleo de Pesquisas e Estudos em Psicologia da UESB – NUPEP, a qual as pesquisadoras estão vinculadas.

Desta forma, a partir dos dados encontrados na aplicação dos instrumentos de coleta, juntamente com a proposta já existente no livro “Método de Avaliação e Estímulo da Atividade Lúdica: Abordagem Histórico-Cultural”, de autoria de Moraes et al. (2019), no qual é apresentada uma proposta de metodologia para acompanhar o desenvolvimento de crianças através da sua forma de brincar, ancorados na Psicologia Histórico-Cultural, construímos uma proposta para que os profissionais empreguem na área hospitalar, de modo a proporcionar uma forma de compreender o nível de desenvolvimento da criança por meio da atividade lúdica, com base em conceitos vigotskianos. Há pretensão, ainda, de que esses profissionais consigam identificar potencialidades e dificuldades das crianças, ponderando fatores importantes para cada período, ou idade psicológica.

Nesse sentido, a elaboração e a proposta de implantação do protocolo de acolhimento e acompanhamento, utilizada pelo profissional psicólogo, instrumentalizará

melhor a equipe multiprofissional atuante no setor de Pediatria, bem como toda a família, com orientações sobre o momento do desenvolvimento infantil e sobre quais atividades lúdicas podem ser executadas para estímulo das potencialidades da criança hospitalizada. Devemos considerar, também, que o recurso do brincar possibilitará a construção de vínculos mais fortalecidos e poderá atuar como um acesso aos sentimentos e comportamentos apresentados pela criança. Sublinhamos que a nossa pesquisa restringiu-se à sugestão do protocolo a ser utilizado por profissionais psicólogos para facilitar a atuação na Pediatria, uma vez que não havia um profissional Psicólogo fixo para este setor e não havia uniformidade na atuação.

### **3.6 A casa número 7 da *Amarelinha*: os parâmetros éticos, riscos e benefícios**

Para realização da pesquisa, solicitamos uma autorização por escrito do local de realização da pesquisa, o HGVC. Para tanto, o projeto foi devidamente apresentado ao Núcleo de Estudos Permanentes (NEP) do referido hospital e, neste momento foi entregue uma cópia do pré-projeto. Após a aprovação da comissão responsável pelo NEP, o projeto foi submetido à análise do CEP. A realização da pesquisa, bem como a coleta de dados só foram iniciadas após a aprovação.

Concernente às outras autorizações, foram enviadas às participantes: TCLE, bem como o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos (Apêndice D) para as profissionais psicólogas atuantes no HGVC, encaminhados por *e-mail* para que pudessem assinar de forma digital ou imprimirem, assinarem, escanear e enviarem novamente para a pesquisadora. Através desses termos, todas as envolvidas foram esclarecidas sobre a confidencialidade das informações, assegurando o sigilo e a não identificação no trabalho. Ao aceitar participar da pesquisa, a profissional consentiu que os resultados

obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos, garantindo o anonimato das participantes.

Toda a pesquisa foi devidamente esclarecida às participantes, pontuando que o caráter de participação era voluntário e não haveria remuneração às participantes; e, ainda, que a qualquer momento que desejasse interromper a sua participação, a participante poderia retirar a autorização e a gravação e as imagens seriam excluídas. Durante todo o processo, a pesquisadora esteve disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que viessem a surgir.

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, referente ao Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, em tipos e gradações variadas, e benefícios, que devem ser pautados nos fundamentos éticos e científicos, que respeitem os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos de todos os participantes. Considerando que a pesquisa contou com a autorização das profissionais psicólogas, esclarecemos que as informações sobre o projeto, bem como seus riscos e benefícios foram transmitidos com linguagem clara e acessível, utilizando de estratégias apropriadas às condições das convidadas a participar da pesquisa.

A tentativa desta pesquisa foi de garantir que danos previsíveis fossem evitados, porém, ao ponderarmos sobre os riscos às participantes da pesquisa, destacamos: a possibilidade do desconforto no momento da realização das entrevistas, da realização de videogravações e/ou audiogravações, considerando que a pesquisa virtual, sem a presença física no momento da realização das entrevistas é um fator relacionado a uma nova realidade que nos deparamos frente a uma pandemia e que poderia resultar em dificuldades da participante, que poderia sentir desconforto para dialogar sobre a realidade de trabalho, ou pode haver dificuldades quanto ao uso da tecnologia. Como proposta para minimizar esses riscos, caso viessem a acontecer, a participante seria

acolhida no seu desconforto ou emoção que sentir, momento em que seria realizada uma escuta qualificada, com a possibilidade de um atendimento pontual para acolhimento e orientações acerca da demanda que surgir, visando a reduzir/eliminar os efeitos causados. Caso fosse manifestada, também, a dificuldade vinculada às tecnologias, haveria uma orientação para o uso correto. Ainda, considerando o cenário atual da Pandemia do Covid-19, a realização da pesquisa de maneira virtual e não presencial configurou-se como uma medida de redução de danos à maneira que evita possíveis riscos de contato físico e contaminação.

Os benefícios propostos pela pesquisa se darão em vários níveis:

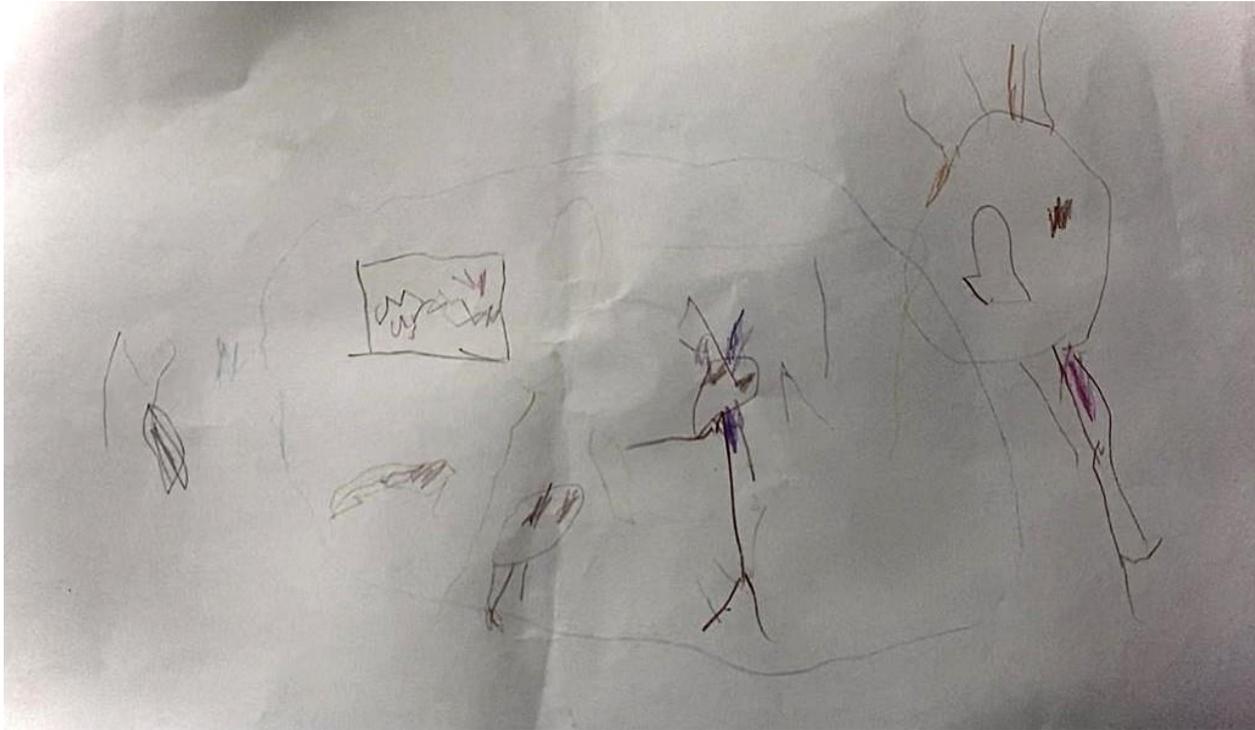
(1) Inicialmente, podemos considerar, a nível individual, para a criança, que a brincadeira, por si só, é promotora de saúde e bem-estar. Assim, a utilização da brincadeira, no hospital, pode ser um benefício à criança por permitir a ela, a manutenção de atividades da rotina que são distanciadas, ou seja, a garantia do direito da criança de brincar (Brasil, 1990), minimizando efeitos negativos de distanciamento referentes ao processo de adoecimento e hospitalização e impulsionando, assim, o seu desenvolvimento.

(2) No nível individual, referente aos pais/responsáveis, o benefício do brincar diz respeito ao auxílio na compreensão de que a brincadeira estimula o desenvolvimento, a aprendizagem e a mediação das relações sociais, demonstrando a importância de manutenção das brincadeiras com os seus filhos, independentemente do local que esteja, seja em casa ou no hospital. Além de ser uma possibilidade de reduzir o estresse advindo da hospitalização e da mudança brusca de rotina.

(3) Em um nível comunitário, com relação à psicóloga hospitalar que atua em Pediatria e à equipe multidisciplinar, ou seja, ao serviço de Pediatria do HGVC, que acompanha a criança, o protocolo de acolhimento e acompanhamento da criança

hospitalizada, mediado pelo brincar pode ser um mecanismo a ser implementado, passando a ser utilizado pelas profissionais psicólogas, em momentos futuros, para auxiliar no acompanhamento e orientações nos cuidados à saúde e para o estabelecimento de uma melhor relação para execução das ações de cuidados aos pacientes com maior efetividade, visto que, a partir da revisão de literatura, há comprovações científicas que demonstram o quanto a utilização do brincar é benéfica no estabelecimento de vínculos e melhorias da relação paciente-equipe.

**Capítulo 4: A brincadeira de Contação de Histórias através  
da Revisão Integrativa de Literatura**



Luan Davi Carvalho dos Santos, 04 anos, representando a contação de histórias!

Um contador de histórias  
É um observador da vida  
Da sua própria  
E de outras pessoas  
Às vezes é protagonista  
Às vezes é narrador  
Mas sempre atento  
Captando mensagens, imagens  
O que seus olhos veem  
Sua mente processa  
Sua emoção colore  
Sua mão transcreve  
O contador de histórias  
É aquele que te leva  
Aos lugares mais distantes  
Instiga a tua curiosidade  
Traz à tona teus medos  
Lberta teus sonhos  
Te cura as dores  
Reacende teus amores...  
Patrícia Rocha

O presente capítulo tem por objetivo o levantamento e a análise de artigos científicos com o propósito de responder a pergunta-chave elencada, a saber: “Qual o estado corrente da produção científica acerca da atuação do psicólogo hospitalar na Pediatria que circula em periódicos nacionais?”. Nesse intuito, nomeamos esta seção como *Brincadeira de Contação de Histórias* por considerarmos que a revisão integrativa (tipo de revisão de literatura escolhido por ser a mais ampla abordagem metodológica frente aos tipos de revisões e por possibilitar a inclusão de estudos com delineamentos diferentes, sejam teóricos ou empíricos, permitindo, assim, uma compreensão mais completa do fenômeno analisado, a atuação do psicólogo na Pediatria Hospitalar) culmina na integração de achados que formam uma narrativa. Assim, esta revisão integrativa se propõe a analisar a literatura potencialmente aprofundada, compilando os conhecimentos científicos atuais sobre a temática escolhida, por meio da identificação, análise e síntese dos resultados dos estudos com o assunto em comum, contribuindo, de tal modo, para discussões e reflexões sobre a realização de estudos futuros (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010).

Destarte, considerando a pretensão de analisar o estado corrente de produções de conhecimento, na modalidade de artigos, relacionadas ao campo da atuação do psicólogo na Pediatria Hospitalar no Brasil, a revisão realizada foi amparada pelas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e o Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC).

Para tal realização, inicialmente, estabelecemos e delimitamos a questão a ser pesquisada, selecionamos as bases de dados a serem utilizadas e foram escolhidas as palavras-chave para a busca, ao passo em que foram realizadas pesquisas dos descritores no BVS-Psi. Esclarecemos que o BVS-Psi é um banco de terminologias em Psicologia para que sejam estabelecidos os referidos descritores.

Com a realização da pesquisa nesse banco de terminologias, foram estabelecidos os seguintes descritores: “Psicólogos”, “Psicologia da criança”, “Psicologia infantil”, “Psicologia pediátrica”, “Psicologia do desenvolvimento”, “Psicologia médica”, “Hospital”, “Centro Hospitalar”, “Pediatria” e “Atuação (Psicologia)”. Posteriormente, foram realizadas buscas, com cruzamento dos descritores, através de *string*<sup>6</sup>, com o objetivo de unificar os procedimentos de busca nas bases de dados utilizadas para obter maior afinamento do que se deseja, ou seja, a atuação do psicólogo hospitalar na Pediatria.

Em seguida à busca, foi realizado o armazenamento dos resultados, com a seleção de artigos através dos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: (1) a busca por textos completos; (2) os textos serem do gênero textual artigo e não dissertações ou teses; (3) os textos estarem no idioma Português, uma vez que o desejo foi de compreender a realidade brasileira. Logo, constituíram-se, como critérios de exclusão serem artigos internacionais ou serem citações ou, ainda, desviarem-se da temática proposta. Nesse sentido, os critérios foram analisados através da leitura do título dos artigos, leitura dos resumos e, à medida que foram filtrados, os artigos foram lidos na íntegra. Após todas as etapas mencionadas, e a partir da extração de dados dos artigos selecionados, foi possível a efetivação da síntese e interpretação dos dados.

Realizado esse percurso, a pesquisa na BVS totalizou 1727 (mil setecentos e vinte e sete) artigos, aos quais, após a filtragem inicial, que considerava textos completos, serem artigos científicos, estarem no idioma português e, nessa base especificamente, estarem incluídas nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema *Online* de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), foram reduzidos para 53 (cinquenta e três) artigos. Considerando o resumo, 30 (trinta) se

---

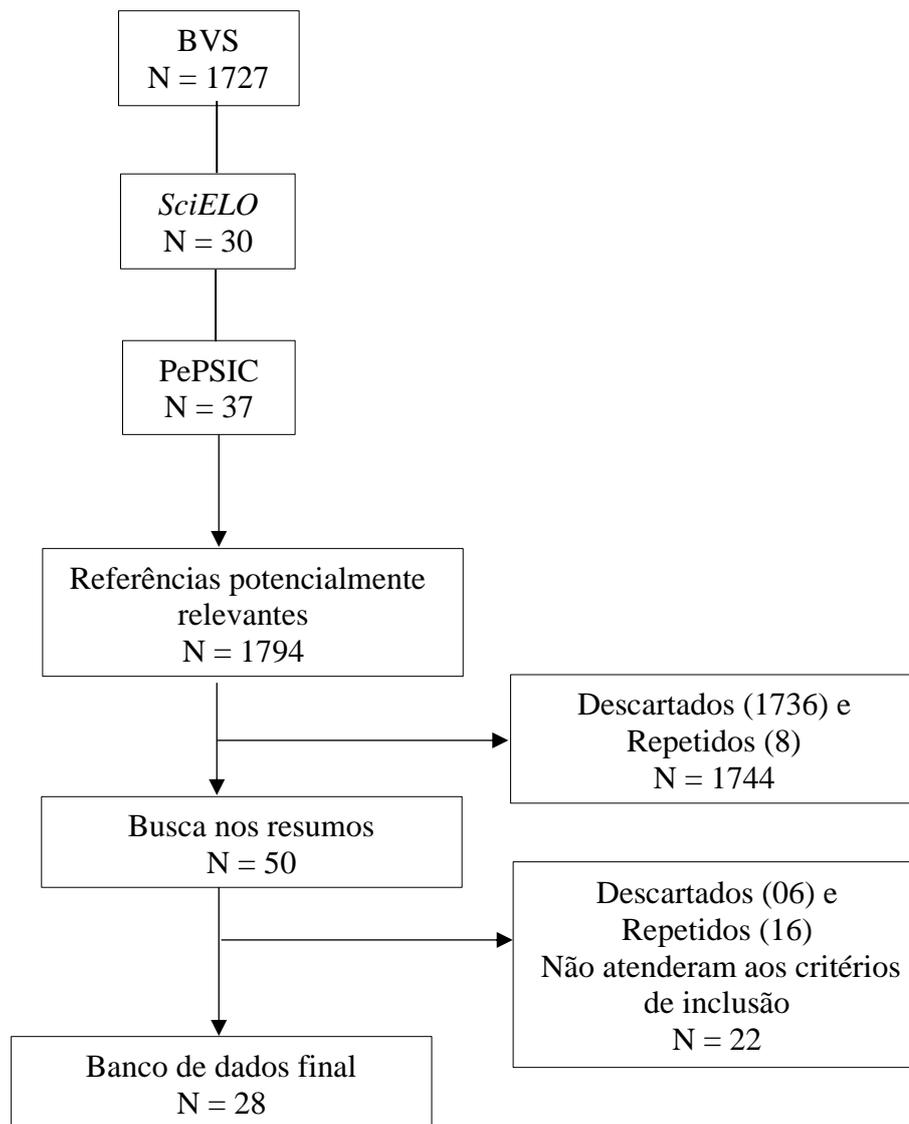
<sup>6</sup> *String* é “um conjunto de descritores com operadores booleanos” (Koller et al., 2014)

desviaram do foco, 03 (três) estavam repetidos, restando, assim, 20 (vinte) artigos para análise completa. Na *Scielo*, as buscas totalizaram 30 (trinta) artigos encontrados, dos quais, após a filtragem inicial, foram reduzidos para 25 (vinte e cinco) artigos. Analisando os resumos, foi constatado que 11 (onze) desviaram do foco central, 01 (um) foi repetido, restando 13 (treze) artigos para análise completa. No *Pepsic*, foram totalizados 37 (trinta e sete) artigos, dos quais, com análise do resumo, 16 (dezesesseis) desviaram do foco inicial, 04 (quatro) foram repetidos, restando 17 (dezesete) artigos para análise completa.

Dessa forma, considerando as três bases de dados, houve um total de 1794 (mil setecentos e noventa e quatro) artigos, dos quais 1736 (mil setecentos e trinta e seis) foram descartados por não se adequarem aos critérios de inclusão, 08 (oito) estavam repetidos entre si, restando um total de 50 (cinquenta) artigos. Ao listar os 50 (cinquenta) artigos, foi identificado que 16 (dezesesseis) desses estavam repetidos entre as bases. Diante disso, restou-nos 34 (trinta e quatro) artigos, que foram lidos por completo para a construção integrativa da revisão de literatura. Na leitura dos textos completos, ainda, foi identificado que 06 (seis) não retratavam a realidade buscada para este capítulo. Diante disso, 28 (vinte e oito) artigos foram considerados para a presente análise. Tais informações contidas em números serão exemplificadas na Figura 1, que contém o fluxograma que descreve o percurso adotado na pesquisa:

## Figura 1

*Fluxograma de etapas de seleção dos artigos*



*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Considerando o banco de dados final, mediante a quantidade de 28 (vinte e oito) artigos científicos, é válido mencionar que, para realização de uma melhor análise e discussão, os artigos foram catalogados a partir de um modelo e critérios estabelecidos pela autora, considerando um código atribuído (iniciado pela letra A e seguido de uma numeração), título do artigo, ano, natureza do artigo (podendo ser teóricos, empíricos ou

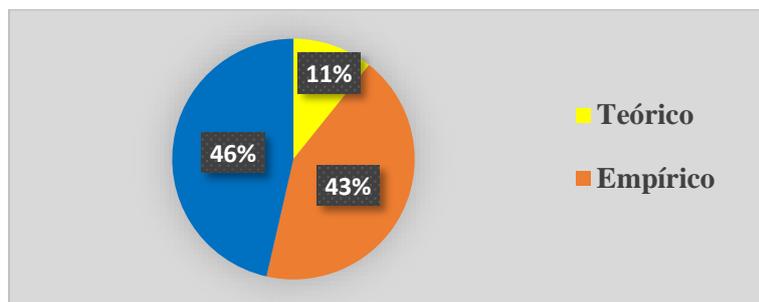
descritivos de experiência), local e tipo de pesquisa. Esses dados se encontram compilados, para uma melhor visualização, em um quadro, no Apêndice E.

Para a discussão realizada, foram observadas as temáticas abordadas na introdução, método, objetivo e resultado. Além disso, a amostra de artigos selecionada foi caracterizada também segundo: ano, local e tipo de pesquisa. Sendo observados, ainda, artigos que foram frutos de trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses ou resultados de programa, bem como ancoragem teórica utilizada, conforme será exposto a seguir.

Considerando a natureza dos artigos científicos selecionados, dividimos em três categorias de análise: (1) artigos teóricos que incluíssem discussões a partir de revisões bibliográficas, sendo que nessa categoria foram considerados 03 (três) artigos, representando 11% do total; (2) artigos empíricos que partiam de uma discussão após realização de pesquisa ou intervenção com seres humanos, sejam eles crianças, responsáveis ou psicólogos e, também, os estudos de caso, uma vez que estes se relacionam a intervenções realizadas por profissionais, sendo que nessa categoria foram considerados 12 (doze) artigos, representando 43% do total; e (3) artigos científicos descritivos que versavam sobre relatos de experiência e/ou que continham descrição de atividades realizadas por psicólogos através de uma prática. Nessa categoria, foram considerados 13 (treze) artigos, totalizando 46% do total, como pode ser visualizado na Figura 2:

## Figura 2

### *Natureza dos artigos analisados*



*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Em relação à origem das produções, foi observado que a metade dos artigos (N=17) advinha de projetos, programas de pós-graduação ou experiência profissional. Nesse contexto, 03 (três) artigos resultaram de Projetos de Extensão; 04 (quatro) artigos resultaram de implicações de experiências e vivências de trabalho, incluindo experiências em estágio supervisionado; 02 (dois) artigos originados de experiências de Programa de Residência, dos quais um Multiprofissional e o outro vinculado ao Ambulatório de Pediatria; 02 (dois) artigos vinculados às etapas de projeto de pesquisa ou aplicação de uma pesquisa; 04 (quatro) artigos produzidos em decorrência de Programas de Pós-Graduação, sendo 02 (dois) de monografia de especialização, 01 (um) recorte de uma dissertação e 01 (um) recorte de uma tese; 01 (um) artigo produzido para finalização da graduação de Psicologia e 01 (um) artigo foi resultado de um Programa Multidisciplinar de Assistência. Ressaltamos que, nos demais artigos, não havia maiores especificações.

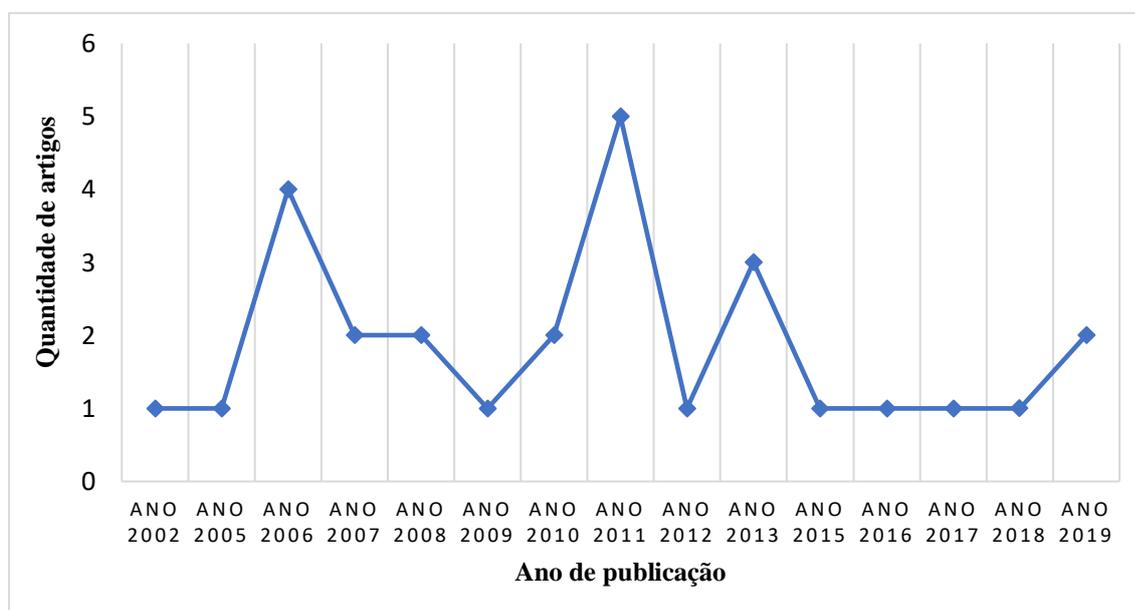
Outra análise possível foi referente à abordagem e à ancoragem teórica utilizada. Inicialmente, não havíamos pretensão de utilizar desse elemento como um dado para descrição, porém notamos que, entre os 10 (dez) artigos que traziam fundamentos teóricos de uma abordagem psicológica, 07 (sete) estavam vinculados à Psicanálise, entre os quais 02 (dois) traziam recortes específicos sobre a Teoria Winnicottiana. Para além desses, em

01 (um) artigo foram apresentadas teorias do desenvolvimento, ancoradas por Erikson, Piaget, Bronfenbrenner, Sameroff; em 01 (um) artigo, foi utilizado o enfoque da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentado em Vigotski; e em 01 (um) artigo foram utilizados conceitos da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). Sendo assim, a nossa percepção é que, entre os 28 (vinte e oito) artigos analisados, a maior parte está vinculada à Psicanálise, o que corrobora com a afirmação disposta, em revisões de literatura analisadas, de que muitos estudos dentro da Psicologia Hospitalar utilizam esse referencial como base.

Referente à distribuição temporal de publicação dos artigos selecionados, podemos afirmar que foi entre o ano de 2002 e o ano de 2019, sendo que, nos anos de 2002, 2005, 2009, 2012, 2015, 2016, 2017 e 2018, houve apenas 01 (uma) publicação em cada ano; nos anos 2007, 2008, 2010 e 2019, tiveram 02 (duas) publicações por ano; no ano de 2013, 03 (três) publicações; em 2006, 04 (quatro) publicações; e 2011 foi o ano de maior produção, com 05 (cinco) publicações, o que pode ser conferido na Figura 3.

### Figura 3

*Quantidade de artigos publicados por ano*

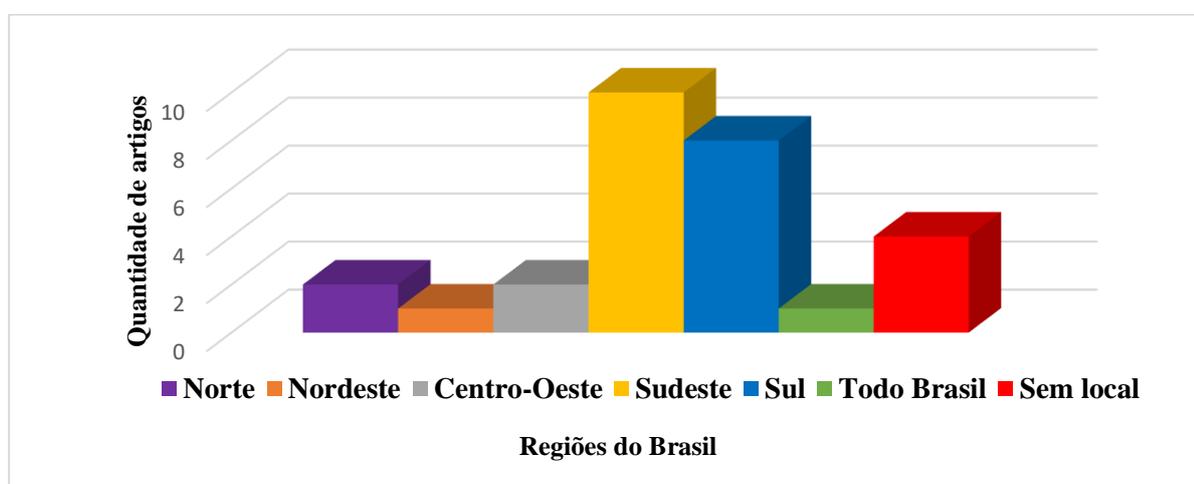


*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

No que diz respeito à distribuição por territórios do país, 24 (vinte e quatro) artigos registraram a área de realização, sendo um de abrangência no país inteiro. Assim sendo, a maior realização de pesquisas, com 10 (dez) artigos, foi da região Sudeste, entre os quais 02 (dois) eram do Espírito Santo, 04 (quatro) de São Paulo e 04 (quatro) do Rio de Janeiro; seguido pela região Sul, com 08 (oito) artigos, dos quais 05 (cinco) são do Rio Grande do Sul, 02 (dois) de Santa Catarina e 01 (um) do Paraná. As regiões Norte e Centro-Oeste tiveram 02 (dois) artigos em cada região, sendo os estados nortistas referentes ao Pará e a Rondônia e os últimos referentes a Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Para além disso, na região Nordeste só constou 01 (um) artigo, do estado de Sergipe. Notamos que, referente à Bahia, não há pesquisas nesse espaço-tempo descrito, demonstrando uma questão a mais a ser considerada com relação à relevância da investigação sobre a atuação profissional de psicólogos nesse estado. Esses dados estão dispostos na Figura 4.

**Figura 4**

*Distribuição de artigos por regiões do Brasil*



*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Como proposto inicialmente, apresentaremos uma discussão em forma de revisão integrativa. Nesse sentido, é possível afirmar que as contribuições dos artigos quanto à atuação nacional do Psicólogo Hospitalar na Pediatria, considerando atuação na Enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva, se diversificaram entre as seções dos artigos, ou seja, ora estavam presentes na introdução, ora na metodologia, ora nas discussões e ora nas considerações finais. Para iniciar a discussão sobre a atuação profissional do Psicólogo Hospitalar na Pediatria, foram identificadas algumas temáticas comuns aos artigos, a saber: Escuta qualificada, observação cuidadosa e acolhimento; Sentimentos; Comunicação; Trabalho em equipe; Humanização; Brincadeiras; Grupos; Pais/Cuidadores/Responsáveis/ Familiares; Violações de direitos; e Dificuldades e desafios.

Com a percepção ampliada, através da leitura e análise dos artigos selecionados, de que o hospital é um lugar que tira a criança dos seus contextos habituais como casa, família e escola, e que a internação em decorrência de um adoecimento causa estranhamentos, medos, ansiedade e diversos outros sentimentos para as crianças que encontram-se nesse processo, pensamos na figura do psicólogo, nesse ambiente, como agente promotor de saúde física e emocional, que irá realizar escuta, acolhimento e tentará acolher os sofrimentos mediante a situação instalada, auxiliando a criança e a sua família a sintonizarem e conduzirem melhor os sentimentos, expectativas e necessidades.

Nas pesquisas de Dib e Abrão (2013), Finkel e Espíndola (2008), Piske et al. (2013), Souza et al. (2007), o hospital é caracterizado como um local que, de início, causa medo, desconforto e que faz alusão a perdas, afinal a mudança de um ambiente familiar para um completamente desconhecido, muitas vezes, remete as crianças à situação de distanciamento social; separação dos pares; medo de sentir dor ou, até mesmo, medo da morte; ansiedade perante ao que acontecerá após o momento da internação e restrição no

que tange à privacidade e autonomia. Tais alterações acabam por gerar mobilização e crise, tanto para a criança adoecida quanto para a família, que terá que se ajustar a essa nova realidade, reorganizando horários e rotinas. Isto é, o adoecimento afeta e ocasiona sofrimentos a todos os envolvidos (internado e acompanhantes) e pode apresentar consequências no desenvolvimento infantil, em aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais.

No elenco de textos analisados, 13 (treze) artigos abordam a temática que diz respeito à 'escuta qualificada, à observação cuidadosa e ao acolhimento' que são realizados pelo psicólogo, orientando que esse profissional deva atuar sem realizar julgamentos das percepções, dúvidas ou inquietações e que deva estar disponível para ter empatia e acolher as histórias, subjetividades e potencialidades da criança e da família, como exposto por Silva et al. (2012). Assim, as pesquisas de Azevêdo (2011), Azevêdo e Santos (2011), Barbosa e Pegoraro (2008), Dib e Abrão (2013), Piske et al. (2013) e Souza et al. (2007) asseveram que o momento do acolhimento inicial se relaciona intimamente à formação de vínculo e demonstra a disponibilidade do profissional em dialogar e ofertar o apoio necessário para a situação, o que acarretará, muitas vezes, em um aumento da tranquilidade, segurança, confiança, aproximação e sensação de ter proteção, apoio e rede de suporte no enfrentamento da realidade da internação, de modo a reduzir percentuais de ansiedades e incertezas naquele ambiente que, anteriormente, estava sendo assustador.

Quanto à necessidade de um ambiente emocionalmente acolhedor para a criança, Franchin et al. (2006) clareiam que isso ocorre por meio da facilitação de condições de ofertar um outro sentido ao que está posto na rotina, ou seja, ofertar um acolhimento e escuta qualificada por meio também do recurso lúdico. Através desse recurso lúdico, também há uma pontuação feita por Broering e Crepaldi (2011) que diz respeito ao

amparo e acolhimento à criança objetivando minimizar os sentimentos negativos e auxiliando-as a acionar estratégias protetoras ao seu desenvolvimento. Considerando, assim, que todas essas atitudes do psicólogo garantirão acolhimento às crianças hospitalizadas e suas famílias (Albuquerque, 2019; Linhares, 2016).

De acordo com Arienti e Portela (2018), que se fundamentam na teoria psicanalítica, o acolhimento versará também sobre a oferta de um espaço para que o paciente e a sua família possam se expressar, falar e serem escutados. Através do sentimento de acolhimento, então, é que eles terão confiança e se sentirão à vontade para falarem sobre seus sentimentos. Eles exemplificam, ainda, com uma paciente que reconheceu, na profissional, alguém com desejo de ouvi-la, demonstrando quanta importância há nesse processo de escuta, respeito a temporalidade e a singularidade, uma vez que, por meio da fala e da escuta, a paciente conseguiu ser ouvida e elaborar sobre o seu adoecimento.

Nessa perspectiva ainda, Wendling et al. (2019) pontuam sobre o fato de as psicólogas hospitalares acolherem e acompanharem as crianças hospitalizadas durante todo o processo de tratamento. Para isso, a escuta qualificada se faz como um procedimento rotineiro, inclusive propiciando com que, através do que se foi ouvido, seja possível a articulação entre os profissionais da equipe.

Os artigos Arienti e Portela (2018), Broering e Crepaldi (2011), Costa Junior et al. (2006), Dib e Abrão (2013), Doca e Costa Junior (2011), Linhares (2016), Mendes & Oliveira (2011) e Sanchez e Ebeling (2011) abordam a dinâmica de funcionamento de cada criança e família perante situação de institucionalização, enfatizando que há um misto de ‘sentimentos’ envolvidos em todo esse processo, afinal são diversos os medos, como já mencionado; as fantasias referentes a díade saúde-doença; os fatores estressores relacionados a mudanças e falta de informações completas sobre a hospitalização, além

da dificuldade de compreensão de quais serão os procedimentos a serem realizados no hospital e, logo, a dificuldade na elaboração de todos esses sentimentos. Assim, a produção de Albuquerque (2019) demonstra que o psicólogo atua também no auxílio a elaboração de todo esse conteúdo, buscando compreender os aspectos emocionais, singulares e psicossociais de cada criança e estimulando as crianças para que expressem suas emoções no intuito de “favorecer ou possibilitar que cada um encontre sua forma singular de lidar com isso, criando um espaço propício à elaboração da experiência vivida, em processo” (Albuquerque, 2019, p.12) e fazendo com que esse ambiente, período ou hospitalização sejam o menos danoso ao desenvolvimento infantil. Ressaltamos que, em alguns relatos das pesquisas, os sentimentos são invalidados por parte dos pais ou cuidadores por não terem conhecimento de como devem lidar ou simplesmente por não conseguirem, também, elaborar os seus próprios sentimentos e dificuldades, desconhecendo como manejá-los de maneira mais assertiva. Há um auxílio, então, nessa experiência emocional, validando os sentimentos e estimulando a expressão para, assim, alcançar o enfrentamento (Albuquerque, 2019; Azevêdo & Santos, 2011; Franchin et al., 2006; Motta & Enumo, 2010; Piske et al., 2013; Silva et al., 2012; Souza et al., 2007; Vivian et al., 2013).

Um outro fator observado, nas pesquisas, como fundamental para estabelecimento de vínculo e desmistificação de fantasias ou sentimentos negativos à institucionalização, é a ‘comunicação’. Referente ao fator comunicativo, o que foi mais encontrado nos artigos selecionados foi a importância da Psicoeducação, ou seja, do quanto o fornecimento de informações educativas, desde sobre o funcionamento do hospital, perpassando ao desenvolvimento infantil e culminando no diálogo sobre o adoecimento, ampliam e melhoram a relação do paciente/família com a equipe, proporcionando, assim, uma melhor forma de enfrentamento (Arienti & Portela, 2018; Azevêdo, 2010, Azevêdo &

Santos, 2011; Barbosa & Pegoraro, 2008; Doca & Costa Junior, 2011, 2007; Finkel & Espindola, 2008; Mendes & Oliveira, 2011 e Silva et al., 2012). Nesse sentido, devemos considerar as repercussões do diagnóstico que a criança pode vir a ter e o não ocultamento de fatos para criança e seus responsáveis, uma vez que a veracidade dos fatos faz com que todos tenham propriedade para compreenderem todos os aspectos da doença (Cachapuz, 2006; Oliveira et al., 2009 e Piske et al., 2013). Em casos de óbitos ou de prognóstico próximo, faz-se necessário, junto ao acolhimento da perda, a educação para morte, como pontuam Souza et al. (2007).

Destarte, os autores dos artigos supracitados apresentam que todos os profissionais da equipe inter ou multidisciplinar estão propensos a realizar tais tipos de diálogo com paciente e família, embora alguns estudos, como Cachapuz (2006), retratem que algumas equipes têm o desejo e compreendem, equivocadamente, que a função do psicólogo está apenas em realizar essa mediação do diálogo. Almeida (2000 conforme citado por Cachapuz, 2006), a título de exemplo, afirma que o papel do psicólogo pode ser ampliado para além de facilitador de interlocução entre os saberes e de cumprimento de expectativas de outros profissionais no que se refere ao desejo de restabelecimento de ordem. Isto é,

A atuação dos psicólogos não pode constituir apenas uma atividade a serviço da docilização dos pacientes submetidos à prática médica. A ação do psicólogo integrante de uma equipe de saúde não deve limitar-se à resolução de conflitos em situações específicas de pacientes. É importante pensarmos em ações da Psicologia adequadas à nossa realidade. Os psicólogos que atuam no hospital devem basear suas intervenções a partir da práxis nessa instituição, constatando os limites, sofrimentos e injustiças nelas presentes. (Almeida, 2000 conforme citado por Cachapuz, 2006, p.64)

A esse respeito, observamos que o diálogo entre psicólogos e demais profissionais do setor é imprescindível para delimitarem objetivos e técnicas a serem utilizadas no planejamento de avaliação e na intervenção em todo o tratamento. Alguns profissionais, nas análises dos artigos de Azevêdo (2010) e Barbosa e Pegoraro (2008), sinalizaram que consideram relevante a existência de protocolos que auxiliem na comunicação com pacientes e familiares.

Nessa ótica, Azevêdo (2010), que traz um protocolo de avaliação específico para a criança queimada, afirma que a utilização de protocolo de avaliação psicológica hospitalar é um instrumento fundamental para auxiliar a sistematização dos dados, corroborando com o que Capitão e colaboradores (2005) e Pedromônico (2006) (conforme citados por Azevêdo, 2010) discutem, tendo em vista que acreditam que os protocolos constituem um recurso de orientação que possibilitam desenvolvimento científico, norteiam, delimitam e dão visibilidade às atividades de psicólogos. Já no artigo de Barbosa e Pegoraro (2008), que se vincula aos protocolos para situações de violação de direitos, as autoras asseguram acreditar que a elaboração de protocolos de atendimento facilitaria a comunicação e a atuação dos profissionais, uma vez que há dificuldades na articulação entre as áreas do conhecimento.

Relacionando a expressão de ‘sentimentos com a comunicação’ no contexto hospitalar, Doca e Costa Junior (2007) trazem a importância dessa combinação no processo de preparação psicológica quando afirmam que

Os programas de preparação psicológica executados antes da internação constituem ações preventivas, de cunho educativo, dirigidos a crianças sem experiência de hospitalização, e podem ser desenvolvidos tanto na comunidade, quanto em ambulatório. Na comunidade, o mais comum são os programas

escolares nos quais as crianças assistem palestras e filmes, têm acesso a manuais (*guidelines*), discutem conteúdos de saúde com especialistas e desenvolvem atividades didáticas que envolvem temáticas de adoecimento, tratamento médico e hospitalização. (Doca & Costa Junior, 2007, p.4)

Assim, Doca e Costa Junior (2007) ressaltam em relação à preparação psicológica que, na admissão<sup>7</sup>, há o caráter preventivo por envolver o provimento de informações a respeito das rotinas, normas, procedimentos e funcionamento do hospital. As autoras apontam, ainda, que, caso a preparação seja realizada no momento da internação, terá cunho curativo, na tentativa de auxiliar no enfrentamento. Assim, percebemos que a preparação psicológica, que objetiva trabalhar emoções relativas ao hospital, pode ocorrer antes da hospitalização, no momento da admissão do paciente ou antes de procedimentos cirúrgicos, por exemplo. Para Azevêdo e Santos (2011), os instrumentos a serem utilizados devem considerar criatividade, podendo ser por meio da modalidade oral, durante os atendimentos; ou por meio da modalidade escrita, através de panfletos com informações; ou ainda visuais, por meio de filmes ou projeção de slides.

Ainda no que tange à comunicação, é válido fazer a correlação e afirmar a relevância encontrada em 12 (doze) pesquisas no que diz respeito ao ‘trabalho em equipe’ inter ou multidisciplinar. Nesse sentido, Cachapuz (2006), Mendes e Oliveira (2011), Rocha e Ferreira (2006) e Souza et al. (2007) evidenciam que muitos casos que chegam para acompanhamento psicológico são encaminhados por uma equipe que consegue identificar alguma questão emocional envolvida. Albuquerque (2019), Cachapuz (2006) e Mendes e Oliveira (2011) e sinalizam, ainda, a necessidade de realizar

---

<sup>7</sup> “A admissão hospitalar pode ser definida como a internação ou a entrada de uma pessoa em um hospital.” (Almeida & Ferreira, 2004, p.61).

compartilhamento de informações em equipe para que haja um trabalho coeso e coerente com a melhor forma de cuidar do paciente de modo integral.

Para isso, são realizadas discussões de caso, estudos de caso e, até mesmo, interconsultas. Estas são caracterizadas por atendimentos conjuntos, que contém intervenções de um Psicólogo e de outro profissional da saúde para melhor orientar e manejar alguma situação, assegurando que toda a relação em equipe deve ocorrer sempre pautada na dimensão ética (Azevêdo, 2010; Linhares, 2016; Motta & Enumo, 2010; Vitorino et al., 2005 e Vivian et al., 2013).

Azevêdo e Santos (2011) e Barbosa e Pegoraro (2008), por sua vez, apresentam a necessidade do compartilhamento de informações educativas sobre a hospitalização infantil com os demais membros da equipe de saúde que atende ao paciente, enfatizando na importância da empatia dos profissionais com a criança, afinal compreende que, a partir do tratamento empático, será possível entender as reações emocionais advindas da hospitalização. Desse modo, Azevêdo e Santos (2011) consideram que o fato do psicólogo estabelecer comunicação constante com os demais profissionais para tratar sobre questões intrínsecas à hospitalização das crianças poderá constituir em um aspecto importante para o planejamento, a avaliação e a devida intervenção com o paciente.

Nesse mesmo panorama, uma outra dimensão trazida nas pesquisas foi a da 'humanização', que considera as relações e possibilidades existentes no hospital, buscando agir com respeito a cada paciente internado e considerando-o como sujeito integral, que deve ser olhado com singularidade; reconhecido como detentor de uma história, de um saber, de potencialidades e fragilidades (Silva et al., 2012); como sujeito inserido em aspectos políticos, sociais, subjetivos e que apresenta questões intrínsecas aos tratamentos de saúde (Wendling et al., 2019).

Vivian et al. (2013) demonstram, em seu artigo, resultados da prática de grupos de reflexão com pais de crianças internadas na UTI pediátrica, de modo que o grupo se constituiu como espaço de discussão de sentimentos e trocas de informações, a fim de envolver os responsáveis no processo terapêutico. Nessa perspectiva, a intervenção em grupo se caracterizou como uma prática de humanização, afinal os pais foram beneficiados pelos encontros, pelo acolhimento e por algumas sugestões de mudanças na hospitalização, trazendo à tona a expansão dos recursos utilizados para enfrentamento da situação de adoecimento, juntamente com a construção de uma rede de apoio.

Cachapuz (2006) aponta, nesse sentido, a necessidade de ponderarmos que o profissional da equipe de saúde deve focar sua atenção e intervenções para além do aspecto da doença, estendendo o olhar para todos os contextos que abarcam a vida daquela criança e do contexto familiar que está inserida. Assim, nas pesquisas de Costa Junior et al. (2006), Dib e Abrão (2013), Motta e Enumo (2010) e Sanchez e Ebeling (2011) foi apresentado que profissionais de saúde, incluindo psicólogos, tentam tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor e humanizado a partir de um referencial de resgate de vida e brincadeiras.

Para isso, asseguram que as intervenções psicológicas aliadas ao brincar representam estratégias que promovem um cuidado e uma atenção diferenciada, auxiliando a criança a enfrentar as dificuldades e lidar com o processo de hospitalização. Consideram, assim, que, pela oferta da brincadeira como possibilidade de mudança no ambiente de internação, esta pode compor como elemento que acarreta a humanização. Esse exemplo da brincadeira também é demonstrado por Azevêdo (2011), quando retrata a realidade de crianças com diagnóstico de câncer. A partir desse adoecimento específico, o autor considera que possibilitar a brincadeira durante a realização da quimioterapia é um aspecto relevante de humanização, tendo em vista o cuidado integral ao paciente.

As 'brincadeiras' também foram trazidas como pontos de extrema relevância (Azevêdo, 2011; Broering & Crepaldi, 2011; Cachapuz, 2006; Costa Junior et al., 2006; Dib & Abrão, 2013; Finkel & Espindola, 2008; Franchin et al., 2006; Motta & Enumo, 2010; Oliveira et al., 2009; Sanchez & Ebeling, 2011; Vitorino et al., 2005). O brincar e a utilização de atividades lúdicas, pelos profissionais de Psicologia, foram apresentadas, em sua maioria, como protetores e promotores de saúde física e mental e como terapêuticos no processo de enfrentamento à hospitalização. No artigo de Finkel e Espíndola (2008), a vivência de brincadeiras com utilização de bonecos cirúrgicos, instrumentos hospitalares como estetoscópios, máscara e seringas apresentou evidência de ocasião para melhor elaboração da vivência, seja relacionada a um tratamento de saúde, ou seja, para a preparação para cirurgia. Nesses casos, o brincar, quando envolve os procedimentos, faz com que a criança se torne proprietária daquelas informações, sendo ativa no processo, desmistificando os medos e anseios e trazendo concretude e, conseqüentemente, melhor compreensão a respeito dos procedimentos a serem realizados. Sendo assim, é ressaltada a importância de se falar abertamente para a criança sobre a cirurgia e utilizar o brincar como recurso, através de jogos, desenhos ou das mais diversas formas, para alcançar tal finalidade. A partir dessas leituras, nos foi possível inferir que tornar conhecido à criança o espaço hospitalar, a rotina e os procedimentos que serão realizados nela trará, na maior parte das vezes, benefícios à sua internação.

O brincar, ainda, foi relacionado ao desenvolvimento infantil e à aprendizagem, a fim de potencializar o seu desenvolvimento em todas as dimensões, inclusive favorecendo a expressão emocional. Tais informações são corroboradas pela Lei nº 11.104 (2005), de 21 de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Nos artigos que abordaram a brincadeira, foi possível perceber que a maioria das atividades que envolvia o brincar acontecia em ‘Grupos’ (Azevêdo & Santos, 2011; Cachapuz, 2006; Miyazaki et al., 2002; Piske et al., 2013; Rocha & Ferreira, 2006; Vitorino et al., 2005; Vivian et al., 2013; Wendling et al., 2019). Esses grupos tinham função terapêutica e o intuito de dar suporte e fornecer informações às crianças, promovendo saúde e uma qualidade no desenvolvimento mais adaptativo.

O grupo com crianças pode ser bem exemplificado no estudo de Vitorino et al. (2005), que revelam os resultados a partir de uma amostra composta por crianças e adolescentes internadas com enfermidades crônicas que frequentaram o Programa de Apoio Psicopedagógico e Suporte Psicossocial à Criança Hospitalizada. Nessa intervenção grupal, mediada pela realização de brincadeiras, a atuação da psicóloga era predominantemente a de estimular a interação com as crianças, de modo que pudessem aprender experiências necessárias ao desenvolvimento delas. Isto é, nos grupos com as crianças, as intervenções da psicóloga (mediadora) centraram-se em reconhecer e validar os sentimentos da criança, ofertar suporte afetivo e realizar orientações e instruções.

Em contrapartida, os grupos não ocorriam somente com as crianças, mas, também, com os ‘Pais/Cuidadores/Responsáveis/Familiares’ que funcionavam como fonte de apoio, vinculação, ofertadores de ajuda e auxílio às crianças, mas que, em seu íntimo, estavam vivenciando momentos estressores, de rupturas e de crises mediante o adoecimento, sendo assim, alvos para os grupos, a partir da constatação de que, quando os cuidadores se sentem melhor, a criança apresenta melhores estratégias de enfrentamento e comportamentos frente à hospitalização (Barbosa & Pegoraro, 2008; Broering & Crepaldi, 2011; Caprini & Motta, 2017; Dib & Abrão, 2013; Doca & Costa Junior, 2007; Franchin et al., 2006; Mendes & Oliveira, 2011).

As intervenções em grupo direcionadas aos familiares, então, se mostraram eficazes, como retratam os artigos de Piske et al. (2013) e Vivian et al. (2013). Entre algumas especificações, podemos exemplificar que os grupos possibilitavam trocas de experiências, que acabavam por facilitar muito os processos de adaptação, e (1) tinham teor informativo, considerando orientações acerca dos aspectos típicos do desenvolvimento infantil e possíveis repercussões do período de internação, além de que alguns pais traziam informações que auxiliavam outros familiares; (2) poderiam ser de reflexão, para auxiliar no manejo dos seus sentimentos para assim, poder ofertar suporte emocional aos filhos, sem que houvesse interferência na relação família-criança, incluindo impacto na rotina e expectativas da hospitalização, preocupação com prognóstico; ou (3) poderiam ser grupos operativos que trabalhavam elementos cognitivos como pensamento, percepção, conhecimento e comunicação.

Nos estudos de Piske et al. (2013), Vivian et al. (2013) e Wendling et al. (2019), foi constatado que os grupos serviram de estímulo para suporte social durante internação e, naquele espaço, os familiares se permitiam o “não saber” e, ao ver que muitos outros também não sabiam, acabavam por apresentar uma sensação de alívio. Há possibilidade, também, de existir trocas afetivas e acolhimento. Ainda é relevante dizer que, segundo Silva et al. (2012), entre os três alvos principais de trabalho na Psicologia Pediátrica, está: “a educação dos pais”, que engloba desde a informação e apoio até a comunicação entre pais e filhos.” (Silva et al., 2012, p.7). Os autores também pontuaram que uma atividade exercida pelo Psicólogo Hospitalar que é pouco explorada é o recurso de grupo e que, ampliando essa oferta, há uma tendência a melhorar a qualidade da assistência, de acordo com parâmetros da humanização e integralidade. Essas são algumas das razões que justificam que o enfoque deva ser no trabalho familiar, considerando os fatores estressores para todos os envolvidos.

Uma outra pesquisa interessante a ser mencionada aqui é a de Caprini e Motta (2017) que realizaram uma pesquisa com crianças e conseguiram identificar a necessidade de uma intervenção psicológica precoce juntamente à família no momento do diagnóstico, com o objetivo de que, aliados à família, consigam ofertar maior apoio à criança hospitalizada. Afinal, segundo esse estudo, a forma como a criança enfrenta a notícia da doença ali detectada irá recair sobre o efeito do enfrentamento nas fases posteriores. Assim, essa intervenção é considerada relevante, pois é o momento em que a equipe de saúde conta com o suporte da família para facilitar a compreensão do adoecimento e, conseqüente, adaptação à situação de hospitalização.

Uma outra discussão pertinente ao fazer do Psicólogo Hospitalar na Pediatria diz respeito às situações que envolvem as ‘violações de direito’, seja por meio das violências domésticas, físicas, psicológicas, sexuais ou maus tratos. Assim, Barbosa e Pegoraro (2008), Cachapuz (2006), Linhares (2016); Oliveira et al. (2009) e Rocha e Ferreira (2006) apresentaram a necessidade de se conhecer as conseqüências no desenvolvimento emocional, comportamental e cognitivo que essas violações provocam, reconhecendo qual o direcionamento tomar ou como agir em função da garantia dos direitos das crianças. Para tanto, foi apresentado que é preciso conhecer (1) os direitos das crianças estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente; (2) a Constituição Federal de 1988 (Constituição, 1988); (3) as políticas públicas de saúde e da assistência social, para, assim, seguir o protocolo adequado, por meio de notificação e de ações transformadoras dessa vulnerabilidade, ampliando, dessa forma, as redes e divulgação de ações educativas.

Em dois artigos, especificamente nos de autoria de Albuquerque (2019) e Cachapuz (2006), foram expressos ‘dificuldades e desafios’ enfrentados pelos profissionais Psicólogos em Equipes de Saúde de Hospitais, que se relacionavam ao trabalho em equipe, uma vez que, nesses casos, foi demonstrado que outros profissionais

acionavam o Psicólogo quando desejavam o reestabelecimento de ordem, seja pela criança não estar se comportando bem em virtude de adaptação ou por não estar aceitando a realização de procedimentos cirúrgicos e intervenções. Diante do relatado, o trabalho do Psicólogo, para esses profissionais, se centrava em solucionar os impasses da equipe e/ou conflitos. Tais desafios, então, demonstram a importância do que é ratificado por Silva et al. (2012) quando afirmam que “compete ao psicólogo inserir nesse contexto, fazendo da sua atuação um meio de divulgar a relevância do seu trabalho, resgatar a subjetividade do paciente, tão comumente desconsiderada por esse modelo tradicional hospitalar.” (Silva et al., 2012, p.15).

Levamos em consideração que a amostra final (N=28) foi suficiente para contextualizar e compreender como os artigos discutem a atuação do psicólogo hospitalar na Pediatria no panorama nacional. Nesse sentido, foi possível apreender que, entre as práticas de promoção de saúde, estão as seguintes atividades:

- (1) Escuta qualificada, observação e acolhimento
- (2) Estímulo à comunicação e humanização no ambiente hospitalar
- (3) Avaliação psicológica
  - ✓ Análise de características
  - ✓ Planejamento de intervenções de acordo com estágio de desenvolvimento, com as devidas adaptações e/ou propondo mudanças
  - ✓ Avaliação de condições sócio, histórico e culturais, considerando singularidades e subjetividades; observando relação com meio, vulnerabilidades e variáveis significativas do adoecimento
- (4) Intervenções psicológicas com criança, família ou equipe
  - ✓ Avaliando fatores protetivos ou de risco para o curso de desenvolvimento infantil

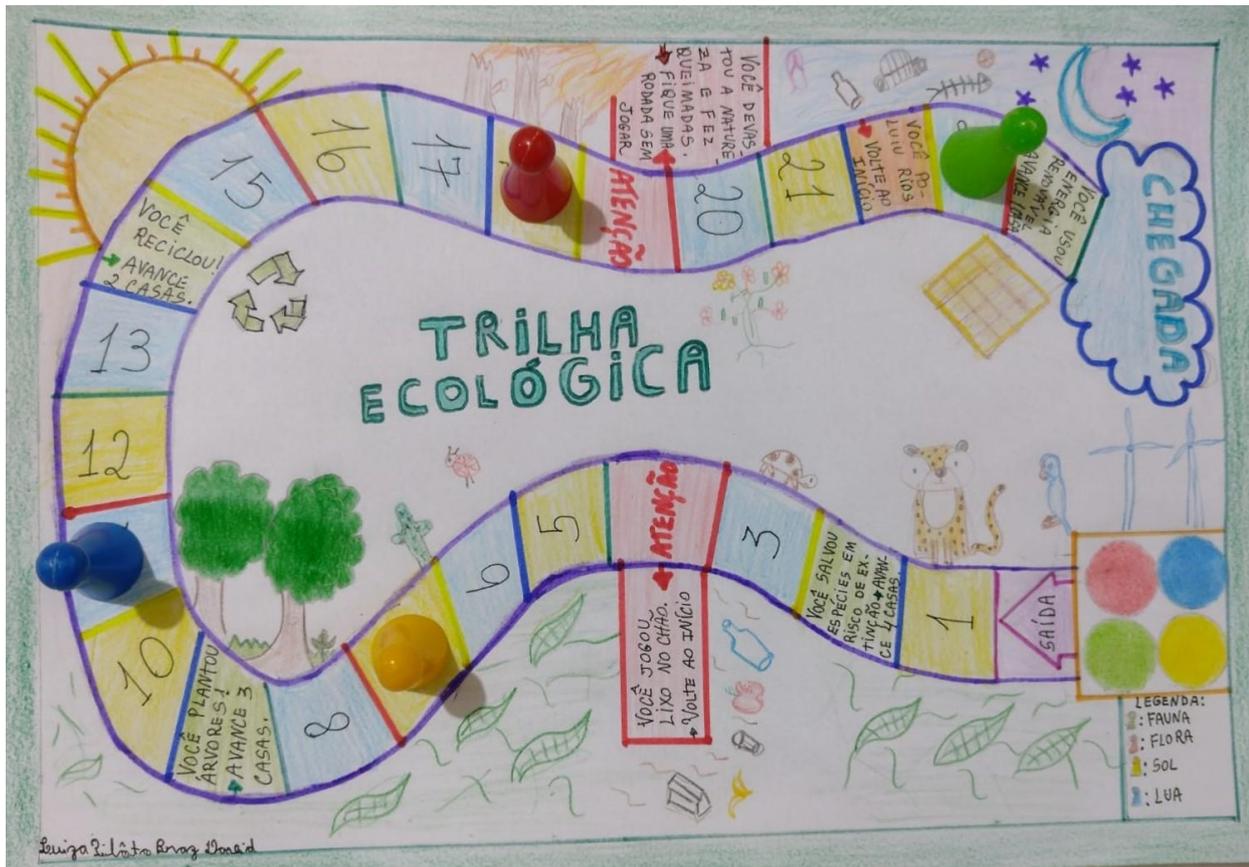
- ✓ Compreendendo os contextos da criança
  - ✓ Estabelecendo de estratégias de enfrentamento
  - ✓ Trabalhando a expressão de sentimentos
  - ✓ Trabalhando o manejo da dor
  - ✓ Utilizando de recursos que envolvem o brincar e estimulando o desenvolvimento e aprendizagem
  - ✓ Fazendo preparação psicológica para cirurgias
  - ✓ Auxiliando no luto
- (5) Acompanhamento do desenvolvimento psicológico
- (6) Realização de grupos com crianças e familiares
- ✓ Orientando sobre desenvolvimento infantil, rotinas e repercussões do adoecimento/hospitalização
- (7) Compreensão sobre violações de direitos e saber os protocolos
- (8) Elaboração ou uso de protocolos ou instrumentos que orientem e permitam nortear atividades profissionais
- (9) Trabalho em equipe inter ou multidisciplinar
- ✓ Participação de interconsultas
  - ✓ Discussões ou estudos de caso
- (10) Divulgação do fazer psicológico

Portanto, ao longo da análise dos artigos encontrados e mencionados, foi possível identificarmos que, entre os 28 (vinte e oito) artigos: (1) apenas 1 (um) artigo utilizou o enfoque da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentado em Vigotski, como é desejado propor nesta pesquisa; (2) apenas 1 (um) artigo apresentou proposta de um protocolo, embora seja específico ao acompanhamento de crianças queimadas; e (3) dos 11 (onze)

artigos que retratam a brincadeira, a sua maioria apresenta o brincar como recurso para enfrentamento do adoecimento, como recurso terapêutico e de distração frente aos fatores estressores advindos da nova condição instaurada, a de adoecimento, como recurso facilitador de expressão de sentimentos e como estratégia preparatória para procedimentos cirúrgicos.

Analisando os objetivos desta pesquisa, partindo do desejo de realizar um protocolo de acolhimento e acompanhamento, mediado pelo brincar, considerando o processo de desenvolvimento da criança, ancorada em Vigotski, e ponderando os três supramencionados fatores, consideramos que a escassez de pesquisas com esse enfoque teórico; a ausência de pesquisas que discutam protocolos, ainda que tenha sido considerado por alguns autores como sendo de extrema relevância para atuação e delimitação das atividades do psicólogo hospitalar; e o brincar não aparecer como recurso a ser utilizado no processo de avaliação do desenvolvimento, justificam e ressaltam a importância desta pesquisa devido à inovação e à contribuição que o desenvolvimento dela poderá trazer às discussões no campo científico voltado para a atuação do Psicólogo Hospitalar na Pediatria. Diante do exposto, acreditamos que essa pesquisa poderá trazer contribuições e, quiçá, impactos científicos e sociais aos estudos realizados na área.

**Capítulo 5: “Era uma vez” a composição do nosso Tangram  
e a escolha de quatro peças para o Jogo de Trilhas**



Luiza Pilôto Braz David, 11 anos, representando jogo de trilhas!

Era uma vez  
 O dia em que todo dia era bom  
 Delicioso o gosto e o bom gosto  
 Das nuvens serem feitas de algodão  
 Dava pra ser herói no mesmo dia  
 Em que escolhia ser vilão  
 E acabava tudo em lanche  
 Um banho quente e talvez um arranhão  
 Dava pra ver, a ingenuidade,  
 A inocência cantando no tom  
 Milhões de mundos e universos  
 Tão reais quanto a nossa imaginação  
 Bastava um colo, um carinho  
 E o remédio era beijo e proteção  
 Tudo voltava a ser novo no outro dia  
 Sem muita preocupação  
 Kell Smith

Conforme a nossa imersão na pesquisa e mediante a nossa compreensão do quanto é fundamental considerarmos a contextualização e a historicidade dos fenômenos, iniciaremos a “contação dessa história” a partir dos relatos e dados obtidos sobre como foi sendo construída a composição desse *Jogo de Tangram*, que se assemelha a um quebra-cabeças geométrico e colorido (composto por peças que possuem suas particularidades e que, juntas, apresentam a completude) e que, aqui, fazem alusão ao Serviço de Psicologia do HGVC, composto por várias peças, desde quando só havia 2 (duas) peças/psicólogos até a equipe que há hoje, com 12 (doze) peças/psicólogas.

Começamos, então, pelo conhecido *Era uma vez...* Em 2008, foi realizado um Concurso Público e, em 2012, houve a convocação de 4 (quatro) psicólogos, que foram direcionados para o “Hospital de Base”; no entanto, duas profissionais (Peça Verde e Peça Rosa) negociaram com a Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e foram atuar na saúde mental do município, ficando, dessa forma, apenas Peça Vermelha e Peça Preta na atuação hospitalar. Quando Peça Vermelha chegou, em 2012, optou por atuar nos setores pediátricos (UTI pediátrica e pediatria) devido a demanda existente, onde permaneceu até aproximadamente 2017/2018, quando foram surgindo demandas externas (em outros setores) e foi preciso, então, uma rotina de deslocamento para onde era convocada, conforme a necessidade dos setores hospitalares.

## Figura 5

*Onde tudo começou: Concurso Público e contratação de Psicólogos em 2008*

	Peça Verde Direcionada ao HGVC -> migrou para Saúde mental do município
	Peça Rosa Direcionada ao HGVC -> migrou para Saúde mental do município
	Peça Vermelha Direcionada ao HGVC - UTI pediátrica, UTI neonatal e pediatria
	Peça Preta Direcionada ao HGVC - UTI I, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica

Nota. Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Peça Vermelha era solicitada pela UTI Neonatal e, segundo seus relatos, foi um período mais delicado para conseguir atender a todas as solicitações, pois há um controle de infecção hospitalar mais rigoroso nas UTIs e, no turno que ela tinha demandas lá, não conseguia atender os demais setores, exigindo uma maior sistematização no planejamento das ações. Peça Preta, por sua vez, era responsável pela UTI I e, por vezes, assumia demandas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, pois, quando os pacientes tinham alta da UTI I e iam para as clínicas médica ou cirúrgica, ela seguia acompanhando os pacientes.

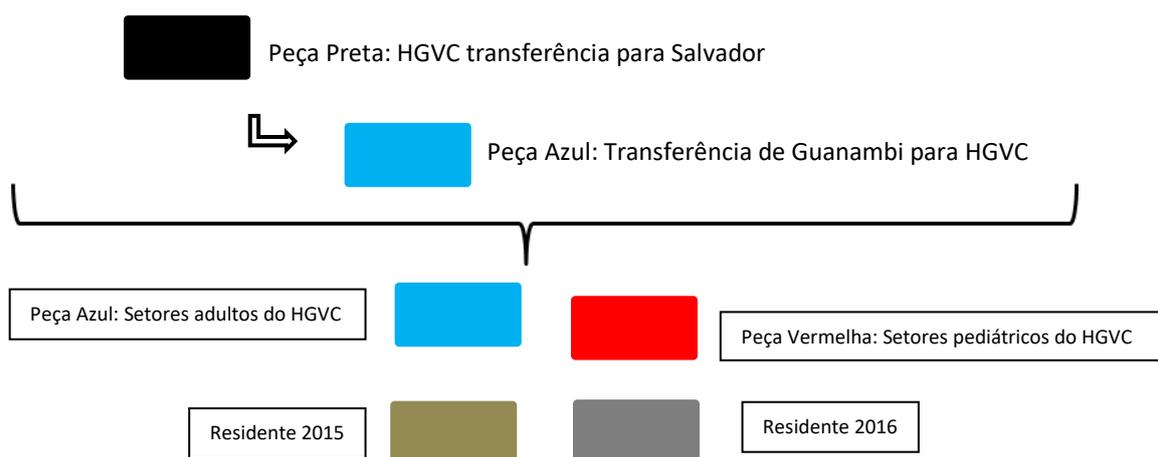
Após um período, Peça Preta solicitou a remoção para Salvador e houve a transferência de uma outra psicóloga (Peça Azul), que era psicóloga do Hospital de Guanambi e veio para Vitória da Conquista, através da DORES, em 2015. Desse modo, seguiram apenas duas psicólogas no HGVC e, assim, Peça Azul assumiu os setores de UTI adulto. No entanto, na ausência de Peça Vermelha, cabia ao Peça Azul realizar atendimentos pediátricos.

A partir desse momento, o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da UFBA - IMS/CAT começou a auxiliar na ampliação do Serviço de Psicologia, pois, a cada nova turma, eram disponibilizadas 2 (duas) vagas para Psicologia;

no entanto, nos anos de 2015 e 2016 não concluíram duas “R2”<sup>8</sup>, apenas uma em cada ano. Nos anos seguintes, de 2017 até 2021, entraram sempre 2 (duas) residentes por ano, de modo que ficam 4 (quatro) residentes, anuais, na área da Psicologia. Com isso, em 2015, o quadro da pediatria do HGVC era composto por Peça Vermelha, Peça Azul e as residentes, conforme exposto na figura 6.

## Figura 6

### *Panorama do quadro de psicólogos do HGVC 2010-2016*



*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Em 2017, com a desativação do Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto, local em que uma das psicólogas da época (Peça Verde) havia ido trabalhar na saúde mental, e mediante as solicitações contínuas da Coordenadora do Serviço de Psicologia de psicólogas para o Hospital, Peça Verde retornou para o HGVC e assumiu a UTI Neonatal.

Em 2019, houve a ampliação de leitos na UTI III do HGVC e, como consequência, houve processo de contratação de profissionais para cobrirem os setores. Nesse momento,

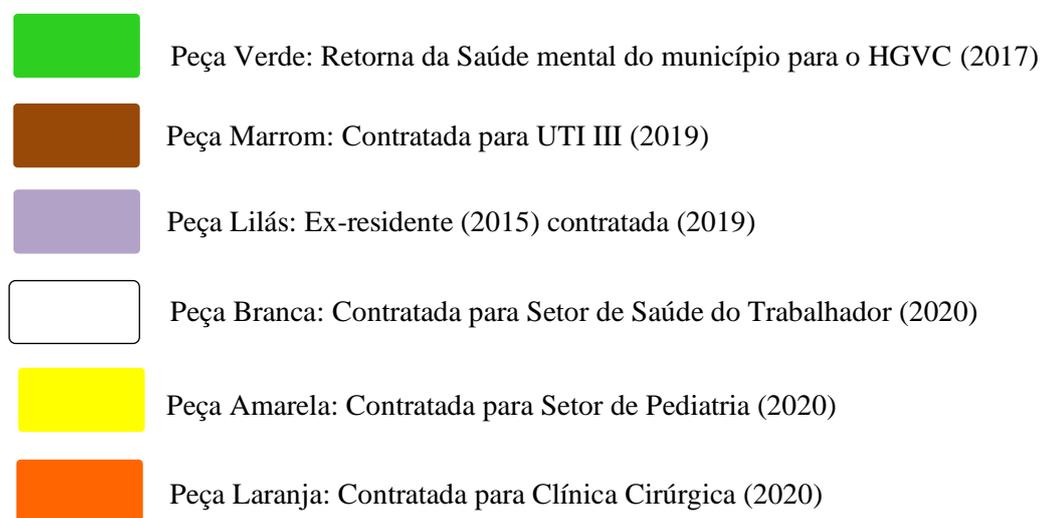
<sup>8</sup> A sigla “R2” representa Residentes que estão no 2º ano, ou seja, as Psicólogas que estão concluindo o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência.

foi solicitada e contratada uma psicóloga para a UTI III (Peça Marrom). O quadro de psicólogas foi aumentando, no entanto, ainda havia setores hospitalares que ficaram descobertos, pois, embora as residentes conseguissem auxiliar no fazer psicológico, não podiam ficar inteiramente à disposição das demandas psicológicas, uma vez que precisavam cumprir as metas da residência. E, como a Residência é em Urgência, elas não poderiam atender Pediatria. Desse modo, a coordenadora do Serviço de Psicologia continuou a enviar relatórios e a apresentar dados que comprovassem a necessidade de contratação de outras psicólogas, em paralelo às solicitações de novos profissionais por parte do diretor do HGVC. Assim, o hospital conseguiu mais uma contratação, vaga que foi preenchida por uma psicóloga, Peça Lilás, ex-residente da turma de 2015.

Com a pandemia, houve conseqüente aumento dos casos e demandas em todos os aspectos que envolvem a saúde e, por isso, foi necessária a contratação de mais 3 (três) psicólogas (Peça Branca, que assumiu a Saúde do Trabalhador; Peça Amarela, que assumiu a Pediatria; e Peça Laranja, que assumiu a Clínica Cirúrgica), como pode ser visualizado na figura 7.

### **Figura 7**

*Panorama do quadro de psicólogos do HGVC 2017-2021*

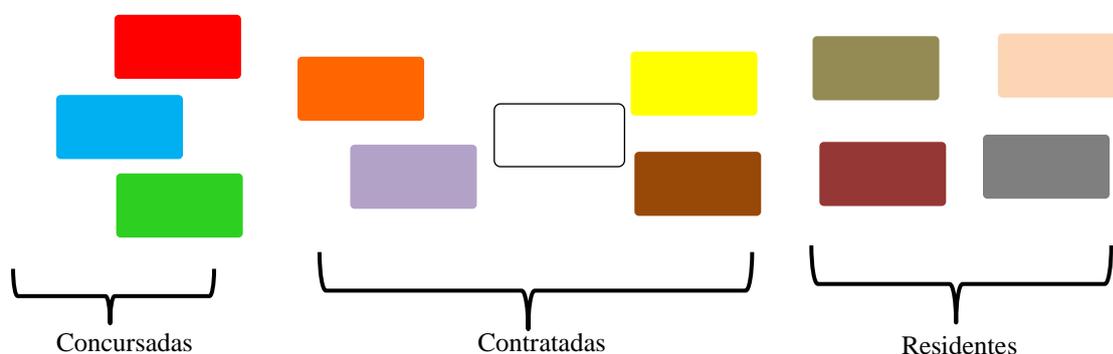


*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Após as contratações, então, o *Jogo de Tangram* ficou sendo composto 3 (três) psicólogas concursadas (Peça Vermelha, Peça Azul e Peça Verde), 5 (cinco) psicólogas contratadas (Peça Laranja, Peça Amarelo, Peça Branca, Peça Lilás e Peça Marrom) e 4 (quatro) residentes psicólogas do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência. No atual momento (2021), a coordenadora do Serviço de Psicologia, assegurou que está sendo feita a tentativa de contratação de mais uma ex-residente, visto que considera as residentes do HGVC qualificadas, já tendo sido treinadas para atuar no *setting* hospitalar.

### Figura 8

*Quadro de psicólogos/peças atuantes no HGVC (2021)*



*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Considerando todas as 12 (doze) peças do *Tangram*, enviamos um Formulário do “*Google Forms*” que nomeamos de “Questionário Pessoal e Profissional”. Através deste formulário, foi possível que analisássemos qual o perfil de psicólogas atuantes no HGVC. Sendo assim, observamos que todas as peças têm formação correspondente ao Bacharelado em Psicologia e estão inscritas no Conselho Regional de Psicologia – 3ª Região (CRP-03), correspondente ao território baiano.

Para além da formação, 9 (nove) psicólogas têm pós-graduação *lato sensu* completa ou em andamento. Essas especializações são em abordagens teóricas, Prática

Clínica, Neuropsicologia e Residência Multiprofissional. Além disso, 3 (três) psicólogas têm nível de escolaridade com pós-graduação *stricto sensu*, em nível de Mestrado, sendo 2 (duas) do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde (em andamento) e 1 (uma) do Mestrado em Saúde Coletiva (completo).

A idade das psicólogas atuantes no HGVC variou entre 23 e 42 anos. Referente ao tempo de atuação na Psicologia Hospitalar, houve variação desde apenas 03 meses até 09 anos de atuação. Das 4 (quatro) residentes, 2 (duas) residentes têm apenas 03 meses de atuação e as demais têm 01 ano e 01 mês de atuação. Referente às 8 (oito) psicólogas (contratadas ou concursadas), 3 (três) atuam na área há menos de 01 ano, 3 (três) têm entre 02 e 03 anos de atuação e 2 (duas) estão em atuação entre 08 e 09 anos.

Algumas informações complementares são que, das 12 (doze) psicólogas, 6 (seis) atuam apenas em Psicologia Hospitalar e outras 6 (seis) conciliam a atuação no hospital com a atuação nas áreas clínica, saúde do trabalhador e escola. Uma outra informação, também obtida por meio do questionário, é sobre as abordagens teóricas em que as psicólogas fundamentam seus estudos: 4 (quatro) atuam a partir do referencial da Psicanálise, porém 1 (uma) dessas, atualmente, está estudando outra abordagem; 3 (três) utilizam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); 1 (uma) atua a partir da Abordagem Sistêmica; 1 (uma) é guiada pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP); 1(uma) tem orientação Humanista; 1 (uma) fundamenta-se pela Análise do Comportamento (AC); e 1 (uma) utiliza a Terapia do Esquema/Terapia Cognitiva Processual.

Partindo do que foi coletado por meio do formulário e, como em toda brincadeira de regras, estabelecemos algumas regras que dizem respeito aos critérios de inclusão e exclusão para participação a fim de que pudessemos passar às próximas etapas do jogo. Ressaltamos que, assim como a composição do *Tangram*, aqui, também, todas as peças

são fundamentais e complementares para garantir o sucesso das intervenções e a existência do Serviço de Psicologia, mas, devido a um recorte necessário à pesquisa, estabelecemos limites e critérios para que fosse possível alcançarmos os nossos objetivos. Sendo assim, a regra principal que estabeleceu o limiar entre quem permaneceria enquanto peça do *Tangram* que compõe o mosaico e quem, de fato, se tornaria brincante para as próximas etapas, ou melhor, para as próximas brincadeiras, foi o questionamento "Em algum momento, você já atuou/atua na pediatria do HGVC?"

Em resposta a essa pergunta, obtivemos quatro potenciais participantes. Para a nossa discussão, optamos por seguir com o *Jogo de Trilhas*, afinal, para jogá-lo, há o pré-requisito de ter o tabuleiro e, nesse momento, cabe-nos esclarecer, antes de qualquer participante iniciar no jogo, que já temos um tabuleiro, o HGVC. E para esse *Jogo de Trilhas*, quatro peças do *Tangram* passam, agora, a ser nomeados por pinos representados pelas cores Vermelho, Azul, Amarelo e Verde que simbolizam as psicólogas participantes. Quando consideramos os pinos, valorizamos o processo que levou cada pino a ter sua cor e a chegar exatamente onde está no tabuleiro, compreendendo que o protagonismo entre os pinos se alterna durante o percurso.



Em alguns momentos, percebemos que o Pino Vermelho está mais à frente do jogo, liderando através de toda uma bagagem construída até chegar na casa do tabuleiro que se encontra; de modo similar, ora o Pino Verde e o Pino Azul estão em uma determinada casa (outros setores hospitalares) e precisam retornar ou avançar até chegar na casa colorida (pediatria); ora o Pino Amarelo chega por último no jogo e aprende a jogar com a experiência que os Pinos Vermelho, Verde e Azul tiveram, inserindo, a partir desse momento, as suas características, a sua forma de jogar própria advinda de

experiências outras, o que faz com que a percepção dos três pinos iniciais seja ampliada e que valorizem o protagonismo que o Pino Amarelo vem conquistando.

Com a intenção de que possamos adentrar em uma discussão referente à análise de dados após leitura e releitura do material coletado, consideramos necessário e fundamental para a nossa pesquisa, devido, principalmente, ao fato de usarmos a metodologia histórico-cultural, contextualizar as nossas escolhas. Sendo assim, clareamos que, ao definirmos pelo uso de dois instrumentos (entrevista semiestruturada e instrumento de completar sentenças), desejávamos apreender a concepção das psicólogas atuantes no HGVC sobre o nosso objeto de estudo.

Para isso, ao escolher a entrevista semiestruturada, elaboramos um roteiro prévio no qual havia relação intrínseca com a Revisão Integrativa de Literatura realizada sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar na Pediatria em um contexto nacional. No entanto, quando fomos ao campo, muitos elementos se sobressaíram e emergiram das pesquisadoras a partir dos relatos e, com isso, surgiu o desejo de investigar e compreender melhor alguns outros elementos que não possuem uma relação direta com os objetivos elencados por nós anteriormente. Desse modo, asseguramos que, em muitos momentos, houve a ampliação do objeto de estudo para compreender a atuação de uma forma integral.

Diante do que foi exposto, embora tenhamos elencado questões similares e comuns para todas as participantes, durante a realização das entrevistas, registramos que houve pequenas variações que se justificam pela necessidade de respeitar as historicidades dos processos de cada psicóloga, uma vez que foram entrevistadas psicólogas com tempo, atuação e contato em intensidade e frequências diferentes no que tange à atuação no HGVC e, em particular, na pediatria. Assim, pela especificidade histórica, elucidamos que a análise a seguir apresentada não é homogênea e linear, mas,

sim, inclinada a respeitar a relação histórica de cada psicóloga entrevistada com o lócus da nossa pesquisa.

**Capítulo 6: A “Dança das Cadeiras”:  
os sentidos e significados  
apreendidos através dos dados coletados**



Luís Felipe Meira Viana Souza, 9 anos, representando a dança das cadeiras!

Na dança das cadeiras...  
 Sobra ela, sobra eu  
 Quem sai não volta...  
 E quem senta não dança.  
 Na dança das cadeiras...  
 Quem não roda, perde  
 E se perde não dança  
 Dança eu, dança ela  
 Perco eu, perde você  
 Quem tiver vontade,  
 Dança  
 Quem não tiver,  
 Se levanta.  
 Luciete Valente

Esta seção foi intitulada de *Dança das Cadeiras* por considerar que são escolhidos participantes para a brincadeira e, nessa brincadeira, existem várias cadeiras que, aqui, fazem alusão aos pré-indicadores obtidos através da análise de cada entrevista. Ao passarmos para a segunda rodada da brincadeira, reduzimos a quantidade de cadeiras, de um modo que passamos a contar com os indicadores, isto é, o agrupamento dos pré-indicadores. E, por fim, na terceira rodada dessa brincadeira, conseguimos observar um novo agrupamento, ou seja, a transformação e agrupamento dos indicadores em núcleos de significações, as últimas cadeiras que ficaram para a brincadeira.

A primeira rodada da *Dança das Cadeiras*, por meio do levantamento de pré-indicadores, consistiu na identificação de palavras ou trechos das entrevistas que revelaram significado correspondente ao que encontramos na literatura sobre a atuação na pediatria, pois, assim como postulado por Vigotski (2001), a palavra com significado é a unidade do pensamento verbal e da fala intelectual. E, para entender as palavras utilizadas, precisamos compreender o sistema complexo que a envolve a partir das nuances objetivas, subjetivas, históricas e culturais que a compõem. Nesse momento, então, ao identificar essas palavras, consideramos que, por estarem imersas em um contexto, já conseguimos atribuir os significados dados por cada participante a partir da sua visão de mundo, da sua compreensão sobre o lócus, da sua atuação como psicóloga hospitalar e, também, da sua história de vida, representando, assim, a materialidade histórica das participantes da pesquisa.

Em seguida, damos início à segunda rodada da *Dança das Cadeiras*, momento em que nos dedicamos à articulação dos pré-indicadores. Conforme posto por Aguiar e Ozella (2006, 2013,) e Aguiar et al. (2015), essa articulação pode ocorrer através de critérios de similaridade, complementaridade ou, até mesmo, de contraposição. No entanto, os indicadores, nesta pesquisa, foram constituídos pela semelhança que tinham entre si. Isto

é, através de (re)leituras do material, conseguimos nos aproximar de agrupamentos (pré-indicadores – indicadores). Podemos afirmar que, nesta análise, atribuímos uma profundidade sobre os significados, uma vez que passaram a ser compreendidos em conjunto e não mais de maneira isolada.

Por fim, a terceira rodada da nossa brincadeira consistiu na definição sistemática dos núcleos de significação, processo que articulou os pré-indicadores, transformando-os em indicadores e, assim, chegando às apreensões/núcleos finais. A fase final da *Dança das Cadeiras* promoveu a articulação dialética e dialógica. Afinal, os núcleos foram obtidos através dos sentidos apreendidos pelas falas manifestas das participantes da pesquisa. Embora ao final da brincadeira da *Dança das Cadeira* só reste um brincante que alcança a última cadeira, aqui, com a nossa analogia, afirmamos que finalizamos com quatro cadeiras finais (os núcleos elencados). Esses núcleos de significação, por sua vez, representam a síntese e a junção de todas as cadeiras das rodadas anteriores, constituindo-se por meio de contextos, histórias e abrangência amplas.

Desse modo, asseguramos que a apreensão das significações apresentadas só se tornou possível mediante a compreensão dialética que fazemos diante da criação de elementos simbólicos imaginados frente a elementos da realidade concreta, o que, mais uma vez, correlaciona-se à metodologia utilizada de Pesquisa-Intervenção. Portanto, os núcleos de significação que compõem essa análise consideram relações históricas, culturais e sociais que perpassam a atuação na pediatria, atravessadas pelas quatro participantes da pesquisa.

Após a explicação da analogia feita com a *Dança das Cadeiras*, representando o procedimento de análise dos dados coletados, consideramos os núcleos de significação como as apreensões de sentido e significado mais relevantes de todo esse fazer. Assim, exemplificamos no Quadro 1 o processo de análise dos dados, quantificando os pré-

indicadores, indicadores e núcleos de significação obtidos. Na discussão, focalizamos os quatro núcleos de significação que “venceram” a brincadeira e que foram consensuais a todas as participantes/pinos. Para falarmos sobre os núcleos, contudo, abordaremos e os exemplificaremos a partir dos pré-indicadores e indicadores encontrados. Observemos o Quadro 1.

## Quadro 1

### *Processo de análise dos dados*

Participantes	Pré-indicadores	Indicadores	Núcleos de Significação
Pino Vermelho	130	14	4
Pino Verde	82	12	4
Pino Amarelo	206	14	4
Pino Azul	61	12	4

*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Aqui, é válida uma reflexão sobre as quantidades encontradas no que tange aos pré-indicadores, uma vez que há, conforme apresentado no Quadro 1, uma variação de pinos com 61 até 206 pré-indicadores. Essa amplitude é justificada pela atuação de cada pino na Pediatria Hospitalar, de modo que a maior quantidade de pré-indicadores foi atribuída à psicóloga atuante, neste momento, na Pediatria do HGVC. Esta psicóloga, “Pino Amarelo”, foi quem conseguiu nos possibilitar acesso a uma maior quantidade de elementos significativos para a pesquisa. Em segundo lugar, no referente ao quantitativo de pré-indicadores, encontra-se o Pino Vermelho, quem teve atuação maior na Pediatria ao longo dos anos de atuação, pois, ainda que conciliasse com atuação em outros setores hospitalares, era quem, por muito tempo, estava direcionada a solucionar e promover os atendimentos infantis. Desse modo, os pinos com menores quantidades referem-se às psicólogas que possuem contatos pontuais com a pediatria e que, na maior parte do tempo,

atenderam em outros setores, ou seja, foram solicitadas apenas em momentos emergenciais em que o Pino Vermelho, por exemplo, não apresentava disponibilidade para realizar a intervenção.

Perpassando pela descrição dos pré-indicadores, articulando-os com as experiências dos quatro pinos, exemplificamos no Quadro 2 os indicadores que foram estabelecidos no refinamento ou, como propusemos na analogia brincante, na segunda rodada da *Dança das Cadeiras*.

## Quadro 2

*Indicadores estabelecidos na segunda rodada da Dança das Cadeiras*

<b>Participantes</b>	<b>Indicadores</b>
Comuns a todos os pinos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades desenvolvidas pela psicóloga em Pediatria Hospitalar;</li> <li>• Objetivos, funções e habilidades necessárias para atuação na Pediatria Hospitalar;</li> <li>• Avaliação sobre hospital e, especificamente, pediatria;</li> <li>• Alterações provocadas na dinâmica local e de funcionamento hospitalar devido à pandemia do Covid-19;</li> <li>• Possíveis mudanças e implementações para o hospital;</li> <li>• Percepção externa e interna a respeito do Serviço de Psicologia;</li> <li>• Compreensões sobre a equipe e o trabalho multiprofissional;</li> <li>• A comunicação;</li> <li>• Temáticas para educação continuada;</li> <li>• O brincar, suas formas e nuances;</li> <li>• Compreensão sobre infância e processos de desenvolvimento;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção sobre cuidadores e responsáveis/ atividades em grupo e assistência;</li> </ul>
Específicos dos pinos vermelho e amarelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação da psicóloga frente ao luto/óbito;</li> <li>• Protocolos e instrumentais envolvidos na atuação;</li> <li>• Articulação e encaminhamentos internos (no hospital) ou para a rede setorial;</li> <li>• Comparativo UTI pediátrica x Pediatria.</li> </ul>

Fonte: *Nota*. Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Desse modo, é notório que houve 12 (doze) indicadores que foram comuns a todas as participantes/pinos, no entanto houve também 2 (duas) especificações referentes aos indicadores dos Pinos Vermelho e Amarelo, como demonstrado no Quadro 2. Assim, a partir dos dados apresentados, consideramos que, mediante a pretensão de investigar temáticas que envolviam a atuação do psicólogo hospitalar, a concepção dos psicólogos sobre o processo de desenvolvimento infantil e a concepção dos psicólogos sobre o brincar, avaliamos que houve essa contemplação, uma vez que todos os indicadores supramencionados dialogaram sobre o proposto.

Ancorados nos indicadores estabelecidos, mais uma vez, foi realizado um agrupamento e, então, fomos brincar a terceira rodada da *Dança das Cadeiras*. Neste momento, elencamos os 4 (quatro) núcleos de significação, a saber:

- A amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar;
- O ambiente hospitalar e suas especificidades;
- A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar;
- O desenvolvimento infantil e as correlações com a brincadeira.

Por sua vez, os núcleos, unidades de análise em que nos debruçamos, são ponderados por nós como elementos representativos da realidade complexa vivenciada pelas psicólogas, bem como considerados como unidades capazes de representar a interdependência entre os fenômenos estabelecidos e nomeados nas etapas anteriores. Corroborando com Vigotski (2012), argumentamos que a análise de processos psicológicos deve ser pautada em unidades de análise, pois consideramos que as propriedades desse todo são tão expressivas quanto os elementos singulares que o compõem, uma vez que as partes não perdem as suas propriedades e fundamentam os sentidos e significados atribuídos.

Frisamos a relevância do todo e suas partes e do global e local, acessando-os pelas falas das participantes nas entrevistas, tendo ciência de que as falas estão vinculadas aos pensamentos de cada participante/pino, que refletem, desse modo, o contexto histórico, cultural e social em que cada sujeito da pesquisa está imerso e, conforme asseverado por Vigotski, “estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: este é o requisito básico do método dialético” (Vigotski, 1966/1984, p.74). E é nesse processo de mudança, considerando tanto as condições atuais das psicólogas como também as experiências e trajetórias percorridas, que alcançamos a discussão dos núcleos de significação. No Quadro 3, apresentamos como os indicadores foram agrupados em núcleos de significação, que serão discutidos em seguida.

### Quadro 3

#### *Núcleos de significação apreendidos*

<b>Indicadores</b>	<b>Núcleos de significação</b>
• Atividades desenvolvidas pela psicóloga (em Pediatria Hospitalar);	A amplitude do fazer psicológico na Pediatria

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação da psicóloga frente ao luto/óbito;</li> <li>• Objetivos, funções e habilidades necessárias para atuação na Pediatria Hospitalar;</li> <li>• Protocolos e instrumentais envolvidos na atuação;</li> <li>• Percepção sobre cuidadores e responsáveis/ atividades em grupo e assistência;</li> </ul>	Hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção externa e interna a respeito do Serviço de Psicologia;</li> <li>• A comunicação;</li> <li>• Compreensões sobre a equipe e o trabalho multiprofissional;</li> <li>• Articulação e encaminhamentos internos (no hospital) ou para a rede setorial;</li> <li>• Temáticas para educação continuada;</li> </ul>	A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação sobre hospital e, especificamente, pediatria;</li> <li>• Alterações provocadas na dinâmica local e de funcionamento hospitalar devido à pandemia do Covid-19;</li> <li>• Possíveis mudanças e implementações para o hospital;</li> <li>• Comparativo UTI pediátrica x Pediatria;</li> </ul>	O ambiente hospitalar e suas especificidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O brincar, suas formas e nuances;</li> <li>• Compreensão sobre infância e processos de desenvolvimento.</li> </ul>	O desenvolvimento infantil e as correlações com a brincadeira

*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).

Os significados que serão apresentados nos núcleos de significações foram tecidos por meio de uma articulação entre o material produzido nas entrevistas e as produções teóricas da revisão de literatura integrativa que investigaram a respeito da atuação do psicólogo hospitalar na pediatria, assim como da articulação entre o material produzido nas entrevistas e as concepções de Vigotski sobre o desenvolvimento da criança.

O movimento final, dessa maneira, pode ser traduzido como pendular, pois os Núcleos 1 e 3 transitaram por todos os materiais, sendo, em maior parte, articulados com os significados apreendidos das entrevistas e com a Revisão Integrativa de Literatura. Os Núcleos 2 e 4, por sua vez, foram preponderantemente articulados com os dados das entrevistas e a Revisão Narrativa, pautada e ancorada no Enfoque Histórico-Cultural, através do material produzido por Vigotski (2008; 2018) e outros autores fundamentados neste enfoque, a exemplo de Cruz (2015), Kramer e Leite (2003) e Pimenta (2017).

### **6.1 A amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar**

Nesse núcleo de significação, os sentidos foram apreendidos por meio da contemplação das atividades desenvolvidas pela profissional psicóloga em Pediatria Hospitalar, pontuações acerca da atuação frente ao luto/óbito de crianças, objetivos, funções e habilidades necessárias para atuação na Pediatria Hospitalar, protocolos e instrumentais envolvidos na atuação, e a percepção sobre cuidadores e responsáveis/atividades em grupo e assistência.

Através da coleta e análise do material, foi identificado, por exemplo, que Pino Verde considera que fez poucos e pontuais atendimentos na Pediatria Hospitalar. Nos casos em que acompanhou, portanto, ela alega ter tido um maior contato e acesso à família da criança internada e que, nessa condição, buscava entender o contexto de hospitalização, para obter melhores informações, bem como o tempo em que a criança

estava ali, quais eram as dificuldades que essa família enfrentava no cuidado com a criança ou, se, por exemplo, a família estava tendo condições de frequentar o hospital, e, caso não, entender o porquê disso. Esses relatos são consonantes ao dissertado por Piske et al. (2013) ao dizerem que, quando uma criança é hospitalizada, há também uma mudança na dinâmica da família, em nuances que envolvem desde a autodepreciação ou culpabilização pela hospitalização até a sensação de impotência ao cuidar da criança naquelas novas condições.

Nessa ótica, Pino Verde afirma que era nesse contexto que entrava a sua atuação enquanto psicóloga hospitalar, uma atuação marcada pelo processo de escuta e da realização da entrevista com a família, o que permitia que, em momento posterior, fossem realizadas as orientações que se faziam pertinentes. Pino Verde pontuou, ainda, que a maior parte dos acompanhamentos que realizou na pediatria foi de atendimentos que se originavam na UTI Neonatal, seu setor de origem, e que acabavam dando sequência no setor pediátrico.

Pino Verde sinalizou que, por vezes, acompanhava o “boletim médico”, momento em que era dada a atualização sobre a situação da criança internada. Nesse caso, tinha a percepção de que a função da Psicologia era traduzir uma fala médica, mediante a dificuldade de compreensão por parte da família. A percepção de Pino Verde não é uma exceção, pois, conforme Cachapuz (2006) disserta, algumas equipes hospitalares compreendem de maneira equivocada qual é a função do psicólogo em uma equipe, entendendo como se o profissional psicólogo fosse apenas uma figura mediadora do diálogo e não um profissional da saúde. O que sinaliza, minimamente, duas questões: as falhas na efetividade dessa comunicação e a atuação psicológica como ponte mediadora desse diálogo.

Sobre a atuação que era prioritária na UTI Neonatal, Pino Verde faz uma correlação sobre as suas atividades nos dois setores e, desse modo, afirma que, antes da pandemia, houve momentos em que realizou grupos de mães e momentos em que se reuniam mães de crianças da Pediatria, da UTI Pediátrica e da UTI Neonatal. Contudo, Pino Verde também trouxe a informação de que, no período marcado pela pandemia, deu início às intervenções *online* com as famílias, explanando sobre a atual situação, dialogando sobre percepções da família e trocando mensagens com fotos ou áudios, por exemplo, para que o bebê e a família pudessem estar conectados, ainda que não fosse presencialmente. Essa forma de agir constitui como uma maneira de acolher e possibilitar expressão de sentimentos e trocas afetivas entre as partes envolvidas no processo de hospitalização, reconhecendo, dessa maneira, a existência de afetividade em todo o processo (Arienti & Portela, 2018).

Para Pino Amarelo, suas atividades na Pediatria Hospitalar centram-se em realizar admissão, entender a dinâmica familiar e o processo de adoecimento, bem como o histórico de vida da criança e, mesmo tendo uma predominância em abordar, conjuntamente, responsável e criança, há ocasiões em que julga necessário intervir com a mãe fora da enfermaria. Nesses momentos, ela proporciona algumas atividades para a criança fazer enquanto esse diálogo entre os adultos acontece. É avaliado, por Pino Amarelo, que essa forma de agir, entretém a criança e, também, promove espaço de acolhimento à mãe/responsável. Nesse sentido, Pino Amarelo afirma fazer escuta, acolhimento, validação emocional, clarificação sobre quaisquer dúvidas que surjam, ações que refletem uma ampliação perceptiva a respeito da hospitalização, bem como um treino assertivo para desenvolvimento de repertórios que são importantes nesse processo de hospitalização.

Pino Amarelo assegura que, ao investigar sobre a situação inicial da criança, no que tange à adaptação da hospitalização, realiza avaliação da criança e vai identificando o que é importante de ser trabalhado naquele contexto. Com isso, nos informa que, mediante as percepções obtidas nesse contato inicial, começa o trabalho, preparando as contingências no ambiente hospitalar a fim de que a criança desenvolva repertório para que, quando ela saía e após a alta, ela consiga lidar melhor com todas as restrições que são impostas com a mudança de rotina.

Nessa avaliação inicial, Pino Amarelo apresenta a percepção que tem sobre a urgência de realização da admissão. Ela informa que “logo quando a criança chega no hospital eu tenho que fazer a admissão o mais imediatamente possível [...] e eu tento ir no mesmo dia e tentar fazer a admissão o mais rápido possível” (SIC). Nesse sentido, ela atribui que a sua rotina não tem atividades fixas, uma vez que, ao chegar para admitir, ela não possui conhecimento prévio sobre a criança ou sobre todo o contexto dela. Então, diante disso, na admissão, ela tem o objetivo de fazer uma avaliação para entender o que está acontecendo e no que ela pode contribuir ou como está sendo aquela experiência de hospitalização para a criança, tendo em vista a ciência de que a sua atuação enquanto psicóloga da Pediatria Hospitalar pode contribuir para que o processo de hospitalização se torne mais suportável (Caprini & Motta, 2017).

Diante dessa imprevisibilidade que precede o primeiro contato, ela consegue, ao compreender as necessidades e preferências da criança, separar alguns materiais para trabalhar com a criança em momentos seguintes. Então, ela preestabelece os passos seguintes, de modo que seja possível planejar quais crianças e famílias atenderá em cada dia, com ciência de que, pela dinâmica de funcionamento do hospital, tudo poderá ser modificado. No que tange à organização da rotina, Pino Amarelo também avalia a condição da família, preparando materiais que possam auxiliar no acompanhamento e

orientação às famílias, conforme necessidade. No que tange ao acompanhamento das famílias, Pino Amarelo considera, como uma de suas atribuições, acompanhar e orientar o momento de comunicação de más notícias.

Pino Amarelo exemplifica, correlacionando a sua atuação com a abordagem teórico-metodológica em que fundamenta a sua prática (a saber: Análise do Comportamento), que há casos em que necessita realizar uma dessensibilização sistemática; que há casos em que se coloca como figura de referência para a criança; há casos em que trabalha a prevenção de respostas; há casos em que enfoca o processo de adaptação; e há casos em que há possibilidade de trabalhar programação pós-alta. No entanto, independentemente do foco dado e das técnicas que utiliza, um fator predominante no seu fazer profissional é utilizar atividades lúdicas, o brincar, pois avalia que tais atividades propiciam espaço para a expressão de pensamentos e sentimentos, além de dar espaço para compreensão da hospitalização, o que é posto por Motta e Enumo (2010) como o valor terapêutico ou os efeitos benéficos do brincar. Ao elucidar sobre as brincadeiras, Pino Amarelo informa que também utiliza recursos, como cartilha, em que, através da história da turma da Mônica, consegue comunicar sobre doenças, como a diabetes. Podemos abordar sobre esses materiais como mediadores lúdicos para uma intervenção psicológica no contexto de hospitalização pediátrica. Isto é, as cartilhas, assim como os desenhos ou outros recursos, proporcionam uma comunicação mais lúdica entre emissor e receptor (Dib & Abrão, 2013).

Pino Amarelo assegura que houve algumas modificações no contexto da pandemia, afinal antes havia possibilidade de mudar geograficamente os leitos de posição, agora precisa manter o distanciamento e é mais difícil trabalhar em conjunto com outras crianças, o que antes fazia com maior frequência. A esse respeito, Pino Amarelo, inclusive, demonstra que gostava muito de fazer intervenções em grupos de crianças, pois

uma criança conseguia aprender alguns novos comportamentos e desenvolver habilidades a partir do convívio com outras. Nesse sentido, também assegura que gostava bastante de realizar exploração de outros locais do hospital, para além do quarto, como, por exemplo, o jardim.

Ao discorrer sobre as atividades desenvolvidas na Pediatria Hospitalar, Pino Azul enfatizou sobre a pouca quantidade de atendimentos realizados na Pediatria Hospitalar. Afirmou, no entanto, que, quando realizava esses atendimentos, o seu trabalho tinha foco na assistência à tríade que é preconizada pela Psicologia Hospitalar: o paciente (a criança), a família e a equipe, enfatizando, em maior parte, a criança, tendo em vista que é o paciente que está sendo atendido. Considera que nunca foi referência para atendimentos psicológicos na pediatria, pois ia de modo muito pontual. A alusão que Pino Azul faz ao atendimento ser prioritário à criança corrobora com o que Piske et al. (2013) apresentam de que o ambiente hospitalar, na maioria das vezes, não possui condições e preparações adequadas para ofertar suporte e acolhimento às famílias, de modo que, normalmente, o atendimento à família está em segundo plano.

Quanto às atividades desenvolvidas, Pino Azul alega que a prioridade no atendimento é estabelecer um vínculo como a criança e que, da mesma forma como ela atende e avalia um adulto (público mais atendido por ela nos outros setores), ela oferta esse cuidado, na tentativa de emitir maior segurança naquele contexto de hospitalização. Ou seja, considera que o seu foco de atuação enquanto psicóloga hospitalar circunda a função de dar suporte, de construir vinculações e realizar intervenções que são direcionadas ao momento que a criança está considerando as suas necessidades.

Em respeito às mudanças frente à pandemia do COVID-19, Pino Azul atribuiu a importância que as profissionais de Psicologia tiveram ao disponibilizar um turno de

plantão psicológico para profissionais atuantes no hospital, o que favorece os cuidados à saúde mental da equipe.

Pino Vermelho assegura que sua atuação inicia na admissão do paciente, com a avaliação da Psicologia, pois afirma que a admissão vem oriunda de uma demanda específica da equipe, ou por demanda do próprio paciente ou por solicitação de um acompanhante. No que tange à avaliação psicológica, ela considera que deve constar o exame psíquico e a avaliação com relação ao processo de adoecimento e/ou diagnóstico, buscando compreender as reações emocionais, uma vez que existem momentos em que há demandas voltadas para preparação de cirurgias e de adesão ao tratamento, que, muitas vezes, refletem diversos sentimentos incompreendidos pelas crianças hospitalizadas. Relata, ainda, que há momentos em que a atuação envolve o manejo de óbitos e a preparação das altas hospitalares. E assim, avalia que o trabalho envolve “compreensão, psicoeducação, validação de emoções, reconhecimento dessas emoções dentro do próprio manejo psicológico” (Pino Vermelho).

Pino Vermelho esclarece que, como o paciente está na fase do desenvolvimento que compreende a infância, a avaliação feita deve contemplar todo o histórico anterior, coletando dados desde antes da gestação, de como que era essa vivência e como foi o contexto de chegada dessa criança na família, pois compreende que há particularidades. Nesse sentido, reforça a importância da avaliação completa que integre a gestação, o desenvolvimento até o momento atual e a escolarização. Além disso, ressalta a importância de investigação do adoecimento, por doenças ou por acidentes como afogamento, queimadura ou acidente.

Para além dos atendimentos direcionados ao paciente, Pino Vermelho pontua também sobre a importância de acompanhamento à família, uma vez que é parte importante, a seu ver, ofertar esse suporte para mediação de possíveis conflitos entre

paciente e família, ou entre paciente e equipe ou, até mesmo, entre a equipe e a família do paciente. Nesse contexto de acompanhamento da família, relata momentos em que teve oportunidade de acompanhar os boletins médicos e, também, um período em que foram realizados grupos de família. Um outro ponto mencionado por Pino Vermelho quanto às atividades desenvolvidas refere-se à atuação da psicóloga frente ao luto/óbito, alegando que esse é um momento em que a psicóloga irá tanto auxiliar na comunicação da morte como acolher a família após um rompimento abrupto de separação, como a morte.

Quando investigamos, nas entrevistas, sobre a percepção que as psicólogas têm sobre os objetivos, funções e habilidades que julgavam necessárias para atuação na Pediatria Hospitalar, foi perceptível que os quatro pinos (Verde, Amarelo, Azul e Vermelho) tiveram uma similaridade quanto à (i) compreensão, no que diz respeito à entrega e afinidade com o processo que envolve o atendimento infantil, ou seja, com a temática e com o público; e à (ii) necessidade de estar em constante atualização sobre a Psicologia/o desenvolvimento infantil, tendo abordagens terapêuticas bem estabelecidas e atuando de modo humanizado.

Assim, referente às especificidades, para Pino Verde é imprescindível que o profissional esteja capacitado com formação e ferramentas necessárias para atender crianças, no que diz respeito à linguagem e ao tratamento diferenciado a esse público, o que favoreceria a um maior engajamento e desempenho.

Para Pino Amarelo, o diferencial está em uma formação humanizada que resgate o sujeito para além do corpo adoecido e, nesse sentido, completa a sua avaliação por meio do julgamento de que é necessário que o profissional psicólogo atuante na pediatria tenha características como a flexibilidade, a criatividade e a disponibilidade.

Segundo Pino Azul, “para trabalhar na pediatria, eu acho que você tem que estar muito bem resolvida com a sua criança interna”, o que reflete um aspecto da abordagem teórica utilizada por essa profissional (Terapia do Esquema), mas que, também, indica a necessidade de compreender o próprio período de desenvolvimento de quem está naquele momento atendendo a um público infantil, além de julgar necessário ter habilidade na mediação da comunicação com o público adulto, pois também necessitará interagir com os pais ou responsáveis.

Pino Vermelho, por sua vez, considera que é necessário que o profissional psicólogo atuante na pediatria seja uma pessoa disponível ao universo infantil, incluindo aspectos físicos e dinâmicos, pois afirma que “trabalhar com criança é você se colocar inteira, né? Com o seu corpo, espírito, tudo né, a sua criança também ali naquele momento fazendo parte do processo”.

Foi possível apreender, por meio das entrevistas, que a percepção dos quatro pinos sobre cuidadores e responsáveis, envolvendo a assistência, se relacionava às atividades de grupo e do quanto são momentos que permitem o acolhimento e a partilha.

Nesse contexto, Pino Verde considera que a participação das mães no processo de cuidado, embora tenha suas diferenças, é tão fundamental quanto a atuação da equipe multiprofissional. Pino Verde relata que um dos momentos de maior atenção a esses cuidadores e responsáveis é quando são realizados grupos, pois considera-os como “uma tentativa de socialização [...]”, momentos nos quais se “discute as experiências [...]” e, completando, afirma que “nesses momentos de grupo era uma coisa mais livre, uma roda de conversa mesmo [...]”, nos quais se “permitia uma interação entre elas (mães), um momento de apresentação e tudo mais”. Pino Verde informa, ainda, abordando a importância da provocação para a interação, que “muitas vezes uma pergunta norteadora assim, pra desencadear a fala delas mesmo, mas com relação aos sentimentos dela naquele

momento” (SIC). Nesse sentido, ela valida a função do grupo enquanto espaço de acolhimento e partilha sobre os seus sentimentos e vivências.

Pino Amarelo apresenta uma percepção relevante quanto ao gênero, quando afirma “Eu falei mães porque predominantemente são mães que acompanham as crianças, mas assim são acompanhantes de maneira geral”. A partir dessa fala, há uma percepção que a maior parte dos acompanhantes e cuidadores são do gênero feminino. Pino Amarelo afirma que uma das atividades com essas mães são os grupos, avaliando que esses são de grande valia na oferta de suporte psicológico. Além disso, Pino Amarelo relata que, nos grupos, há promoção da interação entre as mães, local de partilha de vivências a respeito da responsabilidade do cuidado com a criança, o que permite, segundo ela, um “repertório pra quando essa criança receber alta [...] elas já estarem mais familiarizadas com o cuidado que a criança vai necessitar” (SIC).

Pino Amarelo assegura que, diante das limitações frente à pandemia, ainda que não haja a possibilidade de grupos recorrentes, ela sempre tenta promover esse diálogo entre as mães que estão na mesma enfermaria e julga que: “É importante ter esse suporte que uma consegue dar à outra no contexto de hospitalização... os acompanhantes, eles acabam dando um suporte muito grande um ao outro, principalmente, famílias que têm um suporte social mais reduzido”. Segundo ela, é possível trabalhar temáticas comuns, tornar essas pessoas rede de suporte uma para outra e, por exemplo, trabalhar queixas de ansiedade perante a hospitalização ou queixas de dificuldade de realizar atividades de autocuidado, uma vez que são conteúdos que vão emergindo e que são particulares das realidades ali encontradas.

Quanto a essas particularidades, Pino Amarelo assegura que “Tanto a mãe quanto a criança são muito mais que a doença que ela tem” (SIC), ou seja, assevera que, ainda que precise investigar alguns aspectos específicos da história de vida da criança (o padrão

de sono e alimentação, contexto familiar, processo de adoecimento, se já houve hospitalização prévia, qual o adoecimento atual, qual o tratamento está em andamento), é necessário considerar cada criança e cada acompanhante responsável como um todo, como um ser humano integral com necessidades singulares, avaliando que “tanto pra mãe quanto pra criança é muito potente (o atendimento psicológico), no sentido de possibilitar mesmo, possibilitar um espaço pra que elas sejam enxergadas enquanto pessoas” (SIC).

A percepção de Pino Azul, no entanto, corrobora com a focalização de uma outra questão, qual seja: para ela, o contexto de hospitalização refletia fragilidade e vivência de medo, de modo a reconhecer que a internação modifica e traz impactos na rotina das próprias crianças, como, também, dos seus familiares e cuidadores (Souza et al., 2007).

Pino Vermelho, ao revelar sua percepção sobre cuidadores, conta que, em muitos atendimentos à família, foi necessário realizar um trabalho de psicoeducação sobre como abordar as questões com a criança, como manejar as situações, culminando em uma orientação parental que envolve o acolhimento e o ensinamento de como cuidar (Arienti & Portela, 2018). Nesses momentos também, Pino Vermelho orientava aos cuidadores a prestar atenção no que estava sendo manifestado e expressado pelas crianças.

Houve, por parte apenas de duas participantes, a menção aos protocolos e instrumentais que estão envolvidos na atuação, considerando que são documentos que norteiam a atuação na Psicologia Hospitalar. Azevêdo (2010) e Barbosa e Pegoraro (2008) apontam para a importância de instrumentais, como protocolos, que possam ofertar suporte e auxílio na comunicação. Nesse sentido, Pino Amarelo alegou que há formulários que são específicos da Psicologia, mas que não há um específico para o atendimento infantil, sendo utilizada uma anamnese padrão que compõe a avaliação inicial, pois contempla os dados pessoais, o exame psíquico, as relações familiares. No que tange à violação de direitos, considera não haver protocolos específicos, fato que, a

partir da análise e leitura do que nos apresenta Barbosa e Pegoraro (2008), pode ser mais um dificultador, afinal, para esses autores, o protocolo de atendimento a situações de violência garantiria uma comunicação mais efetiva e que promovesse articulação entre as áreas do conhecimento. Pino Vermelho retrata que a anamnese auxilia e contribui para um processo de admissão mais completo, mas que, em relação a outros instrumentais, só possui o “Protocolo de Visita”, sendo este um protocolo para avaliar a possibilidade de uma criança fazer visita para a outra criança, que está internada, a exemplo de irmãos.

Diante dos significados produzidos sobre a amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar, podemos apreender como sentido o foco que é dado, pelas participantes, no atendimento, na assistência e no cuidado integral envolvendo a tríade paciente, família e equipe, tendo, assim, uma priorização no que diz respeito à criança hospitalizada e à sua família, uma vez que são os sujeitos que estão se inserindo em uma nova dinâmica causada pelo processo de adoecimento e hospitalização. Em contrapartida do foco comum que é dado à tríade, um outro sentido alcançado diz respeito às práticas serem múltiplas e diversas, o que nos sinaliza uma ausência de sistematização no fazer psicológico na Pediatria Hospitalar.

## **6.2 O ambiente hospitalar e suas especificidades**

O núcleo de significação “o ambiente hospitalar e suas especificidades” abrange algumas nuances, tais como considerações sobre aspectos do hospital como um todo, e da pediatria, considerando aspectos físicos e de estruturação; as alterações provocadas na dinâmica local e de funcionamento hospitalar devido à pandemia do Covid-19 e possíveis mudanças e implementações para o hospital.

Nas considerações sobre o hospital, especificamente sobre a pediatria, Pino Verde e Pino Vermelho indicam que o hospital é um “ambiente que de forma geral é tão pouco acolhedor” (Pino Verde), com pouca humanização e opina que “tinha que ter uma coisa

mais cara de criança naquela pediatria, uma coisa mais colorida”(SIC) (Pino Verde), ou seja, no hospital, deveriam existir elementos que se aproximassem da emoção de alegria, que proporcionassem mais ânimo e que remetessem ao universo infantil, uma vez que, no hospital, a criança já está imersa em um contexto mais adverso. Pino Verde acredita que tornar o espaço mais aprazível poderia ser um modo de acolher mais essa criança que ora se encontra hospitalizada. Pino Azul corrobora com essa ideia, considerando que a pediatria no HGVC é um setor pequeno. Ela relaciona essa característica ao fato de, em geral, serem realizados apenas atendimentos de urgência e de emergência.

A necessidade de colocar uma “coisa mais cara de criança”, relatada por Pino Verde, reflete um processo criativo que poderia percorrer caminhos que levassem à imaginação. Neste sentido, recorremos ao que Vigotski (2018) argumenta sobre imaginação ou fantasia, “tudo o que não é real, que não corresponde à realidade e, portanto, não pode ter significado prático sério”, para inferir que produzir um ambiente mais colorido, sem um significado único atribuído, poderia torná-lo interessante no que diz respeito às representações imaginárias de uma criança, constituindo, assim, como uma forma de motivo para uma vinculação a este ambiente e à nova realidade.

Pino Amarelo e Pino Vermelho pontuam sobre as restrições encontradas no setor da pediatria. Inicialmente, em relação à dificuldade de realização de grupos de crianças devido às enfermarias serem separadas, uma questão de estruturação. Nesse sentido, realçamos a importância da realização de grupos, pois, na idade escolar, a atividade principal, também referida como atividade-guia (Vigotski, 2012) que rege esse período é a troca por meio das relações sociais e papéis a serem desempenhados.

As psicólogas fazem referência também à limitação de espaços que permitam o brincar um pouco mais livre, conforme as possibilidades. Segundo Pino Amarelo, na pediatria, o ambiente é desfavorável para brincadeiras, inclusive por não haver uma

brinquedoteca. Ela relata que, antes da pandemia, era possível explorar o ambiente, mas, no atual momento pandêmico, tudo ficou mais difícil. Pino Amarelo, a esse respeito, ainda assegura “Oh! Eu me sinto mais limitada até nos recursos lúdicos que eu posso ou não utilizar, me sinto muito limitada, com relação a isso, os espaços do hospital que eu posso ou não utilizar.”. Essa angústia é apoiada por Pino Vermelho no que toca a restrição de uma atividade-guia para o período pré-escolar que é a brincadeira. Portanto, ao passo em que o brincar é restrito, há também uma restrição na articulação de diversas funções psíquicas possibilitadas por esta atividade principal e no estímulo às representações de papéis que viriam a culminar em efeitos propulsores do desenvolvimento.

Ainda no que tange as restrições, Pino Amarelo e Pino Vermelho ressaltam a disponibilidade restrita no almoxarifado do hospital de lápis de cor, de hidrocor. Sobre essa questão, relataram que não há material em quantidade e que, para obter tais recursos, é preciso um investimento particular da psicóloga atuante no setor.

No que tange à importância do hospital para a comunidade atendida, as quatro participantes avaliam que o HGVC tem uma grande importância na sua representatividade por atender Vitória da Conquista e região, além de considerar que o hospital possui um corpo técnico e tecnologias que fazem muita diferença no cuidado de pacientes pediátricos, incluindo a retaguarda proporcionada pela UTI Pediátrica.

As quatro participantes da pesquisa, embora avaliem negativamente as condições físicas e de estruturação, asseveram sobre a fundamental importância do setor de pediatria. Nesse sentido, indicam que poderiam ser realizadas mudanças e implementações para o hospital, a exemplo de: melhorar e ampliar o espaço físico da pediatria, possibilitar um local de armazenamento de brinquedos como uma caixa para essa finalidade, ter livros que permitam a contação de histórias, ter a possibilidade de explorar ambientes externos para realizar um piquenique, possibilitar o acesso a músicas,

possibilita uma brinquedoteca (inexistente no hospital), ou seja, tornar esse ambiente hospitalar mais acolhedor e infantil. Pino Verde ainda sugere

“uma mão de tinta colorida ((risos)) né? Naquele espaço, coisas tão simples, um desenho na parede, uma possibilidade de um muralzinho pra criança fazer um desenho e aquilo ficar lá, de uma cartinha da família ficar colocado ali pra aquela criança, é ... enfim, um cantinho, uma cestinha com algumas coisinhas pessoais dela, que não fosse nem do hospital, que se permitisse que fosse levado alguma coisa, claro que não vai se permitir alguns tipos de coisas, mas um brinquedo emborrachado, um quebra cabeça, sabe? Coisas que sejam dela, que ela tenha apreço [...]” (SIC)

Metaforizando a “mão de tinta colorida”, entendemos essa expressão como uma avaliação que as participantes, especialmente Pino Verde, fazem da necessidade de inclusão da brincadeira no ambiente hospitalar para tornar esse ambiente mais favorável à criança, o que é respaldado por Vigotski (2008) ao apontar a relevância da importância da brincadeira no desenvolvimento infantil.

Nessa mesma perspectiva, podemos considerar que uma mão de tinta estaria vinculada ao que Vigotski nomeia como atividade reconstituidora ou reprodutiva, isto é, uma atividade vinculada às funções psíquicas superiores relacionadas à memória e afetividade. Como mencionado no livro “Imaginação e criação na infância”, por Vigotski (2018, p.13), “quando me lembro da casa onde passei minha infância[...], reproduzo as marcas daquelas impressões que tive na primeira infância”. O que significa dizer que, quando as crianças fazem algo seguindo um modelo, há uma ideia/lógica de repetição de

algo que já existiu. Desse modo, a inclusão da brincadeira no ambiente hospitalar teria o intuito de manutenção de uma experiência anterior na vida dessa criança.

Podemos afirmar que, ao passo em que há manutenção das experiências de vida anteriores à hospitalização, há o favorecimento da adaptação e da elaboração de novas situações que surgem, pois os elementos das experiências podem ser agrupados de formas distintas, proporcionando, assim, novas situações ou novos comportamentos, como, por exemplo, o adoecimento, situação que emerge repentinamente e que a criança e família precisam se adaptar, envolvendo, assim, a imaginação e a fantasia.

No ponto tangente às alterações provocadas na dinâmica local e de funcionamento hospitalar devido à pandemia do Covid-19, as quatro participantes afirmaram sobre a atuação estar limitada, referindo-se ao local físico e às possibilidades de levar brinquedos ou das crianças receberem visitas, devido aos protocolos de higienização, bem como as restrições de possibilidades de atendimento e atividades grupais.

No sentido dos objetos, no período da pandemia, todos os brinquedos que foram levados para as crianças deveriam ser individualizados e não poderiam ser compartilhados. Pino Amarelo exemplifica que não podia utilizar o jogo com uma criança após a outra e, se tivesse essa intenção, deveria ser um material que permitisse rápida higienização, ressaltando que aspectos da higienização foram intensificados e mais exigidos nesse período. Ela exemplifica, ainda, que optou por plastificar alguns dos materiais que costumava utilizar, pois isso permitiria a higienização adequada e a reutilização.

A medida em que, na atividade reprodutiva (Vigotski, 2018), há a manutenção das experiências de vida anteriores à hospitalização ainda é possível que os elementos vivenciais sejam agrupados de forma distinta, o que forneceria novas situações ou novos comportamentos e daria espaço para a caracterização da imaginação ou fantasia. Assim,

um recurso possível de ser utilizado na pediatria, diante da ausência de recursos materiais, seria a brincadeira com situação imaginária.

Compreendemos a brincadeira imaginária também como brincadeira com regras. Assim, mesmo na transposição de situações e fatos da vida real para a brincadeira, há regras implícitas. Sendo assim, utilizar de instrumentos hospitalares como luvas ou seringas com os significados reais que possuem, pode se estabelecer uma forma de brincar nomeada por Medrano et al. (2008) como Brinquedo Terapêutico (BT), técnica muito utilizada por profissionais de equipes hospitalares que se propõem a humanizar a hospitalização. Assim, transformar luva em papel e seringa em lápis faz com que os brinquedos antes representativos da realidade concreta possam ser utilizados no processo criativo e imaginativo, com significados transformados. Deste modo, focamos o brincar na motivação e no sentido atribuídos pela criança.

No sentido da individualização, é interessante mencionarmos que, conforme exposto pelas participantes, o toque, que, muitas vezes, é necessário e que sempre era demonstrado através de abraços, na relação entre psicólogo e criança, foi reduzido a partir da pandemia. Há, por parte de todos, a compreensão de que essas foram medidas tomadas para proteção de ambas as partes, no entanto, esse distanciamento maior e impedimento do toque geraram uma dificuldade na interação e na formação de vínculo. De forma similar, ocorreram dificuldades na relação e interação entre as crianças, conforme relatado pelas participantes. O que foi ratificado quando analisamos que houve momentos de restrição das visitas, de modo que somente o acompanhante poderia estar por perto da criança.

E, para além dos objetos e das relações, as participantes teceram considerações sobre a ambientação quando indicaram houve a redução do local e dos leitos, pois foi necessário realizar ajuste no hospital para ampliar leitos de Covid-19, fazendo com que

a pediatria saísse do local de origem, sendo disponibilizada para ser “ala de Covid-19”. No ponto da Pandemia da Covid-19, foi mencionado, ainda, que, para além de todas as alterações provocadas, foi nítido que o contexto pandêmico intensificou a sobrecarga e o estresse dos profissionais atuantes. Fato que resultou em mais uma implicação na alteração dessa dinâmica.

De forma mais relevante, apontamos, através dos significados tecidos pelas participantes, as restrições nos contextos, externos ao hospital, em que o desenvolvimento estaria mais propício para acontecer. Isto é, constatamos, conjuntamente às psicólogas, a modificação da rotina anterior à hospitalização, o que implica a apreensão de sentido sobre a importância dada ao brincar como forma de resgatar a rotina anterior e como forma de validação e expressão de sentimentos das crianças. Em paralelo a isso, há também o sentido vinculado à ausência de uma estrutura brincante no ambiente hospitalar, no que tange a um ambiente físico e aos recursos materiais e concretos.

### **6.3 A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar**

O núcleo de significação “a atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar” versa sobre elementos que retratam a percepção sobre o trabalho multiprofissional e quais são os entraves neste sentido, da mesma forma como profere sobre a comunicação, a articulação e os encaminhamentos internos ou externos para a rede setorial, além de mencionar possíveis temáticas para educação continuada.

Pino Verde acredita que a percepção da equipe multiprofissional sobre a atuação da Psicologia, por muitas vezes, é equivocada. Ela assegura isso quando diz que: “a sensação é assim, a equipe não sabe muito bem como lidar com aquela situação, não sabe exatamente o que tá acontecendo, aí pede socorro porque a criança tá chorando, aí é Psicologia né?” (SIC). Nesse sentido, revela, em seu discurso, a incompreensão do papel

e da atuação do profissional psicólogo, atribuindo a este apenas a função de “contenção” do choro ou de emoções que, aparentemente, possam transparecer em demasia. Pino Amarelo, nitidamente, corrobora com a informação de Pino Verde, quando traz em seu discurso a percepção de que a equipe espera “uma Psicologia da contenção” (SIC), referindo-se a uma atuação que contenha o choro e a agitação.

Nessa ótica, Wendling et al. (2019) pontuam que, quando há o desejo pelo silenciamento de choro ou agitação de uma criança, os profissionais devem se atentar para a necessidade de voltar o olhar para esses comportamentos colocados como disfuncionais, por serem, às vezes, os meios de comunicação e expressão da criança/indivíduo internado.

Sobre a experiência na pediatria, em torno da atuação multiprofissional, Pino Verde contou sobre uma situação em que a equipe agiu com julgamento para com uma família após uma criança ser internada por diversos momentos. Nesse sentido, ela conta que a equipe atribuiu negligência à família e que já estava pensando no encaminhamento para o Conselho Tutelar, o que, segundo a sua percepção, seria equivocado em decorrência de ser apenas uma interpretação errônea e julgamento da equipe, sem investigar e compreender mais a fundo os motivos das interações múltiplas, o que a equipe atribui como função apenas da equipe de Psicologia.

Com o relato desta situação, Pino Verde afirmou que as solicitações para atendimentos psicológicos, muitas vezes, se reduzem ao desejo dos profissionais de que a criança ou a família sejam escutados, asseverando este pensamento através da fala: “muitas vezes são intervenções tão simples, né? Que eu acho que qualquer pessoa pode oferecer uma escuta breve” (SIC). Nesse sentido, ela revela as dificuldades da equipe se dispor a conversar com a família e paciente, apenas focando no adoecimento e nos

procedimentos interventivos que deveria fazer, desconsiderando a necessidade de promover a integralidade da saúde.

Pino Azul exemplificou que, em alguns momentos, foi solicitada, também, para ampliação de horário de visita, porque a criança estava sentindo muita falta da família. Então, diante dessa demanda, a Psicologia emergiu como necessária para realizar uma entrevista com a família, saber quem da família poderia ficar mais tempo com a criança para que a criança/paciente não sofresse mais tantos impactos emocionais e psicológicos por conta de uma internação de longo prazo. Essa é uma outra intervenção que foi atribuída, pela equipe, como exclusiva da Psicologia, mas, que, no entanto, poderia ser realizada por qualquer profissional da equipe.

Albuquerque (2019) disserta sobre a incipiente inserção de psicólogos em equipes multiprofissionais de saúde no contexto hospitalar. Por este motivo e por avaliar que os psicólogos hospitalares vivenciam realidades distintas e multifacetadas pela própria dinâmica singular do hospital, a autora alega que os psicólogos ancoram os seus atendimentos e intervenções psicoterápicas em múltiplos modelos teórico-clínicos. Portanto, conforme o entendimento de Albuquerque (2019), essa variedade de teorias que rege o fazer hospitalar leva a uma confusão a respeito da função que o psicólogo deve ocupar em uma equipe. Corroborando com essa discussão, Doca e Costa Junior (2011) evidenciam a carência de uma “definição operacional das intervenções psicológicas” (p.85), pois acreditam que a padronização de termos facilitará as relações comunicacionais, tanto entre grupos de psicólogos como em equipes de saúde.

Essa mesma dificuldade na comunicação foi revelada por Pino Verde na hora do boletim médico, em que ela diz que há uma falta de cuidado para passar as informações aos responsáveis. Desse modo, argumenta que era, também, atribuído ao serviço de Psicologia o “traduzir” o boletim médico para as famílias, o que é comentado por

Almeida (2000 conforme citado por Cachapuz, 2006) como uma ampliação do papel do psicólogo, uma atuação como mediador ou facilitador do diálogo entre os saberes da equipe interdisciplinar. Pino Verde faz o contraponto, informando que acredita que deveria haver mais trocas da opinião do profissional psicólogo com a equipe, de maneira que a equipe deveria aceitar ou dialogar sobre as sugestões para uma melhor condução do tratamento no ambiente hospitalar.

Pino Amarelo, por sua vez, aponta que as dificuldades muitas vezes centram-se no fato de que a equipe não deseja que a psicóloga seja uma figura de referência para a criança e/ou família. Desse modo, quando ela se torna essa figura de referência, a equipe não demonstra ter compreensão, inclusive por ter a percepção de que a equipe avalia que a criança deve ser olhada somente em uma perspectiva da doença, não necessitando de vínculo. Então, ao agir de forma acolhedora e humanizada, propondo mudanças nas intervenções e nos locais, a equipe acredita que “a gente chega é pra dar um pouco mais de trabalho do que a equipe quer, de fato, fazer” (SIC). Desse modo, revela que tem a percepção de que a presença do psicólogo na equipe, em alguns momentos, é vista como negativa, como algo atrelado a mais trabalho, ao invés de ser reconhecida como parte fundamental para promoção do cuidado integral.

Referente à percepção de uma profissional que dá trabalho, Pino Amarelo, que está, hoje, lotada no setor de Pediatria Hospitalar, afirma

“eu me considero parte da equipe, mas eu não considero que eu tenha aceitação total da equipe [...] acho que eles me aceitam muito quando eles percebem, por exemplo, que a criança tem uma questão psicológica e precisa do psicólogo, por exemplo, uma criança que chega com suspeita de abuso sexual, aí eu sou a deusa da pediatria né, (risos) ninguém me interrompe, todo mundo pergunta o quê que

eu preciso, quais os recursos que eu preciso, todo mundo tá a minha disposição”.  
(SIC).

Por meio desse discurso, Pino Amarelo revela sobre o que é avaliado e considerado como demanda psicológica para os profissionais, elementos mais complexos e que, para eles, não podem ser compreendidos e nem serem feitas intervenções de acordo com as outras profissões.

Pino Amarelo avalia que, no hospital, o modelo biomédico é superior e prioritário, o que faz com que, “quanto mais distante desse modelo biomédico, mais você fica a margem né? Então, a gente tem uma hierarquia muito bem estabelecida, então é médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, depois de todo mundo, vem a Psicologia [...]” (SIC), demonstrando que a Psicologia, por muitas vezes, está em um local secundário. Ainda pontua, referindo-se ao modelo biomédico: “eu acho que até por isso que surge esses entraves né? De algumas avaliações da Psicologia serem questionadas [...]”. Nessa mesma perspectiva, Albuquerque (2019) faz alusão à hegemonia hospitalar, constituída pelo discurso médico, quando considera que é muito comum em centros hospitalares o desejo da equipe de que todos os atendimentos sejam norteados a partir de diretrizes padronizadas e objetivas, como é feito por profissionais da medicina. Ou seja,

há uma expectativa não enunciada de que o psicólogo atue de forma análoga, sabendo de antemão o que pretende alcançar com suas intervenções, numa prática coadjuvante a do tratamento médico. É com essa ideia que a equipe médica dirige suas solicitações ao psicólogo, com a expectativa de que ele possa intervir nas situações-problema com vistas a solucioná-las de forma rápida e eficaz, em

consonância com os objetivos propostos pela equipe de saúde. (Albuquerque, 2019, p. 106)

Pino Vermelho, em contraponto, assegura que a Psicologia faz parte da rede multiprofissional e que avalia que a equipe valoriza e reconhece a importância da atuação do psicólogo.

Em outros momentos, Pino Amarelo julga que, se não forem casos ou demandas mais complexas, segundo avaliação da equipe, como uma criança que está chorando ou fazendo birra, eles atribuem significado irrelevante a essas situações. Desse modo, a rigor, no hospital, não conseguem perceber, realmente, o que é uma demanda psicológica e quando a psicóloga faz uma avaliação e é sinalizado por ela sobre a demanda, a equipe, em sua maioria, descredibiliza e invalida, achando que “essa criança tem que ficar chorando, ela não tem nada não, ela tem que ficar chorando e depois ela vai ficar quietinha” (SIC).

Como Finkel e Espíndola (2008) exemplificam, em situações de pré e pós-operatório, muitas vezes os profissionais da equipe acabam por tentar reduzir os impactos do recebimento de informações sobre os procedimentos cirúrgicos por avaliarem que a criança e a os pais não controlariam sentimentos mais negativos vinculados à ansiedade. No entanto, à medida que são ocultadas as informações necessárias ao conhecimento do paciente e família, os profissionais podem instaurar medos e inseguranças, tornando o paciente menos colaborativo nos procedimentos a serem executados. Contrário a essa postura, ao possibilitar o conhecimento e as informações sobre cirurgias ou adoecimentos, as crianças podem se apropriar das suas demandas e, assim, contribuir para um tratamento mais efetivo (Arienti & Portela, 2018; Doca & Costa Junior, 2011).

Pino Amarelo sinaliza, ainda, a percepção de que crianças menores tem um olhar mais afetivo da equipe e crianças maiores são colocadas como “mini adultos” (SIC), isto é uma problemática, uma vez que a equipe apresenta uma grande expectativa de que elas consigam desenvolver uma autoeficácia, organizando, estruturando e resolvendo todas as questões que surgem. Nesse mesmo ângulo que versa sobre a criança enquanto “mini adulto” e correlacionando-o com a brincadeira, Pimenta (2017) assegura que a percepção adultocêntrica restringe a liberdade e o movimento naturais e pertinentes à infância e afirma que, nesse cerceamento, há uma limitação prejudicial ao brincar livre da criança.

Esse mesmo âmbito é relevado no discurso de Pino Azul, quando avalia que há casos em que a equipe “meio que adota um paciente assim... quando se mobiliza muito com a história, cria uma afinidade, e começa a trazer brinquedos pra essa criança [...]” (SIC), revelando que a equipe tende a se envolver muito com o paciente infantil. Pino Vermelho afirma que a sua percepção é de que a equipe romantiza a infância, no entanto, atribui isso como algo negativo, pois esse romantismo, segundo Pino Vermelho, está atrelado ao tratamento da criança como passiva em todo o processo, de modo a retirar a protagonização infantil.

Quanto à atuação conjunta, em equipe, Pino Amarelo revela que está atuando sempre em parceria com a nutricionista. Citou, como exemplo, a realização de piquenique, relatando que tentam estruturar atividades como essa com a devida atenção para que as crianças com demandas nutricionais (como diabetes) possam participar e integrar a intervenção. Pino Amarelo exemplificou, também, a parceria com a assistente social, principalmente no que tange a inserção na rede de cuidados. E avalia positivamente quando faz atendimentos conjuntos, pois assim considera que a equipe apresenta um maior engajamento. Pino Vermelho narrou que, quando idealizava alguma intervenção mais lúdica, em que possibilitaria que a criança saísse da posição deitada no leito e se

sentasse, se levantasse, saísse do leito ou fosse até um outro espaço, realizava intervenções coletivas com auxílio de enfermeiros e fisioterapeutas. Nesse sentido, Azevêdo e Santos (2011) versam sobre a importância de haver uma partilha de informações entre a equipe de saúde, pois acreditam que isso proporcionará a compreensão de comportamentos emitidos e o acompanhamento da evolução dos casos. Os autores, ainda, sublinham a necessidade e relevância de um contato respeitoso e empático dos profissionais com o paciente.

Pino Azul, ao mencionar uma das atividades conjuntas, cita o “*round*”, que, normalmente, é uma ação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na qual a equipe multiprofissional compartilha todas as demandas referentes a cada paciente. Pino Azul, desse modo, atribui como positiva a partilha e as percepções diferentes de todas as profissões que estão envolvidas. Assim, Albuquerque (2019) apresenta o *round* como um espaço propício para a inserção e potencialização do trabalho do profissional psicólogo, pois permite que a equipe, além de olhar para aspectos fisiológicos do adoecimento, valide e credibilize a presença de subjetividade em torno da tríade paciente-família-equipe.

Pino Azul avalia a importância do compartilhamento de informações sobre os pacientes e afirma que, muitas vezes, a atuação da Psicologia adentra em orientações sobre o que é pertinente falar para o paciente, para a família, transmitindo informações reais e livres de julgamento e interpretações pessoais (Piske et al, 2013). Nesse sentido, Pino Vermelho revela, em seu discurso, a necessidade de ter cuidado com o que é apresentado para a equipe, resguardando o sigilo profissional e passando somente as informações que auxiliarão no desenrolar do caso.

Pino Vermelho percebe que a equipe de pediatria, normalmente, é uma equipe mais sensível e humanizada, uma vez que

“a equipe que trabalha com pediatria ela também precisa compreender alguns aspectos né? Alguns aspectos de birra por exemplo, alguns aspectos de insegurança da criança né eles entendem obviamente né mas é a gente sustentar isso né de que aquela criança ela tá passando por uma coisa que às vezes ela não consegue.” (SIC).

No entanto, indica que existam situações em que a atuação da Psicologia ocorre para demonstrar para a equipe que “para além de um adoecimento biológico existe ali uma pessoa, um ser, né? Uma história de vida e não pode ser julgada, né?”, ponderando sobre muitas vezes precisar intervir para que a equipe esteja sempre se sensibilizando no atendimento, pois, segundo Perosa e Gabarra (2004 conforme citado por Dib & Abraão, 2014, p. 173), “Se o objetivo da equipe de saúde está em facilitar a adaptação da criança à internação e aumentar as chances de sua participação no tratamento, os profissionais precisam ter a intenção de envolver-se em um processo interativo de comunicação”.

Há ocasiões em que Pino Vermelho e Pino Verde atribuem como uma das suas funções, enquanto psicóloga atuante na pediatria, a mediação de conflitos que podem surgir entre paciente e família, família e equipe ou paciente, família e equipe. Desse modo, o desejo é de que essas três partes protagonizem o processo de adoecimento da criança e nenhuma das partes fique alheia ao processo de tratamento (Barbosa & Pegoraro, 2008).

Em relação ao que toca no ponto de possíveis temáticas para educação continuada, Pino Verde, Pino Amarelo, Pino Azul e Pino Vermelho concordam com a temática da humanização e do fortalecimento da comunicação entre equipe e entre equipe e família, de modo que haja uma maior interlocução entre as partes envolvidas e que todos saibam como gerenciar conflitos, lidar com relações interpessoais e desenvolverem habilidades comunicacionais. Pino Amarelo pontua sobre a importância de ações de autocuidado para

possibilitar o cuidar dos outros. Pino Azul aponta a necessidade de pensar ações voltadas para a segurança do paciente. Pino Vermelho ressalta, ainda, a importância de uma formação continuada sobre o desenvolvimento infantil.

A comunicação, tão evidenciada como ponto a ser melhorado, diz respeito à adaptação na linguagem e transmissão de informações para crianças e famílias, pois muitos profissionais utilizam linguagens técnicas que dificultam a compreensão do quadro de adoecimento. Pino Vermelho retrata esse aspecto ao dizer que “Não é uma comunicação, como é que eu posso dizer... efetiva, pra quem escuta, entende?” (SIC). Nesse sentido, Pino Amarelo revela que, por vezes, para psicoeducar sobre adoecimentos, a exemplo da Diabetes, utiliza de recursos mais lúdicos como cartilhas da turma da Mônica, conforme mencionado anteriormente.

Referente à comunicação de diagnósticos, prognóstico e comunicação de más notícias, Pino Amarelo assegura que é de inteira responsabilidade da equipe médica, no entanto, normalmente ela pode acompanhar e orientar (tanto família quanto profissionais). Nesse ponto, Pino Azul corrobora informando que a presença do psicólogo normalmente é caracterizada como uma interconsulta e exemplificou que a equipe de Psicologia, normalmente, está conjuntamente com a equipe médica no momento da comunicação de óbito de uma criança, por exemplo. Ademais, em relação à comunicação de diagnóstico, Caprini e Motta (2017), usando como exemplo o câncer, asseguram que pode haver uma intervenção psicológica antecipada com o intuito de ofertar o suporte necessário para criança e sua família, tendo em vista que este diagnóstico costuma trazer impactos para os atores envolvidos e que a intervenção precoce pode auxiliar nos momentos seguintes.

Pino Amarelo aponta uma percepção de que, em alguns momentos, considera que a equipe ainda não a entendeu como membro da equipe, o que torna a comunicação dela

com a equipe difícil. No entanto, apresenta satisfação em momentos em que consegue compartilhar sobre percepções, atendimentos em que é ouvida, ou seja, quando julga que os profissionais da pediatria reconhecem a importância do papel da Psicologia.

Pino Amarelo, profissional fixa no setor de pediatria, revela ter tido uma experiência pelos setores pediátricos durante a Residência que fez, pois foi solicitada, algumas vezes, para resolução de algumas demandas. Informa, assim, que, a partir desses primeiros contatos, as solicitações foram aumentando e ela passou a ter maior frequência no setor, o que fez com que ela começasse a desenvolver uma afinidade com as intervenções infantis. Nesse sentido, afirmou que cada vez mais havia uma demanda maior e crescente nos setores pediátricos e que se tornou uma luta do Serviço de Psicologia conseguir uma psicóloga de referência e fixa nesses setores. Nesse sentido, relata que, após a contratação, foi direcionada a este setor por todo o histórico de atendimentos.

Assim, é passível de afirmação que o serviço de Psicologia, como um todo, representado por todos os pinos, percebia a necessidade de um profissional que gostasse do setor e que tivesse afinidade com o público infantil para garantir um trabalho efetivo. Reconhecem, assim, a diferença que faz ter uma profissional, hoje, de maneira fixa nesse setor, em termos de trabalho executado, em termos de acolhimento e de apropriação da humanização e trato adequado para com a criança e a família. Neste sentido, conforme Silva et al. (2012), a atuação do psicólogo junto à equipe inter ou multiprofissional é de fundamental importância por estar vinculada à promoção de saúde, bem-estar e pela oferta de ambiente que preconize e priorize em suas ações a integralidade da criança hospitalizada.

Em alguns momentos, referente à atuação em equipe multiprofissional, a discussão perpassou pela articulação e encaminhamentos internos (no hospital) ou

encaminhamentos para a rede setorial. Desse modo, Pino Amarelo e Pino Vermelho exemplificaram que, em casos de violação de direitos, o setor de Psicologia é responsável pela escuta e acolhimento da criança e, em casos de suspeita de abuso/violência física ou sexual, a psicóloga orientava a equipe a comunicar à criança todo o procedimento que fosse fazer. Para além dessas orientações entre equipe, o serviço social é o responsável pela comunicação com a rede socioassistencial, de modo que aciona e articula com Conselho Tutelar, Unidades de Acolhimento e outros serviços, quando necessário. Pino Amarelo enfatiza essa grande parceria entre Psicologia e assistência social, que contribui para a garantia do cuidado efetivo à paciente/família.

Para além dessas situações de violação de direito, em que o protocolo de acionamento da rede socioassistencial é feito, Pino Vermelho exemplifica que, quando há reconhecimento de necessidade de acompanhamento fora da rede hospitalar, em termos de saúde mental ou saúde física, são realizados encaminhamentos externos. Para isso, portanto, podemos assegurar que, para além da pluralidade de conhecimentos acerca da Psicologia Hospitalar, os profissionais atuantes devem ampliar e integrar saberes que envolvem diferentes áreas como saúde, direito, educação e assistência social. (Cachapuz, 2006). E no que diz respeito aos atendimentos internos, ela experienciou mais encaminhamentos em casos de óbito, em que precisou direcionar e orientar os familiares para os setores internos da rede hospitalar.

Em face dos significados analisados neste núcleo, apreendemos como sentido a necessária e, por vezes, inviabilizada atuação do profissional psicólogo na equipe multiprofissional da Pediatria Hospitalar. Percebemos, ao longo do tempo e pelo que a literatura nos apresenta, que a Psicologia vem sendo acoplada às equipes de saúde diante da compreensão de que esta profissão, ao tratar questões emocionais, possibilita a efetivação para um cuidado integral aos pacientes. No entanto, saindo da teoria e

adentrado aos campos de atuação e às equipes, a Psicologia não é vista como protagonista nesse contexto, servindo como ponto de apoio apenas para situações que precisam de contenção de emoções e/ou comportamentos julgados como inapropriados, o que retrata uma ausência de compreensão do fazer psicológico no hospital e implica nas dificuldades encontradas pelas psicólogas na prática.

#### **6.4 O desenvolvimento infantil e as correlações com a brincadeira**

O núcleo de significação que envolve o desenvolvimento infantil e as correlações com a brincadeira trata de uma discussão sobre compreensão da infância e processos de desenvolvimento, bem como a ocorrência do brincar.

Pino Verde revela que o desenvolvimento infantil possui características muito peculiares e próprias. Essa avaliação condiz com o que é apontado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quando esclarece e justifica a prioridade que deve ser dada à criança em qualquer situação. Na legislação, portanto, considera-se que estamos retratando sobre “pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (Brasil, 1990).

Além disso, chamamos a atenção para a correlação que Vigotski (2008) indica entre desenvolvimento infantil e brincadeira, propondo que possamos compreender a brincadeira a partir das necessidades e dos impulsos afetivos que a criança tem. Isto é, mediante a compreensão de que as crianças, em torno do seu desenvolvimento etário e cognitivo, passam de um estágio para outro, adquirindo maturação, há também mudanças no que diz respeito aos motivos, impulsos e necessidades para a brincadeira.

Em concordância com Vigotski, Pino Verde pontua a necessidade de que a profissional atuante na pediatria seja cautelosa e busque sempre identificar as necessidades da criança e o que elas estão desejando expressar através do comportamento e das falas que têm. Pino Verde dá importância ao uso de recursos lúdicos, uma vez que

considera que, a partir da ludicidade, consegue obter as percepções reais de cada criança. Nesse sentido, ela fala que “as crianças são inteligentíssimas, são grandiosas assim, num mundinho, na realidade delas, acho que a gente tem muito a aprender com elas [...]” (SIC). Pino Vermelho defende a importância dos recursos lúdicos e da existência da brincadeira.

Pino Azul percebe o desenvolvimento infantil como um processo global, que acontece nas dimensões que constituem o ser humano, sendo elas: “a dimensão física, biológica, psicológica, mental, emocional e espiritual” (SIC). Pino Vermelho revela, também, a importância das dimensões que envolve a maturação biológica e aspectos cerebrais. Neste sentido, compreende que tanto o psicólogo atuante quanto a equipe da pediatria devem se atentar às questões sociais, dinâmica familiar e estilos parentais envolvidos, por exemplo.

Pino Amarelo afiança que a infância é um período muito significativo, de modo que faz a descrição desse processo de desenvolvimento utilizando uma correlação com a sua abordagem teórica de fundamentação (a análise do comportamento). Portanto, afirma não compreender a criança a partir de fases do desenvolvimento, mas a partir da interação que esta tem com o ambiente. Assim, pontua que compreende a questão temporal mais como descritiva, ou seja, entende que o tempo/idade não é a causa do comportamento. Nesse sentido, ressalta que a criança não se comporta de algumas maneiras porque está em um estágio ou outro, mas se comporta de uma forma porque ao longo da sua experiência com o ambiente foi desenvolvendo repertórios, então não é unidirecional, pois dependerá da estimulação que a criança terá, nos contextos em que está inserida.

Fazemos aqui um contraponto com a proposta de Vigotski sobre o desenvolvimento infantil, quando há uma indicação de fases, períodos ou etapas pelas quais as crianças passam, mas que essas não são demarcadas de forma precisa pelo tempo

cronológico e não determinam o curso do desenvolvimento, que é fruto das interações da criança em seus contextos de desenvolvimento, constituindo-se em vivências marcadas pela cultura e pelas relações sociais.

Pino Verde atribui importância à valorização de todo o conhecimento que as crianças possuem, ou seja, considera necessário ter a compreensão de que a aprendizagem da criança está relacionada com as experiências que ela tem, protagonizando-a no seu processo de desenvolvimento. Assim, argumenta que a criticidade das crianças pode ser estimulada desde quando pequenas, o que é apoiado pelo termo Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) uma vez que esta ocorre por meio da relação entre o que a criança possui de potencialidades e do que é possível construir a partir da instrução/mediação de outras figuras. Desta maneira, a brincadeira converge na potencialização do desenvolvimento infantil, estimulando evoluções que vão para além dos comportamentos habituais (Vigotski, 2008).

Por considerar a importância da infância como parte de um processo do desenvolvimento humano, Pino Amarelo faz uma ressalva que esse desenvolvimento, para além do quesito fisiológico, conta com aspectos culturais e sociais. A fala de Pino Amarelo é ratificada por Pimenta (2017), quando argui que: “compreender a experiência da criança em situação de adoecimento não consiste apenas em entender seus aspectos naturais e biológicos, mas abordar seus processos psíquicos superiores que são constituídos na mediação cultural, formando suas emoções, imaginação, conflitos e anseios” (Pimenta, 2017, p. 42).

Nesse sentido, Pino Amarelo avalia a necessidade de estimulação nos contextos em que a criança está inserida, fazendo uma correlação com a hospitalização, de modo que julga que esse ambiente, por si só, apresenta algumas privações. Desse modo, considerando que haverá privação, ela avalia que o desenvolvimento pode ser

potencializado de outras formas. Pimenta (2017) aponta que poucas vezes as crianças são estimuladas em momentos de adoecimento, no entanto, considera que algumas estimulações podem ocorrer por meio da atividade de estudo, por meio de atividades lúdicas (estruturadas ou não) ou por meio da arteterapia.

Pino Azul, ao mencionar sobre contextos, apresenta a percepção de que para que o desenvolvimento aconteça de forma saudável, não há necessidade de família e/ou ambiente perfeito, mas, sim, de um lugar seguro que ofereça afeto. Seguindo a influência da abordagem teórica que utiliza (a terapia do esquema), Pino Azul relata a importância de a criança ter modelos de adultos saudáveis, para aprender sobre o afeto, amor, os limites, uma vez que, em sua percepção, tudo isso propõe um melhor desenvolvimento.

Pino Azul assegura que “a infância [...] não acho que é uma fase que passa nunca não, ela fica registrada de uma maneira muito forte na nossa vida e permanece com a gente, então para mim a infância, ela não passa” (SIC). Desse modo, declara a importância desse período da vida e indica que não é algo determinante, mas que possui influências no desenvolvimento desses seres humanos em momentos posteriores. Pino Vermelho conceptualiza infância como infâncias múltiplas, ao considerar todos os contextos em que a criança está inserida e que a protagoniza, concordando com o que é posto por Cruz (2008) sobre a multiplicidade da infância.

Quanto ao brincar, Pino Azul revela que “o brincar trabalha o todo, o brincar movimenta o corpo, movimenta a mente, movimenta nossas emoções, movimenta nossos limites, imaginação que é ilimitada aí, acho fundamental, tudo haver (brincadeira e desenvolvimento). [...]” (SIC). A partir dessa fala, ela assevera a necessidade de a brincadeira ser implementada e garantida no contexto hospitalar.

Kramer e Leite (2003), nessa perspectiva, apontam que as crianças têm direito e precisam brincar, tendo em vista que é por meio dessa ação que elas vão dando

significações e tendo compreensões acerca de todas as atividades envolvidas no cotidiano, o que possibilita a sua vivência particular, afinal cada criança será capaz de perceber o brincar com óticas diferentes mediante suas experiências anteriores e o meio em que está inserida. A utilização da brincadeira, portanto, será uma das formas de potencializar o desenvolvimento infantil e adentra no conceito de Vigotski sobre zona de desenvolvimento proximal, que, conforme explicitado por Kramer e Leite (2003), pode ser definida como

Todo o comportamento que a criança apresenta no jogo, mas que raramente transparece na vida diária. Esses comportamentos são a base da construção dos valores éticos, morais, afetivos e cognitivos que, posteriormente, irão compor suas possibilidades de subjetivação diante do contexto social e cultural em que vive. (Kramer & Leite, 2003, p.53)

Pino Azul traz um olhar de que, independentemente de a criança estar em um contexto de hospitalização, as necessidades de brincar, de ter segurança emocional, de pertencer a um grupo familiar, por exemplo, continuam existindo. A partir disso, compreende que não deve haver uma interrupção nas vivências cotidianas, sendo o brincar uma das formas de garantia dessa continuidade no processo desenvolvimentista, afinal, conforme apresentado por Pimenta, “olhar a criança, e sobretudo aquelas em situação de adoecimento, apenas atendendo a seus aspectos orgânicos é perder de vista os fundamentais fatores culturais que essencialmente constituem sua formação como indivíduo” (Pimenta, 2017, p.49).

Pino Vermelho revela que avalia a infância em uma perspectiva contraditória, pois, de um lado, visualizava a infância romantizada e, de outro lado, um ser humano que não era escutado e não era percebido como uma pessoa. Nessa contradição, ela revela

uma angústia no que tange à criança não ser validada e, a partir dessa percepção, propõe, assim, uma validação e maior protagonismo nesse cenário. Protagonismo este que é permitido e legitimado a partir da liberdade da criança durante a brincadeira, tendo em vista que, nos momentos brincantes, ela determina as ações partindo de si mesma, ainda que realize ações considerando sentidos e significados já existentes. (Vigotski, 2008)

Pino Verde considera indissociável a brincadeira, a infância e o processo de desenvolvimento humano. Sobre essa questão, pondera que a brincadeira se apresenta, para as crianças como uma das formas de comunicação, de expressão mais natural. Ela retrata que a brincadeira no hospital se constitui como ferramenta para mediar a expressão do que a criança sente, estando no contexto hospitalar. Quanto à mediação da brincadeira, propõe que: “Se você quer fazer um trabalho efetivo com uma criança a via é essa, eu acho que é isso, a via é o brincar, é o lúdico, a brincadeira, é o faz-de-conta.” (SIC).

Nessa perspectiva Vigotski (2008) nos mostra o quanto a brincadeira se movimenta, exemplificando que, inicialmente, a criança cria uma situação imaginária que reproduz uma situação real, posteriormente, à medida em que ocorre a maturação e/ou a mediação, a situação imaginária é representativa de uma recordação, algo que já aconteceu e a partir dessas modalidades, a brincadeira imaginária vai se formando e desenvolvendo, levando as crianças à uma tomada de consciência quanto aos seus objetivos ao brincar.

Pino Azul revela ter tido acesso a poucos recursos didáticos e lúdicos para trabalhar com a criança, justificando que o hospital não possuía esse material e, até mesmo, a impossibilidade do local em não conseguir proporcionar devido ao cuidado referente às infecções hospitalares. No entanto, exemplifica que se recorda de, ao ter atendido na pediatria, utilizar alguns recursos como brinquedos e livros para facilitar e mediar o contato.

Pino Amarelo revela que toda a sua atuação nos setores pediátricos se constitui de atendimentos voltados para o brincar e considera esse um grande benefício e um grande recurso, pois, em sua percepção, o brincar é revelador da linguagem da criança e um mediador para obtenção de resultados nos atendimentos, corroborando com o que Finkel e Espíndola (2008, p.5) asseguram: “esse brincar é antes de tudo linguagem.” Pino Amarelo esclarece, por exemplo, que, quando contactava a mãe da criança para a entrevista inicial ou avaliação, sempre ofertava atividades mais lúdicas para que a criança realizasse. Nesses momentos, pondera “sempre levo meu kit, é papel em branco mesmo, lápis de cor, de giz de cera e massinha [...]” (SIC), e que, no momento do atendimento com a criança, “[...] a gente faz uns slimes, umas coisas assim caseiras, artesanais, uns jogos mais artesanais, assim [...]” (SIC). Quanto aos recursos ofertados, afirma que há um investimento financeiro pessoal e/ou compartilhado pela equipe da pediatria.

Nessa ótica que envolve a brincadeira, Pino Amarelo revela humanização da brincadeira, quando assegura que, antes de propor o brincar, realiza uma investigação sobre o que a criança gosta, se há preferência por personagens e que, ainda, utiliza o “super poder” (SIC) com as crianças, fazendo aqui referência aos interesses e motivos da criança, que Vigotski (2008) sublinha como fundamentais para o foco de quem acompanha e trabalha com crianças. Sobre o “super poder”, ela revela que esse é um dos recursos mais interessantes na Pediatria Hospitalar, pois consegue conhecer e adentrar mais ao universo de cada criança que será atendida por ela.

Pino Vermelho exemplificou, também, o uso de recursos de desenho e escrita, pois eram recursos mais possíveis de serem utilizados e trabalhados no leito. No entanto, revela que, em um momento, havia uma caixa lúdica dentro do hospital com brinquedos plásticos (passíveis de higienização), lápis, brinquedos de montagem, quebra-cabeças e animais. Ao exemplificar sobre essa caixa lúdica, Pino Vermelho assegura que era uma

das formas de humanizar a pediatria, tornando o ambiente mais colorido e infantil, ou seja, levando alguns estímulos para essa criança que estava com restrições e proporcionando a elaboração de novos processos de desenvolvimento e aprendizado e novas habilidades. (Vitorino et al., 2005)

Para as famílias que têm condições de comprar brinquedo para levar para criança no hospital, Pino Amarelo e Pino Vermelho revelaram, em suas falas, a orientação a comprar e levar brinquedos que sejam facilmente higienizados, somente, assim, os brinquedos externos são permitidos. Toda essa articulação foi feita a partir do entendimento de que, no hospital, há restrição de muitos elementos diários da criança e que essas crianças precisam se adaptar a uma rotina diferente, que, “muitas vezes é inflexível” (SIC). Desse modo, reconhecemos a sensibilidade de Pino Amarelo, quando ela reconhece que, através desse brincar, é possível proporcionar uma adaptação e uma modelagem ao ambiente, o que é ratificado por Sanchez e Ebeling (2011) ao afirmar que “a intervenção psicológica juntamente com o brincar são estratégias que promovem um ambiente que não reforçam comportamentos de depressão, auxiliando a criança a enfrentar dificuldades do processo de internação e da doença” (Sanchez & Ebeling, 2011, p.190).

Acerca do brincar, Pino Amarelo considera ser parte do processo de desenvolvimento do ser humano, assegurando que a brincadeira “é muito associada ao período de infância, não que ela não se estende a outras fases da vida, mas eu percebo que a brincadeira ela é uma ferramenta das crianças, pra que elas consigam, ser compreendidas no mundo” (SIC), revelando, assim, a função comunicativa e de ensaio de habilidades/repertórios, ou proporcionando mudanças de comportamentos, como afirmado por Motta e Enumo (2010).

Um exemplo interessante a ser citado, como exposto por Pino Amarelo, é que, no atendimento a crianças que têm alguma condição de saúde específica, como é o caso das crianças com diabetes, ela percebe que sempre que oferta a massinha as crianças simbolizam comidas, que normalmente são as alimentações que estarão mais restritas após o diagnóstico, seja no período de hospitalização ou no pós-alta. Esse exemplo atribui a brincadeira, novamente, uma função de comunicação e, neste caso, a comunicação de um desejo, articula-o à sua afetividade, conforme nos aponta Vigotski ao dizer que a brincadeira é uma “realização imaginária e ilusória de desejos irrealizáveis” (Vigotski, 2008, p.25). Isto é, mediante a impossibilidade de comer os alimentos desejados, a criança representa-os no brincar.

Pino Vermelho atribui que considera a brincadeira universal, pois está presente em todas as culturas, embora compreenda que o brincar também revela particularidades da cultura, da localização geográfica e do contexto em que está inserida. Mediante essa contextualização, ela avalia que a brincadeira é fundamental como mantenedora do desenvolvimento da criança, pois, segundo ela, promove saúde e potencializava suas vivências, permitindo, assim, que a criança continue protagonizando o seu processo de desenvolvimento (Dib & Abraão, 2013).

Especificando para o hospital, Pino Vermelho compreende que o brincar perpassa por duas questões: sendo 1. a ideia de manutenção do vínculo que a criança tem com um mundo externo, o que representa uma continuidade e não rompimento do desenvolvimento; e 2. a brincadeira como forma de elaboração psíquica e verbalização de emoções, de medos e fantasias. Portanto, avaliou compreender que a brincadeira permitirá o enfrentamento do medo e das adversidades impostas pelo hospital.

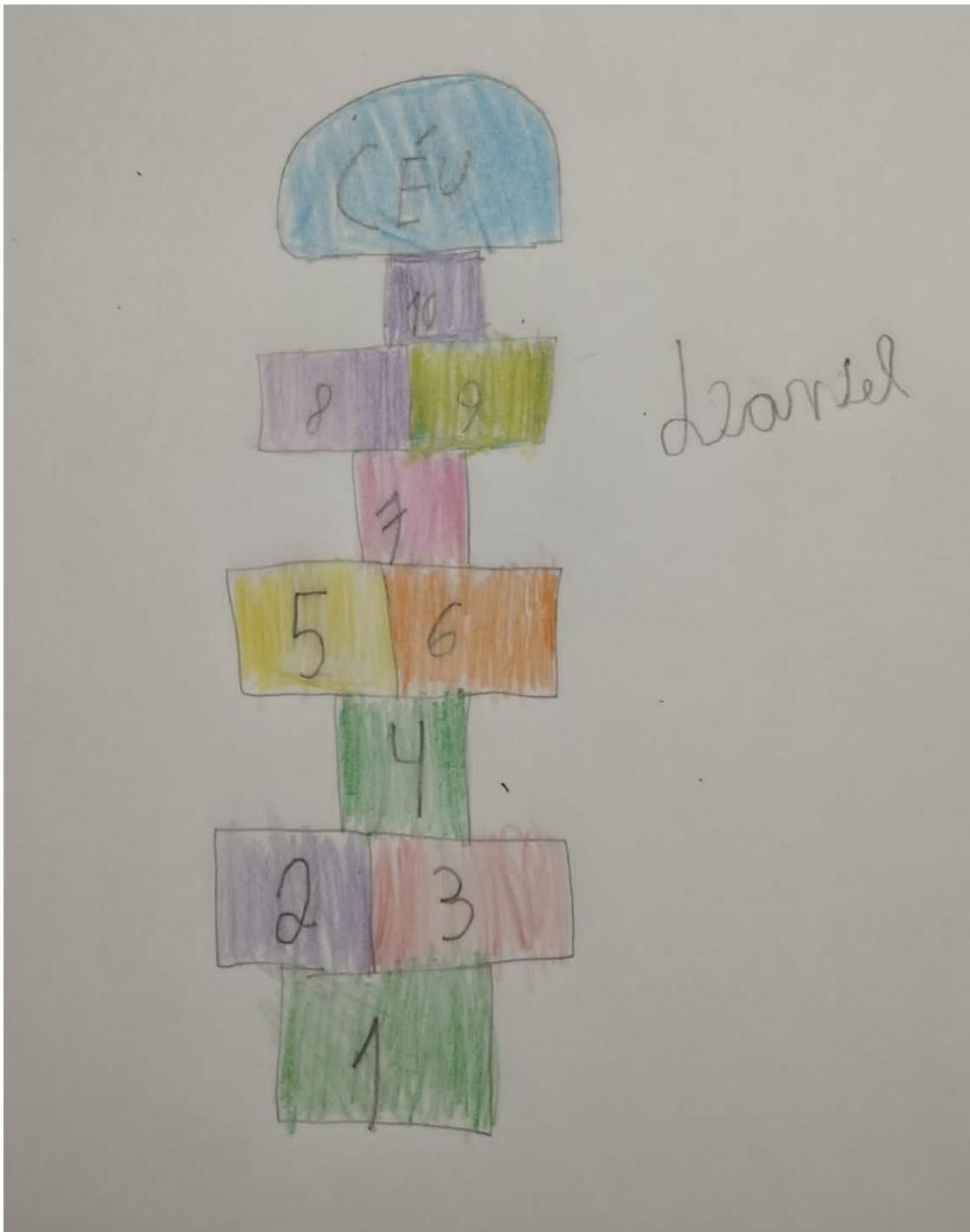
O significado da brincadeira, apresentado por Pino Vermelho, está em consonância ao proposto por Vigotski (2008) em relação à brincadeira ser uma fonte de

desenvolvimento. No enfoque dado por este teórico, a brincadeira é compreendida como parte da vida da criança que possibilita criações, imaginações, motivações, ações, como podemos ver em suas próprias palavras:

Na brincadeira, a criança está sempre acima da média da sua idade, acima de seu comportamento cotidiano; na brincadeira, é como se a criança estivesse numa altura equivalente a uma cabeça acima da sua própria altura. A brincadeira em forma condensada contém em si, como na mágica de uma lente de aumento, todas as tendências do desenvolvimento; ela parece tentar dar um salto acima do seu comportamento comum (Vigotski, 2008, p.34)

Conseguimos, desta maneira, apreender o sentido da unanimidade sobre as contribuições da brincadeira para o desenvolvimento infantil. De modo que, independentemente da linha teórica que explicita a forma de compreensão a respeito do desenvolvimento infantil e das práticas multifacetadas desenvolvidas por cada profissional na pediatria, o brincar é avaliado como elemento necessário, potente para promover o desenvolvimento e fundamental para tornar o ambiente hospitalar mais receptivo e agradável para as crianças.

**Capítulo 7: O Céu da nossa Amarelinha: o Protocolo de acolhimento e acompanhamento mediado pelo brincar**



Daniel Barreto Felício, 8 anos, representando o céu da amarelinha!

Pulando amarelinha, eu só imaginava chegar  
ao céu, visitar as estrelas,  
voltar e começar tudo de novo.  
Mirna Rosa

## **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO MEDIADO PELO BRINCAR**

### **Apresentação**

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), “a criação de protocolos é um dos aspectos essenciais para sistematização do serviço de Psicologia no hospital”, o que ratifica a importância de normativas que possam estabelecer métodos e protocolos que validem o fazer da Psicologia no contexto hospitalar.

Desse modo, ao realizar uma investigação a respeito da atuação das profissionais psicólogas do setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), verificamos a inexistência de uma forma específica de trabalho, evidenciando a pertinência da elaboração de um protocolo que sirva de guia para os profissionais psicólogos.

Portanto, constitui como objetivo desse documento: elaborar e sugerir a implantação de um protocolo de acolhimento e acompanhamento, que auxilie no acolhimento à criança, na compreensão e potencialização do desenvolvimento infantil, mediado pelo brincar, partindo do pressuposto de que a criança, a rigor, está inserida em um meio social no qual vivencia relações que potencializam o seu desenvolvimento e aprendizagem. Afinal, acreditamos que o uso da brincadeira como recurso a ser utilizado pelo profissional psicólogo possibilitará uma melhor instrumentalização da equipe multiprofissional atuante no setor de Pediatria, bem como poderá instrumentalizar toda a família, com orientações sobre o desenvolvimento infantil e sobre quais atividades lúdicas podem ser executadas para estímulo das potencialidades da criança hospitalizada.

Ressaltamos o interesse em proporcionar às crianças hospitalizadas o acesso e a vivência de brincadeiras, tendo em vista que esse é um dos seus direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1990). Além do caráter de direito infantil, por meio do brincar, a criança poderá se situar melhor no contexto em que está inserida, expressando seus sentimentos e significados referentes à hospitalização e, conseqüente, ruptura da rotina anterior. Uma outra vantagem possibilitada pelo brincar é a construção de vínculos mais fortalecidos, que podem também contribuir para uma melhor relação com o processo de adoecimento. Em suma, por meio do brincar será propiciada a ampliação da promoção da saúde (física e mental) da criança.

Para elaboração desse instrumento, nos baseamos (1) na obra “Método de Avaliação e Estímulo da Atividade Lúdica: Abordagem Histórico-Cultural”, de autoria de Moraes et al. (2019), na qual é apresentada uma proposta de metodologia para acompanhar o desenvolvimento de crianças através da sua forma de brincar; (2) na Revisão Integrativa de Literatura que constitui um levantamento bibliográfico sobre a atuação do Psicólogo Hospitalar na Pediatria; e (3) nos sentidos apreendidos por meio dos dados produzidos na pesquisa realizada com psicólogas atuantes no HGVC

Dessa maneira, as Psicólogas e/ou estagiárias em Psicologia que atuam no setor de Pediatria do HGVC, assim como as crianças, constituem o público-alvo desse Protocolo. Ainda, entendemos que, ao realizar, a implementação deste Protocolo e verificando a sua validade, será possível a utilização do mesmo em outros locais. A seguir será apresentado o Protocolo com a sugestão de condutas técnicas, intervenções e brincadeiras que poderão ser utilizadas pelas profissionais psicólogos durante o acompanhamento hospitalar.

O Protocolo é composto de 5 (cinco) blocos de informação, a saber: Identificação, composta pela coleta de dados e contextualização social, histórica e cultural da criança;

Saúde/Hospital, composto pela coleta dados sobre a dinâmica hospitalar atual, hospitalizações anteriores e relações com a equipe multiprofissional; Avaliação individual sobre a criança, composto por conceitos relevantes da Psicologia Histórico-Cultural, como as funções psicológicas superiores, a brincadeira, a socialização, os níveis reais e potencialidades da criança e o processo criativo e imaginação; Intervenções do(a) psicólogo(a), composto pelas intervenções iniciais, intervenções contínuas a serem realizadas, bem como a implementação das brincadeiras; e Articulações do(a) psicólogo(a), espaço destinado para o registro dos encaminhamentos ao longo do acompanhamento.

Ao final do Protocolo, indicamos um checklist, ou uma lista de conferência, para que o(a) psicólogo(a) verifique e faça uma autoavaliação sobre quais as práticas de promoção de saúde está utilizando e quais poderão ser implementadas na sua prática profissional.

### **Instrumento**

Data de admissão: \_\_\_\_\_

Número do prontuário: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

### **→ IDENTIFICAÇÃO**

#### **1. Dados pessoais**

Coleta de dados e informações relevantes para conhecimento e caracterização da criança.

a) Nome:

- b) Idade:
- c) Escolaridade:
- d) Naturalidade:
- e) Motivo da hospitalização:
- f) Uso de medicação contínua (anterior à hospitalização):
- g) Uso de medicação atual (hospitalização):
- h) Tratamento médico em andamento:

## **2. Contextualização social, histórica e cultural**

Caracterização de elementos que possibilitem uma compreensão integral acerca das nuances que envolvem o desenvolvimento da criança hospitalizada.

- a) Caracterização da moradia (estrutura física da residência, composição familiar – nuclear, extensa, substitutiva):
- b) Características da dinâmica familiar (rotina, relações de afeto, funcionamento):
- c) Caracterização financeira (condições socioeconômicas e atividades laborais):
- d) Há recursos materiais para provimento da família(móveis, eletrodomésticos)?
- e) Escolaridade dos membros da família (acompanhantes):
- f) Quais são as pessoas que possuem afinidade com a criança (rede de apoio):
- g) Há recursos de enfrentamento na família? (avaliação sobre aceitação, negação e/ou como lidam com a hospitalização)

## **→ SAÚDE / HOSPITAL**

### **3. Aspectos referentes a hospitalizações:**

Coleta de informações e dados que contribuam para a compreensão do funcionamento da criança, considerando antigas hospitalizações e a realidade de hospitalização atual.

**a) Hospitalizações anteriores**

- a.1) Já foi hospitalizado(a) anteriormente?
- a.2) Quem foi o/a acompanhante?
- a.3) Como foi a adaptação?
- a.4) Quais foram os impactos (positivos/negativos) durante a hospitalização?
- a.5) Quais os impactos (positivos/negativos) posteriores à hospitalização?
- a.6) Houve algum ganho secundário com a hospitalização?
- a.7) A criança se queixou de (ausência de) algo?

**b) Hospitalização atual**

- b.1) Está sendo acompanhado(a) por quem?
- b.2) Como está sendo a adaptação?
- b.3) Como era a rotina anterior à hospitalização?
- b.4) O que foi modificado na rotina?
- b.5) Há alguma queixa atual da criança sobre a rotina?
- b.6) A criança foi comunicada sobre o motivo da hospitalização?  
 Sim  Não
- b.7) Qual o nível de compreensão da criança sobre o seu quadro de adoecimento?  
 Muito bom  Bom  Pouco  Nenhum
- b.8) Qual o nível de compreensão da criança sobre o funcionamento do hospital?  
 Muito bom  Bom  Pouco  Nenhum

b.9) A criança apresentou dificuldade ou resistência em aderir a algum procedimento/tratamento?

( ) Sim ( ) Não

b.10) Percepção familiar sobre a criança:

b.11) Percepção familiar sobre a assistência hospitalar:

#### 4. Equipe multiprofissional

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) com intuito de investigar as relações existentes entre paciente e equipe; família e equipe e entre a equipe multiprofissional.

a) Como está a relação entre paciente e equipe?

b) Como está a relação entre família e equipe?

c) As informações fornecidas são suficientes para compreensão da criança? Ela tem tido clareza a respeito da avaliação e dos tratamentos médicos?

( ) Sim ( ) Não

d) As informações fornecidas são suficientes para compreensão da família?

( ) Sim ( ) Não

e) A criança desenvolveu um melhor vínculo com algum profissional da equipe? Em caso afirmativo, qual?

f) Foram observadas singularidades dessa criança? Quais?

g) Há necessidade de mudança e/ou implementação (ambiental) possível de ser sugerida para atender melhor ao caso?

( ) Sim → Qual: \_\_\_\_\_ ( ) Não

h) Houve interconsulta?

(        ) Sim -> Entre quais profissionais? \_\_\_\_\_ (        ) Não

i) Houve discussão do caso com objetivo de promover a saúde integral?

## → AVALIAÇÃO INDIVIDUAL SOBRE A CRIANÇA

### 5. Avaliação das funções psicológicas superiores (FPS)

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) com intuito de investigar sobre as funções psicológicas superiores (FPS), considerando elementos primordiais para avaliação adequada da periodização do desenvolvimento infantil da criança.

a) A criança fala? (        ) Sim     (        ) Não

b) Descreva como a criança se comunica.

c) É possível correlacionar a expressão/fala da criança com a forma como ela interage com o mundo/ambiente ao redor dela? (        ) Sim (        ) Não

d) A criança demonstra ter consciência sobre a sua situação atual (hospitalização)?

(        ) Sim (        ) Não

e) A criança reconhece a diferença de si para um objeto/pessoa?

(        ) Sim (        ) Não

f) A criança consegue expressar seus sentimentos? (        ) Sim (        ) Não

g) Descreva se e como a criança demonstra a afetividade (de forma negativa ou positiva)?

h) A criança consegue ter regulação das emoções (saber administrar de acordo com a situação/ambiente)? (        ) Sim (        ) Não

### 6. Brincadeira

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) com intuito buscar informações sobre a funcionalidade e existência do brincar na vida da criança nos momentos anteriores e posteriores à hospitalização.

- a) A criança gosta de brincar? ( ) Sim ( ) Não
- b) Como é o uso de telas (tempo de uso e tema do uso)?
- c) Do que a criança gostava de brincar antes da hospitalização?
- d) A criança tem brincado no período de hospitalização? ( ) Sim ( ) Não
- e) Há algum brinquedo de preferência da criança? Qual?
- f) Com quem ela gosta/costuma(va) brincar?

## **7. Socialização e interações da criança**

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) sobre as vivências que dizem respeito à socialização e às interações da criança com a realidade habitual e com a realidade atual, bem como a interação com o ambiente, possibilitando a compreensão de como as vivências influenciam na Situação Social da criança.

- a) Como ocorria a relação da criança com a realidade?
- b) Como ocorre a relação da criança com a realidade atual (hospital)?
- c) Houve a delimitação de novos sentidos e significados para a criança?
- d) Construção conjunta (responsáveis e psicóloga) do Quadro de Diário – Instrumento disponibilizado a seguir:

### **Quadro de Diário**

- Na entrevista inicial com responsáveis ou com responsáveis e criança, construir um diário das SSD por meio do Quadro Diário. O quadro é composto por situações/dinâmica social correspondentes a um dia habitual da semana e um dia de hospitalização.

- O preenchimento deve ser realizado na entrevista inicial de maneira conjunta (responsável(is) e psicóloga), sendo possível a sua alteração a qualquer momento, mediante a necessidade de acrescentar novos dados e/ou informações obtidas.
  - Se os responsáveis tiverem dificuldades, a psicóloga participa com instruções, dicas, sinalizações sobre eventos desde o despertar até o adormecer.

<b>Quadro Diário</b>	
Um dia habitual (fora do hospital) da semana (situações e dinâmica social)	
Um dia no hospital (situações e dinâmica social)	

### **8. Níveis reais e potencialidades do desenvolvimento da criança**

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) sobre o nível real de desenvolvimento já alcançado/maturado e os níveis de desenvolvimento em potencial a partir da mediação de instrumentos/pessoas, possibilitando a compreensão a respeito da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) da criança.

- a) O que a criança é capaz e consegue fazer sozinha?
- b) O que a criança é capaz de fazer com auxílio/mediação de um adulto?
- c) Quais são as potencialidades da criança (pelo relato do acompanhante)?
- d) Quais são as potencialidades da criança (pelo próprio relato)?

e) Como a criança costuma enfrentar e manejar situações de desconforto e desafiadoras?

### **9. Processo criativo/imaginação**

Avaliação realizada pelo(a) psicólogo(a) sobre o nível de imaginação e sobre o processo criativo da criança, compreendendo o quanto isso pode influenciar no desenvolvimento e, assim, ampliar ou restringir as possibilidades de brincadeiras a serem implementadas no momento posterior.

a) Há estímulos no histórico da criança ou foi uma criança restrita de estimulação?

b) A criança está no período de reprodução de algo que já existiu?

(   ) Sim (   ) Não

c) A criança consegue elaborar novas experiências (através do agrupamento de vivências anteriores + situações novas)? (   ) Sim (   ) Não

d) A criança consegue criar e fantasiar? (   ) Sim (   ) Não

### **→ INTERVENÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A)**

#### **10. Intervenção inicial do(a) Psicólogo(a) com família e equipe**

Espaço para registros livres das intervenções iniciais realizadas pelo(a) psicólogo(a) com a criança e para planejamento das intervenções, em nível de orientação, a serem realizadas para a família e para os demais profissionais da equipe multiprofissional.

a) Registro do acolhimento (percepção livre do primeiro contato com o paciente e com a família):

b) Registro observacional (anotações sobre o que foi apreendido na observação, exemplo: criança mais agitada, mais quieta, comunicativa...):

- c) Síntese dos dados coletados e da percepção (breve resumo descritivo sobre o caso a ser acompanhado):
- d) Aspectos psicológicos que precisam ser apresentados à equipe (considerando elementos éticos, o que deve ser comunicado à equipe para uma melhor oferta de tratamento?):
- e) Orientações referentes ao manejo com o paciente (mediante a coleta de dados, quais orientações, em nível psicológico, podem ser realizadas para a equipe para melhoria da adesão ou da vinculação, por exemplo):
- f) Orientações sobre o paciente (mediante a coleta de dados, quais orientações, à nível psicológico, devem ser realizadas para a família com fins num melhor tratamento):

## **11. Intervenção contínua do(a) Psicólogo(a) no acompanhamento da criança hospitalizada**

Espaço para leitura, planejamento e registros das intervenções continuadas realizadas pelo(a) psicólogo(a) com a criança. Contempla desde a oferta de conceitos para uma melhor compreensão e realização da avaliação da periodização do desenvolvimento até a oferta de brincadeiras correlacionadas com cada idade psicológica, culminando, assim, na escolha das melhores brincadeiras a serem realizadas para mediar o acompanhamento psicológico e na indicação de sugestões e orientações para a implementação das brincadeiras pela família e pela equipe multiprofissional.

### **a) Compreensão básica dos conceitos:**

- Idade Cronológica: idade etária que, de acordo com a legislação, compreende dos 0 a 12 incompletos. A divisão comum é: bebês - dos 0 aos 2 anos e crianças, a partir dos 2 anos até os 12 incompletos.

- Idade Psicológica: o período mais estável, na divisão por períodos que é marcada pelas mudanças internas do próprio desenvolvimento, não são fixas, nem lineares e podem corresponder ou não à idade cronológica da criança.
- Situação Social: relações e comportamentos estabelecidos entre a criança e o seu ambiente/contexto imediato (incluindo relações com pessoas).
- Situação Social do Desenvolvimento: relações e comportamentos estabelecidos entre a criança e o seu ambiente/contexto imediato (incluindo relações com pessoas) que, por meio de significados atribuídos pela criança, podem gerar avanços ou entraves em seu processo de desenvolvimento.
- Atividade-Guia: a atividade central e mais importante para estimular o desenvolvimento em um dado período.
- Neoformações: novas aquisições no final de cada etapa. O critério para delimitar que terminou uma etapa e começou outra, quando observa aquisições novas.
- Linha Geral do Desenvolvimento: Característica dos períodos vivenciados no desenvolvimento, que podem ser de ordem afetiva e de ordem técnica.

**b) Análise da periodização do desenvolvimento da criança de acordo com o quadro abaixo:**

Idade psicológica	Situação social	Atividade guia	Neofomações	Linha geral do desenvolvimento
1º Ano	Proto-nós	Comunicação emocional direta com os adultos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preensão como base das ações humanas com as coisas</li> <li>- Série de ações perceptivas</li> <li>- Marcha voluntária</li> <li>- Linguagem</li> </ul>	Afetivo-emocional
1 a 3 anos	Proto-eu	Atividade objetal manipulatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surge na linguagem a designação com sentido das coisas</li> <li>- Percepção categorial generalizada do mundo objetal</li> <li>- O pensamento concreto das ações.</li> </ul> <p>(neofomação central: “Eu”)</p>	Técnico-operacional
3 a 6 anos	Eu reflexivo	Atividade de jogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imaginação</li> <li>- Função simbólica</li> <li>- Consciência relações humanas</li> <li>- Hierarquia de motivos</li> </ul>	Afetivo-emocional

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeito a regras</li> <li>- Pensamento abstrato</li> </ul>	
6 a 10 anos	Eu consciente	Atividade de estudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciência e pensamento teóricos</li> <li>- Capacidades correspondentes (reflexão, análise, planificação mental)</li> </ul>	Técnico-operacional
10 a 15 anos	Personalidade independente	Comunicação com coetâneos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre o próprio comportamento</li> <li>- Capacidade de avaliar possibilidades de seu “eu”</li> <li>- Autoconsciência</li> </ul>	Afetivo-emocional

Fonte: Adaptado de Método de Avaliação e Estímulo da Atividade Lúdica – Abordagem Histórico-Cultural (Morais et al., 2019)

**c) Após identificação do período do desenvolvimento atual, correlação com as sugestões de brincadeiras (conforme quadro abaixo):**

Idade psicológica	Atividade de	Tipo de jogo	Material para brincadeira	Propósito
-------------------	--------------	--------------	---------------------------	-----------

guia				
1º Ano	Comuni cação emocio nal direta com os adultos	JOGOS PSICOMOTORES VOLTADOS PARA OS REFLEXOS (nesse período, há a formação dos sistemas sensoriais)	- (0 a 3 meses):- brinquedo colorido com som e/ou texturas, que possa ser segurado por uma criança; Brinquedo grande e colorido (por exemplo, bola); Mesa de exploração	Investigar o desenvolvimento psicomotor
		JOGOS PSICOMOTORES VOLTADOS PARA A COORDENAÇÃO VISUOMOTORA – olho-mão (nesse período, maior	-(3 a 6 meses):Objeto colorido (Ex: bola); Mesa exploratória;	Investigar a interação da criança com o adulto e aspectos do seu desenvolvimento psicomotor

		interesse em interação com o adulto)		
		<p><b>JOGO DE MANIPULAÇÃO INESPECÍFICA</b> (com qualquer objeto independente de sua função social. A criança se interessa não pela ação perfeita, mas para manter comunicação emocional com adultos.)</p>	<p>-(6 a 9 meses): dois brinquedos que caibam na mão da criança; Espelho;</p>	<p>Investigar a interação da criança com o adulto e com a sua própria imagem frente ao espelho e sua livre manipulação de objetos</p>
		<p><b>JOGO DE MANIPULAÇÃO ESPECÍFICA</b> (com objetos específicos. Nesse momento, a criança já começa a desenvolver a</p>	<p>- (9 a 12 meses):- Pano; - Bola média; - Objetos pequenos (que a criança possa segurar</p>	<p>Investigar a interação da criança com adultos e com objetos, noções iniciais de espaço e profundidade e o</p>

		<p>consciência de distância e profundidade, já ensaia os primeiros passos e pode responder a palavras inibitórias. É possível estabelecer brincadeira de esconder o objeto ou de jogar e pegar novamente)</p>	<p>com dedos em pinça);</p> <p>- Brinquedos coloridos e de tamanhos diversos;</p> <p>Brinquedos de montagem/encaxe</p>	<p>ensaio dos primeiros passos.</p>
1 a 3 anos	Atividade de jogo objetal manipulatória	<p><b>JOGO OBJETAL</b></p> <p>(Nesse momento, inicia-se o interesse por aprender a manipular e utilizar objetos humanos, como instrumentos com função socialmente elaborada. Há a importância da</p>	<p>- (1 a 3 anos):</p> <p>Colher, prato e copo de plástico resistente;</p> <p>Carrinhos;</p> <p>Bonecas;</p> <p>Bolas; Caneta;</p> <p>Bichinhos de pelúcia</p>	<p>Ofertar alguns objetos para a criança, observando como ela usa e como pode brincar com eles.</p>

		mediação do adulto para aprendizagem do modo cultural de se usar os objetos)		
		JOGO SIMBÓLICO – inicial (As ações com objetos são transferidas de um objeto a outro e já é possível fazer substituição de objetos. Inicia-se a atividade imaginativa)	- (2 a 3 anos): Carrinho; Pente; Lápis; Boneca; Outros objetos; Materiais hospitalares (luvas); Massinha de modelar	Solicitar que a criança faça algumas coisas com objetos e outras coisas sem objetos.
3 a 6 anos	Atividade de de Jogo	JOGO DE PAPÉIS (Reconstrução de atividades e normas das relações sociais. A criança já consegue se envolver no mundo	- (3 a 6 anos): Brinquedos diversos ou sem utilização de brinquedos. Brincadeiras de imaginação	Indicar para criança que vocês irão brincar do que ela desejar, como um jogo de faz de conta  (Importante observar as ações

		<p>imaginário, onde pode realizar o que não era realizável. A imaginação vai se intensificando)</p>	<p>envolvendo um “super poder”, por exemplo; Uso de sucatas para criação de uma brincadeira; Leitura de histórias; Papel e lápis/giz.</p>	<p>da criança e as ações que tiveram auxílio)</p>
6 a 10 anos	Atividade de estudo	<p>JOGO COM REGRAS (As regras tornam-se explícitas e a situação imaginativa e os papéis são implícitos. Para ele, é preciso ter a apropriação das regras, papéis e consequências do desenvolvimento</p>	<p>- (6 a 10 anos): Bola; Cartas, dominó, xadrez, damas, pega-varetas, quebra-cabeças, UNO, brincadeiras imaginativas com regras criadas no</p>	<p>Oferta de jogos para a criança, de modo que ela deve escolher o que deseja jogar, contanto que sigam as regras (Importante observar as ações da criança e as ações que tiveram auxílio, bem como como ela reage às</p>

		da linguagem, pois nesse momento, como almeja-se alcançar um objetivo, é necessária uma consciência do objetivo da brincadeira)	momento (quaisquer jogos que possuam regras)	regras, seguindo ou burlando-as. Obs: distinguir se o erro é percebido ou não; a sinalização do adulto surte efeito na ação?)
--	--	---	--	---

Fonte: Adaptado de Método de Avaliação e Estímulo da Atividade Lúdica – Abordagem Histórico-Cultural (Morais et al., 2019)

#### **d) Implementação de brincadeiras para o acompanhamento das crianças**

d.1) Implementação pelo(a) psicólogo(a) das brincadeiras mais adequadas

(     ) Sim   (     ) Não

d.2) Psicólogo(a) orienta como a família pode implementar as brincadeiras no cotidiano (     ) Sim   (     ) Não

d.3) Psicólogo(a) orienta como a equipe pode implementar as brincadeiras na rotina hospitalar para efetivação e melhoria da vinculação

(     ) Sim   (     ) Não

#### **➔ ARTICULAÇÕES DO(A) PSICÓLOGO(A)**

### **12. Encaminhamentos**

Espaço para registro dos encaminhamentos realizados ao longo do acompanhamento da criança para setores intra-hospitalares e setores externos ao hospital (saúde, educação, assistência social, justiça etc).

a) Encaminhamento para alguma especialidade na equipe (por exemplo: necessidade locomotora – fisioterapeuta; necessidade nutricional – nutricionista):

b) Encaminhamento intra-hospitalar (outro setor):

c) Encaminhamento setorial:

c.1) Saúde:

- Unidade de Saúde da Família (USF)
- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- CAPS ia (Centro de Atenção Psicossocial - infância e adolescência)
- CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II – foco em transtornos mentais)
- CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas)
- Ambulatório de Saúde Mental

c.2) Assistência Social

- CRAS (Centro de Referência da Assistência Social)
- CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social)

c.3) Sistema de Justiça e Garantia de Direitos

- Conselho Tutelar
- Vara da Infância e Juventude
- Promotoria de Justiça da Infância e Juventude

c.4) Educação

- Escola:
- Secretaria de Educação

c.5) Outro Setor: \_\_\_\_\_

**Checklist referente às práticas de promoção de saúde pelo(a) Psicólogo(a)**

- Escuta qualificada
- Observação atenta
- Acolhimento
- Estímulo à comunicação
- Estímulo à humanização no ambiente hospitalar
- Avaliação psicológica
  - o Análise de características do desenvolvimento da criança (idade psicológica)
  - o Planejamento de intervenções de acordo com estágio de desenvolvimento, com as devidas adaptações e/ou propondo mudanças
  - o Avaliação de condições sócio, histórico e culturais, considerando singularidades e subjetividades; observando relação com meio, vulnerabilidades e variáveis significativas do adoecimento
- Intervenções psicológicas com criança, família ou equipe
  - o Avaliação de fatores protetivos ou de risco para o curso do desenvolvimento infantil
  - o Compreensão dos contextos da criança
  - o Estabelecimento de estratégias de enfrentamento
  - o Trabalho sobre a expressão de sentimentos
  - o Trabalho do manejo da dor
  - o Utilização de recursos que envolvem o brincar e estimulação para o desenvolvimento e aprendizagem
  - o Preparação psicológica para cirurgias e/ou outros procedimentos

- o Auxílio na elaboração do luto ou do luto antecipatório
- Acompanhamento do desenvolvimento psicológico
- Intervenção em grupo com crianças e/ou familiares
  - o Orientação sobre desenvolvimento infantil, rotinas e repercussões do adoecimento/hospitalização
- Compreensão sobre violações de direitos e encaminhamento de acordo com os protocolos existentes
- Elaboração ou uso de protocolos ou instrumentos que orientem e permitam nortear atividades profissionais
- Trabalho em equipe inter ou multidisciplinar
  - o Participação de interconsultas
  - o Discussões ou estudos de caso
- Divulgação do fazer psicológico (psicoeducação)

### Referências

- Conselho Federal de Psicologia. Brasília – CFP. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Brasília. Recuperado em 09 setembro, 2020, de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf).
- Brasil. *Lei Federal nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. (1990). Brasília. Recuperado em 13 outubro, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm).
- Morais, C., Borges, C., Chastinet, J., Solovieva, Y., Quintanar, L. & Diaz, F. (2019). *Método de avaliação e estímulo da atividade lúdica: abordagem histórico-cultural*. São Paulo: Memnon.

## Capítulo 8: Considerações Finais



Miguel Santos Leandro, 6 anos, representando a contação de histórias!

Chão, caminho de sonhos,  
Andar, correr, pular.  
Fazendo riscos, desenhos  
Muitas marcas pra deixar.  
Vou pulando só num pé,  
Nos dois posso descansar.  
Linhas contam histórias,  
Territórios pra pisar.  
Eu jogo uma pedrinha,  
Casas quero alcançar.  
Muito cuidado com a linha,  
Nela não posso pisar  
Brincando de amarelinha,  
Chão e céu vão se encontrar.  
Vou pulando só num pé,  
Nos dois posso descansar.

Mércia Maria Leitão, Neide Duarte e Ivan Cruz

Nesta Dissertação, com o *lançamento de dardos*, apresentamos o propósito de elaborar um Protocolo para Acolhimento e Acompanhamento da criança em situação de hospitalização, mediado pelo Brincar. Escolhemos, desde o princípio, realizar uma correlação com a infinidade de brincadeiras que podem permear, ou mesmo permeiam, o universo infantil. Por esse motivo, optamos por descortinar os capítulos desta Dissertação sempre intitulado-os com nomes de brincadeiras, convidando, dessa forma, a você, leitor, para apreciar a linguagem e o (novo) sentido que fomos dando às brincadeiras ao realizar as comparações/metáforas em cada parte da nossa pesquisa.

Motivadas por esse propósito, no Capítulo 1, com o convite “Vamos brincar juntos?”, chamamos você a vir brincar conosco para uma melhor compreensão sobre o nosso desejo de investigação a respeito do desenvolvimento infantil no contexto de hospitalização, atendendo ao objetivo específico de discutir o processo de desenvolvimento da criança a partir do enfoque histórico-cultural de Vigotski, proposto por meio da revisão narrativa. Nesta seção, abordamos sobre a importância de se considerar as interações entre a criança, o ambiente em que vive, os fatores sociais, culturais e históricos envolvidos para compreender integralmente como ocorre o processo de desenvolvimento, prezando, assim, pela compreensão de uma interação multifatorial contínua de modo a perceber que um elemento transforma, ao tempo em que, simultaneamente, é transformado pelo outro. Nesta parte introdutória, amparadas em autores (Cruz, 2015; Kramer & Leite, 2003; Vigotski, 2007, 2010, 2012) deste enfoque, apresentamos conceitos norteadores deste trabalho como o de Situação Social de Desenvolvimento e Zona de Desenvolvimento Proximal, além de situarmos as diversas infâncias, compostas pelos multifacetados contextos, como, por exemplo, dentro e fora de um ambiente hospitalar.

No capítulo 2, seguimos para a brincadeira de *Esconde-esconde*, onde, ao invés de nos escondermos, revelamos o que estava por trás da motivação em estudar a temática que envolve a brincadeira no ambiente hospitalar. Apresentamos, assim, as justificativas nos âmbitos pessoal e profissional para realização desta pesquisa, ora Dissertação.

No capítulo 3, mudamos a brincadeira para que fosse possível situar a metodologia da pesquisa. Para isso, então, utilizamos a brincadeira *Amarelinha*, que, nesta pesquisa, representou a escolha metodológica pela diversidade de formatos em que pode acontecer, pelos desenhos variados, pelas possibilidades numéricas, elementos que julgamos pertinentes para representar a nossa trajetória de pesquisa e elaboração da Dissertação até alcançar o “Céu”. E, hoje, com o produto elaborado (no capítulo 7), podemos afirmar que chegamos ao Céu, à finalização da *Amarelinha*. No entanto, antes de chegarmos lá, perpassamos pelas casas do delineamento, da contextualização sobre a pediatria (explanando-o através de uma pesquisa bibliográfica), da caracterização das brincantes, dos procedimentos iniciais para a coleta e análise de dados até culminar nas etapas da pesquisa e nos parâmetros éticos necessários e recomendados pelo Comitê de Ética da Pesquisa.

No capítulo 4, para atendermos ao objetivo “Caracterização da atuação do psicólogo em Pediatria Hospitalar”, escolhemos uma brincadeira de maior ênfase no aspecto cognitivo, como a *contação de histórias*. Neste espaço, conseguimos apresentar um levantamento de dados, respondendo à pergunta acerca da prática psicológica em Pediatria Hospitalar. O que nos saltou os olhos, neste capítulo, foi o encontro brincante ao cruzar dados e atribuir sentidos aos achados da literatura, com às principais práticas de promoção de saúde que norteiam o fazer psicológico.

No capítulo 5, por sua vez, fomos para uma *contação de histórias* diferente, iniciada pelo *Era uma vez...*, espaço que trouxe a possibilidade de apresentar a história da

composição do nosso *Tangram*. Jogo ressignificado por nós para representar todo o histórico do Serviço de Psicologia do Hospital Geral de Vitória da Conquista, do ano de 2008 ao ano de 2021, conforme apreendido nas entrevistas. Ao longo da história contada, escolhemos 4 (quatro) peças do *Tangram* para se transformarem em pinos, que seguiram conosco no *Jogo de Trilhas*. Esses 4 (quatro) pinos são representativos das participantes/entrevistadas da nossa pesquisa, as quais nos possibilitaram alcançar o objetivo de “Contextualização da atuação das psicólogas atuantes no setor de Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista – Bahia”.

No capítulo 6, pegamos os 4 (quatro) pinos e realizamos com eles a *Dança das Cadeiras*. Aqui, brincamos de dançar e revezar as cadeiras para, assim, sermos capazes de captar os significados apresentados pelas entrevistadas e constituirmos os nossos próprios sentidos, apreendidos ao longo da nossa pesquisa, correlacionando-os com a revisão integrativa de literatura pautada na Psicologia Hospitalar e na revisão narrativa ancorada na Psicologia Histórico-Cultural. Nessa dança, elencamos os 4 (quatro) eixos norteadores dos nossos achados que versaram sobre “A amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar”, “O ambiente hospitalar e suas especificidades”, “A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar” e “O desenvolvimento infantil e as correlações com as brincadeiras”.

Quanto à amplitude do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar, ressaltamos os sentidos do fazer profissional permeados pela atuação, desde o acolhimento e admissão do paciente, perpassando pelas interações entre equipe e percorrendo todo o acompanhamento ao paciente e sua família. Nesse sentido, enfatizamos que as intervenções psicológicas estão presentes desde a coleta de informações, que envolvem o histórico de vida da criança, nuances próprias do processo de desenvolvimento e das condições próprias da dinâmica familiar, a capacidade de compreender o adoecimento e

procedimentos hospitalares, até o planejamento para tornar o ambiente mais propício ao desenvolvimento infantil, culminando, assim, no foco assistencial ao paciente e à sua família, que podem ocorrer de maneira individual e até mesmo coletiva.

Com isso, constatamos que há uma ausência de sistematização do fazer psicológico que pode se justificar pela variabilidade da rotina e imprevisibilidade diante de atividades que demandam atenção psicológica no hospital, ou seja, verificamos que o fazer psicológico das profissionais é constituído ou confundido pela disponibilidade para fazer o que forem demandadas, o que significaria para nós uma inviabilização ou mesmo uma invisibilidade desse fazer.

O núcleo que versa sobre o ambiente hospitalar e suas especificidades revela, em maior parte, as peculiaridades de aspectos físicos, concretos e que contenham uma maior estruturação direcionada para o universo infantil. No entanto, ao passo em que se nota a ausência de uma estrutura lúdica, divertida, com recursos brincantes disponíveis, é emergida a necessidade de inclusão da brincadeira de modo mais fluído e que reverbere as possibilidades envolvidas no processo criativo desde a transformação de objetos disponíveis, como os materiais hospitalares, à criação de brincadeiras imaginativas, que envolvam funções simbólicas, pensamentos mais abstratos.

A atuação multiprofissional na Pediatria Hospitalar revela os impactos de um trabalho realizado em equipe e a necessidade de compreensão sobre cada profissão, de um modo em que, por vezes, a Psicologia aparece inviabilizada pela falta de compreensão do fazer perante outros profissionais. Sendo, assim, extremamente necessário uma partilha de informação, para que a inviabilização pela falta de compreensão não se transforme ou tenha a possibilidade de fortalecer uma invisibilidade da Psicologia, ciência e profissão essencial para efetivação do cuidado integral na assistência à saúde.

O último núcleo apresentou as correlações da brincadeira com o desenvolvimento infantil e, ao longo da discussão, pontuamos o brincar para além de ser um direito estabelecido nas diretrizes estatutárias que regem a infância e a adolescência. Trazemos o brincar enquanto forma propulsora do desenvolvimento, tendo em vista a ocorrência desse brincar de modo a legitimar o protagonismo da criança sobre a sua condição de desenvolvimento, que, por ora, pode aparentar estar em restrição física pelo ambiente, mas que pode ser estimulada e protagonizada nos níveis cognitivo, social e relacional. A brincadeira, na vivência de hospitalização, pode, então, servir como ferramenta aliada ao desenvolvimento, como ferramenta de criação e manutenção de vínculo e como ferramenta comunicacional sobre os desejos afetuosos.

Desse modo, como uma forma de concretizar toda a discussão realizada nesta Dissertação, apresentamos, no capítulo 7, o Céu da nossa *Amarelinha: o Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento mediado pelo Brincar*, que foi elaborado para cumprir o objetivo geral da pesquisa além de tentar alcançar o desejo de propor um material que possa servir como guia para profissionais psicólogos atuantes no HGVC que, de alguma forma, possa sistematizar a prática, uma vez que um dos grandes desafios encontrados na pesquisa foi a inexistência de uma forma específica e sistemática de trabalho.

Ressaltamos que, com este Protocolo, não queremos limitar nem restringir a atuação profissional, inclusive, validamos e reconhecemos que cada profissional tem as suas singularidades e sua fundamentação teórica, no entanto, pretendemos ofertar um instrumento que possa auxiliar na criação de vínculos com a criança, que possa embasar os planejamentos e intervenções e que dê possibilidade de vivência de brincadeiras com intencionalidade de ampliar a promoção da saúde da criança.

No Protocolo, constam blocos de informação que julgamos pertinentes devido a percepção, nas entrevistas, de que não havia um instrumento específico para

admissão/acolhimento/acompanhamento de crianças, ou seja, todo o instrumental hospitalar existente é com foco na vida adulta. Sendo assim, priorizamos iniciar o Protocolo com um bloco relacionado às informações que compõem uma “admissão” ou anamnese. São eles: Identificação; Saúde/Hospital; Avaliação individual da criança considerando conceitos relevantes da Psicologia Histórico-Cultural (realizada pelo profissional); Avaliação do(a) psicólogo(a) com as intervenções iniciais e contínuas a serem realizadas e Articulações do(a) psicólogo(a). Ao final, indicamos um *checklist* para que o(a) psicólogo(a) verifique e faça uma autoavaliação sobre quais são as práticas de promoção de saúde que está utilizando.

No bloco de Avaliação do(a) psicólogo(a), localizamos o nosso foco maior que é o acompanhamento através da brincadeira, de modo que, inicialmente, são trazidos alguns conceitos básicos da Psicologia Histórico-Cultural para uma compreensão adequada. Em seguida, há a disposição de algumas informações como a situação social de desenvolvimento, a atividade-guia, as neoformações e a linha geral do desenvolvimento para que o(a) profissional consiga avaliar em que idade psicológica a criança hospitalizada se encontra. A partir da constatação, segue a sugestão de brincadeiras, dispostas em um quadro, que correlaciona a idade psicológica com a atividade-guia, o tipo de jogo, o material necessário para a brincadeira e o propósito de cada brincadeira. Desta maneira, o(a) profissional será capaz de fazer a mediação do acompanhamento por meio do brincar, utilizando-o em seus atendimentos, bem como orientando à família sobre o uso das brincadeiras no cotidiano e/ou orientando como a equipe pode implementar as brincadeiras na rotina hospitalar para efetivação e melhoria da vinculação.

Ao finalizarmos esta pesquisa, que resultou na elaboração do Protocolo, avaliamos que nem tudo teve o *sabor do brincar*, afinal nos deparamos com alguns entraves. O primeiro deles foi a necessidade de alteração do propósito inicial.

Desejávamos fazer uma pesquisa com crianças, para, assim, como tanto concordamos e discorremos, protagonizá-las, por acreditarmos que elas são as melhores fontes de informação sobre vivências tão particulares e próprias no período de desenvolvimento marcado pela infância. No entanto, como não foi possível lançar o *dardo* para chegar neste objetivo, lançamos um *dardo* em outro foco. Assim, buscamos uma saída para esse entrave e, com isso, optamos pela realização de uma pesquisa-intervenção. Dessa maneira, fomos buscar compreender qual a necessidade existente na Pediatria Hospitalar.

Esclarecemos que, mediante a amplitude e proporção tomada pela pandemia da Covid-19 e, compreendendo a necessidade de cautela e proteção às pesquisadoras e aos pacientes hospitalizados, alteramos o nosso foco de uma pesquisa *com* crianças para uma pesquisa *sobre e para* crianças, que utilizaria como método de alcance as profissionais que atuam/atuaram com esse público.

No primeiro momento da pesquisa-intervenção, encontramos a ausência de uma profissional fixa no setor, onde várias profissionais atuavam conforme as demandas iam surgindo. E foi esse um dos pontos que reforçou e nos motivou a pesquisar sobre formas de sistematização desse fazer, idealizando, assim, a elaboração de um Protocolo.

No decorrer de toda a tramitação da pesquisa no Comitê de Ética da Pesquisa, deparamo-nos com alguns outros entraves causados pela pandemia e, ao voltar para realização da pesquisa no Hospital, encontramos uma outra realidade: já havia uma psicóloga lotada no setor, o que avaliamos como positivo, mas reconhecemos que essa alteração de cenário derivou modificações em nossa pesquisa. No entanto, ao realizar as entrevistas com as psicólogas na modalidade *on-line*, seguimos com a percepção de necessidade de uma sistematização maior do fazer psicológico na Pediatria Hospitalar, conforme corroborado no nosso debruçar sobre a literatura e sobre os dados coletados nas

entrevistas. E a partir daí, conseguimos encontrar significados e apreender sentidos com o nosso propósito e elaborar o nosso Protocolo.

A esse respeito, acreditamos que o nosso Protocolo, fruto das Revisões de Literatura, dos dados apreendidos das entrevistas, da fundamentação vigotskiana e inspirados na obra de Morais et al. (2019), poderá ser um pontapé inicial para sistematização do fazer psicológico no HGVC. O Protocolo precisará ser utilizado para que sejam verificadas as necessidades de adequação e aprimoramento, pois acreditamos que, à medida em que novas vivências, novos pacientes e novos quadros vão surgindo, novas demandas também precisarão ser atendidas, o que exigirá mudanças e atualizações contínuas do Protocolo.

E como tudo tem dois lados!!! Se, por um lado, a não experimentação do Protocolo na prática hospitalar, devido a Pandemia da Covid-19, significou um limite a respeito da verificação sobre a efetividade dele; por outro lado, dessa limitação surge uma sugestão de que futuras pesquisas apliquem este Protocolo, verificando a funcionalidade das intervenções mediadas pelo brincar e avaliando a necessidade de aprimoramento dos âmbitos que o compõem.

É certo que muito há ainda a ser investigado no que concerne ao brincar correlacionado ao desenvolvimento infantil na Pediatria Hospitalar, no entanto, por meio desta pesquisa, acreditamos que uma parte do percurso já foi percorrida como a elaboração do *Protocolo de Acolhimento e Acompanhamento mediado pelo Brincar*. Assim, ao tempo em que reconhecemos os limites da pesquisa realizada, acreditamos na sua possível contribuição e enfatizamos a importância da continuidade deste estudo, valorizando e dando relevância às investigações sobre as múltiplas infâncias, afinal os marcos desse período são extremamente potentes e significativos para todo o ciclo do

desenvolvimento humano, como tão bem descritos por Lya Luft (2003, p. 12), “a infância é o chão sobre o qual caminharemos o resto de nossos dias”.

Sou hoje um caçador de achadouros da  
infância. Vou meio dementado e enxada às  
costas cavar no meu quintal vestígios dos  
meninos que fomos.

Manoel de Barros

## Referências

- Aguiar, W.M.J. & Ozella, S. (2006) Núcleo de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26 (2), 222-245. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>.
- Aguiar, W.M.J. & Ozella, S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 94 (236), 299-322. <https://doi.org/10.1590/S2176-66812013000100015>.
- Aguiar, W.M.J., Soares, J.R., & Machado, V.C. (2015). Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. *Cadernos de Pesquisa*, 45 (15), 56-75. <http://dx.doi.org/10.1590/198053142818>
- Albuquerque, A.B. (2019). Prática psicanalítica em enfermagem de pediatria: possibilidades, desafios. *Revista SBPH*, 22 (n. spe), 103-115. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200009).
- Alighieri, D. (2022). O dardo que vimos aproximar-se chega... Pensador. <https://www.pensador.com/frase/MTI0NDg/>.
- Almeida, A.M; Ferreira & C.B. (2004). A psicologia e a enfermagem na admissão hospitalar: o relato de uma experiência. *Em extensão.4 (1)*, 59-64.
- Arienti, M.F. & Portela, M.V.Z. (2018) A criança gravemente doente fala sobre a morte: um relato de experiência. *Revista SBPH*, 21 (1), 232-244. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100013).
- Ayres, J. R. (2002). Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 43-62. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>.

- Azevêdo, A.V.S. & Santos, A.F.T. (2011). Intervenção Psicológica no Acompanhamento Hospitalar de uma Criança Queimada. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (2), 328-339.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000200010](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200010).
- Azevêdo, A.V.S. (2010). Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para a criança queimada. *Avaliação Psicológica*, 9 (1), 99-109.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100011).
- Azevêdo, A.V.S. (2011) O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. *Estudos de Psicologia*, 28 (4), 565-572.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000400015&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400015&lng=pt&nrm=iso).
- Barbosa, P.Z.& Pegoraro, R.F. (2008). Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde e Sociedade*, 17 (3), 77-89. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300009&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Barros, M. (2010). Memórias inventadas. Planeta do Brasil.
- Barros, M. (2011). Poesia Completa. Leya.
- Beatón, G.A. (2005). Un intento de sistematización de los planteamientos esenciales del enfoque histórico cultural en sus inicios. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (2), 11-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v7n2/v7n2a02.pdf>.
- Belmino, P. (2017). Poemas de brincar: Amarelinha. Recanto das Letras.  
<https://www.recantodasletras.com.br/infantil/6120225>.

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).
- Brasil. *Lei Federal nº 11.104*, de 21 de março de 2005. (2005). Brasília.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm).
- Brasil. *Lei Federal nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. (1990). Brasília.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm).
- Brasil. *Lei Federal nº 8.242*, de 12 de outubro de 1991. (1991). Brasília.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8242.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm).
- Brasil. *Portaria nº 2.261*, de 23 de novembro de 2005. (2005). Brasília.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2261\\_23\\_11\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2261_23_11_2005.html).
- Brasil. *Resolução nº 41*, de 13 de outubro de 1995. (1995). Brasília.  
[http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res\\_41\\_95\\_Conanda.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf).
- Brasil. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. (2012). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brito, T.R.P., Resck, Z.M.R., Moreira, D.S., & Marques, S.M. (2009). Práticas lúdicas no cotidiano de enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery. *Revista de enfermagem*, 13 (4), 802-808.  
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16.pdf>.
- Broering, C.V. & Crepaldi, M.A. (2011). Preparação Psicológica e o Estresse de Crianças Submetidas a Cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 15-23.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000100003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100003).
- Cachapuz, D.R. (2006). Psicologia Hospitalar: Um Olhar Interdisciplinar no Atendimento a Crianças e Adolescentes. *Revista SBPH*, 9 (2), 43-66.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-08582006000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582006000200004).

Caprini, F.R. & Motta, A.B. (2017). Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19 (2), 164-176.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872017000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000200009).

Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>.

Conselho Federal de Psicologia. Brasília – CFP. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Brasília.

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf).

Costa Junior, A.L., Coutinho, S.M.G. & Ferreira, R.S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paideia*, 16 (33), 111-118. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000100014&script=sci_arttext&tlng=pt)

[863X2006000100014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000100014&script=sci_arttext&tlng=pt).

Cruz, S.H.V. (Org.). (2015). *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisa*. Cortez.

Cutolo, L.R.A. (2006). A localização da Pediatria e a Saúde da Criança em seu contexto histórico e epistemológico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35 (3), 87-93.

Czeresnia, D., Maciel, E.M.G.S. & Oviedo, R.A.M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Fiocruz.

Del Ciampo, L.A., & Del Ciampo, I.R.L. (2010). Curso de Medicina e ensino de Pediatria nas escolas médicas brasileiras. *Pediatria*, 32(1), 9-14.

Dessen, M.A & Junior, A.L.C (Orgs.). (2005). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Artmed.

- Dib, E.P. & Abrão, J.L.F. (2013). Uma experiência terapêutica pré-cirúrgica: o uso do desenho como mediador lúdico. *Boletim de Psicologia*, 63 (139), 159-174.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000200005).
- Doca, F.N. P. & Costa Junior, A.L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17 (37), 167-179.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt).
- ~~Doca, F.N.P. & Costa Junior, A.L. (2011). Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 79-87. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-466X2011000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-466X2011000100008&script=sci_abstract&tlng=pt).~~
- Dominguez, B. (2020). Covid-19: que vírus é esse? FIOCRUZ.  
<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-que-virus-e-esse>.
- Finkel, L.A. & Espíndola, V.B.P. (2008). Cirurgia cardíaca pediátrica: o papel do psicólogo na equipe de saúde. *Psicologia para América Latina*, 13.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000200004&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000200004&script=sci_abstract).
- Franchin, D.S., Silva, F.S.M.S. da., Silva, K.O.F., Teixeira, V.V., Silva, J.A.T.C., & Contini, M. de L.J. (2006). Prática na enfermagem pediátrica: um colorido na clínica winnicottiana. *Revista SBPH*, 9(1), 71-80.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582006000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000100006).
- Gomes, I.D, Silva, L.B., Silva, A.M.S., Pascual, J.G., Colaço, V.F.R., & Ximenes, V.M. (2016). O social e o cultural na perspectiva histórico cultural: tendências

- conceituais contemporâneas. *Psicologia em Revista*, 22(3), 814-831.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a16.pdf>.
- Jodelet, D. (2006). Presença da Cultura no campo da saúde. In Almeida, A.M. de O., Santos, M. de F. S., Cruz, G.M.S., Trindade, Z.A. (Orgs.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano*. Estudos em representações sociais. (pp. 75-109). Editora UNB.
- Koller, S.H., Couto, M.C.P.P., & Hohendorff, J.V. (2014). *Manual de Produção Científica*. Penso.
- Kramer, S. & Leite, M.I. (Orgs.). (2003). *Infância: fios e desafios da pesquisa*. Papirus.
- Leitão, M.M., Duarte, N. & Cruz, I. (2009). *Folclorices de brincar*. Editora Brasil.
- Linhares, M.B.M. (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 587-599.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000400587&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000400587&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Luft, L. (2003). *Perdas e Ganhos*. Editora Record.
- Martins, S.P., Jesus, J.P.B., Lima, L.N., Fogaça, C.S., Seixas, C.C., Kairala, N.R., Medeiros, A.S.O.L, Moura, C.C.L., Oliveira, C.M., Kairala, A.L.R., & Oliveira, M.S. (2015). Jovens acadêmicos de medicina: um primeiro contato com a pediatria. XV Safety, Health and Environment World Congress, Portugal.
- Medeiros, H.R.F. (2011). O passado e o presente da puericultura através da história do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo.  
[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1297124293\\_ARQUIVO\\_ANPU\\_HNAC11IPPMG.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1297124293_ARQUIVO_ANPU_HNAC11IPPMG.pdf).
- Medeiros, M. (1999). *Poesia Reunida*. L&PM.

- Medrano, C.A., Padilha, M.I.C.S., & Vaghett, H.H. (2008). O brinquedo terapêutico: notas para uma re-interpretação. *Revista mal-estar e subjetividade*, 8 (3), 705-728.
- Mendes, F.T. & Oliveira, V.Z. (2011). Assistência psicológica ao paciente portador de fibrose cística. *Revista HCPA*, 31 (2), 259-261.  
<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/21207/12498>.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. De C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto-enfermagem*, 17 (4), 758-764.  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou  
Ministério da Saúde. (2020). *Sobre a doença*. Brasília.  
<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>.
- Mitre, R.M.A. & Gomes, R. (2004). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência e saúde coletiva*, 12 (5), 77-84.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025).
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., Valerio, N.I., Santos, A.R.S. dos., & Rosa, L.T.B. da. (2002). Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100003>.
- Morais, C., Borges, C., Chastinet, J., Solovieva, Y., Quintanar, L., & Diaz, F. (2019). *Método de avaliação e estímulo da atividade lúdica: abordagem histórico-cultural*. Memnon.

- Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2010). Intervenção Psicológica Lúdica para o Enfrentamento da Hospitalização em Crianças com Câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 445-454. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Muller, F. & Carvalho, A.M. (Orgs.). (2009). *Teoria e prática na pesquisa com crianças: diálogos com William Corsaro*. Cortez.
- Mussa, C. & Malerbi, F.E.K. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10 (2), 83-93. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9528/6596>.
- Oliveira, L.D.B, Gabarra, L.M., Marcon, C., Silva, J.L.C. & Macchiaverni, J. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: Relato de experiência. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19 (2), 306-312. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200011).
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2020). *Orientação sobre uso de máscaras no contexto da COVID-19*. Orientação Provisória. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52254/OPASWBRACOV1920071\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52254/OPASWBRACOV1920071_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Pimenta, S.B.B. (2017). Estudo sobre mediação e desenvolvimento humano na teoria de Vigotski: reflexões sobre a criança em situação de adoecimento [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco].
- Piske, F., Azevedo, L.A., Marcon, C. & Oliveira, L.D.B. (2013). Grupo de apoio para acompanhantes de crianças internadas em uma unidade pediátrica. *Revista*

*Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (1), 35-49.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/03.pdf>.

*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. (2018). Brasília.

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf).

Rocha, A.C. & Ferreira, E.A.P. (2006). Queixas identificadas em crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de psicologia pediátrica de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 32-48.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100005).

Rocha, M.L. (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>.

Rocha, P. (2009). Contador de Histórias.

<http://www.overmundo.com.br/banco/contador-de-historias>.

Rosa, M. (2022). Pulando amarelinha, eu só imaginava... Pensador.

<https://www.pensador.com/frase/MTM5NTI2OQ/>.

Saccol, C.S., Figuera, J. & Dorneles, L. (2007). Hospitalização Infantil e Educação: caminhos possíveis para a criança doente. *Vidya*, 24 (42), 181-190.

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/413/387>.

Sanchez, M.L.M. & Ebeling, V.L.N. (2011). Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. *Revista SBPH*, 14(1), 186-199.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-08582011000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582011000100011&lng=pt&nrm=iso).

- Silva, A.N. da., Assis, C.L. de., Silva, L.G. da., Rodrigues, M.F. de A., Souza, J.L.G. de., Masieiro, R.R., & Silva, M.R. (2012). Psicologia Hospitalar: reflexões a partir de uma experiência de estágio supervisionado junto ao setor Obstétrico-Pediátrico de um Hospital Público do interior de Rondônia. *Revista SBPH, 15 (1)*, 41-58. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100004).
- Smith, K. (2022) Era uma vez. Vagalume. <https://www.vagalume.com.br/kell-smith/era-uma-vez.html>.
- Souza, A.L. de., Wottrich, S.H., Seelig, C., Viguera, E.S.R., & Ruschel, P.P. (2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. *Revista SBPH, 10 (1)*, 151-160. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100011).
- Souza, M.T., Silva, M.D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein, 8(1)*, 102-106. [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf).
- Tonelli, E. & Lages, J.G. (Eds.) (2017). História da Pediatria em Minas Gerais.
- Valente, L. (2022). Na dança das cadeiras... sobra ela,... Pensador. <https://www.pensador.com/frase/OTQwNDcz/>.
- Vigotski, L. S. (2001). *Pensamento e Linguagem*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2008). A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. Tradução de Zóia Prestes. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais, 8*, 23-36.

- Vygotski, L. S. (2018). *Imaginação e criação na infância: ensaio psicológico*. Tradução de Zoia Prestes e Elizabeth Tunes. Expressão Popular.
- Vygotski, L.S. (1966/1984). *A formação social da mente*. Martins Fontes.
- Vitorino, S.C., Linhares, M.B.M., & Minardi, M.R.F.L. (2005). Interação entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 267-277.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200014&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Vivian, A.G., Rocha, C.C. da., Agra, K.P., Krummenauer, C., Benvenuti, D.K., Timm, J.S., & Souza, F.P. de. (2013) "Conversando com os pais": relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica. *Aletheia*, 40, 174-184.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100015).
- Vygotski, L.V. (2012). *Obras Escogidas – IV: Problemas de la psicología infantil* (Segunda Parte). Machado Grupo de Distribución, (Originalmente publicado em 1932-1933).
- Vygotsky, L. S. (2007). *A formação social da mente*. (7. ed.). Martins Fontes.
- Vygotsky, L.S. (2010). *A construção do pensamento e da linguagem*. Martins Fontes.
- Wendling, M.M., Santos, F.B. dos., Silva, T.B. da. & Moreira, A. da S. (2019). Hospital e psicanálise: a atuação do psicólogo em um ambulatório de Pediatria. *Revista SBPH*, 2 (n.esp), 186-204.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000200014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200014).

## Apêndices

### Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tcle)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

*Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.*

A senhora, profissional psicóloga do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) está sendo convidada, como voluntário(a), a participar da pesquisa “Protocolo De Avaliação Do Desenvolvimento Infantil Mediado Pelo Brincar: Contribuições Da Psicologia Histórico-Cultural Na Pediatria Hospitalar”. Nesta pesquisa pretendemos instrumentalizar profissionais psicólogas, atuantes no setor da Pediatria do Hospital Geral de Vitória da Conquista, através da elaboração e proposta de implantação de um protocolo para avaliação do desenvolvimento infantil, mediado pelo brincar. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o desejo de instrumentalizar a equipe multiprofissional atuante no setor de Pediatria, bem como toda a família, com orientações sobre o momento do desenvolvimento infantil e quais atividades lúdicas podem ser executadas para estímulo das potencialidades da criança hospitalizada, além de que deve-se considerar que o recurso do brincar possibilitará a construção de vínculos mais fortalecidos e poderá atuar como um acesso aos sentimentos e comportamentos apresentados pela criança, elemento não percebido nas pesquisas já existentes.

Para esta pesquisa, adotaremos procedimentos que envolvem contatos e entrevistas com os profissionais psicólogas atuantes no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC). Diante da vivência do atual momento, referente à Pandemia do Covid-19 e, portanto, da necessidade de isolamento social e evitação de contato físico para maior segurança e menores riscos de contaminação, a pesquisa será realizada na modalidade virtual, através da *Plataforma Google Meet*, que possibilitará a realização desses procedimentos.

Não haverá nenhum custo e a senhora não receberá qualquer vantagem financeira. As participantes serão esclarecidas em todas as formas que desejarem e estarão livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sendo esta, voluntária. A recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. A senhora não será

identificada em nenhuma publicação. Esta pesquisa apresenta risco mínimo como a possibilidade do desconforto no momento da realização das entrevistas, fotografias e audiogravações, considerando que a pesquisa virtual, sem a presença física no momento da realização das entrevistas é um fator relacionado à uma nova realidade que nos deparamos frente a uma pandemia e que pode resultar em dificuldades do participante, que pode sentir desconforto para dialogar sobre a realidade de trabalho, ou pode haver dificuldades quanto ao uso da tecnologia. No entanto, a fim de amenizá-los, caso venham a acontecer, o participante será acolhido no seu desconforto ou emoção que sentir, momento em que será realizada uma escuta qualificada, com a possibilidade de um atendimento pontual para atendimento e orientações acerca da demanda que surgir, visando a reduzir/eliminar os efeitos causados. Caso seja manifestada, também, a dificuldade vinculada às tecnologias, haverá uma orientação para o uso correto. Ainda, considerando o cenário atual da Pandemia do Covid-19, a realização da pesquisa de maneira virtual e não presencial configura-se como uma medida de redução de danos à maneira que evita possíveis riscos de contato físico e contaminação.

Além disso, a senhora tem o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios desta pesquisa se darão à medida que a ocorrência de brincadeiras seja incluída no período de hospitalização, uma vez que a manutenção de atividades da rotina anterior é fundamental para o bem-estar da criança. Ressaltamos que a brincadeira, por si só, é promotora de saúde e um direito da criança garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Um outro benefício a ser citado é que o brincar poderá passar a ser um mecanismo utilizado pelos profissionais em momentos futuros, para estabelecimento de uma melhor relação e para obtenção de cuidados a esses pacientes com maior efetividade, incluindo o fato de que a implementação de um protocolo para avaliação do desenvolvimento infantil instrumentalizará a equipe a trabalhar com atividades lúdicas mais pertinentes ao momento em que a criança se encontra.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:**

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, profissional psicóloga do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participação da pesquisa, se assim eu desejar. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Consinto, também, que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Vitória da Conquista - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*Impressão digital*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) profissional de saúde*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura da pesquisadora responsável*



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**Pesquisadoras Responsáveis:****Carmem Virgínia Moraes da Silva**Fone: (77) 98804-9095 / E-mail: [carmem.virginia@gmail.com](mailto:carmem.virginia@gmail.com)**Luanna Lua Sousa Felício**Fone: (77) 99167-9222 / E-mail: [luannalua.psi@gmail.com](mailto:luannalua.psi@gmail.com)**CEP/ UFBA-IMS/CAT – Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA**

Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira, 1º andar. Rua Hormindo Barros, nº 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias. CEP: 45.029-094.

Telefone: (77) 3429-2720 / E-mail: [cepims@ufba.br](mailto:cepims@ufba.br)

**Apêndice B: Roteiro para entrevista semiestruturada com profissionais**

1. Quais são as atividades que você realiza enquanto profissional Psicóloga no hospital?
2. Quando há necessidade de atendimento na pediatria, como ocorre?
3. Quais são as atividades que você desenvolve na pediatria?
4. O que você considera como necessário para a sua atuação na Pediatria Hospitalar?
5. Na sua avaliação, normalmente, as crianças possuem todas as informações necessárias quando são hospitalizadas?
6. Como ocorre a comunicação com as crianças? E com familiares?
7. E em relação à equipe, há comunicação? Vocês possuem atividades conjuntas?
8. Descreva um pouco de como ocorre o trabalho em equipe.
9. Há a utilização do brincar? Se sim, pode descrever um pouco?
10. Em situações de violação de direitos, como é o procedimento para lidar? Há protocolos?
11. Quais são as potencialidades que você encontra na sua atuação?
12. E as dificuldades/limitações, quais são?
13. Como é a sua compreensão com relação ao desenvolvimento infantil?
14. Essa compreensão está baseada em uma abordagem específica da Psicologia?
15. Qual a concepção que você tem de infância e criança?
16. Qual a relação que você vê entre brincadeira e processo de desenvolvimento?
17. Qual papel da brincadeira no espaço hospitalar?

**Apêndice C: Atividade de completar sentenças**

1. Eu acho a pediatria muito....
2. O que eu mais gosto na pediatria é...
3. O que eu mais gosto de fazer na pediatria é...
4. O que eu menos gosto de fazer na pediatria é
5. Normalmente, nos atendimentos, o que mais acontece é...
6. O que sinto mais falta é...
7. Se eu pudesse mudar algo...
8. Sobre a pediatria, acho que a maioria dos meus colegas...
9. Quando alguém tem um problema na pediatria...
10. O conhecimento que considero necessário para atuação na pediatria é...
11. Quando atuo na pediatria, o que mais acontece é...
12. A melhor coisa que aconteceu na pediatria foi....
13. A pior coisa que me aconteceu na pediatria foi...
14. Os crianças hospitalizadas são...
15. As crianças hospitalizadas precisam de...
16. Se tivesse psicóloga lotada na pediatria...
17. Gostaria, se pudesse, na pediatria de acabar com...
18. Os profissionais da pediatria...
19. Os profissionais da pediatria precisam de...
20. Os profissionais da pediatria deveriam...

## Apêndice D: Termo de Uso de Imagem e Depoimento

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

*Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.*

Eu \_\_\_\_\_,  
 CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Luanna Lua Sousa Felício, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmem Virgínia Moraes da Silva, do projeto de pesquisa intitulado “Protocolo De Avaliação Do Desenvolvimento Infantil Mediado Pelo Brincar: Contribuições Da Psicologia Histórico-Cultural Na Pediatria Hospitalar”, a realizar as gravações e fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

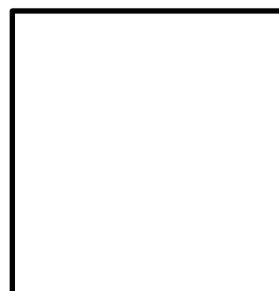
Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990 e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

Vitória da Conquista - BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
 Pesquisadora responsável pela pesquisa

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.



**Apêndice E: Compilação de dados dos artigos selecionados**

<b>COD.</b>	<b>TÍTULO ARTIGO</b>	<b>ANO</b>	<b>NATUREZA DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>
<b>A1</b>	A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência.	2009	Descritivo	Lecila Duarte Barbosa Oliveira, Letícia Macedo Gabarra, Claudete Marcon, Julia Laitano Coelho Silva & Juliana Macchiaverni
<b>A2</b>	A criança gravemente doente fala sobre a morte: um relato de experiência.	2018	Descritivo	Marina Ferreira Arienti & Marcos Vinícius Zoreck Portela
<b>A4</b>	Assistência psicológica ao paciente portador de fibrose cística	2011	Descritivo	Fernanda Thones Mendes & Viviane Ziebell de Oliveira
<b>A5</b>	Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico	2017	Empírico	Fernanda Rosalem Caprini & Alessandra Brunoro Motta
<b>A7</b>	Cirurgia cardíaca pediátrica: o papel do psicólogo na equipe de saúde	2008	Descritivo	Lenira Akcelrud Finkel & Vanessa Beatriz Passos Espíndola
<b>A8</b>	Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para criança queimada	2010	Descritivo	Adriano Valério dos Santos Azevêdo
<b>A10</b>	Conversando com os pais: relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica	2013	Descritivo	Aline Groff Vivian, Claudia Corrêa da Rocha, Kátia Pereira Agra, Claúbia Krummenauer, Denise Karlinski Benvenuti, Janine Santos Timm & Fernanda Pasquoto de Souza
<b>A12</b>	Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção	2016	Empírico	Maria Beatriz Martins Linhares
<b>A13</b>	Grupo de apoio para acompanhantes de crianças internadas em uma unidade pediátrica	2013	Empírico	Fernanda Piske, Larissa Antonella Azevedo, Claudete Marcon & Lecila Duarte Barbosa Oliveira
<b>A14</b>	Hospital e psicanálise: a atuação do psicólogo em um ambulatório de Pediatria	2019	Descritivo	Michelle Menezes Wendling, Fernanda Barbosa dos Santos, Talita Barbosa da Silva & Amanda da Silva Moreira

<b>A15</b>	Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria	2005	Descritivo	Stephânia Cottorello Vitorino, Maria Beatriz Martins Linhares & Maria Regina Fonseca Lindenberg Minardi
<b>A16</b>	Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica	2011	Empírico	Marisa Leonetti Marantes Sanchez & Vanessa de Lourdes Nunes Ebeling
<b>A17</b>	Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer	2010	Empírico	Alessandra Brunoro Motta & Sônia Regina Fiorim Enumo
<b>A18</b>	Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada	2011	Empírico	Adriano Valério dos Santos Azevêdo & Ana Flávia Trindade dos Santos
<b>A19</b>	O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica.	2007	Descritivo	Aniele Lima de Souza, Shana Hastenpflug Wottrich, Cynthia Seelig, Evelyn Soledad Reyes Viguera; & Patrícia Pereira Ruschel
<b>A20</b>	O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica	2011	Teórico	Adriano Valério dos Santos Azevêdo
<b>A23</b>	Prática na enfermaria pediátrica: um colorido na clínica winnicottiana.	2006	Empírico	Daniely Santos Franchin, Flávia Souza Morais Sala da Silva, Katulle Oliveira Freitas Silva, Veridiana Vicentini Teixeira, Joselane A. T. Campagna Silva & Maria de Lourdes Jeffery Contini
<b>A24</b>	Prática psicanalítica em enfermaria de pediatria: possibilidades, desafios.	2019	Descritivo	Andréa Barbosa de Albuquerque
<b>A25</b>	Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias	2011	Descritivo	Camilla Volpato Broering & Maria Aparecida Crepaldi
<b>A26</b>	Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais	2011	Empírico	Fernanda Nascimento Pereira Doca & Áderson Luiz Costa Júnior
<b>A27</b>	Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão	2007	Teórico	Fernanda Nascimento Pereira Doca & Áderson Luiz Costa Junior

<b>A28</b>	Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa	2002	Descritivo	M. Cristina O. S. Miyazaki <sup>1</sup> , Neide Ap. Micelli Domingos, Nelson I. Valerio; Ana Rita Ribeiro dos Santos & Luciana Toledo Bernardes da Rosa
<b>A29</b>	Psicologia Hospitalar: reflexões a partir de uma experiência de estágio supervisionado junto ao setor Obstétrico-Pediátrico de um Hospital Público do interior de Rondônia.	2012	Descritivo	Ana Nóbrega da Silva, Cleber Lizardo de Assis, Leila Gracieli da Silva, Marivone Fátima de Assis Rodrigues, Josélia Lúcia Grinivold de Souza, Roseni Romualdo Masieiro & Marcilene Rodrigues Silva
<b>A30</b>	Psicologia hospitalar: um olhar interdisciplinar no atendimento a crianças e adolescentes.	2006	Empírico	Daniela Rosa Cachapuz
<b>A31</b>	Queixas identificadas em crianças e adolescentes atendidos pelo serviço de Psicologia Pediátrica de um hospital universitário.	2006	Empírico	Aline C. Rocha & Eleonora A. P. Ferreira
<b>A32</b>	Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais	2006	Empírico	Áderson Luiz Costa Junior, Sílvia Maria Gonçalves Coutinho & Rejane Soares Ferreira
<b>A33</b>	Uma experiência terapêutica pré-cirúrgica: o uso do desenho como mediador lúdico	2013	Empírico	Eloísa Pelizzon Dib & Jorge Luís Ferreira Abrão
<b>A34</b>	Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride	2008	Teórico	Patrícia Zulato Barbosa & Renata F. Pegoraro

*Nota.* Fonte: dados da pesquisa elaborada pela própria autora (2022).