

Sofrendo entre quatro paredes: relatos de mães acompanhantes dos filhos hospitalizados¹.

Vitor Silva Mendonça²

Resumo

Este trabalho busca apresentar um estudo exploratório a partir da vivência das mães diante do processo de hospitalização de seus filhos, em uma enfermaria de pediatria, de um hospital de caráter público, localizado no Estado do Espírito Santo/Brasil. O estudo apresenta os depoimentos de doze mães entrevistadas a partir de uma pergunta aberta, onde se buscou identificar os sentimentos por elas vivenciados durante o processo de hospitalização dos filhos. Alguns destes depoimentos vêm reforçar a importância do psicólogo no espaço da pediatria não apenas em atenção à criança hospitalizada, mas, sobretudo às mães que as acompanham, tornando-as participantes no processo de hospitalização.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa, Hospital e Sentimentos maternos.

Abstract

This work searches to ahead present an exploratory study from the experience of the mothers of the process hospitalization of its children in an infirmary of pediatrics of a hospital public character, located in the State of the Espírito Santo/Brazil. The study presents the depositions of twelve mothers interviewed from an opened question where if searched to identify the feelings for lived deeply them during the process of hospitalization of the children. Some of these depositions come to strengthen the importance of the psychologist in the space of the pediatrics not only in attention to the hospitalized child but over all to the mothers who follow them becoming them participant in the hospitalization process.

¹ **Trabajo recibido el 27 de noviembre de 2008 y aceptado el 27 de diciembre de 2008**

² Psicólogo, aluno do mestrado em Psicologia pelo Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, da Universidade Federal do Espírito Santo/ Brasil.

Key-words: Person central approach, Hospital and Feelings maternal.

1. Introdução

1.1 Processo de Hospitalização

Considerando o aspecto histórico, observa-se que o hospital foi apreendido como instrumento terapêutico no final do século XVIII, porém a consciência de que ali tratava-se de um instrumento destinado a curar apareceu claramente em torno de 1780 (FOUCAULT, 1992). Mas, anteriormente a isto, relata Pitta (apud COLLET, N; ROCHA, S. M. M; 2004), o hospital era o local dos moribundos, doentes, pobres e inválidos, todavia, com a introdução da tecnologia e cientificidade médica, o hospital começa a ser visto como dispositivo de cuidado médico.

Ao mesmo tempo, no hospital encontramos além de sua estrutura formal de funcionamento – regras oficiais que orientam os comportamentos apropriados aos objetivos da organização – a estrutura informal, que diz respeito aos valores e aos padrões de comportamento, independentes das regras formais, resultantes das relações interpessoais entre os membros da organização (CARAPINHEIRO, G. apud COLLET, N; ROCHA, S. M. M; 2004). Ali, afirma Leitão (1993), é uma estrutura que existe em função do doente e da doença; é a “Casa de saúde” que necessita do doente e da doença para sobreviver, mas quando a saúde é reconquistada de imediato o seu portador sai do hospital.

No hospital é o local onde o ser – doente permanece, e segundo Olivieri (1965), o ser - doente não é um ser anormal, é um ser que vivencia uma doença. É um ser diferente, que em geral, não quer ser doente, não quer ser como está, quer ser são. A sua primazia é justamente ser o que era antes – ser sadio no futuro. De acordo com Ferreira (apud CAMON, 1996), o processo de adoecer na quase totalidade dos casos traz em seu bojo uma configuração de total falta de sentido para o próprio significado existencial do paciente. É como se tudo que fosse preconcebido anteriormente desmoronasse e perdesse a configuração com o real, pela possibilidade do adoecer e das implicações de sua ocorrência.

O ser - doente vivencia a hospitalização como uma experiência que não passa despercebida, e muito menos para seus familiares ou acompanhantes. E, uma vez que o processo de hospitalização ocorre com crianças, a reflexão deve ser redobrada, a medida que este processo pode comprometer sua integridade física e seu desenvolvimento mental. (BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R; 2003). Para Chiattonne (1984), a hospitalização leva ao indivíduo a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, além da doença também representar uma nova variável em sua vida. Durante a internação, a criança já física e emocionalmente debilitada pela doença passa a ter que enfrentar o seu afastamento do ambiente familiar.

O processo de hospitalização, segundo Baptista e Dias (2003), na percepção da criança é na maioria das vezes sentido como uma punição, castigo ou algo estreitamente relacionado a uma culpa. A sensação de estranhamento ao ambiente hospitalar, sensação de abandono, quando a função de cuidar não é desempenhada, e hospitalizações prolongadas, quando o hospital é visto como local de proibições, podem contribuir para comportamentos desadaptativos da criança. Reações como regressão e a passividade estão presentes no processo de doença e hospitalização. Muitas vezes, a reação da criança em relação à doença e hospitalização dependem do grau de compreensão que esta tem da sua realidade, em função dos estágios de desenvolvimento.

As enfermidades na infância podem apresentar profundas repercussões na vida da criança. É de extrema importância avaliar o significado que a doença tem para a criança e seus familiares. Crenças distorcidas podem comprometer a adesão ao tratamento, o enfrentamento da doença e os níveis de qualidade de vida, assim como aponta Amaral (2000). A doença provoca uma agressão, uma solução de descontinuidade entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto, principalmente para a criança.

No intuito de auxiliar o indivíduo hospitalizado a melhor compreender este momento, é necessário a ajuda de um profissional especializado, fato que vem sendo assumido pelos profissionais de Psicologia, realizando uma atuação não

só com os pacientes, mas também com os familiares e a equipe de saúde (CAMON, 1996).

Camon (1996), acredita ser primordial a inserção do psicólogo nas enfermarias de pediatria, no sentido de desenvolver atividades lúdicas, na tentativa de fazer com que a criança experimente sua nova forma de ser. Assim, busca-se fortalecer a auto-estima e auto-conceito criando oportunidades de retorno ao equilíbrio psíquico.

O paciente é uma pessoa que perde sua condição de agente para se tornar meramente passivo num processo de total cerceamento de suas aspirações existenciais (CAMON, 1996). A criança, juntamente a este cerceamento, ao ficar doente é afetada em sua integridade e desenvolvimento emocional, e mais, quando é privada do contato materno há um sério risco de apresentar comprometimento em seu desenvolvimento físico, social e intelectual. Para Chiattonne (1988), o maior malefício inerente ao processo de hospitalização se refere à separação da criança doente de sua mãe, aspecto assumido nas enfermarias de pediatria, justamente num momento de crise determinado pela doença, em que a criança necessita basicamente de apoio e carinho materno.

De acordo com o estudo realizado pelas autoras Lima, Rocha e Scochi (1999), a literatura norte-americana descreve que até 1930 a assistência à criança hospitalizada, tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso. Esta forma de assistir afastou a mãe e familiares de um envolvimento com a criança. Contudo, a preocupação com o crescimento e desenvolvimento na assistência a criança hospitalizada foi impulsionada pelo relatório publicado, em 1951, pela Organização Mundial de Saúde sobre a privação materna como fator etiológico perturbador da saúde mental.

Outro marco na organização das práticas de assistência à criança hospitalizada foi a publicação do Relatório Platt (MINISTRY OF HEALTH, 1959) na Inglaterra, que trouxe a preocupação com o bem-estar da criança internada em instituições hospitalares levando a discussão do processo de hospitalização da criança (LIMA, R. A. G; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S; 1999). No Brasil, a

preocupação com a permanência dos pais no hospital passou a se tornar mais efetiva após a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No Artigo 12, o ECA dispõe que "os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente" (BRASIL, 1991,p.16).

A perspectiva de levar os pais para dentro do hospital traz alterações nas relações de trabalho estabelecidas no ambiente hospitalar. Eles foram encorajados a ficar com os filhos durante a hospitalização, tornando-se mais um dos agentes que tomam parte no processo de cuidado (COLLET, N; ROCHA, S. M. M; 2004). A criança sente maior segurança ao estar acompanhada de sua mãe, principalmente no processo de hospitalização. A família pode auxiliar na observação da criança em diferentes situações e por mais tempo que o profissional que a acompanha. Torna-se a principal fonte de informações entre as diversas classes de comportamentos apresentadas (BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R; 2003).

Com a inserção da família e, principalmente da mãe, ao atendimento à criança hospitalizada, alguns hospitais precisaram se adequar e até mesmo oferecer programas estruturados que trabalhem e auxiliem as mães no enfrentamento de suas reações, visto que o grau de comprometimento emocional desta pode ser causado mediante ao processo de hospitalização do filho (BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R; 2003).

Chiattonne (apud CAMON, 1996) afirma que muitas famílias ao se depararem com a situação do filho hospitalizado perdem a aptidão e plenitude de raciocínio decorrente da situação ameaçadora em si que traz questões sem respostas: "Por que isso foi acontecer com meu filho?" "Aonde foi que eu errei?" "Ele conseguirá suportar?" "Posso confiar a vida do meu filho a esses profissionais?" E mais, além do conflito individual de cada membro da família frente ao processo de hospitalização da criança, muitas vezes esta família encontra-se fragilizada, o que dificulta na manutenção da estrutura familiar

perante ao filho. Com isso, cada membro da família vive o processo de hospitalização da criança de uma forma bem individual.

1.2 Abordagem Centrada na Pessoa

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), historicamente, nasceu em meados dos anos 30 em Nova York, a partir dos estudos e práticas de Carl Rogers. Algumas denominações foram sendo dadas, em seu período de desenvolvimento, até a denominação ACP que foi proposta pelo próprio Rogers na década de 1970, que se caracteriza, também, pela facilitação do desabafo através de uma escuta empática, não dando a resposta que o outro quer ouvir, mas dar condições para que ele encontre suas próprias respostas, pois cada indivíduo tem dentro de si recursos para a auto-compreensão, o que ele denominou de tendência atualizante (ROGERS, 1997). Neste sentido Rogers considera que:

...os indivíduos têm dentro de si mesmos amplos recursos para alterarem seu auto-conceito, sua atitude básica e seu comportamento auto-dirigido; esses recursos podem ser mobilizados se lhes for proporcionado um clima definido de atitudes psicológicas facilitadoras (apud WOOD, 1997, p. iii).

Para que a relação entre as pessoas envolvidas no processo de apoio psicológico possa ocorrer de forma verdadeira e de modo a possibilitar a pessoa atingir seu auto-conhecimento, algumas atitudes são fundamentais. São elas: o contato psicológico entre duas pessoas; a incongruência de uma delas, ao qual aqui seria o cliente e/ou seu familiar; a congruência, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática por parte do terapeuta; e que o paciente ou o familiar consiga perceber estas atitudes do terapeuta (ROGERS apud WOOD, 1997).

Para Rogers (1997), o contato psicológico significa estar consciente deste contato com o outro, possibilita o início da mudança terapêutica. A incongruência refere-se a uma discrepância entre a experiência da situação, da forma como é registrado pelo organismo e a representação simbólica daquela experiência na consciência. A congruência significa que o terapeuta está sendo livre e profundamente sendo ele mesmo, com a sua experiência real. Assim, quanto mais congruente for o terapeuta na relação, maior a possibilidade de

haver as modificações na personalidade do paciente. A consideração positiva envolve sentimentos de aceitação em relação à expressão de sentimentos do paciente ou familiar. A compreensão empática ocorre quando o terapeuta vivencia o mundo privado do paciente como se fosse o seu. Diante destas atitudes, a relação entre estas pessoas se transforma numa relação de confiança, no processo de apoio psicológico. O profissional não impõe o seu sentido e valores à experiência do outro.

O objetivo da pesquisa pauta-se no estudo da vivência das mães em uma enfermaria de pediatria que estavam ali “internadas” em acompanhamento por a um outro ser, o seu filho. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa estava centralizado no experiência que cada mãe passa nesse momento, pois como afirma Forghieri (1993), a vivência e a experiência de um ser, apenas pode ser descrita e alcançada de forma direta por ele mesmo, e o pesquisador apenas pode produzir significados a partir de informações fornecidas pela própria pessoa que vivencia a experiência.

2. Aspectos Metodológicos

A enfermaria de pediatria em que se desenvolveu a pesquisa está situada em um Hospital público, localizado na Grande Vitória/Brasil. As mães que participaram do estudo não passaram por nenhum critério de seleção, mas à medida que davam entrada na enfermaria de pediatria do hospital já poderiam ser um objeto de estudo para a pesquisa.

Os pacientes internados na enfermaria são crianças e adolescentes de zero a dezoito anos com diferentes diagnósticos de doenças e pacientes pré e pós-cirúrgicos, sendo que a internação dos pré-cirúrgicos acontece em menor proporção, dando-se preferência para os pacientes vindos de municípios mais distantes. Aqueles com moradias mais próximas dão entrada no mesmo dia da cirurgia. Todos os pacientes pós-cirúrgicos permanecem na enfermaria, em um quarto destinado só para pacientes cirúrgicos, até a alta hospitalar.

Os outros pacientes são internados por diagnósticos de pneumonia, bronquiolite, hepatite, infecção urinária, desnutrição, asma e abscesso, que é causada por uma infecção bacteriana que se estende profundamente formando

uma cavidade com secreção purulenta, principalmente. Grande número dos pacientes internados na enfermaria refere-se a estas doenças citadas anteriormente, onde permanecem em média de sete a dez dias internados no hospital. Todos os pacientes da enfermaria contam com um acompanhante, que na grande maioria são as mães, e por um período de uma hora diária estes pacientes podem receber visitas, no horário estabelecido pelo hospital.

As crianças e adolescentes que tiveram as mães envolvidas na pesquisa tinham idades variando de dois meses a quatorze anos. Com tempo de internação também variado, devido ao tipo de diagnóstico, sendo que haviam pacientes no seu segundo dia de internação até pacientes no décimo oitavo dia, e com diagnósticos de pneumonia em quatro pacientes, um com hepatite, outros três com abscesso, um outro paciente com semi-oclusão de *Ascaris*, um com asma geral, um com infecção urinária e o outro pós-cirúrgico de timpanoplastia.

A pesquisa contou com a participação de doze mães que acompanhavam seus filhos, durante o processo de internação no hospital, nos meses de maio, junho e setembro de 2007. Como o estudo visava investigar a vivência das mães, foi dada prioridade às mães que realmente estavam presentes no processo, ou seja, eram as acompanhantes do filho.

A faixa etária das mães variou de vinte e dois a quarenta e cinco anos; sendo três com o ensino fundamental incompleto, duas com o ensino fundamental completo, duas com o ensino médio incompleto, quatro com o ensino médio completo e uma com ensino superior completo. Quatro mães já haviam passado por outras internações com o mesmo filho e oito vivenciavam pela primeira vez o processo.

Os depoimentos foram retirados a partir de uma entrevista com uma única pergunta aberta que visava identificar a vivência da mãe no hospital, diante a internação do seu filho. A pergunta realizada para as mães foi “Como você está se sentindo neste momento, aqui no hospital?” Mesmo sendo utilizada uma pergunta, como forma de coletar os dados, à medida que as mães relatavam

suas vivências pequenas intervenções foram feitas, como forma de tentar identificar de forma mais clara as vivências destas. Utilizou-se um consultório na própria enfermaria para que a entrevista pudesse ser realizada sem interrupção, com ambiente favorável.

Antes de iniciar a entrevista foi explicado às mães o propósito da pesquisa e solicitado o seu consentimento para realização do estudo. Nesta pesquisa mantém-se o anonimato e sigilo das participantes como forma de preservá-las de sua identificação. Assim, a identificação das mães foi feita através de letras, seguindo a seqüência alfabética, sem haver correspondência entre as letras e o nome de cada uma.

Os depoimentos foram transcritos e analisados tomando como base a pesquisa qualitativa, com fundamentação fenomenológica que tem como objetivo central “(...) acessar o mundo privado e subjetivo do homem e dar conta de dimensões do vivido humano não mensurável.” (HOLANDA, 2005, p. 38). E que coloca o pesquisador mais próximo do fenômeno estudado.

A pesquisa fenomenológica, diz Amatuzzi (apud HOLANDA, 2005), pretende dar conta do que acontece, através da intencionalidade do relato, procurando trazer para o presente a experiência vivida e que pode não ter sido acessado antes. Para se captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa é necessário utilizar-se a redução fenomenológica, que consiste em retornar a experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permite chegar a essência do conhecimento, tal qual aparece, deixando fora de ação os conhecimentos, previamente, adquiridos (FORGHIERI, 1993).

Tendo como requisito básico para este estudo a pesquisa qualitativa de caráter fenomenológico, vale ressaltar que os relatos apresentados a seguir foram obtidos através de forma espontâneos a partir da vivência de cada sujeito, seguindo alguns cuidados para que as informações fossem fornecidas com a maior proximidade da experiência imediata (FORGHIERI, 1993).

A partir de estudos realizados por Amatuzzi (apud HOLANDA, 2005) a respeito da classificação de pesquisas fenomenológicas, a presente pesquisa pode ser caracterizada como um estudo fenomenológico de tendência empírica, na qual se trabalha com dados empíricos fornecidos através de depoimentos que permitem acessar a estrutura do vivido.

3. Resultados e Discussão

Para a análise dos dados, houve um envolvimento do pesquisador com os depoimentos de cada sujeito, procurando penetrar na sua vivência. Lendo quantas vezes fossem necessários os depoimentos, separadamente, para chegar a uma compreensão global da experiência. Na seqüência, foram retiradas partes do relato que expressa a vivência da mãe no contexto hospitalar, com a finalidade de captar o significado (FORGHIERI,1993).

A mãe A. afirma que para uma mãe ver sua filha internada em um hospital é uma atitude muito difícil, até porque esta é profissional de saúde e sente-se surpresa com o fato de ter ocorrido até na sua família, ao dizer,

Foi duro ver a minha filha sendo furada, até porque trabalho na área da saúde... a situação fugiu do controle das minhas mãos e não sei por que isto ocorreu...

Camon (1996) afirma que quando uma família defronta-se com a doença em um filho acaba por vivenciar intensa angústia e desorganização psicológica, perdendo a conexão com o mundo habitual devido ao temor ao desconhecido e intensa vivência no tratamento.

Segundo Camon (1996), além de vivenciar esta intensa angústia, no aqui - agora da hospitalização, algumas mães acabam por expressar a perda da aptidão e plenitude de raciocínio decorrente da situação ameaçadora em si que traz questões sem respostas. B. ao expor o seu depoimento vivencia este fato, ao trazer a seguinte informação:

...para mim está sendo terrível, pois será que estou no lugar certo para cuidar do meu filho?... Será que tudo vai se resolver? Este lugar vai curar meu filho?...

B. ainda, ao relatar a sua vivência deixa claro a sua desorganização emocional, quando diz:

...fico desesperada, longe de casa e da família... quando ele pede para ir para casa tenho vontade de ir sem autorização de ninguém, mas sei que tenho de ficar...

O que vem a ratificar a desestruturação do grupo familiar e a explosão de intensos sentimentos que variam entre revolta, desespero e negação da realidade. (CAMON, 1996).

Assim como B. traz o fato de se estar longe de casa, C. e D. também expressam a saudade de casa, por ser um ambiente conhecido e que dá certa segurança de seu morador, como afirma Chiattonne (1988). C. relata:

...fico com saudades de casa e com vontade de ir embora, mas sei que é necessário ficar para o bem dela...

E, mesmo sentindo esta saudade, muitas mães abrem mão de suas necessidades para o bem-estar do filho. Chiattonne (1988) acredita que os horários de visita da criança, podem servir de rodízio familiar, no qual pode dar oportunidade a esta mãe de ir até a residência, enquanto outro familiar cuida da criança hospitalizada. Podendo minimizar este estado de insegurança da mãe. D. diz:

...aqui fico preocupada, pois tenho outros filhos que estão em casa, mas sempre que dá vou até em casa e fica alguém aqui no hospital. Todos eles precisam de mim...

Valle (apud CAMON, 1996) afirma que muitos pais sofrem transformações ao vivenciarem o processo de internação, que significa a perda do mundo habitualmente vivido por eles para habitar um outro mundo, o mundo da doença do filho, e E. deixa visível este habitar o mundo do outro quando vivencia a doença do filho e relata:

... estou aqui não porque quero, mais por ele precisar e ser melhorado.

E vai mais além,

Queria estar ali no lugar dele, sou mãe e já aproveitei a vida, agora ele tem que aproveitar a vida, por isto gostaria de trocar com ele...

Sendo uma fantasia que utiliza para se colocar no lugar do outro na tentativa de minimizar o seu próprio sofrimento e insegurança. A mãe F. também expressa em seu relato uma total vivência no mundo do filho e afirma:

Eu sofro com ele, é o sofrimento maternal, sempre quando o filho sente uma dor dói na gente. Quando ele está sendo furado, parece que está furando em mim.

Wasserman (apud CAMON, 1996) afirma que a reação inicial da família, frente ao diagnóstico de uma doença, é de choque acompanhado por medo e ansiedade aguda do possível resultado da doença. E isto reflete a vivência de G. com a sua filha de oito meses internada com o diagnóstico de pneumonia, quando expressa:

... nunca passou pela minha cabeça de ver minha filha internada, e agora estou aqui... fiquei desesperada, pois vi que era sério e que tinha de ficar muito tempo no hospital...

E esta mesma mãe ao final de seu relato, deixa claro a vivência do inesperado e de como isto afeta diretamente os familiares e os planos por estes traçados,

Estou de férias, iria viajar, mas ela ficou doente. Tinha planejado sair com meus filhos... e foi tudo por água abaixo...

É claro que, cada membro da família apresenta uma forma peculiar de sentir e expressar seu sofrimento, contudo a família e, principalmente, a mãe acaba por se desestruturar mediante ao desconhecido que muitas vezes ameaça, sem saber, antecipar o resultado.

Assim como a mãe G. deixa claro a sua reação inicial frente ao processo de hospitalização da filha, as mães H. e I. também expressam as suas reações frente a este desconhecido, respectivamente:

É a primeira internação dele, eu chorei e não queria que ele ficasse, pois não sabe o que iria ocorrer, mas pensei e vi que era o melhor para ele.

No inicio foi um choque, quando falou que ele precisava ficar internado..., pois quando fica internado não é nada bem... Ele tinha uma saúde de “ferro”, sem uma doença e agora pegou a família de surpresa.

E muitas vezes um momento até inexplicável para quem o vivencia, como a mãe J. compreende:

Nunca passei por isso, mesmo tendo três filhos... Nunca tinha vindo ao hospital, no primeiro dia foi tenso, nossa, não sei nem explicar como era a sensação, horrível.

A esperança, representada como a capacidade humana de preservação, foi vivenciada por E. e K. na relação mãe e filho hospitalizado, pois através dela a mãe busca a força psíquica necessária para enfrentar a situação conflitiva de doença (CAMON, 1996). E mais, Kubler- Ross (apud CAMON, 1996) acredita que todos os pacientes conservam a esperança como conforto em ocasiões difíceis, como exemplificam E. e K., respectivamente:

Às vezes penso, vou sair com meu filho bom e quando chegar em casa voltar tudo de novo, mas é pensar positivo e ter fé que tudo vai dar certo e será resolvido...

...o quadro dele retrata uma paisagem com a tempestade indo embora e o sol tomando conta do dia, e isto vai acontecer, tenho esperanças...

K. traz uma vivência que vem reforçar o sentimento materno de proteção e cuidado, vindo ao encontro da minha motivação por este trabalho, quando diz:

Não ligo muito para o meu bem estar, meu filho medicado e sendo cuidado, fico tranqüila..., só estou aqui porque posso acompanhar..., gosto de estar ao lado dele quando ocorre um procedimento...

E a fala de K. vem a contribuir com as opiniões de Chiattonne (1988), ao defender e considerar essencial a presença da mãe durante a hospitalização do filho, tendo em vista que a privação materna pode acarretar piores no quadro da criança ou até mesmo, sentimentos de vingança, culpa e depressão.

Um outro sentimento que foi vivenciado por duas mães, neste estudo, foi a culpa. Segundo Knobel (apud CAMON, 1996, p. 119) “a culpa é um sentimento que invade o ser humano pela consciência que esse tem por ter atuado mal, contrariando as normas aceitas”. Assim, tanto para a criança hospitalizada

como para os familiares, a situação de doença pode envolver conteúdos de culpabilização.

Muitos pais, diz Camon (1996), expressam frases do tipo: “Aonde foi que eu errei?” ao se sentirem culpados pela doença dos filhos, e acreditando serem os principais motivadores pela doença da criança, associando assim a culpa à noção de castigo, conforme vivenciam A. e L., respectivamente:

Me sinto culpada pela doença da minha filha, pois trabalho muito e não cuido dela em todos os momentos...

... se fosse por mim, minha filha não estaria passando por isto..., mas tenho que deixar nas mãos de outros enquanto estou no serviço...

E como consequência das relações marcadas por culpa por parte dos pais, vem as reações de superproteção, através de demonstrações excessivas e irrealistas de amor e preocupação, como mecanismo de remissão de culpa, expõe Camon (1996). Para Camon, comportamentos como a satisfação de todos os desejos da criança, é nada mais que uma tentativa de diminuição do sentimento de culpa. Valle (apud CAMON, 1996), considera a culpa dos pais quando estes verbalizam sobre a dependência e exigência do seu filho, sentindo-se dividido, na tentativa de compensar os sofrimentos que os filhos passam, através de concessões de toda ordem. E a mãe A. faz uma análise, por intermédio de sua vivência no processo de hospitalização de sua filha, com relação a consequência do sentimento de culpa, ao expressar:

... proporcionou um momento só com ela, pude me dedicar só para ela... vou tentar levar esta proximidade e não perder... isso tudo serviu de lição, pois sei que não preciso só de bens materiais, mais de contato com o ser humano...

Assim como A., L. também vivencia esta superproteção ao dizer:

... posso cuidar da minha filha e estar perto dela... estou tendo tempo de ficar com ela, ensinando a ela o que eu não posso ensinar no dia-a-dia...

Todas as vivências e sentimentos relatados puderam expressar como uma mãe vive e sente ao se deparar com o filho internado em uma enfermaria de pediatria. Suas dores, angústias, surpresas, decepções e culpas são as

características que se fazem presentes, no processo de hospitalização, e que foram compartilhadas e vivenciadas durante minha atuação como estagiário de psicologia, a partir das informações fornecidas pelas mães. Rogers (apud FIGUEIREDO, 2001) reflete bem este momento por mim vivido,

Quando ouço, verdadeiramente, uma pessoa e apreendo o que mais lhe importa, em dado momento, ouvindo não apenas as suas palavras, mas a ela mesma, e quando lhe faço saber que ouvi seus significados pessoais privados, muitas coisas acontecem.

É interessante apontar que todos estes sentimentos relatados pelas mães na entrevista, só foi possível de serem expressos a partir de uma relação empática fundamental para que estas pudessem, sem receio ou medo, vivenciar de forma autêntica os seus sentimentos expressos no aqui - agora.

Torres (1999) enfatiza que na Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida em um ambiente hospitalar, o psicólogo deve visar a amenização do sofrimento da pessoa através do estabelecimento de uma relação interpessoal, buscando compreender e aceitar a pessoa, na tentativa de oferecer-lhe momentos de congruência, para que esta aceite e reconheça o seu momento.

Rogers (apud TORRES, 1999), deixa claro a importância de se compreender a dor e o sofrimento, além do diagnóstico da doença, buscando atingir a pessoa seja quão crônica ela se apresenta.

4. Considerações Finais

Ao longo desse estudo, foi possível perceber como as mães deixam de “viver” o seu mundo em benefício de seu filho, que tentam se mostrar fortes e seguras ao filho, mas que na verdade sofrem mais do que eles, às vezes. Choram às escondidas, dizem para o filho que tal procedimento não vai doer, na tentativa de minimizar o sofrimento do filho e o seu também. Deixam o trabalho e a família em segundo plano para se “internar” junto ao filho, independente da idade que possui. A convivência com o sofrimento do filho possibilita um encontro consigo mesma.

A partir desta experiência, que permitiu as mães relatarem a suas vivências na hospitalização do filho e identificação dos sentimentos maternos, favoreceu a cada uma a conscientização de seu estado. Esse conhecimento é uma capacidade potencial existente em todo ser humano de compreender-se e resolver os seus problemas de modo a atingir um funcionamento adequado para si.

O contato com essas mães vem mais uma vez reforçar a importância de um trabalho da psicologia não só com as crianças hospitalizadas, mas também com os familiares, que estão ali vivendo e acompanhando todo o processo de hospitalização. Tradicionalmente, sabe-se que a assistência a criança hospitalizada não incluía a permanência dos pais e as propostas de torná-los participantes desse processo implicam em um novo modo de pensar e trabalhar.

Com isso, a atuação do psicólogo hospitalar torna-se de extrema importância na medida em que vem reforçar a adaptação dessas mães ao enfrentamento da doença e internação de seu filho. De forma que este possa procurar direcionar o seu trabalho em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos e escuta.

Assim, revela-se a importância de se ter um psicólogo no setor de pediatria, com a possibilidade de oferecer a sua escuta para as mães que vivem o processo de hospitalização, pois a partir dos resultados apresentados verifica-se tal importância, afim de que sentimentos semelhantes aos expressos anteriormente, e muitos outros, possam ser trazidos e trabalhados com as mães, no hospital. E mais, utilizar-se da ACP como possibilidade de atuação neste espaço a fim de captar os sentimentos, como proposta de ação interventiva.

Um fato que merece atenção é a carência de estudos voltados para o olhar fenomenológico, a partir do referencial da ACP no setor de pediatria. Contudo, este estudo faz-se relevante para que sejam registrados os resultados e constatações da experiência da Psicologia no setor de pediatria deste hospital,

contribuindo como fonte de estudo para trabalhos de objetivos semelhantes e discussão do tema.

5. Bibliografia

AMARAL, V. L. A. R. Crianças com problemas crônicos de saúde. In: SILVARES, E. F. M. **Estudos de caso em psicologia clínica e comportamental infantil**. Campinas: Papirus, 2000. v. I.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão**: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 1986.

BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar**: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap.4, p. 53-73.

BRANDÃO, L. M. **Psicologia hospitalar**: uma abordagem holística e fenomenológico- existencial. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

CAMON, V. A. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital...**São Paulo: Pioneira, 1996. p. 107-213.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: CAMON, V. A. A. **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988.p. 40-130.

_____. Atendimento psicológico em enfermaria de pediatria. In: CAMON, V. A. A. **Psicologia hospitalar**: atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço, 1984.

COLLET, N; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 31 mai. 2007.

FIGUEIREDO, V. L. M. A relação de ajuda no contexto médico- hospitalar. **Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa**. Trabalho apresentado no IV Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa, 2001. Disponível em: <<http://www.apacp.org/artigos.htm>>. Acesso em 07 jul. 2007.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisas. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1993.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1992.

HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. 2. ed. São Paulo: Ômega Editora, 2005.

LEITÃO, M. S. **Psicólogo e o hospital**. Porto Alegre: Sagra-Da Luzzatto, 1993.

LIMA, R. A. G; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexão acerca da participação dos pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 31 mai. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 1991.

OLIVIERI, D. P. O Ser-doente: o “fenômeno doente. In:_____. **O “Ser-doente”**. Dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1965.

ROGERS, C. **Torna-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

TORRES, T. L. O psicólogo centrado na pessoa e a instituição hospitalar. **Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa**. Trabalho apresentado no III Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa, 1999. Disponível em: <<http://www.apacp.org/artigos.htm>>. Acesso em 07 jul. 2007.

WOOD, J. K. (Org.). **Abordagem centrada na pessoa**. 3. ed. Vitória: Edufes, 1997.