



LESLIE ROSE ESPER SCAGGION

**"MAS EU SABE TUDO": COMPREENDENDO O
MUNDO-VIDA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA POR MEIO DO BRINQUEDO
TERAPÊUTICO**

**CAMPINAS
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

LESLIE ROSE ESPER SCAGGION

**"MAS EU SABE TUDO": COMPREENDENDO O MUNDO-VIDA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO**

Orientadora: Profa. Dra. Luciana De Lione Melo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre(a) em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA LESLIE ROSE ESPER SCAGGION
E ORIENTADA PELA PROFA.DRA. LUCIANA DE LIONE MELO.**

Luciana de Lione Melo
Assinatura da Orientadora

CAMPINAS

2013

Unidade BCCL
T/UNICAMP Sca32m
Cutter _____
V. _____ Ed. _____
Tombo BC 103582
Proc. 10-195-19
C _____ D _____ X _____
Preço 11,00
Data 30/04/14
Cód. tit. 422053

RR 715- Act. (obs - sem PDF)
Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Juliana Ravaschio Franco de Camargo - CRB 8/6631

Sca32m Scaggion, Leslie Rose Esper, 1979-
"Mas eu sabe tudo" : compreendendo o mundo-vida da criança hospitalizada na unidade de terapia intensiva pediátrica por meio do brinquedo terapêutico / Leslie Rose Esper Scaggion. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Luciana de Lione Melo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Unidades de terapia intensiva. 2. Jogos e brinquedos. 3. Criança hospitalizada. 4. Enfermagem. I. Melo, Luciana de Lione, 1973-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: But I know all : understanding the life-world of hospitalized children in pediatric intensive care through therapeutic toy

Palavras-chave em inglês:

Intensive care units
Play and Playthings
Child, hospitalized
Nursing

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Luciana de Lione Melo [Orientador]

Circéa Amália Ribeiro

Elenice Valentim Carmona

Data da defesa: 11-12-2013

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Orientador (a) PROF(A). DR(A). LUCIANA DE LIONE MELO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). LUCIANA DE LIONE MELO Luciana de Lione Melo

2. PROF(A). DR(A). CIRCÉA AMÁLIA RIBEIRO C. Ribeiro

3. PROF(A). DR(A). ELENICE VALENTIM CARMONA E. Carmona

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 11 de dezembro de 2013

Abstract

The changing epidemiology of childhood diseases, influenced by an improvement of the living conditions and health, the scientific progress, and the technology aggregated to the diagnostic techniques have led to profound transformation in the pediatric population served by health services. These changes have increased the need for more complex care, human resources and materials, technology diagnostic and therapeutic, concerns with humanization, besides the intensive care units. The pediatric intensive care units (PICU) were created with the goal of providing optimal care to critically ill children, such to facilitate the healing of diseases and promote growth toward a quality of life with the full development of their potential. In spite of that, the PICU are considered stressful environments, affecting the child emotionally. In this context, the therapeutic play (TP), whose purpose is to enable the understanding of the child's own feelings and emotional reactions by the healthcare team, as well as to prepare them for unpleasant procedures, emerges as an essential strategy to the child, because playing is an integral part of a healthy infant development, even when it is in hospitalization. The objective of this study was to understand the experiences of preschool children hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit through the dramatic therapeutic play as an instrument of access to the life/world of the children. This is a phenomenological study with eight children who participated in a dramatic therapeutic play sessions at the PICU and, after the medical discharge from this unit, at the Pediatric Care Unit. The playing with the children, was recorded in digital audio and transcribed in full, and the notes in the field journal composed the phenomenological discourse. The analysis of the structure of the phenomenon occurred in the light of the theory the maturing of Winnicott and revealed three themes: experiencing the hospitalization, recalling its history beyond the hospitalization and growing mature with playing. The playing was revealed to be necessary even when the clinical conditions more adverse because the need to externalize and understand new experiences and limitations remains present, being the TP an adequate technology. The life/world experience revealed itself by means of integrating new experiences

with those already known, ranging from dependence stages of the maternal figure, revealing the complexity of the PICU without the presence of the mother, enabling the understanding of how the experience of hospitalization is the cause of suffering in an intensive care unit.

Line of Research: The process of health care and nursing

Keywords: Intensive Care Unit, plays and toys, hospitalized children, nursing.

Resumo

A mudança do perfil epidemiológico das doenças da infância influenciada pela melhora das condições de vida e saúde, o progresso científico, a tecnologia agregada aos meios diagnósticos, levaram a profundas alterações na população pediátrica atendida pelos serviços de saúde. Essas transformações aumentaram a necessidade de cuidados mais complexos, recursos humanos e materiais adequados, tecnologia diagnóstica e terapêutica, preocupação com a humanização, além de unidades de cuidados intensivos. As unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) foram criadas com o objetivo de prover o cuidado ideal às crianças gravemente doentes, de tal forma a propiciar a cura de doenças, bem como favorecer o crescimento em direção a uma vida com qualidade, com o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Apesar disso, as UTIP são consideradas ambientes estressantes, podendo afetar a criança emocionalmente. Neste contexto, o brinquedo terapêutico (BT), cuja finalidade é permitir a compreensão dos sentimentos e das reações emocionais à própria criança e à equipe de saúde, assim como prepará-la para procedimentos desagradáveis, emerge como uma estratégia essencial à criança, pois o brincar é parte integrante do desenvolvimento saudável infantil, inclusive quando a mesma encontra-se em situação de hospitalização. O objetivo deste estudo foi compreender as vivências de crianças pré-escolares hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por meio do brinquedo terapêutico dramático como instrumento de acesso ao mundo-vida das crianças. Trata-se de um estudo fenomenológico com oito crianças que participaram de sessões de brinquedo terapêutico dramático na UTIP e, após a alta desta unidade, na Unidade de Internação Pediátrica. O brincar das crianças, gravado em áudio digital e transcrito na íntegra, e as anotações em diário de campo compuseram os discursos fenomenológicos. A análise da estrutura do fenômeno situado se deu à luz da Teoria do Amadurecimento de Winnicott e revelou três categorias temáticas: vivenciando a hospitalização, lembrando sua história para além da hospitalização e amadurecendo com o brincar. Brincar revelou-se necessário mesmo nas condições clínicas mais adversas, pois se

mantém a necessidade de exteriorizar e compreender as novas vivências e limitações, sendo o BT uma tecnologia adequada. O mundo-vida desvelou-se por meio da integração das novas vivências com aquelas já conhecidas, oscilando entre os estágios de dependência da figura materna, revelando a complexidade do ambiente da UTIP sem a presença da mãe, possibilitando a compreensão de quão causadora de sofrimento é a vivência da hospitalização numa unidade intensiva.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Descritores: unidade de terapia intensiva, jogos e brinquedos, criança hospitalizada, enfermagem.

SUMÁRIO

Dedicatória	xi
Agradecimentos	xii
Epígrafe	xiv
Lista de quadros	xv
1. Pré-reflexivo	16
2. Introdução	21
2.1 O cuidado à criança: das doenças infecto-contagiosas às doenças crônicas	22
2.2. O brincar e o brinquedo terapêutico como estratégia de cuidado à criança hospitalizada	34
3. Trajetória metodológica	45
3.1. Fenomenologia	45
3.2 O diálogo entre a fenomenologia heideggeriana e a teoria do amadurecimento winnicottiana	50
3.3. Cenário do Estudo	56
3.4. Participantes	57
3.5. Acesso aos participantes	59
4. Resultado e discussão: compreendendo o significado da hospitalização em UTIP para a criança por meio do brinquedo terapêutico	66
4.1. Montando o quebra-cabeça.	67
4.2.1. Vivenciando a hospitalização	71
4.2.2 Rememorando sua história para além da hospitalização	95
4.2.3 Amadurecendo com o brincar	109
5. Considerações finais	124
6. Referências	128
7. Anexos	140
7.1 Parecer do comitê de Ética em Pesquisa	140

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as crianças hospitalizadas nas muitas Unidades de Terapia Intensiva, que são destituídas de seus brinquedos e, muitas vezes, do brincar, passando pouco tempo com seus familiares, privadas da segurança dos vínculos afetivos. Que necessitam contentar-se com uma televisão ligada, como forma de “humanizar” este ambiente. Para estas crianças, que perderam a redoma de proteção oferecida pelo lar durante a hospitalização, dedico meus estudos.

Agradecimentos

À Deus, pelo Seu amor por mim, pelas suas misericórdias que se renovam a cada manhã, por permitir-me crescer sem experimentar os sofrimentos de uma privação intensa ou mesmo de uma hospitalização.

À minha mãe, por ensinar-me o gosto por estudar, por enfrentar o mundo para que eu pudesse desfrutar da proteção do lar, por acreditar em mim e me inspirar a ser sempre melhor. Ao meu pai (in memoriam), por permitir-me vivenciar a infância acreditando ser especial, tal qual uma flor. À minha tia Maria que, juntamente com minha mãe, compartilhou comigo as fantasias de criança, estimulando minha imaginação fértil.

Ao meu marido, por continuar cuidando de mim de forma especial, consentindo e alimentando minha fantasia de “rosa do Pequeno Príncipe”, iniciada com a proteção dos meus pais e perpetuada pela minha família. Por acreditar e investir numa infância doce, mágica e feliz para as crianças próximas a nós. Por suportar em amor as muitas noites de luz acesa.

À Profa. Dra. Luciana de Lione Melo, pelo acolhimento no começo da minha trajetória, pela infinita paciência com meu pequeno conhecimento inicial, pelo investimento na minha vida ao compartilhar seus conhecimentos, pelo seu tempo precioso dedicado a mim. Obrigada por tudo o que fez por mim e pela inspiração que é para mim.

À Profa. Dra. Circéa Amália Ribeiro, que me acolheu com graça e compartilhou seu saber inesgotável, acrescentando neste trabalho considerações importantíssimas, referendando com seus estudos os meus humildes achados.

À Profa. Dra. Elenice V. Carmona, pela sua contribuição. Aos professores Patrícia K. Rocha, Claudinei J. G. Campos, Regina Issuzu H. Borba, Vanessa P. Toledo, por apreciarem meu trabalho nas fases decisivas desta trajetória, e por acrescentarem olhares significativos.

À equipe de enfermeiras e técnicas de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp, pela colaboração nas sessões de brinquedo terapêutico dramático, por acreditar no brincar e pelo cuidado ímpar que prestam às crianças hospitalizadas neste setor.

Aos pais e mães que permitiram que suas crianças participassem desse trabalho, confiando na minha presença e acreditando nos meus ideais. Às crianças que dividiram comigo as fantasias e angústias de “acontecer” brincando, enquanto hospitalizadas.

Às minhas colegas de trabalho Márcia Regina Geniselli e Adriana Cristina D’orasio, pela colaboração e suporte para a concretização deste trabalho.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram ou suportaram em amor minha trajetória em busca de ser uma pessoa melhor, para poder prestar um cuidado melhor a cada dia.

Epígrafe

“A criança é um ser que brinca, e nada mais...”
Claparede, 1909.

Lista de quadros

Quadro 1

Crianças participantes do estudo. Campinas, 2013 **pág. 64**

Quadro 2

Unidades de Significados e Categorias Temáticas. Campinas, 2013 **pág. 68**

Reflétindo...

On ne voit bien
qu'avec le cœur.
L'essentiel
est invisible
pour
les yeux.

Le Petit Prince



1. Pré-reflexivo

Trabalho como enfermeira assistencial há 10 anos e por ocasião do curso de pós-graduação *latu sensu* em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, confirmei minhas percepções de que as experiências traumáticas nem sempre são vividas da mesma forma pelas pessoas, ainda que as circunstâncias sejam semelhantes.

Lembro o quanto as brincadeiras distraíam-me de sofrimentos momentâneos e observei, na prática, que também os adultos, em face ao sofrimento, sentem prazer em simples brincadeiras infantis. Percebi que eu, na idade adulta, ao conviver com crianças, revivia os momentos de prazer durante as brincadeiras, surgindo novos sentidos para o brincar e os brinquedos. Revi meus conceitos e significados sobre o lúdico e o brinquedo, remontando sua importância para mim, da infância à idade adulta.

Considerando os achados do meu Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, que abordava o brincar na brinquedoteca, sob a orientação da Prof. Dra. Nilzemar Ribeiro de Souza e, comparando-os com minha realidade nos anos trabalhados em UTI, apreendi que para o adulto o brinquedo torna-se uma ferramenta de distração, ao contrário da criança, que o utiliza para reviver as experiências à sua volta.

Como não tive oportunidade profissional de trabalhar com crianças, fiquei a indagar como seria o brincar fora da brinquedoteca, ambiente em que se dera meu trabalho de conclusão de curso, e qual o impacto desse brincar num momento difícil de hospitalização da criança. Quais seriam os benefícios do brincar para uma criança em estado grave, ou melhor, será que ela gostaria de brincar nesse momento?

A revisão da literatura sobre o brincar ampliou meus horizontes para as atualidades, e mostrou-me o emprego de infindas técnicas lúdicas, objetivando diminuir o sofrimento da criança hospitalizada. Porém, ainda não tinha minhas inquietações respondidas, principalmente àquelas relacionadas à criança em estado grave.

Atuando como enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Unicamp, desde 2008, vivenciei pais levando brinquedos para os seus filhos, embora eles ainda não brincassem. Notei a importância que alguns davam aos brinquedos, solicitando que os mesmos ficassem junto ao recém-nascido, mesmo este não interagindo ainda com aqueles objetos. No entanto, tal ato parecia confortar os pais, que buscavam a representação de sentimentos de afeto por meio da presença do brinquedo próximo ao bebê.

Posteriormente, essa percepção se confirmou quando conheci um estudo sobre a temática, que compreendeu o significado que tem para os pais levarem brinquedos à UTI neonatal: a humanização do ambiente, a transformação e aproximação do ambiente hospitalar ao lar idealizado para o bebê, o conforto e o elo dos pais para com a equipe de enfermagem⁽¹⁾.

Na busca por aprender mais sobre as vivências infantis e a hospitalização, participei de um grupo de estudos sobre unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais e conheci a técnica do brinquedo terapêutico, por meio dos estudos desenvolvidos pela Prof. Dra. Luciana de Lione Melo.

O grupo interrompeu suas atividades, mas despertou em mim o desejo de aprofundamento no assunto. A Prof. Dra. Luciana apresentou-me sua linha de pesquisa, as temáticas e também a Fenomenologia, um referencial metodológico da pesquisa qualitativa que nunca antes ouvira falar, porém que me cativou rapidamente, pois constitui-se numa postura reflexiva diante da vida.

No decorrer do ano de 2010 pude cursar disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, como aluna especial, aprendendo sobre os vários tipos de delineamentos metodológicos, experiência que me preparou para iniciar o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado.

Passei a participar do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBrinq), da Escola Paulista de Enfermagem (Unifesp), convidada pela Prof. Dra. Luciana, onde encontrei pesquisadoras que aprofundaram cientificamente a temática do brincar.

Dessas vivências, emergiu uma inquietação sobre a criança hospitalizada em unidade de terapia intensiva e a utilização do brinquedo terapêutico. Buscando literatura específica, percebi, junto à Prof. Dra. Luciana, uma lacuna e, decidi estudar o tema com a criança em idade pré-escolar, considerando que esta tem uma limitada compreensão do seu cotidiano, pois está adquirindo as habilidades necessárias para tal.

Além disso, embora a criança hospitalizada na unidade de cuidados intensivos esteja em estado grave, nem sempre está sedada. Vivenciar este ambiente e suas intervenções podem causar-lhe estranhamento e estresse. Como seriam processadas todas as novas informações pela criança? Sabendo que, nesta faixa etária, a criança tem sua linguagem ainda imatura, e que o brinquedo é sua linguagem natural, o que nos seria revelado por meio deste?

Recordei-me de uma das minhas literaturas preferidas - O Pequeno Príncipe - e de uma mensagem dessa história que permeou minha vida “O essencial é invisível aos olhos”. Pronto, havia definido, em minha mente, que buscaria o essencial dessas vivências infantis, e que tentaria fazê-lo de forma prazerosa para mim e para a criança. Mas como fazê-lo? Como apreender da criança a essência dessa experiência tão dolorosa?

Diante desta problemática, senti-me motivada a buscar na literatura especializada conhecimento sobre as unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP), seu contexto atual, a criança em idade pré-escolar e o adoecimento, bem como atendê-la adequadamente considerando e potencializando seu crescimento e desenvolvimento.

A unidade de terapia intensiva pediátrica, permeada por tecnologias, cuidados e, por vezes, de experiências de morte, é também um local em que a criança necessita sentir-se segura e acolhida. Dessa forma, brincar durante a hospitalização, ainda que nesta unidade, pareceu-me essencial para que a experiência seja menos traumática.

Ainda refletindo sobre o ambiente da pesquisa, os participantes envolvidos e as questões invisíveis aos meus olhos, optei pela Fenomenologia como método, pois numa definição simples e didática, a Fenomenologia é o estudo das essências, como afirma o filósofo Maurice Merleau-Ponty⁽²⁾, e buscar a essência das vivências das crianças hospitalizadas em

unidade de terapia intensiva pediátrica por meio do brinquedo terapêutico, como estratégia de acesso ao mundo-vida das mesmas é a minha motivação.

O contato com o método, de modo formal, se deu ao cursar a disciplina Pesquisa Fenomenológica em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), ministrada pela Prof. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

Ao cursar esta disciplina, o interesse pela Fenomenologia foi se concretizando, permeado por lembranças de antigas leituras filosóficas e temas que envolviam o estudo da natureza humana. Emerge, então, neste momento de vida, uma nova estratégia para buscar respostas e algum conhecimento teórico.

Esse conhecimento teórico foi ampliado enquanto cursava a disciplina “O brinquedo na assistência à criança e à família, o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem”, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde tive contato com as teorias e os teóricos do desenvolvimento infantil, entre eles D. W. Winnicott.

Toda esta trajetória impulsionou-me a alcançar o **objetivo** deste estudo, que é compreender as vivências de crianças pré-escolares hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por meio do brinquedo terapêutico dramático como instrumento de acesso ao mundo-vida, ou realidade percebida, das crianças.

Para tal, busquei esboçar os temas: unidade de terapia intensiva, hospitalização infantil e seus efeitos e brinquedo/brinquedo terapêutico.

*O cuidado à criança: das doenças infecto-contagiosas às
doenças crônicas*



2. Introdução

2.1. O cuidado à criança: das doenças infecto-contagiosas às doenças crônicas

O perfil de morbi-mortalidade de uma sociedade caracteriza suas condições de vida e desenvolvimento, sendo resultante das interações entre fatores diversos. Aspectos como melhoria das condições de vida, introdução de políticas de imunização, adoção de medidas de higiene, melhor oferta nutricional, alteraram o curso de diversas civilizações, não sendo diferente na história do Brasil⁽³⁾. Esses aspectos influenciaram diretamente a frágil e dependente população infantil, e a taxa de mortalidade dessa população tornou-se um importante indicador social.

Afetada pela modernização não planejada e pela desigualdade social e econômica, a situação epidemiológica brasileira, a partir da década de 70, revelou doenças emergentes de difícil controle e doenças reemergentes, sério problema de saúde pública em algumas regiões⁽⁴⁾. Nesse contexto, as crianças tornaram-se susceptíveis física e socialmente, sendo também reconhecidas como ser social após considerável progresso cultural⁽⁵⁾.

Esse período histórico de 40 anos, da década de 30 até os anos 70, foi movimentado pela ênfase aos determinantes sociais da doença, confirmando o momento contraditório brasileiro - progresso científico/tecnológico e queda da economia – porém, não oferecendo alternativas às desigualdades sociais e econômicas que influenciavam as causas de mortalidade infantil – doenças parasitárias, desnutrição, doenças infecto-contagiosas, entre outras causas intrinsecamente conectadas com a precariedade sócio-econômica⁽⁶⁾.

A partir da década de 70, foram criadas medidas compensatórias para as grandes disparidades sociais e econômicas do momento, como saneamento básico, imunização, descentralização dos serviços básicos de saúde e regulamentação do trabalho. Na década de 80, a taxa de mortalidade infantil brasileira era de 82/1000 nascidos vivos. Em apenas 10 anos, a partir de 1990, a taxa de mortalidade infantil diminuiu para 48/1000 nascidos vivos, sendo

atrelada aos fatores já descritos e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas políticas de saúde⁽⁷⁾.

Assim, no final do século XX, as taxas brasileiras de mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias declinaram, do mesmo modo que a mortalidade por doenças transmissíveis. Após essas mudanças, o cenário brasileiro contemporâneo organizou-se derivado de três grandes tendências epidemiológicas: doenças transmissíveis em declínio, doenças transmissíveis persistentes e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes⁽⁴⁾, além das doenças crônicas.

Dados do Ministério da Saúde mostram uma significativa queda da mortalidade infantil brasileira entre meados de 1995 (47,1/1000 nascidos vivos), 2007 (19,3/1000 nascidos vivos) e 2010 (16,2/1000 nascidos vivos)^(7,8). Entidades como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram estratégias que contribuiriam para proporcionar melhores condições de vida à população. Faz parte das Metas do Milênio a diminuição da taxa de mortalidade infantil, sendo um compromisso dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU)^(9,10).

Uma análise histórica da região Sudeste, evidenciou que em 1999 foram notificados 12.097 óbitos infantis ocorridos em hospitais do Estado de São Paulo, sendo que uma década após, em 2009, os números revelaram 7.177 óbitos. Neste ano, 2009, a região de maior incidência de óbitos infantis foi o Nordeste, com 42.642 ocorrências, contrastando com a região Sudeste, com 14.827⁽¹¹⁾.

A região nordeste, no ano de 2010, ainda responde estatisticamente por uma maior taxa de mortalidade infantil (20,1/1000 nascidos vivos), enquanto a região sudeste mantém as taxas dos últimos anos sem impactos consideráveis (13,1/1000 nascidos vivos)⁽¹¹⁾. Faz-se necessário lembrar a desigual evolução dessas duas regiões, mesmo na atualidade.

Um estudo na capital da Bahia mostrou que a taxa de mortalidade infantil foi de 28,7/1000 nascidos vivos entre os anos de 1991 e 2006⁽¹²⁾. Quase no mesmo período, outro estudo na capital de Minas Gerais, encontrou uma taxa de mortalidade infantil de 13,3/1000

nascidos vivos⁽¹³⁾. As discrepâncias nos dados estão relacionadas às diferenças nas condições socioeconômicas e culturais de cada região.

A diminuição da prevalência das doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas são estatísticas observadas em vários países nas últimas décadas, e refletem diretamente na saúde da população infantil⁽¹⁴⁾. As mudanças não se restringem apenas ao perfil de morbidade, mas perpassam pela mudança na população atendida, no tempo de internação e nos custos da mesma. Essas mudanças impactaram o modelo de cuidado vigente e, principalmente, a oferta de serviços da rede pública de saúde.

No Brasil, comparando a década de 30 aos anos 80, podemos observar a mudança das doenças infectocontagiosas para as doenças respiratórias, circulatórias e neoplásicas⁽³⁾. Desta forma, pode-se afirmar que o perfil de morbi-mortalidade da atualidade mostra um fenômeno - o aumento de doenças crônicas.

Doença crônica é um “distúrbio que interfere com o funcionamento diário do organismo por mais de três meses em um ano, causando hospitalização de mais de um mês por ano”⁽¹⁵⁾. A cronicidade, aliada aos episódios de agudização do quadro clínico, confere a estes pacientes algumas características especiais, como maior gravidade e hospitalizações frequentes.

Essa transição epidemiológica originou, no Brasil, um plano de cuidados em nível governamental intitulado “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis”. Dados dessa publicação indicam as doenças crônicas como o maior problema de saúde no Brasil, sendo responsáveis por 72% das mortes em adultos e crianças nos últimos anos⁽¹⁶⁾.

A queda da mortalidade influenciada pela melhora das condições de vida e saúde, o progresso científico, a tecnologia agregada aos meios diagnósticos, levaram a profundas alterações na população a ser atendida pelos serviços de saúde. Essas alterações aumentaram a necessidade de cuidados mais complexos, transformando a prestação de cuidados de saúde em uma tarefa que carece maior organização do processo de trabalho, recursos humanos e

materiais adequados, tecnologia diagnóstica e terapêutica, humanização, além de unidades de cuidados intensivos.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é recente na história da institucionalização do cuidado, datando de meados da década de 20 do século passado, nos Estados Unidos. Unidades que nasceram da necessidade de dar suporte avançado de vida aos gravemente enfermos e/ou com saúde instável, por meio da monitorização contínua das funções vitais⁽¹⁷⁾.

O idealizador da primeira UTI americana foi W. E. Dandy (1886-1946), no Hospital John Hopkins, na cidade de Baltimore – EUA (Estados Unidos da América) em 1923, organizando uma unidade com três leitos para pacientes neurocirúrgicos. O advento das drogas terapêuticas como éter e antibióticos corroborou para a observação constante dos pacientes em pós-operatório. Desta forma, considera-se a unidade de recuperação pós-anestésica como precursora do modelo de UTI atual⁽¹⁸⁾.

A organização de Unidades de Cuidados Intensivos ou de Terapia Intensiva acompanhou a evolução médica e tecnológica, podendo ser descrita em três fases: a. Final da década de 40 – II Guerra Mundial - organização das salas de recuperação pós-anestésicas; b. Início dos anos 50 - desenvolvimento de estruturas organizacionais e equipamentos que garantissem suporte ventilatório adequado evitando a morte por falência do sistema respiratório; c. Final da década de 50 - desenvolvimento de sistemas de monitorização eletrocardiográfica contínua e a desfibrilação por descarga elétrica⁽¹⁹⁾.

Durante a evolução da institucionalização do cuidado, a congregação dos saberes médicos e de enfermagem seguiu a tendência do reducionismo, atentando para os problemas de saúde individuais e concentrando suas descobertas em doenças e sistemas, mecanizando, assim, o processo de cuidar e colaborando para o distanciamento do aspecto humano do cuidado^(20,21).

No Brasil, a história da Terapia Intensiva inicia-se com a importação dos “pulmões de aço” ou ventiladores mecânicos, pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de São Paulo (USP). Tal feito tirou a exclusividade dos centros cirúrgicos em manter a ventilação

dos pacientes graves, criando, assim, as primeiras “unidades de respiração”, precursoras das atuais UTI. Essas “unidades de respiração” mostraram-se muito efetivas, anteriormente utilizadas nos cuidados aos pacientes com sequelas de poliomielite, após o ano de 1948⁽¹⁷⁾.

O surgimento da primeira UTI no Brasil se deu em 1963, nos limites do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da cidade de São Paulo. Em 1967, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ) é inaugurada uma UTI respiratória, organizada pelo médico Antônio Tufik Simão^(22,23). Embora haja conhecimento destas duas unidades, os registros históricos revelam que a primeira unidade considerada de cuidados intensivos foi a UTI do Hospital Sírio Libanês, em 1971⁽²⁴⁾.

Ainda que as UTI tenham sua origem nas salas de recuperação pós-anestésicas, sua finalidade mostrou ser outra: a de monitorar pacientes graves mais cuidadosamente. Para tal, as unidades foram organizadas com leitos dispostos próximos à equipe de saúde, permitindo melhor visualização e, conseqüentemente, maior prontidão na prestação de cuidados. Além disso, a UTI disponibiliza, de forma concentrada, as mais diversas tecnologias no cuidado ao paciente que necessita de cuidados de alta complexidade.

O ambiente de rotina rigorosa, no que diz respeito às visitas, pode suscitar uma impressão errônea dos familiares e clientes, levando-os a acreditar que seus entes não estejam bem assistidos, uma vez que a equipe de saúde enfatiza os procedimentos técnicos ante aos procedimentos considerados mais “humanos” pelos familiares.

O conceito de Unidade de Terapia Intensiva, segundo a Resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) de 08 de novembro de 1995 é: “local dentro do hospital destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis”. A mesma Resolução define paciente grave - “aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas” e paciente de risco - “aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade”⁽²⁵⁾.

A Resolução n. 7 de 24 de fevereiro de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), redefiniu UTI como “sendo área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”. Pode ser classificada em: adulto (especializada por patologia e/ou intervenção), neonatal (para pacientes de 0 a 28 dias) e pediátrica (de 28 dias a 18 anos e/ou conforme as normas da instituição). Também existem UTI mistas – neonatais e pediátricas, com pacientes recém-nascidos até 18 anos⁽²⁶⁾.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, como o precursor desse modelo de cuidado, enfrentou algumas dificuldades. O atendimento das crianças gravemente doentes era realizado por pediatras de diversas subespecialidades, sem formação específica para o atendimento intensivo⁽²⁴⁾, sendo datada da década de 60 a primeira sala de atendimento pediátrico intensivo, anexa ao Pronto-Socorro do Instituto da Criança Professor Pedro de Alcântara – USP, posteriormente Unidade Pediátrica de Emergências Clínicas (UPEC), na cidade de São Paulo⁽²³⁾.

Em 1971 foi implantada uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e em 1974 a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital de Clínicas da USP, concomitante a outras unidades inauguradas neste estado, na mesma década⁽²³⁾, corroborando com a mudança no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira⁽¹¹⁾.

Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) são bastante conhecidas e difundidas em todos os países. Elas foram criadas com o objetivo de prover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas, de tal forma a propiciar a cura de doenças, bem como favorecer o crescimento em direção a uma vida com qualidade, com o pleno desenvolvimento de suas potencialidades⁽²⁷⁾.

No ano de 2009, no Brasil, foram inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2.342 unidades em 1.421 estabelecimentos de saúde, em todo território nacional. O número de leitos dessas unidades totaliza 25.367, não distintos entre adulto,

criança e recém-nascido. Do total de estabelecimentos cadastrados, apenas 229 estabelecimentos possuem UTIP, perfazendo um total de 16,1% dos estabelecimentos, com 2.425 leitos ou 9,6% de todos os leitos de cuidados intensivos ⁽²⁸⁾.

Das instituições que possuem UTI, 89,2% são de leitos para adultos, divididos entre coronariana, clínica, cirúrgica, queimados, dentre outras. Os municípios devem oferecer à população 2,5 a 3 leitos hospitalares/1000 habitantes. Destes, quatro a 10% serão de cuidados intensivos, ou seja, 1,3 leitos/10.000 habitantes, conforme a Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002, que estabelece um número específico de leitos de UTI por habitante ^(28,29).

Seguindo a histórica disparidade de distribuição de renda e recursos no Brasil, tem-se atualmente que, a maior cobertura de leitos de UTI pertence à região Sudeste, com uma média de 1,7 leitos/10.000 habitantes, seguida da região Sul com 1,6 leitos/10.000 habitantes. A cidade de São Paulo responde pelo maior número de leitos, totalizando 7.936 leitos sem classificação específica, ou 31,3% do total de leitos no Brasil ⁽²⁸⁾.

Embora o número de leitos de cuidados intensivos seja adequado em algumas regiões, a hospitalização nessas unidades, ainda que necessária, representa riscos de diferentes ordens, como exposição a múltiplos patógenos e conseqüente risco de infecção, afastamento dos familiares em função de visitas controladas, podendo causar problemas emocionais, dentre outros.

Os fatores de risco para crianças hospitalizadas em UTIP, no que diz respeito ao aumento da taxa de mortalidade, são: idade inferior a dois meses, uso de ventilação mecânica, diagnóstico de broncopneumonia associado, uso de dois ou mais antibióticos associados e admissão por patologia clínica ⁽³⁰⁾. As hospitalizações prolongadas numa unidade intensiva elevam os coeficientes de mortalidade e alteram o modelo de prestação de cuidados.

Considera-se prolongada uma hospitalização maior que 12 dias, sendo que uma minoria permanece até 30 dias ou mais neste setor. Um estudo norte americano realizado com 2607 crianças hospitalizadas entre 2003 e 2005, revelou que das hospitalizações originadas por

causas clínicas, 29,25% eram por distúrbios respiratórios, 23,20% por distúrbios gastrintestinais e 19,16% anormalidades múltiplas congênitas⁽³¹⁾.

Diante do perfil epidemiológico atual, os pacientes pediátricos atendidos em UTIP tendem a ser portadores de doenças crônicas com quadro agudizado. Um estudo demonstra o aumento da população dependente de ventilação mecânica atendida também na UTIP, como resultado de avanços tecnológicos no tratamento de pacientes crônicos graves⁽³²⁾.

Patologias do trato respiratório são as maiores causadoras de hospitalização infantil, sendo pneumonia e asma as mais prevalentes, não só no estado de São Paulo, mas em todo o Brasil. Vale ressaltar que, apesar dos avanços nos diagnósticos e cuidados aos pacientes com patologias respiratórias, a cronicidade é uma característica comum na maioria dos casos⁽¹⁴⁾.

Para os portadores de pneumopatias ou que dependem de ventilação mecânica, as consequências da cronicidade variam de hospitalizações por poucos meses até anos ininterruptos, ainda que possam utilizar aparelhos domiciliares na manutenção da vida. Tal situação nem sempre está atrelada à agudização do quadro clínico, podendo acontecer mesmo havendo estabilidade, em função de necessidades domiciliares que os governos não conseguem atender⁽³²⁾.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que a taxa de prevalência de pacientes com Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) na admissão foi de 68%. Outras causas de hospitalização pediátrica foram insuficiência respiratória (39%) e pós-operatório (18%). Crianças com patologias crônicas progressivas e que necessitaram de hospitalização foram pneumopatas (15,5%), hepatopatas (13%), crianças com câncer (12%) e com doenças genéticas (11,55%)⁽³³⁾.

Um estudo regional demonstrou a prevalência das doenças desencadeadoras de hospitalização infantil, sendo as disfunções respiratórias responsáveis por 43,3% dos casos, sepse e choque por 25,5%, pós-operatório por 19% e crises convulsivas por 8,1%⁽³⁴⁾. Novamente, a doença respiratória crônica emerge como a mais prevalente, lembrando que esta nem sempre inviabiliza a criança de interagir com o ambiente à sua volta.

Estes dados mostram-se admissíveis quando analisadas as novas tecnologias de saúde disponíveis. As correções cirúrgicas atuais, os exames de alta complexidade, a monitorização constante acessível ao ambiente doméstico modificaram a sobrevivência das crianças. Anomalias incompatíveis com a vida tornaram-se passíveis de intervenções a curto, médio e longo prazo.

A reinternação na UTIP é maior que 50% para a população de pacientes crônicos sobreviventes a uma primeira hospitalização. A média de permanência também se altera nos casos de doenças crônicas, aumentando em mais de 50%. As patologias crônicas mais comuns nesta população de reincidentes são anomalias congênitas múltiplas e doenças cardiovasculares⁽³¹⁾, sendo ambas acompanhadas por quadros de insuficiência respiratória, tanto aguda como crônica.

“A admissão e o tratamento em cuidados intensivos podem não resultar em morte, mas em diferentes graus de incapacidade dos sobreviventes”⁽³⁴⁾. Com o aumento da permanência das crianças num ambiente tão inóspito, novas formas de prestar os cuidados necessários à criança adoecida devem ser adotadas.

Para que o cuidado de enfermagem seja adequadamente oferecido é imperativa a construção desse saber com estratégias adequadas à realidade infantil. Essa tendência ao manuseio de ferramentas tradutoras do universo infantil introduziu não só objetos no cenário do cuidado infantil, mas também a família, como uma moduladora das necessidades da criança.

Essa perspectiva se revela ao analisar a literatura atual, por meio de um estudo baseado na concepção da família sobre a hospitalização infantil. Dentre todos os membros da família, sabe-se que a mãe é a mais afetada, sendo esta culturalmente a mais dedicada ao cuidado da criança, a hospitalização de um filho pode interferir em seus relacionamentos e na disponibilidade para o cuidado com os outros filhos, em face ao estresse do momento⁽³⁵⁾.

A introdução da família na UTIP, assim como suas vivências nesse setor, influencia o trabalho da equipe de enfermagem, que permanece todo tempo próxima à criança. Sensibilizar essa equipe da importância da presença da família, estabelecer vínculos de confiança, buscar a

ambiência favorável à criança aproximando a família da equipe, são atitudes que potencializam o cuidado dentro desse setor tão inóspito à criança⁽³⁶⁾.

Transcendendo a tríade equipe–família–criança, e também o binômio mãe–filho(a), voltando-se para a unidade criança deparamo-nos com a inserção de objetos lúdicos na UTIP, pois o tempo de hospitalização tem aumentado^(31,32), como já visto, e a figura infantil é obviamente ligada ao lúdico. As necessidades da criança, mesmo num momento de sofrimento e limitação, são objeto de estudo e já é aceitável a presença de brinquedos em UTIP em alguns países⁽³⁷⁾.

No Brasil ainda existe uma lacuna de estudos que contemplem a presença do brinquedo na UTIP, daí então o interesse em desenvolver esse estudo utilizando a técnica do brinquedo terapêutico, aliando os benefícios desta técnica com a novidade da presença de brinquedos neste setor. Em outros países, a preocupação em minimizar os riscos de contaminação por brinquedos dentro de setores de cuidado intensivo não é tão relevante, transcendendo dessa forma nossa cultura e prática.

Um estudo norte-americano demonstrou que os brinquedos presentes em uma UTIP, provenientes do lar ou fornecidos pelo hospital carregam, em sua maioria, microrganismos de baixa patogenicidade e de difícil veiculação entre os pacientes. Contudo, esse mesmo estudo recomenda que sejam adotadas padronizações na desinfecção dos brinquedos⁽³⁷⁾. Mesmo na iminência de minimizar os riscos de infecção cruzada nas UTIP, pode-se dizer que brinquedos não apresentam temeridades consideráveis, podendo ser aceitos e implementados neste setor.

A informação que referenda essa afirmação é a de que, em UTIP as taxas de infecção hospitalar variam de 3% a 27%, e que os principais sítios observados são: corrente sanguínea, trato respiratório (pneumonias) e trato urinário. Dentre as medidas de controle de infecção hospitalar recomendadas para este setor, não se encontram ainda orientações específicas que proíbam o uso de brinquedos⁽³⁸⁾.

Os brinquedos que podem ser utilizados em UTIP, segundo um hospital australiano, devem ser incluídos na rotina de desinfecção de equipamentos do setor, e se possível, atender

às seguintes características: laváveis, desmontáveis, adequados para a idade e impermeáveis. Devem ser sempre desinfetados quando trocados de uma criança para a outra. E as famílias devem ser incentivadas a adequar-se a esta rotina⁽³⁹⁾, corroborando com um estudo que inclui a família no cuidado a criança gravemente enferma⁽³⁶⁾.

Como enfermeira, procuro aprimorar minhas habilidades na prestação de cuidados às crianças. Como ser social, acredito pensar como “ser lúdico”, buscando informações na brincadeira imaginativa a fim de interpretar o mundo a minha volta⁽⁴⁰⁾. Munida da certeza dos benefícios do brincar, aliando o crescente período de hospitalização da criança pré-escolar, como já visto, e a adequação da linguagem do brinquedo a esta faixa etária, como se verá a seguir, entendo como articulada a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ao Brinquedo Terapêutico, buscando desvelar o fenômeno hospitalização nesta unidade, minha grande inquietação.

*O brincar e o brinquedo terapêutico como estratégia de
cuidado à criança hospitalizada*



2.2 O brincar e o brinquedo terapêutico como estratégia de cuidado à criança hospitalizada

Assim como houve a transição epidemiológica ao longo do tempo, das doenças infectocontagiosas para as doenças crônico-degenerativas⁽¹⁴⁾, houveram mudanças no paradigma da prestação do cuidado de enfermagem, com a reorganização social da família, a inserção desta família no serviço hospitalar⁽³⁵⁾ e o aumento do tempo de hospitalização da criança com doenças incuráveis^(31,34). A organização do modelo de cuidado intensivo é recente⁽¹⁷⁾, apenas algumas décadas após o advento do lúdico com fins terapêuticos.

O afloramento na sociedade do lúdico com função recreacional se dá no século XVIII, notado em pinturas e registros escritos, dentre outros⁽⁴⁰⁾. Até então, o retrato social da criança era a de um mini adulto⁽⁵⁾. Retrocedendo historicamente na prática de enfermagem, encontra-se referência a objetos lúdicos na prestação de cuidados por Florence Nightingale⁽⁴¹⁾. As considerações feitas ainda eram sutis e com função recreativa, pois a organização da família em torno dos pais e filhos dar-se-ia apenas no século XX⁽⁵⁾, vindo a justificar a mudança de padrões no cuidado prestado à criança.

Transpondo a função de simples recreação, considerando a evolução social e adentrando a conotação de ação a ser considerada, a psicanálise contribuiu muito para que o brincar ocupasse um papel de destaque na infância, fazendo parte do set terapêutico de alguns psicanalistas e de teóricos do desenvolvimento infantil, entre eles D. Winnicott, por quem o brincar foi profundamente estudado⁽⁴²⁾.

O brincar se caracteriza como um comportamento com um fim em si mesmo, livre de obrigatoriedade e vinculado ao prazer pela sua realização, sendo influenciado principalmente por fatores socioculturais⁽⁴³⁾, servindo sobretudo à perspectiva recreacional ou normativa, porém contendo também outra perspectiva, a terapêutica.

Etimologicamente brincar vem do latim “brinco”, sendo sua raiz morfológica “*vinculu/vinculum*”⁽⁴⁴⁾, constituindo-se numa atividade de ligação com algo em si mesmo e com o

outro. “Ao brincar com alguém a criança introduz seu próprio brincar e experiencia a aceitação ou não aceitação de ideias de outras pessoas”⁽⁴⁵⁾.

O momento do brincar é aquele onde a criança utiliza um objeto ou uma interação social em proveito próprio. Identifica-se uma situação como brincadeira quando a esta se agrega o componente lúdico ou imaginário⁽⁴⁶⁾. Portanto, o brincar pode ocorrer nas mais variadas situações, com grande pluralidade de objetos e acompanhantes, inclusive no ambiente hospitalar.

Uma das possibilidades da utilização do brinquedo no ambiente hospitalar é para realizar a dramatização. Um estudo realizado com pré-escolares hospitalizados em unidade de internação observou que, por meio da dramatização, a criança expressa a importância da presença materna e a proteção advinda desta. Também revelou a pequenez da criança frente aos acontecimentos, denotando ausência de controle sobre as situações e o ambiente hospitalar⁽⁴⁷⁾, corroborando com outro estudo sobre o significado da presença materna na UTIP⁽³⁵⁾.

O brincar é constituído por elementos como a criança e suas vivências, o espaço físico e os brinquedos disponíveis e o intervalo de tempo destinado à brincadeira com suas relações e crenças familiares. Esses elementos propiciam a singularidade de cada evento lúdico, assim como sua condução e resultados⁽⁴³⁾.

A constituição do brincar cria uma cultura lúdica fundamentada em referências adquiridas no contexto de vida da criança. É constituída de esquemas e regras imaginárias e aleatórias criadas pela criança e que reproduzem o mundo real num contexto imaginário, permitindo que a brincadeira aconteça, seja ela individual ou coletiva⁽⁴⁸⁾.

Assim como o espaço que a criança ocupa na organização familiar, o reconhecimento universal do brincar é recente, considerado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, abordado na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989,

e promulgado pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990⁽⁴⁹⁾, assegurando os direitos da criança e do adolescente.

Concomitante às conjunturas mundiais, o Brasil instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 13 de julho de 1990, que buscou garantir a presença da mãe junto à criança adoecida e o livre acesso ao hospital⁽⁵⁰⁾, reconhecendo o impacto da hospitalização da criança na vida desta, como já abordado⁽³⁶⁾, considerando e confirmando assim a necessidade da criança de ter sua mãe presente⁽⁴⁷⁾.

Amparando e reconhecendo a importância do brincar e seus efeitos durante a hospitalização^(47,51), a Resolução n. 41 de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), quase vinte anos após o início das investigações sobre a hospitalização infantil, abordou os direitos das crianças institucionalizadas e a necessidade de oportunidades lúdicas minimizadoras dos efeitos deletérios da hospitalização⁽⁵²⁾.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o HumanizaSUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e a criação de estratégias que ampliem a condição de direitos e de cidadania dos usuários, corroborando com o ECA e fortalecendo os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados^(53,54).

Os efeitos da hospitalização podem ser maléficos, como já considerados, uma vez que a criança possui um número limitado de mecanismos para enfrentar a separação dos familiares. Pode ocorrer a perda de controle relacionada às restrições ou limitações em suas habilidades e lesão corporal devido aos procedimentos e exames, geralmente invasivos e dolorosos⁽⁵⁵⁾.

Além das características negativas do evento adoecer e estar hospitalizado, é fundamental considerar algumas especificidades de desenvolvimento da criança, de modo a colaborar para a compreensão do fenômeno hospitalização em setor de terapia intensiva. Sendo esse o objeto do estudo, faz-se necessário lembrar que a população de interesse é a de pré-escolares de três a seis anos, intervalo mais utilizado nos estudos que abordam pré-escolares e seu desenvolvimento^(56,57).

O desenvolvimento é um processo que se inicia no período intraútero e envolve maturação neurológica e construção de habilidades sociais, culturais e cognitivas⁽⁵⁸⁾. Incidem sobre o desenvolvimento, fatores intrínsecos como herança genética, aspectos do nascimento e variáveis ambientais, além de fatores extrínsecos, como condição socioeconômica, condições do parto, vínculo materno, controle de doenças infecciosas, alimentação, dentre outros⁽⁵⁹⁾.

Acompanhando o desenvolvimento de inúmeras habilidades na fase pré-escolar, sabe-se que as atividades lúdicas que mais agradam neste período envolvem correr, pular, saltar, nadar, escalar. Brincar em pista de corrida, triciclos, carrinhos de puxar, corda, brinquedos de manipulação com informações como textura, botões, zíperes, cadarço, também são atrativos⁽⁵⁶⁾.

A partir dos três anos, a criança aprimora habilidades já adquiridas nas fases anteriores, particularmente a capacidade de comunicação, locomoção, manuseio de objetos e jogos simbólicos. É a idade do explorar e do brincar. A capacidade de elaboração simbólica vai, gradativamente, aumentando e a criança passa a diferenciar o eu do outro⁽⁵⁹⁾.

Aspecto relevante é a maturação da linguagem que é estimulada tanto no ambiente doméstico como no escolar. O pré-escolar apresenta discurso egocêntrico e acredita que os outros tem o mesmo processo mental que ele, assim, com pequenas explicações crê ter sido entendido em seus anseios⁽⁶⁰⁾.

Pertencendo a criança ao cenário epidemiológico em transição das doenças da infância⁽⁶⁻¹⁰⁾, faz-se mister compreender de maneira aprofundada como se dá a hospitalização para essa criança, juntamente com as características que ela apresenta, considerando para tanto as doenças causadoras de hospitalização prolongada em UTIP⁽³¹⁾.

O impacto da hospitalização pode causar danos tanto nas estruturas físicas, como nas psíquicas. Sinais e sintomas como inapetência, insônia, desânimo, declínio da curva de crescimento, hostilidade, regressão nos comportamentos e hábitos adquiridos, manifestações psicossomáticas, sentimentos de vingança direcionados aos familiares e equipe de saúde são frequentes durante o adoecimento e hospitalização infantil^(61,62).

O contexto doméstico e o escolar são os entornos conhecidos. A hospitalização propicia um cenário desconhecido para o pré-escolar, que ainda está aprendendo a se separar da figura materna. A realidade e a fantasia fundem-se, pois os parâmetros do mundo conhecido são perdidos. O abandono parece inato, principalmente quando a criança está sozinha durante alguns procedimentos, agregando ao medo do desconhecido, a dor física e emocional⁽⁶³⁾.

Por vezes, as hospitalizações em UTIP são causadas por patologias que não incapacitam a criança de interagir com o ambiente hospitalar⁽³¹⁾. A criança pode ficar acordada e, ao acompanhar a dinâmica da UTIP, vivenciar os sinais e sintomas da doença, podendo sentir-se confusa, já que devido à idade, não compreende explicações racionais, inclusive sentindo-se causadora da doença⁽⁶⁴⁾.

A despersonalização da criança é frequente na hospitalização. O despir-se perto de desconhecidos é o primeiro sentimento de mutilação que a criança sente. O sentimento de morte se desvela a cada perda que a criança sofre, como a separação dos brinquedos preferidos e dos familiares^(61,65).

A imagem corporal que a criança tem nesta fase não é bem definida, principalmente aos três anos. Os procedimentos invasivos e os equipamentos que porventura estiverem conectados à criança desencadearão medo e insegurança, se não forem adequadamente compreendidos por esta. O medo maior da criança é a mutilação, pois racionalmente esta ainda não entende a regeneração das estruturas corporais⁽⁶⁶⁾.

O raciocínio do pré-escolar transcorre pelo momento vivenciado e pelos eventos próximos presenciados. A realidade e a imaginação ainda não estão desconectadas e ele pode conferir sentimentos a objetos (animismo), acreditando em figuras folclóricas ou seres representativos (bruxas, saci, fadas). O medo tem lugar marcante em seu pensamento, pois aspectos racionais de um acontecimento isolado ainda não são compreendidos⁽⁶⁰⁾.

Diante dos diversos medos, o brincar, tão importante para o desenvolvimento infantil, se mostra ainda mais importante em situação de adoecimento, dando voz à criança pré-escolar, ainda com sua linguagem e compreensão limitada. O brincar é imprescindível durante a

hospitalização, pois é a linguagem universal da criança. Após sessões de brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar, as crianças mostraram-se mais colaborativas e menos apreensivas com o desconhecido, facilitando os procedimentos e aliviando a ansiedade⁽⁶³⁾.

Não se sabe se, em um espaço altamente tecnológico como a UTIP, a criança sente-se ainda mais vulnerável, pois fatores como o isolamento no leito, a quantidade de equipamentos e alarmes, a ausência da figura materna por grandes períodos, a ausência de limitadores de espaço (como paredes ou biombo) propiciariam sentimentos negativos. Contudo, o brincar serve ao pré-escolar, neste momento, como única atividade passível de ser controlada.

Sendo o brincar uma atividade inerente à criança, as instituições hospitalares necessitam estruturarem-se para tal. Um estudo realizado com crianças hospitalizadas em duas instituições (de natureza não especificada), que avaliou quantitativamente características como tipo da brincadeira e interações sociais, evidenciou que o brincar foi mais efetivo na instituição que o considerava essencial à criança, propiciando continuidade ao desenvolvimento infantil, autonomia da criança em busca de saúde e estímulo à resiliência⁽⁵¹⁾. O conceito de estrutura favorável ao brincar não se limita ao ambiente físico, mas compreende o preparo e aceitação da equipe de saúde.

A compreensão da precisão de brincar como necessidade básica é essencial ao pessoal que cuida da criança, inclusive no meio hospitalar, para que ele seja valorizado tanto quanto a higiene, a alimentação, a medicação, o curativo, e não como uma atividade a mais que vai ser proporcionada à criança⁽⁴⁴⁾.

Ainda que o brincar seja inato à criança, não o é para grande parte das instituições de saúde. Os subsídios para a mudança tem se dado com a criação de dispositivos legais que favoreçam o cuidado centrado na criança e na família. Uma das diretrizes para a implantação da Política Nacional de Humanização é adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável⁽⁶⁷⁾, corroborando

com estudos sobre a necessidade de melhorar o acolhimento aos pacientes e familiares^(47,50,55,68).

Amparado por diversas legislações, o brincar deve estar presente no ambiente hospitalar, não só por meio de atividades recreativas, mas também terapêuticas. Brincadeiras estruturadas que propiciem compreensão dos acontecimentos à criança, que também colaborem com o conhecimento da equipe sobre a criança, podem tornar o processo de hospitalização menos traumático a todos os envolvidos⁽⁶⁹⁾.

Transcendendo algumas teorias, como as do desenvolvimento, o brincar apresenta-se como terapêutico em diversas situações estressoras, principalmente àquelas ligadas ao adoecimento e à hospitalização^(47,51,63,65), e faz-se imprescindível abordá-lo junto com o brinquedo terapêutico, visto ser este a estratégia mediadora escolhida entre a pesquisadora e os participantes deste estudo.

A humanização do cuidado de enfermagem, agregada aos conhecimentos sobre os resultados do brincar, corroborou para a busca contemporânea de prestação de cuidados atraumáticos para a população infantil^(66,69). Brincar é uma atividade fundamental para a criança, em qualquer fase do seu desenvolvimento, não devendo ser interrompida pela hospitalização, pois se baliza uma necessidade básica, o trabalho da criança⁽¹⁵⁾, assim como comer, vestir-se, ser amada.

Tem-se que a hospitalização se caracteriza como uma doença para a criança, pois além dos males físicos, a situação de hospitalização impetra grande mal emocional^(44,70), com a separação dos entes queridos, a ambiência doméstica perdida, a constância de procedimentos dolorosos, a chegada incessante de desconhecidos, e outros fatores somados, tomando proporções equivalentes a uma outra doença a atingir a criança.

A busca por uma assistência que minimize os traumas advindos da hospitalização requer a provisão de cuidados ou intervenções que diminuam o desconforto físico e psicológico experienciado pela criança e seus acompanhantes. Envolve a adequação do espaço para os familiares, a aculturação da criança no ambiente hospitalar, o preparo da criança antes de

procedimentos desconhecidos, garantia de privacidade e oferecimento de atividades lúdicas objetivando a expressão de seus anseios neste período⁽⁶⁶⁾.

No Brasil, o uso reconhecido do brinquedo como terapêutico ou facilitador da assistência no contexto de enfermagem iniciou-se na década de 60, sendo uma das precursoras a Dra. Esther Moraes, docente da disciplina de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem (EE-USP). Ela iniciou seu uso, intuitivamente, nas situações traumáticas à criança, observando menor sofrimento e maior cooperação das mesmas durante os procedimentos terapêuticos⁽⁷¹⁾.

No ano de 1974, Carol Green introduziu o termo Brinquedo Terapêutico (BT) no cuidado pediátrico⁽⁷²⁾. No fim da década de 70 e meados dos anos 80, apareceram estudos acadêmicos brasileiros sobre o BT na assistência de enfermagem. Os primeiros estudos foram publicados em 1979 por Barreto, e em 1986 por Ribeiro e Abrantes⁽⁷⁰⁾, e os achados perduram até a atualidade, comprovando assim a eficácia da utilização do BT, como alguns estudos com crianças não hospitalizadas apontam^(64,65). Nestes estudos com crianças não hospitalizadas, assim como nos primeiros estudos publicados, o BT transcendeu o papel de estratégia de entrevista⁽⁷¹⁾, e mostrou seu potencial catártico.

O BT é uma técnica estruturada, não diretiva, que possibilita a dramatização de papéis e a catarse, de forma a diminuir a ansiedade da criança gerada por situações atípicas para a sua idade. Qualquer profissional de saúde pode utilizá-lo, em local conveniente para a criança e o profissional, sendo o período destinado ao BT denominado sessão, com duração de 15 a 45 minutos⁽⁷³⁻⁷⁷⁾.

Assim como a humanização do cuidado de enfermagem tem arcabouços legais^(53,54), a utilização do BT pelo enfermeiro embasa-se legalmente na Resolução n. 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada⁽⁷⁸⁾. Atualmente, este conteúdo é recomendado para os cursos de graduação em enfermagem, com respaldo também do Conselho Regional de Enfermagem, Seção São Paulo (COREN-SP), por meio do Parecer n. 51669 de 24 de junho de 2004.

O brinquedo terapêutico é classificado em três tipos. O BT dramático é aquele onde a criança exterioriza os sentimentos e vivências, podendo atingir a catarse, por meio da manipulação dos brinquedos e objetos hospitalares; o BT instrucional objetiva preparar a criança para algum evento ou procedimento e o BT capacitador de funções fisiológicas contribui para a melhora física auxiliando no desenvolvimento de alguma habilidade que a criança perdeu por ocasião da doença⁽⁷⁵⁾.

O tratamento da criança hospitalizada pode ser mediado pelo BT, que proporciona à criança uma interação positiva entre o mundo real e o imaginário, transpondo a condição de passiva para ativa no processo saúde-doença, sendo, portanto, uma ferramenta para a intervenção humanizada no cuidado de enfermagem, devendo ser empregado sempre que a criança sentir dificuldade de compreender as experiências a que será/está sendo submetida^(77,79).

O brincar no ambiente hospitalar aproxima a criança da equipe que presta cuidados, pois “pelo brincar a criança se expressa surgindo como sujeito e não como mero objeto de tratamentos e cuidados, sendo que os desconfortos e sofrimentos causados pela hospitalização são amenizados, favorecendo assim a adesão ao tratamento”⁽⁶¹⁾.

No que tange à criança adoecida e hospitalizada, as funções do brinquedo e do brincar são diversas, como expressar sentimentos negativos relacionados às novas vivências, repetir experiências dolorosas a fim de compreendê-las, reviver alguns aspectos do ambiente familiar mesmo fora deste, retrair-se para readquirir o controle da situação, dentre outras⁽⁸⁰⁾.

Corroborando com estas afirmações, um estudo que utilizou o BT com crianças submetidas à cirurgia de correção de fissura labiopalatina, considerou esta estratégia lúdica como bom recurso de orientação e de educação no processo de reabilitação⁽⁷⁶⁾. Vê-se, portanto, que o BT surge como um exponencial minimizador dos efeitos deletérios das intervenções cirúrgicas.

O BT serviu eficazmente no cuidado prestado às crianças submetidas a punção venosa ou procedimentos invasivos, pois intervenções dessa natureza são muito temidas, como

concluiu um estudo cujo objetivo foi o preparo de crianças pré-escolares para punção venosa. As crianças mostraram-se mais compreensivas e reagiram com maior controle da situação⁽⁸¹⁾.

Apoiando os benefícios do BT, outros estudos com punção de cateter totalmente implantável e instalação de quimioterapia, mostraram que sessões, tanto instrucionais como dramáticas, de acordo com o propósito e necessidades do contexto, foram importantes para que a criança mostrasse maior colaboração durante os procedimentos, os pais aceitassem melhor as intervenções de enfermagem, entre outros resultados alcançados⁽⁸²⁾.

Nem sempre a criança está hospitalizada, mas carecendo de cuidados à saúde ou preparando-se para alguma intervenção invasiva. Em ambos os casos, e também como os relatados acima, o BT cumpriu o propósito de possibilitar à criança maior compreensão do contexto vivido⁽⁷⁷⁾.

O pensamento imaturo do pré-escolar e sua dificuldade para entender a separação do real e do imaginário desvelaram-se num estudo com crianças com câncer. Corroborando com outros autores que abordam o processo de pensamento da criança⁽⁶⁰⁾, as sessões de BT deste estudo revelaram a dificuldade em lidar com a morte, em suas várias facetas, apresentadas principalmente pelo pré-escolar⁽⁶⁵⁾.

A equipe de enfermagem sempre se beneficia ao utilizar o BT, como mostra um recente estudo com enfermeiras que utilizam o BT em sua prática diária. A conclusão foi que essa é uma estratégia adequada de aproximação e estabelecimento de vínculo entre o profissional e a criança, possibilitando a compreensão do significado da hospitalização sob a ótica infantil, conduzindo para uma assistência ampliada e qualificada da criança⁽⁸³⁾.

Considerando a importância benéfica do BT, o objetivo desse estudo, compreender as vivências das crianças pré-escolares internadas em uma UTIP, apropriou-se da técnica do BT dramático para ser alcançado, buscando também transcender essa compreensão ao propor melhorias na prestação de cuidados menos traumáticos à população infantil.

Percorrendo um caminho...



3. Trajetória Metodológica

3.1. Fenomenologia

Minha inquietação em relação ao fenômeno - criança pré-escolar vivenciando a hospitalização em unidade de terapia intensiva pediátrica - levou-me a buscar um caminho que pudesse desvelar o significado de tais experiências para as crianças envolvidas, compreendendo que somente elas é que podem tornar manifesto aquilo que foi fundamental neste momento, enquanto participantes dessa experiência. Esse caminho metodológico aponta para a Fenomenologia.

A palavra fenômeno origina-se da expressão grega *faínomenon*, cujo significado é mostrar-se a si mesmo, manifestar algo. A etimologia da palavra Fenomenologia é o estudo dos fenômenos^(84,85). Outra definição etimológica é que Fenomenologia é o estudo das essências⁽²⁾. Revelar o significado de uma vivência como resultado científico requer um método de pesquisa que ultrapasse o simples compilar de dados.

“Valorizar o ser passa pelo rigor científico desta abordagem [fenomenologia], fundamentado nas características do existir. A fenomenologia tem a preocupação de revelar as experiências, descrevendo-as em suas estruturas universais”⁽⁸⁶⁾. “A fenomenologia se define como uma ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita o ser nele mesmo, que se preocupa com a essência do vivido”⁽⁸⁷⁾.

Historicamente, o termo Fenomenologia tornou-se conhecido e corrente na tradição filosófica a partir da obra de Hegel, intitulada Fenomenologia do Espírito e publicada em 1807. Para seu precursor, Immanuel Kant, o ser é o que limita a pretensão do fenômeno, ao mesmo tempo em que ele próprio permanece fora do alcance. Hegel, ao contrário de Kant, acreditava que o fenômeno é reabsorvido num conhecimento sistemático do ser. Já para Edmund Husserl, considerado o fundador da Fenomenologia, o sentido do ser e do fenômeno não podem ser dissociados⁽⁸⁴⁾.

Husserl foi influenciado por Brentano, que objetivou, com seus estudos, distinguir os fenômenos psíquicos (carregados de intencionalidade) dos fenômenos físicos. Tem-se, portanto, que o propósito da Fenomenologia, partindo do princípio da intencionalidade, é analisar as vivências da consciência para perceber como se produz o sentido dos fenômenos⁽⁸⁴⁾.

Para Husserl, a Fenomenologia possibilita “uma introdução lógica às ciências humanas”, caminhando contracorrente ao positivismo, buscando fundamentar uma filosofia de forma científica. A Fenomenologia tem como ponto de partida “os dados imediatos da consciência”, sendo uma ciência interrogativa, não engessada nos moldes científicos da época⁽⁸⁶⁾.

As atitudes e experiências dos seres humanos têm dimensões pessoais, relacionadas a um local, a um momento e a um modo como foram vividas. Tais fenômenos são experiências ímpares de grandeza pessoal, compondo um quadro não mensurável pelo modelo reducionista contemporâneo, pautado no positivismo. O que interessa para Husserl é “a compreensão das significações essenciais, ou seja, do ato intencional que atribui sentido às coisas. Por isso é que o reino da fenomenologia não é só o descritivo, mas também o da significação”⁽⁸⁷⁾.

Após Husserl, a Fenomenologia se propaga com diversas compreensões, sendo mais conhecidas as de Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty e Alfred Shultz. As abordagens, tanto dos referenciais citados quanto de outros existentes, seguem três direções: transcendental, genética e existencial. Neste estudo, busca-se a vertente existencial, que procura compreender o homem em sua estrutura universal⁽⁸⁵⁾, aprofundada nos expostos de M. Heidegger⁽⁸⁷⁾.

Heidegger, influenciado por Husserl, acreditava que o fenômeno não se mostra diretamente, mantendo-se velado frente ao que se mostra, possibilitando um desvelamento parcial, contudo constituinte do ser. O conceito de fenômeno aqui propõe “como o que se mostra, o ser dos entes, o seu sentido, suas modificações e derivados, pois o mostrar-se não é um mostrar-se qualquer e, muito menos, uma manifestação”⁽⁸⁶⁾.

“Heidegger indica que as coisas só acontecem, só se mostram, só se anunciam na presença do *ser-aí*, o qual chama de *Dasein*, naquilo que separa o homem de outros entes, e que esta presença é uma condição de mundo, é sempre uma abertura de mundo”⁽⁸⁸⁾. O brincar da criança, considerando a fenomenologia heideggeriana, revela seu existir original que é fruto do seu *ser-aí* no mundo⁽⁴⁶⁾, pois para Heidegger as coisas se dão no mundo, e não na consciência, como para Husserl.

Aliando a pesquisa qualitativa à fenomenologia, professando postulados de Husserl e Merleau-Ponty, Amedeo Giorgi na década de 70 do século passado, propôs um método fenomenológico descritivo em psicologia, que buscou evitar as tendências reducionistas do positivismo na pesquisa qualitativa. Para tanto, o pesquisador é incentivado a abster-se de suas pressuposições referentes ao fenômeno de interesse⁽⁸⁹⁾.

Giorgi buscou pautar a pesquisa qualitativa num método com rigor científico e coerência disciplinar, contrapondo as investigações psicológicas até então. Sistematização e metodologia rigorosa devem alicerçar a pesquisa qualitativa. “Para ser científico, o conhecimento deve ser alcançado através de uma práxis em que os outros possam ser instruídos”⁽⁹⁰⁾.

No Brasil, um dos precursores da Fenomenologia enquanto método de pesquisa qualitativa foi o Professor Joel Martins, que após uma decepção com sua tese de doutorado desenvolvida na psicologia experimental, voltou-se à Fenomenologia enquanto método de pesquisar o homem e seu mundo, pois acreditava na multiplicidade da vida do homem e nas variáveis que influenciavam seu comportamento⁽⁹¹⁾.

Tal constatação emergiu durante seu trabalho com ratos de laboratório, pois estes não apresentavam um comportamento linear quando submetidos às variáveis da pesquisa, cada um reagia de um modo. Para Joel, como seria o homem então? E para entendê-lo, o pesquisador pensaria como tal, buscando as respostas das inquietações sobre o fenômeno junto a quem o vivencia.

Joel Martins representa para a pesquisa qualitativa brasileira não apenas o título de precursor da Fenomenologia, mas também o instrutor desta metodologia, por meio de obras

como “A Pesquisa Qualitativa em Psicologia – Fundamentos e Recursos Básicos”⁽⁹²⁾. A partir do compilado de suas orientações, a trajetória metodológica da fenomenologia pôde ser descrita.

Experienciar uma vivência, como a hospitalização, é possuir uma visão singular, que encontra na pesquisa qualitativa espaço para ser explorada. A pesquisa qualitativa e suas modalidades buscam acrescentar rigor aos fenômenos que não se submetem aos estudos numéricos. A coleta de dados para a pesquisa qualitativa, melhor descrita para a Fenomenologia como o acesso às experiências dos indivíduos que vivenciam uma determinada situação, se dá por meio da comunicação entre o pesquisador e o pesquisado⁽⁹²⁾.

Buscar uma vivência específica e tentar compreendê-la constitui-se uma tarefa fascinante, porém pautada na subjetividade do ser humano, no campo das ideias e pensamentos, que refletem o homem enquanto sujeito único, inigualável. A criança e o momento da brincadeira equiparam-se a este ser único, pois sua compreensão de mundo acontece por meio do brincar, que é autêntico, singular⁽⁹³⁾. Acessar a vivência infantil por meio do brincar é a melhor forma de comunicação entre os seres.

“A pesquisa fenomenológica na enfermagem aponta para os fenômenos adoecer, morrer, relacionar-se com o outro, fenômenos estes que não podem ser compreendidos isolados da pessoa que os vivencia na totalidade de sua existência”⁽⁹⁴⁾, sendo portanto, uma abordagem metodológica adequada ao velado universo infantil.

O homem que adoecer não está isolado, vivendo sem os outros. Os outros são sempre co-presentes enquanto ser-no-mundo. Essa co-presença pode se tornar uma participação significativa quando expressa solicitude, o cuidar do outro, objeto essencial das atenções da enfermagem. O cuidar do outro, implicando coexistência e participação, é o oposto de um tipo de cuidar que se exerce sob a forma de manipulação e dominação do outro⁽⁸⁷⁾.

Na fenomenologia encontra-se um chamado à reflexão, “é um mergulhar no movimento próprio do nosso semelhante, captando sua mensagem a partir do seu modo singular e único

de intencional o mundo”⁽⁸⁸⁾. Conceber a enfermagem a partir do olhar do outro, agrega valor diferencial ao cuidado prestado, assim como às pesquisas centradas na compreensão do homem enquanto um ser holístico.

A partir da década de 80, identificou-se entre os estudos brasileiros de enfermagem a aproximação ao método fenomenológico⁽⁹⁴⁾. Três trabalhos destacam-se neste contexto: Boemer (1985, 1989), Mendes (1987) e Ferraz (1989)⁽⁹⁵⁾. Um dos fenomenólogos mais referenciados pela Enfermagem tem sido M. Heidegger, pela sua abordagem do ser que cuida e é cuidado como singular no mundo⁽⁹⁴⁾.

Essa aproximação da enfermagem com o campo da pesquisa aponta para uma modalidade de pesquisa qualitativa - análise da estrutura do fenômeno situado, que se fundamenta na Fenomenologia enquanto escola filosófica e é também chamada de análise fenomenológica, utilizando como referencial metodológico as orientações de Giorgi e de Martins; Bicudo^(89,92). Na modalidade fenômeno situado, a preocupação da trajetória de pesquisa se dá com o ato de compreender, mais do que explicar o objeto de estudo”⁽⁹⁶⁾.

O compreender acontece tomando o objeto a ser investigado na sua totalidade. É tomá-lo na sua relação causal apenas⁽⁹⁶⁾, portanto o pesquisador não necessita de pressupostos próprios ou concepções da natureza do fenômeno investigado, como nas ciências naturais. Apenas faz-se necessário buscar as descrições das experiências dos participantes envolvidos para que se possa mostrar a essência deste fenômeno⁽⁹⁷⁾.

Essa ausência de pressupostos traduz-se por “epoché”, ou deixar em suspenso qualquer pensamento ou julgamento que o pesquisador possa ter⁽⁹²⁾. Na “epoché”, não se ignora o pensar do pesquisador, anulando seus conhecimentos anteriores, mas sim o pesquisador parte “de um nível pré-reflexivo que se torna reflexivo à medida que toma consciência e vai chegando a uma inteligibilidade do fenômeno”⁽⁹⁶⁾.

Assim, o pesquisador trabalhará com os discursos dos participantes sobre o que o inquieta, interrogando a realidade experienciada por eles, buscando a compreensão do

fenômeno situado. É através de descrições¹ — uma forma de discurso do sujeito — que o pesquisador tem acesso às experiências vividas por ele, bem como aos significados expressos pelos próprios participantes em suas falas ‘ingênuas’, espontâneas, em relação ao fenômeno interrogado⁽⁹²⁾.

De posse dos discursos e das informações contidas no diário de campo, considera-se os seguintes momentos:

- _ leitura global do conteúdo total de cada sessão, de forma a apreender sua configuração global;
- _ releitura do texto, atentivamente, de modo a identificar as afirmações significativas dos sujeitos (unidades de significado), isto é, análise ideográfica;
- _ diante dessas unidades de significado, buscar suas convergências (elementos que sejam comuns a vários relatos) e suas divergências (elementos que são peculiares a apenas um relato, ou a poucos relatos);
- _ a partir das convergências/divergências construir categorias temáticas;
- _ proceder a uma síntese descritiva, integrando as afirmações significativas em que se constituem as categorias que expressam os significados atribuídos pelos sujeitos, isto é, análise nomotética^(89,92).

3.2 O diálogo entre a fenomenologia heideggeriana e a teoria do amadurecimento winnicottiana

Partindo da fenomenologia heideggeriana, do ser que cuida e é cuidado como singular no mundo⁽⁹⁴⁾, importou buscar um referencial de análise que compreenda o ser cuidado como ser-aí-no-mundo. Para um olhar integrador da assistência e do assistido utilizei a observação

¹A descrição não comporta um estilo literário ou classificações por estados emocionais. Ela fala de coisas e das situações e circunstâncias que as rodeiam. Não há normas severas, listas de palavras ou de sentenças que devam ser usadas para descrever. É um ato que envolve alguém que está diante do objeto descrito, que conhece tal objeto, para alguém que não o conhece⁽⁹⁸⁾.

participante⁽⁹⁹⁾, buscando a imersão no mundo do brincar. E entendi serem relevantes estudos de enfermagem que abordam as teorias winnicottianas e sua relação com o brincar, assim como os heideggerianos.

Para Heidegger, o *Dasein*, ser-aí, é dizer que o “ser só é alguma coisa a partir dos modos como ele se manifesta”. Ser-no-mundo é “a condição do existente enquanto consciente de sua presença no tempo e no mundo”, isto é, “o homem nunca é uma subjetividade em si mesmo, senão na inter-relação com os outros e com as coisas”⁽¹⁰⁰⁾. Ser-aí-no-mundo para a criança hospitalizada é manifestar-se a partir da brincadeira integradora que envolve não apenas a hospitalização, mas também o mundo a sua volta, é ser-no-mundo e junto dele.

Cuidar de uma criança possibilitando a esta interagir e agir com o mundo a sua volta é atentar-se para a definição de cuidado em Heidegger – “o cuidado contempla o modo positivo de cuidar dos entes, não é sinônimo de bondade, é entender autenticamente o que é importante”⁽¹⁰⁰⁾. Importante para a criança é manifestar-se do modo mais natural concebido por ela - o brincar, pois esta é a linguagem da criança, o brincar é o tradutor do universo infantil, o elo entre o mundo interior e o exterior^(15,45,63).

Para Winnicott, assim como para Heidegger, o cuidado acontece de forma integradora. Winnicott entende o ser humano “não como um objeto da natureza, mas sim como uma pessoa que, para existir, precisa do cuidado e da atenção de outro ser humano”^(101,102). Essa concepção do homem aproxima os postulados de Winnicott aos da fenomenologia heideggeriana, uma vez que se distancia da psicanálise tradicional.

Heidegger via o ser humano em seu sentido de ser, não quantificável, assim como Winnicott. A mudança de paradigma do pensamento de Winnicott o torna identificável com o método fenomenológico, pois, tanto para Heidegger como para Winnicott, o homem é o que ele vive e como manifesta essa vivência, e ambos concebem o homem como um ser interligado a outro⁽¹⁰¹⁾. Heidegger acreditava que as ciências da época necessitavam transcender seus conceitos, pois suas pesquisas sobre o homem deixaram de vê-lo como humano, com um caráter essencialmente “acontecete”⁽¹⁰²⁾.

“O ser do ser-aí como cuidado é a abertura de mundo que só ocorre como resultado dos existenciais conjuntamente. É o resultado desta relação, deste entrelaçamento, deste permitir que o outro se mostre e ainda de permitir que a angústia se manifeste de maneira autêntica e inautêntica nos diferentes momentos da vida no mundo”⁽¹⁰⁰⁾. “Ser-com-os-outros”, diz Heidegger, é um componente da estrutura do ser- aí.

“O ser acontecente é desvelado em seu poder-ser originário por meio da angústia, pela qual o ser do ser- aí se mostra como cuidado (*Sorge*). [...] O cuidar é um fenômeno ontológico fundamental, isto é, no fenômeno do cuidado, o homem preocupa-se com seu próprio existir e com o existir no mundo. Isso porque o homem é um ser-no-mundo que, enquanto presença, é também um ser-com-os-outros, e isso lhe permite a abertura para a convivência”⁽¹⁰²⁾.

Para Winnicott, o primeiro ser-junto-com acontece na díade mãe-bebê, onde a partir do contato humano com a mãe, o bebê passa a sentir-se real e poder ser. “É no colo materno que o bebê se apropria do ser e passa a relacionar-se com a presença como tal”⁽¹⁰¹⁾. Nessa díade existem períodos do desenvolvimento infantil que caminham da dependência à independência. Esses períodos são categorizados em três momentos: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa⁽¹⁰³⁾.

A dependência absoluta inicia-se a partir do nascimento do bebê, onde ele depende da mãe ou substituta dessa para existir. Essa dependência é permeada por mutualidade e preocupação da mãe com os cuidados do bebê e está relacionada à necessidade desse ser para realizar a sua “tendência inata à integração em uma unidade”, pois para Winnicott, o bebê, após seu nascimento, se vê como parte integrante da mãe, não maduro ainda para ser único⁽¹⁰⁴⁾.

O bebê, neste estágio, é um ser “incompadecido”, isto é, por não entender a existência de si mesmo separado do ambiente, não compreende as consequências de seus atos, que podem ser agressivos ou de impulsividade destrutiva. À medida que o bebê evolui, ele entende-se com um ser próprio e passa a ser preocupado, a conter-se nas suas manifestações em busca da satisfação instintual. Nesse ponto, a agressividade deixa de conter destrutividade, a relação

do bebê com o outro e com os objetos passa a ser realista e desintegrada da díade anterior, e a fase da dependência relativa se inicia⁽¹⁰³⁾.

Para Winnicott, essa evolução está explicitada na espinha dorsal de seu trabalho, na sua TEORIA DO AMADURECIMENTO, um compilado de sua obra que contribui com o pressuposto de que todo indivíduo deve poder continuar-a-ser como pessoa de forma ininterrupta, acontecendo esse amadurecer durante a relação deste indivíduo com os outros seres humanos⁽¹⁰²⁾. Esse amadurecer está fundamentado em duas concepções: a tendência inata ao amadurecimento que o homem tem e a existência contínua de um ambiente facilitador⁽¹⁰⁵⁾.

No transcorrer da vivência em busca do amadurecimento, o bebê deve realizar algumas “tarefas”: concretizar experiências de integração no tempo-espaço a partir do estado da não-integração, personalização por meio do alojamento gradual da psique no corpo, início das relações objetais culminando na criação e no reconhecimento da existência independente de objetos e de um mundo externo⁽¹⁰³⁾.

Winnicott não deixa fixos períodos cronológicos para as fases de desenvolvimento, no entanto suas colocações apontam que a dependência relativa se mostra dos dezoito meses até dois anos. Nesse período, a criança já tem uma consciência da dependência que tem da mãe e dos cuidados dispensados por ela, como se a criança já pensasse por si só⁽¹⁰³⁾. O brincar aparece permeando esses períodos e mantém-se por toda a vida.

Brincar como “atividade com um fim em si mesma”, pode ser mensurada, porém também pode ser considerada como atividade única, singular, não passível de repetição fidedigna. Para a psicanálise, o brincar está relacionado com sublimação, fruto de uma fantasia. Para Winnicott, essa mesma brincadeira distancia-se da psicanálise e torna-se objeto de estudo, dotada da noção de transicionalidade, isto é, no encontro do mundo psíquico e do mundo socialmente construído. A transicionalidade é a crescente capacidade de perceber e aceitar a realidade socialmente construída⁽¹⁰⁶⁾.

Para Winnicott, o brincar percorre uma trajetória de amadurecimento junto a quem brinca. Num momento inicial, o bebê e o objeto (brinquedo) estão fundidos, sua visão é

subjetiva. A mãe suficientemente boa permite ao bebê essa construção de mundo, neste momento. Posteriormente, ela permite, com seus atos, que o bebê tenha experiências de desapego, promovendo ações para o bebê onde o objeto manipulado seja repudiado como não-eu, aceito novamente e objetivamente percebido, compondo uma nova realidade para o bebê⁽¹⁰²⁾.

À medida que a criança caminha em direção à integração, surge uma área intermediária entre as fases da dependência absoluta e da dependência relativa, a transicionalidade. “No início da passagem da adaptação absoluta para a adaptação relativa, os objetos transicionais exercem a indispensável função de amparo, por substituírem a mãe que se desadapta e desilude o bebê”⁽¹⁰³⁾. É o espaço potencial entre a realidade interna e a externa, um espaço intermediário de experimentação⁽⁴²⁾.

A nova realidade do bebê é a unidade, ele entende-se como ser unitário, e agora não só depende da mãe para caminhar rumo ao amadurecimento, mas o ambiente também faz diferença. Esse ambiente deve ser dotado de regularidade e previsibilidade, para que o bebê desenvolva-se entendendo seu viver no tempo e no espaço. A confiança do bebê em desenvolver-se rumo ao estado unitário, ao EU SOU, depende de um ambiente seguro, de cuidados conhecidamente regulares e previsíveis, possibilitando um acúmulo de experiências como um ser total⁽¹⁰³⁾.

A criança no decorrer da integração, já relativamente independente e possuidora de experiências anteriores, adentra a área da transicionalidade utilizando “objetos transicionais”, ou seja, objetos que permitem o desapego ou substituição das relações anteriores, num evoluir contínuo para o estado unitário. Um cobertor, um brinquedo, dotado do simbolismo da união materna anterior. Esse “objeto” tem características como: nunca mudar, proporcionar resistência ao amor e ao ódio da criança, parecer dotado de vida e/ou de calor⁽⁴²⁾.

Um estudo com crianças hospitalizadas e UTIP, utilizando Winnicott como referencial teórico, mostra as etapas do brincar por meio das seguintes categorias: conseguindo ser criativo pelo brincar, experimentando novas vivências de confiabilidade, quando não é possível

brincar, expressando livremente seus sentimentos pelo brinquedo. Brincando, as crianças mostraram-se mais confiantes antes e após a cirurgia cardíaca e as categorias revelaram o desenvolvimento do brincar da criança rumo à integração⁽¹⁰⁷⁾.

Winnicott contribui com a evolução do brincar quando coloca que a teoria do amadurecimento “está fundamentada num modo de temporalização que, em cada estágio, configura certa forma de integração da pessoa humana”⁽¹⁰⁵⁾. Conforme a criança desenvolve-se, seu brincar também a acompanha, mudando de características para acompanhar seu desenvolvimento enquanto ser integral.

A tarefa de aceitar a realidade externa nunca é completa. Livrar-se da tensão de relacionar a realidade interna com a externa só acontece utilizando uma área intermediária de experiências que não é contestada. “Essa área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se “perde” no brincar”⁽⁴²⁾. Buscar compreender a hospitalização da criança pré-escolar em uma UTIP passa por entender seu desenvolvimento e seu processo de amadurecimento, proporcionados pelo brincar na sessão de BT.

Vislumbrar a criança como ser integral é contemplar a brincadeira como inerente a esse período, também de transição na vida da criança. Considerar este referencial teórico para compreensão do fenômeno hospitalização é buscar um novo olhar, pois para Winnicott “o sentimento de ser real e de existir como identidade não constitui um fim em si mesmo, mas uma posição a partir da qual a vida pode ser vivida”⁽¹⁰⁵⁾.

Considerando a fenomenologia como referencial metodológico, buscando neste estudo compreender a essência do ser criança, fez-se importante buscar um referencial teórico que apreciasse o brincar, contemplado aqui nos postulados de D. W. Winnicott, para a discussão e compreensão das categorias advindas do brincar das crianças hospitalizadas.

3.3 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Enfermagem Pediátrica de um hospital universitário, público, vinculado à uma Instituição de Ensino Superior e localizado no interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um hospital de nível terciário, inaugurado em 1985, e que atende cerca de 500.000 pacientes por ano. O Serviço de Enfermagem Pediátrica possui 58 leitos, sendo 10 de cuidados intensivos, onde são hospitalizadas crianças e adolescentes, de 28 dias a 18 anos.

O acesso aos participantes se deu, inicialmente, na UTIP, e continuou na Unidade de Internação Pediátrica (UIP), para àquelas crianças que recebiam alta da UTIP e desejavam continuar as sessões de BT. Atendendo ao objetivo do trabalho, apenas as crianças que eram admitidas na UTIP foram abordadas, independente se passaram pela hospitalização na UIP anteriormente.

Os leitos de cuidados intensivos são divididos em quatro espaços separados por uma parede divisória, contendo dois ou três leitos, além de um quarto de isolamento. Os leitos são dispostos de frente uns para os outros, de forma que uma criança visualize os eventos que se passam com outra criança. Há a presença do acompanhante em horários pré-determinados, porém não há espaço para descanso dos acompanhantes fora da UTIP, embora sejam oferecidas três refeições diárias.

Não existem referências lúdicas dentro da UTIP, como pinturas nas paredes, brinquedos disponíveis, objetos de decoração. No entanto, é permitida a presença de brinquedos levados pelos pais, que ficam armazenados ao lado do leito, em uma estante, junto aos materiais de suporte ventilatório. A rotina de prestação de cuidados na UTIP não é permeada por atividades lúdicas instituídas. Existe apenas um aparelho de televisão mostrando a programação infantil da televisão aberta.

O perfil epidemiológico das crianças hospitalizadas segue os achados já expostos^(31,32), tratando-se de um hospital de referência que também atende urgências da sua área de

abrangência. Anexo a esta instituição, existe um hospital especializado na atenção à mulher, de onde os lactentes graves e com doenças crônicas, por vezes, procedem.

Na Unidade de Internação Pediátrica, os 48 leitos de cuidados mínimos, intermediários e semi-intensivos se dividem em três postos de enfermagem e atendem crianças e adolescentes com doenças agudas e crônicas, em condições clínicas e cirúrgicas, procedentes dos ambulatórios, unidade de emergência referenciada e UTIP. Nesta unidade, as equipes de voluntariado realizam atividades lúdicas com frequência, no entanto o BT ainda não é instituído como prática de enfermagem.

3.4. Participantes

Os participantes do estudo foram oito crianças em idade pré-escolar que estiveram hospitalizadas por, pelo menos, 24 horas na UTIP e em condições de brincar. Entende-se por “condição de brincar” aquela criança consciente, com domínio mínimo de suas habilidades, para pegar objetos e interagir com o meio e que aceitaram o convite para brincar.

A idade pré-escolar varia dos dois aos cinco anos de idade ou dos três aos seis anos de idade⁽³⁴⁾, dependendo do referencial teórico adotado – biológico, interacionista, psicanalítico, dentre outros. Neste estudo, adotamos a variação de três a seis anos, por ir ao encontro dos estudos realizados com o BT.

Foram excluídas crianças com déficits cognitivos, problemas neurológicos incapacitantes e/ou sedadas. Para os participantes que fizeram uso de medicamentos sedativos foi respeitado um período adequado e individual, segundo avaliação da equipe de saúde, onde não houvesse mais os efeitos desses medicamentos, para então dar início às sessões de BT.

Os problemas de saúde que levaram à hospitalização desses participantes na UTIP corroboram com os estudos anteriormente apresentados^(14,33-34), sendo quatro crianças com

doenças respiratórias, duas crianças vítimas de politrauma, uma criança em pós-operatório mediato de cirurgia eletiva e uma criança com doença crônica.

Para todos os participantes procurou-se oferecer a primeira sessão dentro da UTIP, no próprio leito. As sessões estenderam-se após a transferência da criança para a Unidade de Internação Pediátrica, sendo utilizados espaços como o leito e o pátio deste local. Para aquelas crianças que retornariam ao Ambulatório do serviço, foi oferecida novamente a sessão de BT na data do retorno.

O número de sessões ficou sendo o número de dias de hospitalização, ou até que a criança dispensasse o BT. Optou-se por oferecer a brincadeira diariamente, de modo que a criança se sentisse estimulada a continuar expressando seus sentimentos, considerando as premissas do método fenomenológico, que compreende que a criança não brinca no dia seguinte para modificar o significado do brincar do dia anterior, mas para dar continuidade a esse brincar, revelando suas ansiedades e compreensões a respeito do momento vivido⁽⁴⁶⁾.

Considerando que a criança poderia ter alta hospitalar sem ter dispensado as sessões de BT, foi oferecida uma sessão de BT durante o retorno ambulatorial ocorrido nos dias subsequentes, sendo que essa pactuação aconteceu nos casos em que a alta hospitalar foi na presença da pesquisadora.

O número de participantes do estudo foi considerado no intuito de desvelar o fenômeno para o pesquisador, pois no método fenomenológico, a busca pela compreensão não é necessariamente proporcional à quantidade de sujeitos, mas considera a expressão das vivências dos participantes em relação à inquietação do pesquisador. Assim, neste estudo, as sessões de BT de oito crianças mostraram-se suficientes para a reflexão sobre o fenômeno investigado.

Após uma busca no universo infantil, encontrei semelhança entre os participantes da pesquisa e os nomes dos personagens da história da “Branca de Neve e os Sete Anões”. Cada criança, para a descrição do discurso fenomenológico, recebeu o nome do personagem ao qual

mais se assemelhava, sendo estes: Branca de Neve, Zangado, Atchim, Soneca, Dengosa, Mestre, Dunga e Feliz.

3.5. Acesso aos participantes

O projeto foi autorizado pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, sob o CAAE 0950.0.146.000-11, contemplando assim a Resolução 196/96. Após a aprovação, iniciou-se um processo de ambientação da pesquisadora com o cotidiano do trabalho da equipe de saúde da UTIP, de modo a apresentar os objetivos do estudo e solicitar a colaboração para a realização das sessões de BT.

Observou-se que os cuidados e controles vitais eram realizados de 2/2h, em horários pares, e que procedimentos como troca de plantão, visita médica, discussão de casos, dentre outros, ocorriam, em sua maioria, no início do período da manhã. Assim, as sessões de BT ocorreram predominantemente no final do período matutino, ou em outros momentos de intervalo entre o cuidado de enfermagem e outras ações da equipe de saúde junto às crianças.

Compareci diariamente na unidade buscando identificar crianças de três a seis anos, de modo a cumprir os critérios de inclusão da pesquisa. Abordei a mãe ou o pai e apresentei-me, a fim de esclarecer os objetivos do estudo, bem como solicitar o consentimento destes, para então convidar a criança para brincar. Todas as crianças concordaram em brincar, por meio de assentimento verbal.

As mães e/ou responsáveis que concordaram com a participação da criança foram convidadas a acompanhar a sessão, de acordo com sua vontade, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo uma cópia do mesmo. Para a realização da técnica do BT, assim como o consentimento do acompanhante e a colaboração da equipe de

enfermagem, também solicitei o desligamento do aparelho de televisão, sendo este último facultativo à criança a decisão de mantê-lo ligado.

A criança foi convidada a brincar e, aceitando o convite, foram acordadas as regras da sessão de BT: período de duração mostrado no relógio de ponteiro (cada espaço da UTIP tem um relógio grande na parede), higienização das mãos, não ficar com brinquedos ou materiais perfuro-cortantes após o término da sessão.

As sessões se iniciaram com pergunta norteadora: **Vamos brincar de uma criança que está na UTI?** e variaram de 15 a 45 minutos⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾, com média de 30 minutos. Durante o transcorrer de cada sessão, em função da presença de materiais perfuro-cortantes (trocados a cada sessão), foi conversado com o adulto responsável a possibilidade de acidentes, e, na ocorrência destes, dos cuidados adotados (desinfecção e curativo).

A caixa continha os seguintes grupos de brinquedos:

1. Ferramentas
2. Materiais hospitalares, inclusive os de uso no hospital como luvas de procedimentos, gaze, sonda de aspiração, esparadrapo, seringas, agulhas 13x4,5 e/ou 20x5,5, scalpels 25g e/ou 27g, eletrodo, água ampola 10ml, equipo, máscara descartável
3. Bonecos de plástico e família de bonecos de pano com pai, mãe grávida, avô, avó, menino e menina
4. Material doméstico como: ferro de passar roupa, micro-ondas, talheres, pratos, copos (todos em miniatura e de plástico)
5. Animais
6. Automóveis
7. Super-heróis
8. Alimentos
9. Outros – binóculo, telefone celular, giz de cera e caneta hidrográfica.



Caixa plástica que acondicionou os brinquedos:



A higiene dos brinquedos e da caixa foi realizada entre as sessões com álcool 70%, conforme padronizado no serviço para desinfecção de superfícies e objetos. Os itens de pano foram higienizados superficialmente com álcool e lavados a seco semanalmente. Os itens hospitalares foram fornecidos pelo Serviço hospitalar e trocados a cada sessão. Todos os

responsáveis pelas crianças conferiram a integridade das embalagens desses itens antes do início da sessão. Caso a criança quisesse incluir um brinquedo particular na sessão, este foi aceito e higienizado ao término, assim como os outros itens.

As interações com as crianças deram-se de forma não diretiva, ou seja, participei apenas quando convidada, sem sugerir ou direcionar a brincadeira, buscando a imersão no mundo da criança que brinca, à semelhança do percurso fenomenológico de um estudo com crianças vítimas de violência⁽⁷³⁾.

As sessões foram gravadas em um gravador digital e os comportamentos anotados em diário de campo. Optou-se por não filmar as sessões de acordo com o preconizado pelo método fenomenológico⁽⁸⁹⁾, uma vez que o fenômeno a ser desvelado acontece no momento das manifestações dos participantes, e não posteriormente. Nos momentos em que houve duas crianças pré-escolares participando no estudo em concomitância, respeitou-se um intervalo entre uma sessão e outra para a anotação de observações importantes e higienização dos brinquedos.

Por dia, foram realizadas no máximo duas sessões, cada uma com um participante distinto. Não foram incluídos novos participantes até que as sessões de um dos dois sujeitos anteriores houvessem finalizado. Antes do início das sessões, utilizei o impresso Histórico de Enfermagem Pediátrica disponível na UTIP, buscando conhecer a criança enquanto ser e enquanto membro de uma família, no entanto as informações deste impresso não são parte das sessões de BT, servindo apenas para identificar as crianças e sua história pregressa.

As crianças foram convidadas a brincar diariamente, dentro da UTIP e fora desta, quando a criança era transferida para a Unidade de Internação Pediátrica. Todas as sessões de BT foram realizadas pela pesquisadora utilizando um jaleco branco, similar ao uniforme dos profissionais de enfermagem desta instituição.

Oito crianças participaram do estudo, sendo que apenas uma criança estava hospitalizada anteriormente na Unidade de Internação Pediátrica, o Zangado. Duas crianças,

Soneca e Dengosa, foram abordadas na UTIP, no entanto realizaram a primeira sessão na UIP, após sua transferência para esta unidade, em função da alta da UTIP.

Buscando identificação com o universo infantil dos contos e histórias, pude perceber semelhanças entre as crianças e a história da Branca de Neve e os sete anões, onde cada personagem vive um momento de adaptação à uma nova realidade, potencializando suas características. Portanto, cada criança teve seu verdadeiro nome trocado pelo nome de um personagem da história da Branca de Neve e os Sete Anões, conforme as semelhanças identificadas no comportamento destas. Alguns predicados foram explicitados no quadro a seguir, de modo a colaborar na compreensão do brincar dessas crianças.

Quadro 1 – Crianças participantes do estudo. Campinas, 2013

Criança	Idade	Sexo	Motivo da Hospitalização	Características da Criança	Número de sessões de BT	Tempo médio de sessão
Soneca	05 anos	M	Asma	Pouco sorridente, vivenciando a segunda hospitalização, porém a primeira em UTIP.	04	30 minutos
Dengosa	04 anos	F	Traumatismo crânio encefálico após atropelamento	Assustada, chorosa, nunca havia sido hospitalizada.	02	12 minutos
Mestre	06 anos	M	Múltiplos traumas após acidente de bicicleta	Limitado por aparelho gessado no membro superior direito (MSD), nunca antes hospitalizado.	04	45 minutos
Atchim	05 anos	F	Insuficiência Respiratória Aguda e pós-operatório tardio de traqueostomia	Criança sorridente, vivenciando a segunda hospitalização em UTIP.	07	37 minutos
Dunga	04 anos	M	Asma e Pneumonia	Criança comunicativa, vivenciando a terceira hospitalização, primeira em UTIP	06	48 minutos
Branca de Neve	06 anos	F	Asma	Criança sorridente, tímida, nunca antes hospitalizada por mais de 24 horas.	04	37 minutos
Feliz	03 anos	M	Insuficiência renal aguda e pós operatório tardio de laparotomia exploradora por perfuração intestinal	Criança sorridente, sociável, nunca antes hospitalizada.	11	19 minutos
Zangado	04 anos	M	Doença inflamatória intestinal sem prognóstico, imunodeficiência primária.	Criança entristecida, exteriorizando um forte vínculo com a mãe, não sociável, pouco ativa.	15	20 minutos

As sessões se iniciaram em 01 de agosto de 2012 e estenderam-se até 01 de novembro de 2012. A extensão deste período deu-se em função da hospitalização prolongada do sétimo participante, o único a não receber alta hospitalar, vindo a falecer no mês de abril de 2013. A interrupção das sessões se deu com a alta hospitalar para cinco das oito crianças e com a sétima criança em função das constantes recusas em brincar, além do quadro clínico instável que apresentava. Apenas duas crianças tiveram retorno ambulatorial e ambas aceitaram brincar novamente. A compreensão das sessões de BT iniciou-se durante as mesmas, de acordo com o método fenomenológico.

*Compreendendo o significado da hospitalização em UTIP
para a criança...*



4. Compreendendo o significado da hospitalização em UTIP para a criança por meio do brinquedo terapêutico

4.1. Montando o quebra-cabeça das sessões de BT

Trabalhar um discurso fenomenológico dentro de sessões de BT constitui-se em organizar informações valiosas, como montar um verdadeiro quebra-cabeça na busca da compreensão do fenômeno estar hospitalizado em UTIP. A partir da identificação de características peculiares das crianças e suas atividades durante as sessões de BT, da identificação nos discursos de frases significativas, comuns ou divergentes, assim como de temas problematizados durante as sessões de BT, enxerguei um quebra-cabeça fenomenológico, sem bordas, não linear, contínuo e interativo.

Por meio dos discursos das crianças para “tornar realidade aquilo que faz sentido para elas”⁽⁸⁸⁾, e apoiando-me nas orientações para análise da estrutura do fenômeno situado, após leituras sucessivas e a identificação das unidades de significado, considerando as convergências, as divergências e as idiosincrasias, emergiram categorias temáticas de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 2 – Unidades de Significados e Categorias Temáticas. Campinas, 2013

Unidades de Significados	Categorias Temáticas
1. Estando na UTIP	Vivenciando a hospitalização
2. Importando-se com os equipamentos hospitalares	
3. Percebendo dispositivos de cuidado	
4. Interessando-se e familiarizando-se com objetos e situações hospitalares	
5. Rejeitando objetos hospitalares	
6. Dramatizando procedimentos hospitalares	
7. Sentindo os efeitos da hospitalização	
8. Reconhecendo agravos na saúde	
9. Interagindo com a equipe de saúde	
10. Deixando emergir a figura do médico	
11. Reconstruindo o cotidiano hospitalar	
12. Explorando objetos domésticos	Rememorando sua história para além da hospitalização
13. Dramatizando ou referenciando situações familiares por longo tempo	
14. Interagindo com familiares	
15. Interagindo com outras crianças	
16. Permanecendo com um objeto preferido	
17. Relembrando o lar	
18. Percebendo o tempo passar	
19. Tornando lúdico o objeto hospitalar	Amadurecendo com o brincar
20. Dando uma nova função ao brinquedo	
21. Brincando com água	
22. Brincando com o corpo	
23. Aceitando a pesquisadora	
24. Incluindo a pesquisadora na brincadeira	
25. Identificando-se na sessão de BT	
26. Brincando além das limitações	

A organização categórica permitiu a descrição do fenômeno e, por meio da teoria do amadurecimento de Winnicott, fez emergir a compreensão do fenômeno, evidenciando o processo de amadurecimento não como um evento linear, mas sim como uma “possibilidade de regredir a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar momentos perdidos”⁽¹⁰⁵⁾.

Sendo exatamente essa alternância do processo de amadurecer o que se faz interessante, as fases do desenvolvimento que Winnicott apregoa - dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa⁽¹⁰³⁾ - não serão fixadas nas categorias, de forma que

a trajetória do brincar da criança hospitalizada em UTIP seja compreendida exatamente como um caminho a ser percorrido, como um ser “acontecete”⁽¹⁰²⁾ estando hospitalizado.

Vivenciando...



4.2.1. Vivenciando a hospitalização

As crianças aceitaram brincar quando convidadas, sempre na primeira sessão, o que mostra que o brincar é inerente à criança⁽¹⁵⁾, não dependendo de local ou circunstância. Estando na UTIP, ao iniciar a sessão, muitas crianças desviaram o olhar no momento da pergunta norteadora, caracterizando certo desconforto ou recusa velada à expressão UTIP. Em outras sessões não houve resposta verbal à pergunta, mas sim o “aceite” ao convite de brincar efetivado após alguns minutos de espera.

Início a sessão após o contrato de horário do relógio, a criança consente com a cabeça, não sorri. Proponho brincarmos de uma criança que esteve na UTIP, ela não me olha. Mantém duas chupetas, uma na mão e outra na boca. (Dengosa, sessão 1)

Sugiro brincarmos de uma criança que estava na UTIP.

Pesquisadora (P): Vamos brincar de uma criança que está na UTI? A criança não olha para mim e não responde. (Mestre, sessão 2)

Proponho brincarmos de uma criança hospitalizada na UTIP, ela me olha e sinaliza que não com a cabeça. (Atchim, sessão 3)

Quando proponho brincarmos de uma criança que está na UTI, ele recusa, porém puxa a caixa para perto de si e tenta destampar a caixa [...] (Zangado, sessão 11)

Esse proceder infantil encontra semelhança num estudo com crianças hospitalizadas, onde os comportamentos – dirige o olhar a um local rapidamente ou olha sem demonstrar real contato visual – foram observados na grande maioria das crianças antes da sessão de BT, e praticamente inexistentes depois da sessão de BT⁽⁶³⁾.

Apenas a criança Feliz divergiu dos anteriores e não aceitou brincar na primeira sessão, pois ainda era recente o procedimento cirúrgico e a mãe desta não estava na Unidade, sendo a mais jovem de todas as crianças, o que é considerado como natural a insegurança frente à ausência da mãe⁽⁶³⁾, como já contemplado em estudos anteriores que mostraram ser a mãe a figura central de segurança para a criança⁽³⁵⁾.

Um estudo com crianças pré-escolares recém-operadas⁽¹⁰⁸⁾, como é o caso da Feliz, identifica as mesmas reações, pois a criança retorna da cirurgia sem o controle da situação, sente-se agredida, enganada e identifica na equipe de saúde seus agressores. Esse estudo orienta entender a fase do desenvolvimento emocional que a criança está, de forma a compreender melhor o evento cirurgia para essa criança.

Não permite que a pergunta seja feita e grita muito.

Criança (C): Não quero!!! Eu quero água!!! (Feliz, sessão 1)

Proponho brincarmos de uma criança que está na UTIP, ela não responde, apenas olha para a caixa. (Feliz, sessão 2)

Brincar é indispensável à criança e sua brincadeira se compõe da imaginação e das ferramentas (brinquedos) oferecidas⁽⁴³⁾, no entanto parece que citar o cenário UTIP aparentemente cria um bloqueio temporário, como citado numa pesquisa em que a criança sinalizava o ambiente como sendo um fator relevante⁽⁷²⁾, brincando em função de sua necessidade.

Assim que proponho brincarmos de uma criança que está na UTIP, ela se senta na cama.

C: Eu não sei. (Branca de Neve, sessão 2)

Proponho brincarmos de uma criança que está na UTIP, ela sorri e mexe os ombros, como se perguntasse “Como?”, depois ela fala: Eu não sei. (Atchim, sessão 4)

“A saúde pode ser vista como uma superação do estado originário de não-ser, e um lento apropriar-se do ser, [...]. Tal como para Heidegger, também para Winnicott, a vida se dá como uma apropriação que aconteceu sobre o fundo da negatividade originária”⁽¹⁰²⁾. Concebendo a criança como um “ser que não é” no início da sua vida, que depende absolutamente de uma díade, faz-se interessante uma analogia desse momento como a primeira hospitalização na UTIP, sendo a criança hospitalizada “um novo ser”, diferente do anterior, justificando não saber brincar.

Esse estado de solidão inicial vai sendo preenchido e alterado para um estado de compartilhamento com o meio e quem pertence a este. A criança que chega na UTIP vai identificando o ambiente à medida que o compartilha com a mãe ou substituta, vai concebendo as experiências conjuntas e tolerando as vivências em separado, reunindo assim informações sobre esse novo estado⁽¹⁰³⁾.

Para a criança, a conquista do eu como identidade, delimita o início da vida como indivíduo, pronto a relacionar-se com a realidade externa, a reconhecer-se como ser unitário rumo à independência⁽¹⁰⁵⁾. As sessões de BT mostraram inicialmente que algumas crianças não conseguiam relacionar-se com essa nova realidade, apesar de identificarem-se como EU, pois não se viam como crianças naquele contexto, exceto o Dunga, que divergiu das outras crianças ao responder a pergunta norteadora, colocando-se num estágio diferente neste momento do brincar.

Convido-o a brincar de uma criança que está na UTIP, ele sorri e recusa com a cabeça, destampando a caixa enquanto coloco sobre o leito.

C: É do médico?

P: É do médico que brinca?

C: Não, vamos brincar de criança. (Dunga, sessão 4)

Sugiro brincarmos de uma criança que esteve na UTIP, ele recusa.

P: Do que nós vamos brincar?

C: De médico. (Dunga, sessão 6 realizada no ambulatório)

A UTIP, com seus aparatos tecnológicos, não pareceu impedir o brincar das crianças, nem suscitar curiosidade, pois apenas uma das crianças incomodou-se com os dispositivos que utilizava. As demais crianças ignoraram os dispositivos de monitorização e seus alarmes em mais de uma sessão de BT, quando evidenciado os momentos em que estavam importando-se com os equipamentos hospitalares.

Após alguns minutos Branca de Neve se senta e pergunta com uma voz bastante baixa: Posso tirar? Refere-se à máscara de oxigênio (Branca de Neve, sessão 1)

Ela olha o monitor cardíaco e para mim alternadamente, aponta para dentro da caixa, coloca a boneca com os outros brinquedos. (Branca de Neve, sessão 1)

Quando a técnica de enfermagem avisa que vai retirar a máscara e colocar o cateter, ela fecha os olhos e continua mexendo nas roupas da boneca, com as mãos baixas, próximas ao leito. (Branca de Neve, sessão 3)

Ainda que grande parte das crianças não se sentisse incomodada com os aparatos tecnológicos da UTIP, todas notaram os dispositivos hospitalares, principalmente aqueles invasivos como cateteres e sondas, percebendo dispositivos de cuidado. Três crianças limitaram o brincar em função da presença desses dispositivos, chegando a interromper a sessão devido ao incômodo causado. Para o pré-escolar, entender e adequar-se a uma nova

condição é estressante e ele preocupa-se com as modificações ocorridas em seu corpo, com as dores e restrições advindas do fato de estar adoecido e hospitalizado⁽⁴⁷⁾.

[...] tem uma crise de tosse, fico ao seu lado, porém ela se desespera e agita os braços no ar. Uma técnica de enfermagem vem e limpa a traqueostomia, orientando-a a tossir. Ela fica paralisada, sua expressão facial é de tristeza [...] (Atchim, sessão 2)

Ao abaixar-se para brincar, a sonda nasogástrica é tracionada.

C: Ai... Ai não! Vão [Vamos] guardá?

P: Sim.

C: Aiii! Ajeito a sonda. Cabô! (Feliz, sessão 3)

P: Posso pôr de novo? Refiro-me à fixação secundária do acesso venoso que a criança descolou enquanto chorava. Como a criança mantém o choro, não arrumo a fixação do acesso venoso periférico, pois a criança tirou apenas uma pequena tira de micropore (Dengosa, sessão 1)

[...] descobre as pernas e começa a mexer na pulseira de identificação no MIE. (Dengosa, sessão 2)

Para todas as crianças, a acomodação quanto à presença dos dispositivos hospitalares aconteceu no transcorrer das sessões, revelando a resiliência infantil apesar do sofrimento. À medida que a criança manipulava os dispositivos, familiarizava-se com os mesmos e entendia suas funções, o que encontra respaldo quando contemplado o estágio em que a criança necessita alojar a “psique” (tudo que não é soma, inclusive a mente) no “soma” (corpo vivo), sendo que a tarefa inicial da psique é a elaboração imaginativa das funções corpóreas⁽¹⁰³⁾.

Para Winnicott, uma sensação física torna-se uma experiência pelo fato da elaboração imaginativa fornecer-lhe um sentido de ser⁽¹⁰⁵⁾. A partir do entendimento das funções corpóreas, a aceitação da função do dispositivo pareceu fluir, diminuindo o incômodo provocado por estes, pois agora o dispositivo possui um sentido de ser, evidenciado no decorrer das sessões pela mudança de atitude das crianças.

Reclama do prurido que o gesso causa, falando pequenas frases, choramingando com voz aguda, coçando ao redor da tala gessada. (Mestre, sessão 3)

[...] mexe na roldana do equipo. P: O que é isso? Atchim sinaliza com os ombros e com as mãos que não sabe, com expressão de alegria. Em seguida olha para o acesso venoso e estica o braço, apontando o acesso periférico. P: É para colocar aí? Atchim consente com a cabeça, sorrindo. (Atchim, sessão 4)

Não brinca com a mão do acesso venoso periférico em MSD. (Dunga, sessão 1)

C: Ah, ele machucou.

P: Quem machucou?

C: Ele. Aponta para o bebê ao lado. E eu aqui. Volta a mostrar o acesso venoso.

P: Isso é um machucado?

C: Hã, hã. (Dunga, sessão 4)

C: Ai, eu não cuchigo, não cuchigo [consigo].

P: Por que?

C: Aí... Aponta o acesso venoso no membro oposto ao que usa para desenhar (Feliz, sessão 3)

C: Quem tá conversando?

P: A moça, duas moças. [Duas técnicas de enfermagem estavam conversando na entrada do quarto] Feliz mantém o rosto discretamente virado.

C: Cadê?

P: Ali do lado, olha lá. Pode olhar. Você não quer olhar para cá?

Feliz se recusa. A porta fica à esquerda do berço, do lado onde o acesso venoso está, a grade está levantada. Ela não olha para este lado.

C: Tá quebrado. Tá quebrado. Aponta para o acesso venoso

P: Teu braço está quebrado? Ela confirma com a cabeça (Feliz, sessão 6)

C: É a vacina. É de dar aqui no meio. Mostra o braço, no local do acesso venoso. É de dar aqui no braço, igual ao meu. (Feliz, sessão 9)

Zangado brinca com um braço só, não mexe o braço do acesso venoso. (Zangado, sessão 2)

Sem querer, encosto no membro que está o cateter central de inserção periférica (PICC).

C: Cuidado! Empurra meu braço. (Zangado, sessão 13)

Zangado monta o quebra-cabeça com os dois braços, não se importa com o PICC. (Zangado, sessão 15)

Relembrando o desenvolvimento do pré-escolar, nota-se que à medida que a criança interioriza e aceita o dispositivo, este parece passar a pertencer à criança, deixando de causar desconforto. Essa observação também emerge com relação aos curativos, pois apesar do medo da mutilação, a criança entende a função do curativo como “aquilo que evita que qualquer coisa saia”, impedindo assim o extravasamento do conteúdo do seu corpo para fora, e possibilitando a acomodação⁽⁵⁶⁾. O pensamento do pré-escolar é concreto, o curativo oferece a materialização que este necessita para sentir-se seguro^(60,66), uma vez que é palpável e pode ser colocado e retirado, permitindo à criança visualizar a regeneração de sua lesão.

C: Só um pouquinho que dói. Pega a seringa que deixou sobre o leito e dá injeção no meu braço. Agora eu vou colocar uma fitinha. Deixa a seringa no leito. Calma, calma. Vou colocar uma fita em você. Procura o esparadrapo na caixa e retira um pedaço deste, colocando no meu braço. (Dunga, sessão 5)

C: Não é para pular! Introduz a agulha no braço do boneco e retira rapidamente. Tem que colocar outra fitinha. Pega um pedaço de fita do rolo de esparadrapo e cola no braço do boneco. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

P: O que vai por aí agora?

C: Curativo. Cadê?

Retiro um pedaço de fita e entrego a Feliz.

P: Segura aí.

Feliz cola o pedaço de fita na boneca.

P: Colocou o curativo?

C: Pra não doer... aí, isso! Aí, isso nem doeu. (Feliz, sessão 8)

A presença de dispositivos no corpo da criança, gradativamente, parece deixar de ser motivo de sofrimento, ela não mais foi “mutilada”, mas sim aparentemente agraciada com algo diferente, um “complemento”. A imagem corporal da criança consiste na inter-relação da natureza fisiológica, psicológica e social de si mesmo, sendo fortemente influenciada por pessoas consideradas importantes na vida da criança⁽¹⁵⁾. Constatar isso e aliar a aceitação dos dispositivos na brincadeira pode ter facilitado a familiarização da criança com seus acessórios.

Familiarizada com os dispositivos invasivos e com os equipamentos de monitorização da UTIP, as crianças passaram momentos interessando-se e familiarizando-se com objetos e situações hospitalares, demonstrando um interesse crescente, assim como por situações

relacionadas à hospitalização, apresentando, algumas vezes, entusiasmo no manuseio dos materiais hospitalares que pertencem à caixa. Esse “amadurecimento”, muitas vezes, acontece em função da presença protetora da mãe ou quem a substitua, permitindo, com essa presença, que a criança enfrente de maneira mais proativa os mistérios da hospitalização⁽⁴⁷⁾.

C: [...] Vou internar o menininho. Conecta o equipo ao CVP do boneco. Ó pai, internei o menininho. (Soneca, sessão 4)

C: Eu acho que é daquele negócio que tira... [Não abre a embalagem, mas pega a seringa e tenta conectar no scalp]

P: De qual?

C: Fazê picada de formiga. (Soneca, sessão 4)

Deita-se novamente, avisa quando o termômetro apita.

C: Apitô, mãe! Retira o termômetro da axila e coloca-o sobre a cama. Senta-se novamente, continuando a montar o quebra-cabeça. (Mestre, sessão 3)

Pega a sonda de aspiração, estende para que eu abra após tentar fazê-lo. Abro e devolvo. Atchim segura as pontas da sonda nas mãos, esticando-a, faz isso várias vezes, sem sorrir e nem olhar para mim. (Atchim, sessão 1)

Olha os brinquedos, toca na embalagem da sonda de aspiração, retira-a da caixa após alguns minutos e abre a embalagem. Estica a sonda e mostra para a mãe.

Mãe: O que é isso? Atchim não responde [...] (Atchim, sessão 3)

C: O sangue... põe aqui... Estende a seringa e a luva para mim. Seguro os dois objetos.

C: Como é? Pega a luva da minha mão

P: Abre a mão assim. Calço a luva na mão de Feliz

C: Eu vou dá sangue, hein! Fala bastante animada. (Feliz, sessão 8)

C: Aqui, mamãe. Zangado retira o termômetro e entrega para a mãe. (Zangado, sessão 6)

P: Vou passar uma água. Abro a embalagem da seringa, pego um pouco de água da torneira e conecto na sonda.

C: Quer que eu passo? Aceito e auxilio-o a conectar a seringa na sonda [...] (Zangado, sessão 10)

Em rejeitando objetos hospitalares, poucas foram as situações em que houve recusa em manipular um objeto hospitalar, e mesmo quando houve essa rejeição inicial, ao longo das sessões, os materiais antes recusados, acabaram por ser manipulados, inclusive fazendo parte de dramatizações posteriores. Essa ocorrência corrobora com um estudo onde 16 crianças, das 44 avaliadas que realizaram sessões de BT, inicialmente não manipularam os materiais hospitalares⁽⁷⁶⁾.

Pega novamente o equipo e mostra para mim.

C: Óia... Não gosto. Fala jogando o equipo na caixa. (Dunga, sessão 1)

Pega a embalagem do equipo.

C: Tem aí? Olha e joga nos pés, longe da caixa.

P: O que é isso? Feliz não responde e volta a mexer na caixa (Feliz, sessão 2)

Abro a seringa e entrego a Feliz, que a segura.

C: Vamo guardá? Devolve a seringa para mim. (Feliz, sessão 3)

Interrompe a brincadeira para assistir televisão por alguns minutos, volta-se para a caixa e pega a embalagem da seringa, olha e devolve para dentro da caixa. (Zangado, sessão 2)

Durante as sessões de BT, houve momentos onde as crianças estiveram dramatizando procedimentos hospitalares, algumas vezes de modo isolado, outras compondo a brincadeira do momento. A dramatização de procedimentos é um achado comum da sessão de BT⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾, envolvendo materiais hospitalares como agulhas diversas e seringas, corroborando com um estudo que descreve o terror vivido pela criança nesse momento, quando dramatizaram esses procedimentos⁽⁸¹⁾.

Pega o boneco grande, olha, solta e pega o cachorro azul, solta e pega a seringa.

C: Ó tia, aí sunga a água assim, né? Pega o scalp e abre a embalagem. Assim, alguém fica segurando. Segura para mim, tia? Estica o scalp e estende para mim. Pode ver, eu não sabia. Aí tira assim, ó. Só pegar um pote, fazer assim e assim. Pega um copo e simula aspirar algo com a seringa e com o scalp, depois injeta no boneco grande (Soneca, sessão 4)

C: Ah! Olha aqui ó, picada de formiga. Pega uma agulha no meio dos brinquedos. É de... o... a veia né.

P: Essa é a veia?

Pega a agulha e mostra para o pai que está em outra mesa.

C: Essa num é a veia, pai? O pai consente silenciosamente com a cabeça. Volta para a mesa e tira a tampa da agulha.

C: Esse aqui fura mesmo.

P: Fura mesmo?

C: Furou seu bonequinho. Introduz a agulha no braço do boneco grande. (Soneca, sessão 4)

Joga o boneco na caixa e pega novamente a embalagem da seringa.

C: [...] prá dá no glúteo.

P: O que é isso?

C: Injeção pra dar na tua bunda. Tira a embalagem da seringa e aponta para mim. (Mestre, sessão 4)

Volta-se para a caixa e pega o scalp e o boneco pai. Abre o scalp, desencapa a agulha e introduz na cabeça do boneco pai. Deixa o scalp e o boneco pai e pega o boneco menino. Volta-se para o boneco pai, tira o scalp, conecta este na seringa e introduz na cabeça do boneco menino. (Atchim, sessão 6)

C: Ichi... Esse está duro. Esse é luva de médico, né? Ficou grande para mim, né? Põe para mim? Precisa de outra luva [...] Pega outra seringa ainda na embalagem e vira-se para a mãe.

C: Oh, mamãe, eu vou dar uma injeção em você [...] (Dunga, sessão 3)

Retira a calcinha da menina e dá injeção novamente, no mesmo local. Deixa a seringa sobre o leito, posiciona os braços da boneca próximos ao rosto, como se chorasse, e mostra para mim. (Branca de Neve, sessão 4)

Feliz dá injeção na boneca mãe e empurra a boneca filha.

P: O que você fez? Feliz desencapa a agulha e introduz novamente no tórax da boneca mãe.

C: Dodói. (Feliz, sessão 3)

Dengosa foi a única criança que não dramatizou nenhum procedimento hospitalar. Alguns procedimentos específicos como a sondagem nasoentérica e a sondagem vesical foram dramatizadas apenas pelas crianças que a vivenciaram, no entanto estas também dramatizaram procedimentos invasivos com agulhas e seringas. Houve ainda a dramatização de ausculta cardíaca e higiene nasal com seringa. Permitir a dramatização de situações geradoras de estresse é a melhor maneira da criança superar seus medos⁽⁵⁶⁾.

Pega a embalagem da seringa, não abre e mostra para mim.

C: Esse é de fazer no nariz [nariz]. (Dunga, sessão 1)

C: Do nariz... eu vou dar no nariz da criança... eu vou colocar esse negócio. Pega a ampola de água destilada e estende para mim. (Dunga, sessão 3)

Devolve o homem-aranha para a caixa e pega novamente o estetoscópio. Coloca-o em seu pescoço e ausculta o coração da mãe.

C: Oi mocinha. Você está doente, moça? Deixa eu ver seu coração. O que você tem? Tum, tum, Tum. Imita o som do coração. Tá batendo muito. (Dunga, sessão 3)

C: [...] Agora chega! Afasta o milho. Agora vamos fazer a sonda nele?

P: Vamos fazer a sonda nele?

C: Isso dói, né?

P: Dói?

C: Dói pra caramba!

P: Aonde a gente vai passar a sonda? Feliz aponta a genitália do boneco.

C: Aqui na periquita dele. Faz! Aumenta o volume da voz. Faz! Faz doer! Faz doído, doído!
(Feliz, sessão 10)

C: Eu passo. Deixa que eu passo. Entrego a sonda para ele.

P: Hoje o Zangado que vai passar a sonda no Jubileo. Falo com o boneco. Jubileo, fica quietinho, hein? Zangado introduz a sonda no nariz do boneco, bem lentamente. (Zangado, sessão 13)

O caminhar das crianças hospitalizadas pelas sessões de BT possibilitou que estas, após adquirirem conforto e confiança, exteriorizassem como se viam naquele momento,

sentindo os efeitos da hospitalização. Um estudo com crianças portadoras de doença crônica revelou que o brincar proporciona prazer, controle da situação, conforto e alívio⁽⁸⁰⁾, ajudando a criança a adquirir confiança, buscando re-significar as situações vividas por meio da exploração da nova realidade. Em outras circunstâncias, essas crianças tocaram-se, buscando identificar no próprio corpo os ferimentos e/ou dispositivos, para, posteriormente, aceitá-los.

Soneca fala enquanto espeta, algumas vezes, o braço do boneco grande.

C: Ele vai ficar furado. (Soneca, sessão 4)

C: Na pelinha.

P: Na pelinha?

Mestre descobre a perna e mostra uma escoriação com sutura no MIE. C: É um ponto. (Mestre, sessão 3)

C: Esse sangue... Sangue... Depois eu brinco? Retiro o restante do acesso venoso periférico e peço que Dunga segure o local com a gaze

C: Saiu, saiu. Não tem mais sangue. [...] Mexe por cima da caixa com a mão sem acesso.

C: Puxa, eu sarei. Não tem mais sangue. (Dunga, sessão 3)

C: Não, tem que lutar ainda. Aí você estava assim, morrido. Deita o robô sobre o lençol. Então você estava morrido. Aí depois você melhorou. (Dunga, sessão 4)

Enquanto desenha, Feliz aponta para o abdome. C: Au...

P: O que é isso na sua barriga?

C: Dodói. Passa a mão suavemente sobre os curativos. (Feliz, sessão 4)

P: O que vai passar na sonda dele?

C: É uma pomada. Uma pomada para não doer. (Zangado, sessão 10)

P: Por que ela está tomando injeção no bumbum?

C: Porque ela está doente. Ela tomou água gelada. Retira a calcinha da boneca menina e dá injeção novamente, no mesmo local, deixa a seringa sobre o leito, posiciona os braços da boneca próximos ao rosto, como se chorasse, e mostra para mim.

P: E agora, ela melhorou?

C: Ela está chorando. Porque está doendo a injeção. (Branca de Neve, sessão 4)

Reconhecendo agravos na saúde, desvelou a dor como o agravo mais referido e reconhecido pelas crianças, sempre vinculado a um procedimento como administração de medicamentos, sondagem, dentre outros. Dunga e Mestre trouxeram a temática morte para a sessão de BT. Mestre associou a possibilidade de morte à sua própria figura representada pelo boneco, fingindo-se de morto por alguns segundos.

A dor como agravo predominante corrobora com um estudo realizado com crianças escolares, revelando ser bastante temido não só para o pré-escolar⁽¹⁰⁹⁾. Em outros estudos com pré-escolares e escolares houve diminuição dos sinais de dor após as sessões de BT, comprovando a eficácia dessa tecnologia⁽¹¹⁰⁻¹¹¹⁾.

Brincar, dramatizar, rir, descobrir, tudo foi plenamente proveitoso para as crianças hospitalizadas, possibilitando a construção de vínculos estáveis, presenciados ao ver as crianças interagindo com a equipe de saúde durante ou após a brincadeira. Essa percepção também emergiu em um estudo com 30 crianças pré-escolares evidenciando que, após as sessões de BT, 93,3% das crianças colaboraram com os profissionais e apresentaram postura relaxada, 76,6% estabeleceram vínculo de confiança com o profissional que a assistia e 70% sorriram durante as brincadeiras⁽⁸²⁾.

Quando a criança dramatiza na sessão de BT, “a possibilidade da compreensão de como ela interage com seu corpo, sua família, os profissionais de saúde, a doença e o tratamento” afloram, favorecendo o alívio imposto pelo adoecer⁽¹¹²⁾.

Essa construção foi gradativa para algumas crianças, como revelado no decorrer das sessões. Mestre, Atchim, Dunga, Zangado e Branca de Neve, notaram mais vezes a presença da equipe de saúde enquanto estavam na UTIP, reforçando a influência do local durante a sessão de BT, como já visto em outro estudo⁽⁷²⁾.

Residente entra no quarto e interrompe a brincadeira para conversar e auscultar a criança. Esta não olha para o residente e não responde às suas perguntas, continuando a brincar. (Soneca, sessão 1)

C: Ó uma tia ali. Refere-se a uma técnica de enfermagem que passa próximo a mesa. Ó uma tia ali. (Soneca, sessão 4)

A criança ignora a enfermeira e o discurso desta, continua brincando, pega a boneca menina e fica olhando a roupa dela, sempre em silêncio. (Dengosa, sessão 2)

Desvia o olhar da caixa e fica observando a movimentação da equipe de enfermagem próxima ao leito, permanece alguns minutos observando. (Mestre, sessão 1)

Neste momento sorri para mim e para a equipe, estende o dispositivo a uma funcionária que passa ao lado do leito. (Atchim, sessão 1)

Não brinca nesse momento, apenas segue com o olhar todas as pessoas que estão vestidas de roupa branca que passam pelo pátio. (Atchim, sessão 4)

C: Óia... Mostra o martelo ao técnico de enfermagem que está perto do leito. (Dunga, sessão 1)

Técnico de Enfermagem (TE): Nossa, quanto brinquedo. O que é isso aí?

C: Guigossaulo. [Dinossauro] Legal. (Dunga, sessão 1)

Após um breve período um técnico de enfermagem entra no quarto e se dirige ao leito, a criança interrompe a brincadeira e fala sorrindo ao profissional: Eu estou brincando! (Dunga, sessão 5)

Uma técnica de enfermagem entra com uma seringa com medicamento antitérmico oral. Feliz chora.

TE: Aqui, é na boquinha, é remedinho para febre. Feliz chora, mas permite que a técnica introduza o medicamento em sua boca e engole. (Feliz, sessão 8)

A técnica de enfermagem aproxima-se do leito e conversa com Zangado, que a ignora, porém exige que eu chame sua mãe. (Zangado, sessão 4)

Apesar dessa interação benéfica, como constatado há décadas em estudos sobre o BT^(70,72), brincar ainda não é uma prática comum nos serviços de saúde. Isso demonstra, claramente, o cuidado fragmentado prestado pela equipe de enfermagem, apesar da criança colaborar efetivamente durante e após o BT^(114,115).

Interessante é observar que, brincar não serve apenas à criança. Em um estudo sobre a equipe de enfermagem e o BT, além da semelhança na trajetória percorrida pelas crianças nas sessões de BT, as enfermeiras inquiridas deixaram aflorar sentimentos positivos em relação ao BT, como bem-estar, constatação de um ambiente melhor e mais alegre, prazer e gratificação⁽⁸³⁾.

Neste estudo, essa interação benéfica com a equipe ocorreu durante as sessões, no entanto nenhum membro da equipe foi corretamente identificado. Para a equipe de enfermagem

foi outorgado um grau de parentesco simbolizando a relação estreita desta categoria com os cuidados prestados, ou imputado o título de “médico”. Isso mostra que as identificações profissionais podem ser esquecidas ou sequer fornecidas, deixando indícios de que o pré-escolar nivela todos os prestadores de cuidado como profissionais e outorga um título de proximidade àqueles que se destacam ou relacionam-se de forma afetiva.

C: Ó uma tia ali. Refere-se a uma técnica de enfermagem que passa próximo a mesa. Ó uma tia ali. (Soneca, sessão 4)

C: O médico! Fala olhando para o técnico de enfermagem. Olha!

P: Para quem você está mostrando isso?

C: Curativo. Médico, olha! Olha esse brinquedo. Fala novamente quando o técnico se aproxima do leito. (Dunga, sessão 1)

C: É de médico. Abre a tampa da caixa e vira essa sobre a mesa. Deixa eu pegar uma coisa aqui... De médico. Nós dois pode ser médico. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório).

C: Agora você é doutora. Retira a luva da mão e me entrega. (Feliz, sessão 9)

C: Não, aqui, ó. Aponta a embalagem da sonda Aqui na boboleta [borboleta]. Abre esse? Esse não fura o dedo. Eu sou médica. Cadê a uva [luva]? Agora furá o dedo! (Feliz, sessão 10)

P: Quem é esse? Branca de Neve tira a roupa do boneco.

C: Igual de ontem, médico. (Branca de Neve, sessão 3)

C: Ó tia... Aponta a sonda solta. Sai. (Zangado, sessão 10)

De fato, a criança não diferencia as categorias profissionais, o que é evidenciado no discurso de Dunga, mesmo após as apresentações feitas por mim e os acordos iniciais e rotineiros das sessões de BT, emergindo a figura do médico em alguns discursos.

C: Está bonito médica?

P: Está muito bonito. Eu sou a médica?

C: Hã,hã. Você é a médica. Você mora aqui.

P: Eu moro aqui?

C: Hã,hã. Trabalha. Vem para cuidar das crianças. Brincar com as crianças. (Dunga, sessão 4)

Ao mesmo tempo em que a criança não identifica as categorias profissionais, inclusive a minha, ela confunde o ambiente hospitalar com o doméstico, afirmando ser eu uma moradora do hospital.

Reconstruindo o cotidiano hospitalar se desvelou por meio da familiaridade com os termos utilizados no hospital, principalmente nas crianças que passaram maior tempo hospitalizadas, revelando novamente a plasticidade infantil, que adequa o mundo exterior ao mundo interior. Para Winnicott, “os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão, sem os quais não existe para o ser humano, significado na ideia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser”⁽⁴²⁾.

Neste momento, algumas crianças já dispunham de muitas informações internas, já não dependiam exclusivamente de suas mães ou substitutas, passando a recriar situações vividas, cada qual à sua maneira, revelando a dependência relativa e o momento de transição da realidade interna com a externa, em busca da acomodação da vivência de estar hospitalizado.

C: Tem que fazer de conta. Dunga pega novamente o boneco menino e afasta os brinquedos que estão perto. Paciente, está na hora de tomar banho, tá!

P: Doutor, quem vai dar o banho no paciente?

C: Pode ser a médica, a doutora. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

C: Tá doeno [doendo]. Fala olhando para mim. Tá ino [indo]. Feliz larga o scalp.

P: O que vai por aí agora?

C: Curativo. Cadê? Procuo na caixa e mostro a ela o rolo de esparadrapo. Retiro um pedaço de fita e entrego a ela.

P: Segura aí. Ela cola o pedaço de fita na boneca. Colocou o curativo?

C: Pra não doer. Aí, isso! Fala com expressão de satisfação. Aí, isso nem doeu. (Feliz, sessão 8)

Enquanto estou falando, Zangado examina a sonda cheia de água.

C: Tem bolha. Começa a bater na sonda como um profissional de enfermagem faz para retirar bolhas de ar. (Zangado, sessão 4)

Ainda que a observação da evolução das sessões de BT pareça transcorrer de forma benéfica, é importante lembrar outros efeitos da hospitalização que permearam as sessões de BT. A agressividade foi o efeito mais presente em alguns momentos das sessões de BT, muitas vezes dirigida a mim, enquanto membro da equipe de saúde, outras vezes dirigida à figura familiar e, em poucas situações, em forma de ameaça ao próprio corpo.

C: Então agora você vai ver.

P: O que você falou?

C: Cê vai ver. Passa a moto, com força, no braço da mãe e no meu. (Mestre, sessão 3)

C: Pega! Olha diretamente para mim, falando em tom autoritário.

P: Depois que a gente brincar, eu limpo ela e te dou.

C: Pega! Pega! Permaneço em silêncio, observando. (Mestre, sessão 4)

Tenta quebrar a seringa com movimentos bruscos. Não consegue e deixa a seringa sobre a mesa. (Atchim, sessão 3)

Retira o protetor do scalp e tenta colocá-lo no pescoço da boneca, na parte anterior da junção da cabeça e do tórax da boneca. O protetor cai na mesa várias vezes, Atchim pega e tenta recolocar. Como não consegue, joga tudo na caixa. (Atchim, sessão 5)

P: O que você está fazendo? Atchim não responde. Retira o scalp do boneco menino e ameaça furar sua mão, sorrindo para mim. (Atchim, sessão 6)

C: Vamos brincar de dinossauro, mãe? Qual você escolhe? Lembra-se do brinquedo já conhecido. Pega o dinossauro de duas cabeças junto com outro dinossauro pequeno verde, estende este último para a mãe e luta com ele, batendo no dinossauro da mãe.

Mãe (M): Você está muito bravo! (Dunga, sessão 2)

Pega a faca de brinquedo e finge cortar o rosto da mãe.

M: Não pode. Não pode fazer isso.

C: Uma faca. Devolve a faca para a caixa, escondendo-a sob os brinquedos Olha, perfume! Quer passar? Pega o frasco de perfume e finge passar na mãe e em seu próprio pescoço. (Dunga, sessão 2)

P: Toda hora você bate em mim. Você está ganhando?

C: Eu estou ganhando. Dunga “mata” um dos meus brinquedos enquanto brinca com dois outros brinquedos e recorre a armas imaginárias dramatizando muitos golpes e jogando para longe o robô. (Dunga, sessão 5)

C: Agora você, agora você me dá seu braço. Administra injeção (seringa) no meu braço. Assim.

P: Esse não pode em mim, pode só na boneca. Entrego a boneca mãe.

C: Não, ni [em] você. Eu vou devagarinho. (Feliz, sessão 3)

P: O que é esse? Estende o scalp para que eu abra a embalagem. Abro e devolvo. Para que é isso daí? Zangado não responde, examina o brinquedo, retira o protetor da agulha, olha atentamente a agulha e vira-se para a mãe, quase introduzindo a agulha no dorso da mão dela. (Zangado, sessão 6)

Para Winnicott, existe uma “destruição que é inerente ao impulso amoroso primitivo”. Por ser incidental essa agressividade não deve ser vista como destrutiva, mas sim como parte de uma reação de busca da satisfação instintual⁽¹⁰³⁾. No caso das crianças hospitalizadas, de busca do alívio das tensões da hospitalização e da compreensão dos eventos associados a esta.

O caminhar da agressividade para a aceitação de si próprio na condição de adoecido e do outro, exposto aqui numa ordem inversa, encontra semelhança num estudo com crianças com câncer. Neste estudo, essa ordem é aceitável, entendendo como doloroso o primeiro contato com o hospital, para posteriormente a familiarização com o ambiente e a doença, porém o estudo mostra que essa trajetória não é menos angustiante no fim do que no início da hospitalização⁽⁴⁶⁾.

O amadurecer nesta situação, para Winnicott, está na criança transcender seu estágio de ser incompadecido para compadecido, mensurando suas forças e feitos direcionados ao outro, tornando-se preocupado, responsável pelos resultados da impulsividade instintual⁽¹⁰³⁾. Nos discursos, a agressividade está presente, porém não de forma destrutiva.

Na teoria do amadurecimento, a agressividade tem alguns pressupostos: é inerente à natureza humana, é dotada de várias manifestações e raízes, e só se desenvolverá se a criança tiver oportunidade de experienciá-la de acordo com sua necessidade no processo de

amadurecer⁽¹¹⁶⁾. As sessões de BT permitiram às crianças essa experimentação, colaborando no processo de amadurecimento e concernimento.

Rememorando sua história...



4.2.2. Rememorando sua história para além da hospitalização

Durante todas as sessões de BT, independente se dentro da UTIP ou na Unidade de Internação Pediátrica, as crianças brincaram explorando objetos domésticos. Com ou sem a presença de seus familiares, manipulando ou não objetos caracteristicamente domésticos, em todas as sessões houve a referência ao lar e ao contexto familiar, ou ao ser criança e ao brincar com objetos infantis. Em algumas sessões, esse retorno ao lar se deu no início da sessão, antes mesmo do interesse por outros objetos, e para a maioria das crianças acabou por perpetuar-se em mais de três sessões.

Dengosa debruça-se em direção à caixa e pega o livrinho de história. Observa-o. Volta-se novamente para a caixa e pega os alimentos (cenoura, tomate, milho), separa-o em partes para em seguida, juntá-los novamente. (Dengosa, sessão 1)

Mestre pega o pratinho rosa, olha e devolve. Pega o pássaro e leva-o bem próximo ao seu olho. Caminha com o pássaro sobre o braço com a tala gessada. (Mestre, sessão 1)

Separa o micro-ondas, dá corda, liga e desliga várias vezes, usando a mão com a tala gessada. (Mestre, sessão 4)

Atchim pega o saco de roupas dos bonecos, olha e devolve. Pega o quebra-cabeça, gira o pote no ar, observa e devolve. Pega o ferro de passar roupa e a boneca avó e passa roupa no corpo da avó. (Atchim, sessão 1)

Branca de Neve pega a boneca mãe e começa a brincar de casinha. (Branca de Neve, sessão 1)

Abre a caixa e pega o boneco menino, pega o saco de roupa e retira todas as peças de roupa, colocando-as sobre o leito. (Branca de Neve, sessão 4)

Após alguns minutos, pega o saco de roupas de bonecas e mostra para a mãe. (Feliz, sessão 2)

Feliz pega o micro-ondas, dá corda e mostra para mim. (Feliz, sessão 8)

Zangado inicia a sessão brincando com o liquidificador. (Zangado, sessão 3)

Zangado retira os alimentos da caixa e os coloca ao seu lado. Pega uma panela e o liquidificador. (Zangado, sessão 12)

Após a criança cumprir as tarefas essenciais ao amadurecimento: integração no tempo e espaço, alojamento da psique no corpo e início das relações objetais, uma quarta tarefa se impõe para a constituição do si-mesmo – a repetição contínua de pequenas experiências de integração⁽¹⁰⁵⁾. Neste momento, estas tarefas repetitivas apresentam-se nas reconstituições da vivência doméstica, representadas por todas as crianças em algum momento das sessões de BT, assim dramatizando ou referenciando situações familiares por longo tempo. Apenas Dunga não iniciou as sessões manipulando objetos domésticos.

Assim que coloco a caixa sobre o leito, Dunga destampa e pega a luva de procedimento. (Dunga, sessão 1)

Pega uma luva de procedimento e estende para a mãe. (Dunga, sessão 2)

C: Não é esse. Não é para mexer nesse negócio, eu sei, na brincadeira. Refere-se ao gravador. Esse desliga? Respondo afirmativamente. Dunga destampa a caixa e pega o pássaro. (Dunga, sessão 5)

P: Do que nós vamos brincar?

C: De médico. Abre a tampa da caixa e vira os brinquedos sobre a mesa. Deixa eu pegar uma coisa aqui... de médico. Nós dois pode ser médico. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

No entanto, Dunga dramatizou situações familiares em vários momentos de todas as sessões de BT como as demais crianças. As brincadeiras de cunho doméstico também foram evidenciadas em estudo com crianças hospitalizadas em UTIP que estavam sendo preparadas para cirurgia cardíaca⁽¹⁰⁷⁾.

Pega o celular e coloca no ouvido, disca várias vezes e ri quando ouve o barulho.

C: Alô!!!

P: Com quem você está falando?

C: Eu tô... eu tô... Apresenta dificuldade para falar, não responde e continua brincando. (Dunga, sessão 1)

C: Hãhã, era... era o... Senta-se na cama novamente, ainda taquipnéico. Era o coisinho. (Dunga, sessão 2)

C: Vou passar ferro. Mamãe, eu vou passar ferro. Eu vou ter cuidado. (Dunga, sessão 3)

C: Deixa eu mexer a cenoura. Pouquinho de cenoura e de miojo, para fazer o bolo de chocolate. Precisa um pouquinho de tomate, pouquinho de uva, pouquinho de leite. Cuidado para se queimar. (Dunga, sessão 4)

C: Hum, suco bem gostoso. Depois eu faço a comida, vou fazer o suco primeiro. Você quer o suco? (Dunga, sessão 5)

C: É, para tomar banho. Toda hora eu tomo banho pelado. Eu vou, ó, e tomo banho pelado. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

Dramatizar o preparo da alimentação e/ou o momento da refeição foi o tema predominante, seguida por tarefas domésticas, como passar roupas. Das oito crianças, apenas duas passaram por períodos de jejum - Feliz e Zangado. Nestes períodos, os brinquedos relacionados à alimentação foram retirados da caixa.

Nas sessões com Zangado, o único a utilizar alimentação parenteral por tempo prolongado, a mãe insistiu para que não se retirasse os brinquedos da caixa, justificando ter explicado ao menino que sua comida havia sido batida e estava entrando pela “veia”, além da criança estar alimentando-se pela boca com alimentos autorizados e em pequenas quantidades.

Quando a mãe aproxima-se do leito, Zangado fala: eu que fiz, come!. A mãe sorri e brinca, comendo cada alimento, oferecendo a Zangado, que abre a boca e toca em cada um dos alimentos. (Zangado, sessão 3)

Zangado escolhe alguns alimentos e identifica a cebola. Coloca os alimentos e brinquedos escolhidos ao seu lado. Identifica o milho e a maçã.

P: Está bom ou vai mais coisa?

C: Mais.

P: Para quem é esse papá?

C: Pra mamãe. (Zangado, sessão 14)

No estágio da dependência absoluta, a díade mãe-filho torna-se unitária na concepção da criança⁽¹⁰³⁾, como parece ser a brincadeira do Zangado, pois a restrição alimentar era específica da sua doença, no entanto ele transferiu a sensação de fome para a figura da mãe diversas vezes nas sessões, como exemplificado acima. É possível que a mãe da criança, por sua vez, não tenha tido condições de se mostrar, como coloca Winnicott, suficientemente boa, para permitir que a criança desconstruísse essa díade e buscasse experiências do tipo EU SOU, em função do histórico de hospitalizações e privações da criança.

No processo de amadurecimento é necessário que algumas tarefas primitivas sejam realizadas juntamente com os cuidados maternos: o segurar ou sustentar (holding) que corresponde à integração no tempo e no espaço do bebê, o manejo ou cuidado físico (handling) que se torna fácil a partir do alojamento da psique no corpo, e a apresentação de objetos (object-presenting) por meio do contato com vários objetos, para posteriormente a criança reconhecer sua existência independente de objetos e de um mundo externo (realização), embora essas tarefas não sejam sequenciais⁽¹⁰³⁾.

Talvez a restrição imposta pela doença crônica de Zangado tenha prejudicado sua mãe na execução dessas tarefas, pois a criança não pareceu ser apresentada ao mundo socialmente construído, mas sim ao mundo maternalmente construído, como se supõe ter revelado uma das sessões iniciais e observado durante outras sessões de BT. A família também esteve presente além do que se considera habitual numa hospitalização, com a presença ininterrupta da mãe e avós.

M: Ele falou que quer que eu coma pão com requeijão. Zangado assiste um desenho que fala desse alimento.

C: Eu quero esse pão, mamãe. Mamãe, cê deixa? Fala enquanto assiste o desenho.

M: Olha o pãozinho, Zangado. É o pão pulmam que você come. [A mãe pega a torradeira de brinquedo] Ele sai? Daqui não sai nada para comer.

Zangado pega a torradeira, examina o brinquedo e dá corda algumas vezes.

P: Só de faz de conta.

M: É um pãozinho de mentirinha, Zangado. Que massa, hein.

C: Você qué come esse pão? A mãe chega com um pão comum, com manteiga, mas fala que é requeijão, oferece pequenos pedaços a ele.

C: Esse é o pão com requeijão?

M: É, você quer um pedaço? Zangado recusa. Eu vou comer, tá. Ó. Ele olha a mãe comer o pão. Ela coloca um pedaço na boca dele, ele recusa, enquanto monta o quebra-cabeça.

C: Quer comer de novo, mamãe? Quer comer de novo?

M: Agora não, a barriga da mamãe tá cheia.

C: Não tá não. Não tá não, mamãe. (Zangado, sessão 2)

Para a família que se encontra com uma criança hospitalizada é fundamental a interação com o adoecido. Um estudo realizado num hospital escola na cidade de São Paulo, cujo objetivo foi compreender a dinâmica familiar de uma criança hospitalizada, mostra que o processo de possuir uma criança hospitalizada em UTIP se dá mediante “uma ruptura familiar”, em que a criança sai do domínio da família, passando a pertencer à equipe do setor⁽¹¹⁷⁾.

A família se vê na iminência de perder a criança, sente-se fragilizada por inúmeras situações, por exemplo, as regras de entrada e saída nas UTIP e o tempo de permanência da família. Assim, inicia um movimento de busca pela integridade familiar, partilhando de inúmeras estratégias para alcançar seu objetivo^(117,118).

Partilhar da brincadeira durante as sessões de BT pareceu uma estratégia acessível e eficaz aos familiares presentes, nos momentos em que as crianças brincavam interagindo com familiares. “Os pais percebem a hospitalização do filho por meio da interação com os membros da equipe de saúde e do cuidado prestado ao filho”⁽³⁶⁾. Relembrar o lar permite à criança reviver sensações conhecidas e aceitáveis, permear esses momentos com figuras familiares pareceu ainda mais agradável.

Durante essas dramatizações, as crianças interagiram com seus pais ou responsáveis, muito mais do que quando dramatizavam outras situações. Para Winnicott, num estágio mais avançado do caminhar em direção ao amadurecimento, a criança pode brincar sozinha, porém confiante de que a pessoa amada ou de confiança está disponível, sustentando o brincar⁽¹⁰⁵⁾.

Enquanto desenha, conversa com a mãe. (Soneca, sessão 1)

C: A calça tá caino [caindo] dela. Mostra a boneca para a avó. (Dengosa, sessão 2)

Posiciona-se de costas para a caixa e para mim, põe as pernas para fora do leito em direção à avó, sem falar nada estende os braços para a avó e vai para seu colo, põe a chupeta novamente na boca, fica olhando para o chão. (Dengosa, sessão 2)

Volta-se para a caixa, devolve o boneco e pega uns carrinhos. Começa um diálogo com a mãe em tom baixo. Sorri todo tempo ao falar com a família, mostrando os carrinhos para a mãe. (Mestre, sessão 3)

C: Mamãe, você sopra isso pra mim? (Dunga, sessão 2)

M: Tá, a mamãe vai papar. Ambos brincam de comer. Dunga pega a ampola de água e colocar na sua comida. C: Ah! Esqueci uma coisa... Eu vou colocar um pouquinho de miojo... Chiii. Imita o som de água caindo. (Dunga, sessão 3)

Continua desenhando enquanto fala. Às vezes olha para mim e para a mãe, volta a desenhar. (Feliz, sessão 3)

C: Ó o papai! Feliz fala gritando e sorrindo. O papai chegou! A mamãe chegou! Entrego a seringa para Feliz, que encosta na sonda e injeta, molhando a mesa. Já tá indo! Nem chorou! (Feliz, sessão 10)

C: Ó, mamãe. Mostra para a mãe as formas do brinquedo. Tem... Ó. Tenta, mamãe. Estende o brinquedo para a mãe. (Zangado, sessão 6)

Algumas vezes olha rapidamente a televisão e a mãe, voltando a brincar em seguida. Termina de trocar o boneco avô, mostra para a mãe e devolve para a caixa. (Branca de Neve, sessão 3)

As interações familiares foram predominantemente com a figura materna ou com o sexo feminino, confirmando o resultado de estudos descritos mencionando a centralidade do cuidado na pessoa da mãe^(35,47). No entanto, durante minha permanência na UTIP, não houve cuidado de saúde dirigido à mãe, o que evidencia que a família não é considerada como unidade de cuidado, embora “acompanhando o filho hospitalizado a mãe seja exposta a uma vastidão de situações que promovem medo, angústia, insegurança, desesperança, solidão e sensação de invalidez”⁽⁵⁵⁾.

As interações transcenderam as figuras familiares e alcançaram crianças e pessoas que não participavam da sessão de BT, revelando que, mesmo em situação de estresse e privação, as crianças efetivam parcerias em prol do brincar socializador característico do pré-escolar. Esse comportamento corrobora com um estudo que mostra, quantitativamente, as interações da criança hospitalizada que brinca, sendo o brincar unitário e em díades, as situações mais encontradas⁽⁵⁰⁾.

Interagindo com outras crianças, o pré-escolar mostra preferir brincadeiras associativas, brincar por brincar. É a idade na qual a criança inicia a tolerância da ausência das figuras familiares, já possui padrões e valores familiares e culturais, capazes de compor ricamente um momento de brincadeira⁽⁵⁶⁾.

C: Renan, Renan, quer brincar aqui com o quebra-cabeça? Soneca convida outra criança para brincar. Se nós quisé brincar com os dois, né? (Soneca, sessão 3)

C: Ei, ele quer um almoço? Olha para o bebê ao lado e oferece a ele o prato de comida. E estou fazendo, eu estou fazendo almoço aqui. (Dunga, sessão 4)

C: Quer brincar? Uma outra criança que está próxima não responde, apenas olha os brinquedos. Quer brincar de médico com nós? Estou brincando! (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

Outra criança se aproxima da mesa. Feliz interrompe a brincadeira e a chama.

C: Ó meu namorado! Chama... Como cê chama? (Feliz, sessão 7)

Dengosa, Branca de Neve, Zangado e Mestre ignoraram seus companheiros de quarto durante as sessões de BT, interagindo apenas com os familiares. Para algumas crianças, a presença de um familiar foi quase uma constante. Já outras necessitaram manter presente um determinado objeto, particular ou coletivo (da caixa), sendo a chupeta o objeto particular mais presente nas sessões de BT. Nenhum dos objetos da caixa foi preferido por mais de duas sessões, exceto os objetos hospitalares.

“A necessidade de um objeto específico ou de um padrão de comportamento que começou em data muito primitiva, pode reaparecer numa idade posterior, quando a privação ameaça”⁽⁴²⁾. Winnicott comenta sobre a possibilidade de regressão do comportamento da criança hospitalizada⁽⁶⁶⁾, desvelado neste estudo, em alguns momentos, como permanecendo com objetos preferidos.

Mantém duas chupetas, uma na mão e outra na boca, alternando as mesmas a todo o momento. (Dengosa, sessão 1)

De repente, após fazer dois desenhos, Atchim levanta a cabeça, olha para mim, tira a chupeta da boca e pede pela mãe. (Atchim, sessão 1)

Pergunto se Atchim quer brincar comigo, ela consente com a cabeça, e inicia a brincadeira com a chupeta na boca. (Atchim, sessão 3)

C: Vamo brincar assim. Começa a guardar os brinquedos na caixa, coloca a chupeta na boca e deita-se novamente. (Feliz, sessão 3)

Para Winnicott, o uso significativo de um objeto insere a criança num estágio de pré-transição, onde “habitar num mundo subjetivo e relacionar-se com objetos subjetivos são pré-requisitos para a conquista da transicionalidade, da passagem intermediária para a relação com os objetos objetivamente percebidos”. Esses fenômenos de transição estão intimamente ligados com a realização de tarefas de integração desempenhadas pela criança, em busca do amadurecimento⁽¹⁰⁵⁾.

A manutenção desses objetos nas sessões de BT não durou muitas sessões, tal qual um “objeto transicional”, que permite à criança sentir-se confiante para progredir no brincar, mas que também vai se perdendo, de forma que o objeto transicional fica relegado ao limbo, e os fenômenos transicionais tornam-se difusos, espalhando-se pelo território intermediário entre realidade psíquica interna e o mundo externo⁽⁴²⁾.

“Os fenômenos transicionais emergem da área da ilusão de onipotência, no interior da qual foi construída a realidade do mundo subjetivo”^(42,105). A dramatização de situações consideradas domésticas possibilitou que emergissem dramas familiares durante as sessões de BT, numa forma de transição entre o hospital e a casa, como um retorno ao ambiente de

previsibilidade do lar. Algumas crianças trouxeram para a brincadeira figuras familiares que não estiveram no hospital, e situações íntimas sem vínculo com as vivências hospitalares, assim relembrando o lar.

Ele interrompe a brincadeira e solicita à mãe que ore e acaricie o local que coça.

C: Ora!

M: Orar, já vai, eu oro e você conversa com ela, tá?

C: Vê você orá!!! [Fala mais alto enquanto a mãe acaricia o braço] Com as duas mão!!! Olha para mim e junta as palmas das mãos em sinal de oração. (Mestre, sessão 3)

C: Lavei muita roupinha. Tô cansado é de lavar. Mamãe, já lavou a cozinha mamãe? Pronto, eu vou desligar o ferro. Já lavei um monte de roupa. (Dunga, sessão 3)

C: Vamo coloca cumidinha? Eu vou coloca cumidinha para ele, cadê o prato? Cadê a colé [colher]?

P: Vamos procurar?

C: É para comer tudo! (Feliz, sessão 4)

P: E o seu papá é igual ao do Max-Stell?

C: É.

P: Tem bastante coisa que você gosta?

C: Minha mãe faz meu papá lá na minha casinha. (Zangado, sessão 4)

Quando termina de trocar a roupa do boneco bebê, Branca de Neve o pega e coloca-o virado para frente entre os braços da boneca mãe.

P: E agora, o que ela vai fazer?

Vira o boneco bebê de costas e posiciona como se a boneca mãe estivesse amamentando, com os braços da boneca em volta do bebê. Pega o boneco pai e coloca junto à boneca mãe.

P: Quem é esse?

C: Papai. Coloca o bebê nos braços do boneco pai e mostra para a mãe. (Branca de Neve, sessão 2)

P: E onde nós vamos colocar ele para cuidar das crianças?

Branca de Neve devolve os bonecos para a caixa.

C: Ele bate, se eles fizerem bagunça.

P: Ele bate com o quê?

C: Chinelo. (Branca de Neve, sessão 4)

Branca de Neve brinca com a boneca mãe.

C: Ela faz faxina. Num salão de beleza. [...] O papai vai cuidar do bebê. Das crianças.

P: Onde ele cuida das crianças?

C: Na casa dele. (Branca de Neve, sessão 4)

C: A mamãe está chegando e eles estão trocando a roupa.

P: Tiraram a roupa, por quê?

C: Senão a mamãe ia bater neles. (Branca de Neve, sessão 4)

Dessa forma pode-se observar que “a característica lúdica, terapêutica e educativa do brinquedo facilitou a comunicação, participação e motivação da criança em todo seu processo de hospitalização, o que possibilitou a manutenção da sua individualidade, aspecto que se fragiliza durante esse processo”⁽⁶⁹⁾, individualidade essa anunciada nas situações domésticas íntimas que emergiram nas sessões de BT.

O brincar transcorreu naturalmente para todas as crianças, fazendo referência ao cotidiano, aos novos eventos, percebendo o tempo passar, sentindo na brincadeira o acolhimento necessário para contar as horas e dias, unindo o brincar ao convívio com familiares, transitando pelo tempo passado e presente de forma tranquila.

C: Ontem fazeu o barulho. Aqui ó. [Fala mostrando o papa-léguas] (Dengosa, sessão 2)

C: Acabô?

P: Faltam cinco minutos... [Aponto no relógio] C: E minha mãe não chegou! (Mestre, sessão 4)

C: A minha mãe trouxe aqui. Outro dia foi a minha avó que trouxe. (Dunga, sessão 6, realizada no ambulatório)

C: Igual aquele dia que nós brincô? Igual aquele dia? Óia!!! [Retira da caixa algumas panelas] (Feliz, sessão 4)

Amadurecendo...



4.2.3. Amadurecendo com o brincar

Como diz Freud “brincar é a primeira atividade normal da mente que a criança apresenta”⁽⁷⁰⁾. A atividade de brincar requer o aprendizado de brincar e a trajetória dos participantes deste estudo demonstra esse aprendizado. Aliando a vivência da hospitalização à cultura lúdica individual formada até então, as crianças utilizaram esquemas para iniciar a brincadeira, e a partir desses esquemas, produzir uma realidade diferente daquela em que estavam inseridas⁽⁴⁸⁾ aos olhos dos adultos.

Após observar o evoluir do brincar na categoria “Vivenciando a hospitalização”, e também a plenitude das relações que permearam a brincadeira durante as sessões de BT na categoria “Rememorando sua história para além da hospitalização”, compreender o brincar enquanto atividade com um fim em si mesmo dentro do contexto proposto e seus benefícios, torna-se necessário. À medida que o amadurecimento acontece, a memória armazena e interliga experiências passadas, as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas do futuro, fornecendo sentido ao sentimento de si-mesmo ao indivíduo⁽¹⁰⁵⁾.

As sessões de BT revelaram um discurso contínuo, ainda que realizadas em dias consecutivos, corroborando com a ideia de progressão da brincadeira da criança. Nas sessões de BT, os temas emergem e são trabalhados pela criança, posteriormente negligenciados após sua integração e aceitação no universo infantil⁽¹¹⁹⁾. Os retornos às brincadeiras ou temas anteriores acontecem, no entanto, não constituem fator de peso nas atividades das sessões subsequentes.

Um estudo mostrou que crianças que brincaram quando hospitalizadas apresentaram aumento da disposição, diminuição da ansiedade, do choro e da irritação e maior adesão ao tratamento⁽¹¹³⁾. Brincar constitui-se tarefa fundamental para o pré-escolar tratando-se da linguagem com a qual a criança decodifica o mundo⁽⁶³⁾, pois mesmo familiarizado com um objeto hospitalar e com seu emprego no contexto da hospitalização, algumas crianças conferiram caráter lúdico aos objetos ou dispositivos hospitalares.

A partir da provisão dos brinquedos, os sujeitos desvelaram o que Winnicott chama de criatividade originária, isto é, quando a criança torna real seu potencial criativo. “A criatividade é a manutenção, por meio da vida, de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo”⁽¹⁰³⁾. Essa criação pautou-se no uso de objetos hospitalares e infantis, numa mescla que tornou irreconhecível a finalidade de alguns objetos, tornando lúdico o objeto hospitalar.

Pega as luvas de procedimento e se volta para a criança do outro lado da mesa, estendendo as luvas. C: Ó Renan, aqui as bexigas! Tem várias. (Soneca, sessão 3)

Mantém o estetoscópio nos ouvidos e fica olhando para o teto.

P: O que você está fazendo?

C: Tô ouvindo rádio. Mexe nos brinquedos e pega a luva de procedimento. Pode pegá?

P: Pode. O que você vai fazer com ela?

C: Vou fazer bexiga. Brinca com a luva de procedimento, soprando dentro dela. (Mestre, sessão 4)

Abre novamente o pacote de gaze e retira uma gaze, colocando-a na panela com água. Fica mexendo na gaze molhada.

P: O que você está fazendo?

C: Eu tô mexendo a panelinha. (Dunga, sessão 1)

C: Põe um pouquinho, um pouquinho. Dá para ela um pouquinho de sal. Pega a ampola, finge ser um saleiro e estende para a mãe. Pega alguns alimentos de brinquedo e coloca dentro da luva, espreme a luva e vira tudo na panela e no prato. (Dunga, sessão 3)

Pega a embalagem da seringa e a ampola de água, abre as duas sem ajuda, estende a ampola para mim. Seguro a ampola. Atchim abaixa a ampola e encaixa a seringa, aspira a água, joga água fora da mesa, rindo bastante. (Atchim, sessão 5)

C: Vamo fazê mamá? Chupa um dedo da luva como se fosse mamadeira. (Feliz, sessão 3)

Ela pega a ampola de água destilada.

P: O que é isso?

C: É água. É a mamadeira dela. (Feliz, sessão 8)

Uma única criança utilizou um dos brinquedos no alívio de sua necessidade, neste caso dando uma nova função ao brinquedo, servindo como ferramenta para Mestre, com um fim específico, em vários momentos da mesma sessão.

Neste momento ele pega uma ferramenta e introduz dentro da tala gessada, retiro da mão dele. Tenta colocar uma peça do quebra-cabeça dentro da tala gessada.

P: O que você vai fazer? Assim? [Finjo coçar o braço] Não pode, assim vai machucar você.

Dramatiza como usaria a peça para coçar a pele dentro da tala gessada, olhando para mim. (Mestre, sessão 3)

A luva de procedimento foi o objeto hospitalar mais explorado durante as sessões de BT. Além dela, a ampola de água foi empregada de forma lúdica em várias sessões, apesar das crianças reconhecerem o uso adequado de ambos os materiais. Ambos os objetos transitaram entre as dramatizações do cotidiano hospitalar e dos afazeres domésticos.

A criança que já internalizou a psique por meio da elaboração imaginativa, é capaz de fantasiar⁽¹⁰⁵⁾, de brincar com a realidade externa sem desajustar a realidade interna, justificando nesse estágio de amadurecimento, o caráter lúdico empregado ao objeto hospitalar e a aceitação do mesmo, evidenciado também nos momentos passados brincando com água.

Ri muito, espalha a água sobre a mesa com as mãos até acabar a água da ampola. (Atchim, sessão 3)

Pega a ampola de água e estende para mim.

C: Eu tem aguinha prá ponha... Eu tem aguinha prá ponha aqui... Aponta a seringa e em seguida injeta a água numa panelinha. (Dunga, sessão 1)

C: Do nariz. Eu vou dar no nariz da criança. Eu vou colocar esse ligócio [negócio]. Pega a ampola de água destilada e estende para mim. Tem um monte, tem um monte. Tem um monte desse. (Dunga, sessão 3)

Pega uma panela, joga a água da ampola dentro da panela, usa a seringa para mexer a água na panela, adiciona suco de uva. (Dunga, sessão 4)

C: Eu sou médico. Feliz encosta a seringa na conexão da sonda e injeta a água (Feliz, sessão 11)

Permanecemos nessa atividade, eu e Zangado, por alguns minutos. Zangado nada fala, apenas olha para mim e para o boneco, injeta a água na sonda todas as vezes que eu aspiro e entrego para ele. (Zangado, sessão 4)

Nos momentos em que as crianças passaram brincando com o corpo, foi possível perceber o desenvolvimento do pré-escolar e o auxílio da brincadeira neste processo, dentro e fora da UTIP. A exposição corporal apareceu, para uma criança em forma de trocas de roupa, e para outros a identificação dos órgãos genitais ficou evidenciada, corroborando com a literatura⁽⁵⁶⁾ que aborda o desenvolvimento infantil.

Tenta tirar a blusa da boneca. Não consegue e a estende para mim, mostro o velcro da blusa. Atchim retira a blusa da boneca, tenta retirar a saia e não consegue. Olha para mim, retira a saia da boneca e sorri. (Atchim, sessão 1)

C: Tira a calça dela. Fala estendendo a boneca menina para mim. Deite ela!

Coloco a boneca menina sobre a mesa, esticada. Feliz tira o vestido da boneca.

C: Ói, qui! A piriquita dela. (Feliz, sessão 11)

C: É na barriga dele! Não, é na sonda dele!

P: O que é isso?

C: É o pipi dele. [...] É só na bunda dele. Vira o boneco e aplica a agulha na região glútea, Põe a calça... Vamo ponha a calça dele? (Feliz, sessão 11)

C: Óia, ela tá pelada.

P: Ela está de roupa.

C: Quero tirar a roupa dela. A calcinha. (Feliz, sessão 11)

Escolhe uma calça e pega o boneco pai, tira a calça e guarda. Coloca uma calça nova. [...]

Retira o vestido da boneca mãe e coloca o short com dificuldade até a metade das pernas da boneca, retira o short e coloca uma saia. (Branca de Neve, sessão 1)

Pega o menino e troca a roupa dele.

P: Por que você está trocando a roupinha dele?

C: Roupa nova. Pega boneca mãe, troca sua roupa e a deixa ao seu lado. (Branca de Neve, sessão 4)

No caminhar das sessões de BT, algumas crianças alcançaram um estado de dependência relativa, desvelando experiências de EU SOU, já se reconhecendo como uma unidade com um eu integrado⁽¹⁰⁵⁾, mostrando isso no brincar descrito acima, onde o objeto tem características próprias agora, não características de identificação. Nesse momento, a criança habita plenamente seu corpo, e já o distingue como unitário, possibilitando novas interações sociais.

As interações sociais permaneceram e solidificaram-se conforme as sessões aconteciam, como evidenciam os momentos das crianças aceitando a pesquisadora e incluindo-a na brincadeira. Essas interações evoluíram na mesma medida que as dramatizações da vivência hospitalar, assim como do resgate do cotidiano doméstico. Inicialmente o contato que demonstrou a aceitação da criança foi apenas o olhar, partindo depois para o brincar em conjunto.

O amadurecimento está no sentido da realidade que cada indivíduo é capaz de criar, assim como na natureza da relação estabelecida com o ambiente. Passadas as etapas de dependência absoluta, dependência relativa e transicionalidade, a criança caminha para a percepção do mundo externo compartilhado⁽¹⁰⁵⁾, evidenciado na brincadeira conjunta com outras pessoas.

Sento-me no mesmo local da sessão anterior. A criança vem ao meu encontro e ofereço a caixa de BT. (Soneca, sessão 4)

C: Que é isso? Olha para o brinquedo.

P: O que você acha que é?

C: Um robô. Começa a brincar. (Mestre, sessão 1)

A criança sorri assim que entro no quarto, olhando diretamente para mim.

C: Você tem brinquedo novo?

P: São iguais os de ontem. (Mestre, sessão 3)

Incluir a pesquisadora e a família na sessão de BT justifica-se também quando entendemos a importância da presença do adulto na brincadeira da criança, como sendo gerador de confiança⁽⁷³⁾. A sessão de BT possibilita à criança, a confiança e a liberdade necessária para brincar de forma agregadora com os adultos à sua volta. A postura de aceitação da brincadeira como ela acontecia foi importante, pois permitiu o desvelar de inúmeras facetas na sessão de BT, além da construção de vínculos afetivos.

Mostra-se sorridente, pede para que eu penteie seu cabelo, estendendo o pente para mim.

(Atchim, sessão 2)

A criança e a mãe dirigem-se a mim, levando-me para o pátio. (Atchim, sessão 4)

Quando chego na porta da UIP, Atchim corre atrás de mim e agarra minha cintura.

P: Quer brincar no pátio?

C: Quero. Atchim pega minha mão e me conduz ao pátio. (Atchim, sessão 5)

C: [...] Ai, estou cansado de trabalhar. Vamos pegar o paninho para limpar. Pega uma gaze e passa no rosto. Muito suado. Quer pegar o paninho aqui? Estende uma gaze para mim, eu aceito e imito seu gesto. Suado de trabalhar. Estou cansado de trabalhar, quer comer uma coisa?

P: Quero.

C: Tem um aqui. Mostra o tomate e a cenoura. Comemos juntos. (Dunga, sessão 4)

C: Uma comida deliciosa, eu vou fazer. Você gosta?

P: Sim.

C: Eu vou fazer, calma. (Dunga, sessão 5)

C: Eu vou dá sangue, hein! Num vai doê! Eu vou devagarzinho, tá! A luva é grande e Feliz se atrapalha. Ai meu dedo. Pega a boneca menina. Você já dá sangue? Você já dá sangue nessa menininha? (Feliz, sessão 8)

Coloco o álcool na gaze, limpa a boneca e passa a gaze no meu braço Eu sorrio e Feliz também. (Feliz, sessão 11)

Segurança no manuseio dos brinquedos, interesse por aspectos próprios da hospitalização, dramatizações dos procedimentos sofridos, vínculos estabelecidos com equipe e familiares, resgate do ambiente doméstico e das relações com outras crianças, liberdade e espaço para emergir os dramas familiares e identificação com a pesquisadora, possibilitaram a duas crianças progredir identificando-se na sessão de BT, cumprindo o propósito da catarse⁽⁷²⁾.

C: Ele não vai mexer mais. Refere-se ao boneco e ao acesso venoso.

P: Pode tirar?

C: Já tirei. [...] Esse não tá certo. Aponta a fixação do acesso venoso do boneco [...] Acho que você vai tê que tirá.

P: Então pode tirar. Nós vamos tirar tudo ou só trocar esse curativo?

C: Acho que vamo tirá tudo. Ele retira todo o acesso venoso e a fixação do boneco e mostra para o tio.

P: Para que é isso?

C: Pra toma remédio. (Zangado, sessão 11)

Pega a boneca menina e mostra para mim.

P: Quem é essa?

C: É a Feliz. Pega o boneco pai e mostra para mim. Esse é o pai dela.

P: O que a Feliz está fazendo?

C: Tá brincano [brincando]. (Feliz, sessão 2)

Esses momentos de purificação, catarse, para o alívio de seus medos, angústias e aflições e para seu fortalecimento diante da adversidade⁽¹¹⁹⁾, aconteceram durante todas as sessões, e em dois momentos transcenderam a brincadeira simbólica, manifestando-se fisicamente, nas crianças Feliz e Zangado.

Permanecemos na atividade de injetar água na “sonda” do boneco por vários minutos, eu segurando as ampolas de água e ela (Feliz) aspirando com a seringa, agora com facilidade para conectar a seringa na sonda.

C: Molhei tudo!!! [Dá gargalhada, não consegue completar a frase direito]

P: Esse é remédio ou é xixi? [Ela não para de rir]

C: Ai, ai, ai! Tá “saino” [saindo] aqui!!! [Aponta para a cadeira onde está sentada, pergunto o que é] A água! [Levanto-a para ver, havia derramado água na cadeira e molhado o vestido e a calcinha, ela dá risada]

P: Molhou tudo você de água. E agora?

C: Agora eu vou ter... [Seguro ela e enxugo a cadeira] Tá saindo aqui... [Mostra outro local molhado, eu enxugo] C: Ai, tá doendo. Ai que cansada! Ui! Nem consigo levantar. (Feliz, sessão 10)

Converso sobre a brincadeira (fazer comida), ele não olha para mim, permanece mexendo nos alimento por todo o tempo.

C: Tá suado... [Ele transpira muito neste momento] O clima está quente, porém a transpiração dele está excessiva, pois ele está só de fralda e a janela da UTIP ao lado dele está aberta.

P: Você quer sentar um pouquinho?

C: Não. [Fala algo que não entendo, peço que repita] Tem um ventinho. (Zangado, sessão 3)

O brincar possibilitou que emergissem vivências significativas, assim como sentimentos e sensações que marcaram o período de hospitalização de algumas crianças. Algumas crianças exteriorizaram seus medos relacionados aos procedimentos hospitalares. “Ao brincar a criança utiliza sua imaginação, memória, percepção e criatividade para representar ludicamente no mundo palpável e concreto dos brinquedos, os seus medos, incompreensões, fantasias e anseios das circunstâncias vividas”⁽⁷⁶⁾.

Brincar promove o alívio das tensões relacionadas aos procedimentos hospitalares, diminuindo o medo e as preocupações concernentes ao momento experienciado⁽¹¹¹⁾. Esses medos e ansiedades não impediram a construção de uma realidade interna diferente, uma realidade de sofrimento exposta com tranquilidade no brincar. Esse movimento é análogo ao construir e desconstruir que é inerente à natureza humana, e “é também, o fundamento para a capacidade de brincar, [...]”^(42,103,105).

C: Esse? Oh, o sangue. Pega a embalagem do scalp e mostra para mim.

P: Esse é o sangue também?

C: Sim.

P: Vamos brincar com ele também?

C: Sim. Ichi! Esse dói, né? Esse dói. (Feliz, sessão 8)

C: Já tá indo [indo].

P: Onde?

C: Agora chega! Afasta o milho. Agora vamos fazer a sonda nele? Isso dói, né? Dói pra caramba! Dói pra caramba.

P: Aonde a gente vai passar a sonda? Feliz aponta a genitália do boneco, sobre o short.

C: Aqui na periquita [vagina] dele. Faz! Faz! Faz doer! Faz doído, doído! (Feliz, sessão 10)

Finalizando essa categoria, presenciei a importância do brincar mesmo com as limitações impostas pelo adoecer. Uma das precursoras da técnica do BT no Brasil observou que a criança deixa de brincar em três situações: grande tensão ou medo, intensa privação de necessidades básicas (dormir, alimentar-se) ou condição física extremamente grave⁽⁴⁴⁾. Pude observar o brincar acontecendo na UTIP e fora dela mesmo diante dessas situações, algumas próprias da doença, outras impostas pelo uso de dispositivos hospitalares, no entanto as crianças, brincando além das limitações, reforçaram novamente os benefícios do BT.

Pega o pássaro, fala algumas palavras com dificuldade, pois está dispnéico, embora com a saturação de oxigênio estável. Deixa todos os brinquedos entre suas pernas. [...] Após alguns minutos, Dunga apresenta taquipnéia, porém não interrompe a brincadeira. A saturação de oxigênio mantém-se em 90%. Quando a saturação de oxigênio cai para 85%, ele se deita. Após alguns breves minutos, ele senta-se na cama e retoma a brincadeira. (Dunga, sessão 1)

P: E agora? Feliz mexe na caixa, esboça expressão de dor, volta a sorrir e a brincar. (Feliz, sessão 2)

Feliz apresenta distensão abdominal considerável, demora a encontrar uma posição confortável para permanecer sentada, mas continua brincando. (Feliz, sessão 4)

O abdome de Feliz ainda está distendido e ela apresenta cansaço. Convido-a para brincar, ela estende os braços para mim, eu a coloco sentada e Feliz brinca. (Feliz, sessão 8)

Feliz empurra a boneca com o scalp. Olha ao redor. Faz expressão de dor.

P: Você não quer mais brincar?

Feliz empurra os outros objetos que estão próximos ao seu braço e sinaliza que não com a cabeça.

C: Tia, me leva para o quarto. (Feliz, sessão 11)

Branca de Neve está taquipnéica. Deita-se e continua trocando a roupa da boneca mãe.
(Branca de Neve, sessão 2)

Winnicott entende a instalação de distúrbios emocionais ou dificuldades na progressão do amadurecimento quando algumas das tarefas, já citadas anteriormente, que o indivíduo deve realizar, fracassa. Nesse momento, a aquisição de saúde torna-se impeditiva, pois o indivíduo deve retornar e buscar o cumprimento da tarefa anterior, para seguir adiante rumo ao viver sadio e compartilhado⁽¹⁰⁵⁾. É imperativo pensar a criança hospitalizada vivenciando todas essas fases, e que essas tarefas sejam consideradas na prestação de cuidados, em busca de um ambiente melhor e saudável.

O primeiro ambiente que o bebê conhece é aquele apresentado pela mãe ou substituta dessa, fruto do conjunto de cuidados maternos. Essa atmosfera é subjetiva e tem como característica central a segurança ambiental, proporcionada pela regularidade de cuidados maternos⁽¹⁰³⁾. Transferir essa concepção para o momento da hospitalização nos mostra a total desintegração ambiental que a criança sofre, pois não são mais os cuidados maternos que são regulares, mas sim os da equipe de saúde.

Na teoria do amadurecimento, um ambiente adequado ou facilitador é aquele que fornece condições para o processo maturativo agir⁽¹⁰⁵⁾. O transcorrer das sessões de BT evidenciou que a UTIP não é uma atmosfera impeditiva do processo de amadurecimento, porém não se mostrou também um ambiente facilitador, pois não possui ferramentas lúdicas, essenciais à comunicação infantil, assim como impede a regularidade de cuidados maternos, dificultando a aquisição de confiança no ambiente.

As experiências novas revelam-se nas dramatizações, sendo mescladas com as experiências anteriores, a exemplo de outro estudo onde emergem dramatizações hospitalares e domésticas⁽¹²⁰⁾, essas últimas acalentadoras, para então evoluírem num brincar

compartilhado, dotado de características particulares, que permite a profusão de sentimentos, dramas e vivências integradoras do ser criança rumo ao amadurecimento.

Esse movimento entre os contextos doméstico e hospitalar aparece em outros trabalhos^(107,119,120), da mesma forma que o caminhar das sessões seguiu características similares às etapas demonstradas num destes estudos – estabelecendo vínculos, explorando, dramatizando⁽¹¹⁹⁾. No entanto aparece neste último estudo a etapa em que a criança deixa de brincar, presente apenas nas sessões do participante Zangado, pelo longo tempo de hospitalização.

Para as crianças com tempo de hospitalização em torno de uma semana ou pouco mais, o número e o tempo das sessões foi homogêneo, também para aquelas com melhor prognóstico. No entanto, o número de sessões foi maior para os dois participantes que estavam clinicamente mais comprometidos, Feliz e Zangado, contrapondo em quantidade o tempo das sessões, que foi menor quando comparado aos outros participantes.

Brincar revelou-se necessário mesmo nas condições clínicas mais adversas, como despontou a situação desses dois participantes, pois não podendo brincar durante o tempo proposto para a sessão, a solução foi brincar mais vezes. As sessões em maior número não estão ligadas somente ao maior tempo de hospitalização, mas também à necessidade de exteriorizar e compreender as novas vivências e suas limitações, proporcionada pelo BT^(77,79).

Não houve rejeição explícita em participar das sessões de BT por mais de duas sessões, referendando a importância da compreensão da criança por meio dessa tecnologia. Apesar dessa progressão positiva é relevante pensar na necessidade de compreender a condição de hospitalização na UTIP, desvelada na maior quantidade de unidades de significado da categoria Vivenciando a hospitalização, quando comparada às outras categorias.

No movimento de rememorar sua história as crianças compuseram um cenário comum a elas e aos pais, trazendo certo conforto a estes, pois as lembranças do cotidiano parecem confortar a família. Atividades cotidianas aproximaram a criança de seu familiar e de mim, proporcionando uma brincadeira simples e singular, característica da fase pré-escolar.

No emergir das vivências da criança estiveram presentes algumas falas que caracterizaram a influência da família e da equipe de saúde sobre a criança. Expressões como “picada de formiga”, “não vai doer”, “você está doente?”, “prá dar no teu glúteo”, revelaram quão significativa é para a criança a explicação de uma determinada situação ou procedimento. A criança também reproduz falas impessoais, como “oi mocinha...”, inadequadas na prestação de cuidados de saúde.

O pré-escolar pode absorver conceitos e comportamentos nos períodos de hospitalização prolongados, como evidenciado numa das sessões em que Zangado “tira bolhas de ar” do equipo de solução, como a equipe de enfermagem faz. A literatura recomenda que as explicações de procedimentos ou situações sejam simples, verdadeiras e racionais, que seja permitida a dramatização sempre que possível. A equipe de saúde deve enxergar este momento como oportuno para desmistificar conceitos inadequados ou fantasiosos, mostrando aos familiares explicações adequadas e construtivas⁽¹²¹⁾.

A Teoria do Amadurecimento permeou todas as categorias, evidenciando uma trajetória nem sempre progressiva, em face da tendência ao amadurecimento inata de todo ser humano, pois se espera que o ser humano retraia-se para posteriormente progredir, sempre que houver uma situação dificultadora⁽¹⁰⁵⁾. A hospitalização pode se constituir como uma situação dificultadora, ainda mais em um ambiente inóspito e sem a presença de uma figura protetora.

Retrair para posteriormente progredir tornou-se possível dentro da visão holística e integradora de D. Winnicott, que vislumbra o ser humano como alguém que necessita interagir com ou outro, como para Heidegger, que entende o ser humano como um ser “que acontece”^(101,102), não linear, mas integrador, capaz de movimentar-se continuamente em busca da compreensão e aceitação da nova condição.

Finalizando...



"Aqueles que passam por nós, não vão sós,
não nos deixam sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós."

(O Pequeno Príncipe)

5. Considerações finais

Retomando o objetivo deste trabalho - compreender as vivências de crianças pré-escolares hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por meio do brinquedo terapêutico dramático como instrumento de acesso ao mundo-vida das crianças - considero iniciada uma delicada compreensão do fenômeno “estar hospitalizado em UTIP” para uma criança pré-escolar.

Acredito ter apreendido a sutileza do universo infantil na exteriorização de suas angústias, assim como a necessidade de subsídios para o enfrentamento da nova situação. Entre estes subsídios, creio ser pertinente destacar os mais importantes, o brincar e a figura materna ou quem a substitua.

Reconheço a contribuição de Winnicott ao aprofundar-se no estudo do brincar, de forma diferenciada de outros psicanalistas. Também a Teoria do Amadurecimento, com os seus aspectos multidimensionais, que permitiu minha imersão e compreensão não linear, mas integradora, de modo a atingir o objetivo proposto.

Para Winnicott, “o processo de amadurecimento é a manifestação do potencial criador da natureza humana. Ele só pode se dar num tempo e num espaço que lhe são próprios, e que não são o tempo e o espaço lineares dos processos naturais em termos físicos e biológicos”⁽¹⁰⁵⁾. Conceber esse conceito permitiu-me vislumbrar uma trajetória nas sessões de BT das crianças hospitalizadas em UTIP, não fixa nos padrões revelados em outros estudos, mas própria desses participantes, essencial a estas vivências.

Essa trajetória iniciou-se nas experimentações das novas vivências, envolvendo todas as questões da hospitalização, satisfazendo as demandas instintuais, as fisiológicas e as próprias do desenvolvimento do pré-escolar. Conhecer o espaço Unidade de Terapia Intensiva então se mostrou fundamental, assim como sua construção histórica, pois os mitos contemporâneos dessa unidade foram pobremente explorados, com poucos estudos específicos sobre a temática na literatura.

O brinquedo terapêutico mostrou-se adequado em todas as circunstâncias, pois contempla exatamente o modo de se comunicar da criança pré-escolar. Entender o brincar e sua importância transcendeu sua utilização como ferramenta de acesso ao mundo-vida das crianças e tornou-se essencial ao fazer da pesquisa. A compreensão da vivência só se desvela por quem a vivencia, e não houve forma melhor de compreender essa existência no tempo durante a sessão de BT, permitindo assim com que eu me identificasse com a criança hospitalizada.

Compreender essa vivência, além de descrevê-la, iniciou-se para mim, através da Fenomenologia, que busca um retorno às coisas mesmas, ao essencial, ao vivido, e por meio do método fenomenológico, a organização de uma trajetória, desvelada não de forma linear, como se supõe ser o amadurecimento humano, mas de forma integradora, objetivo final desse mesmo amadurecimento.

Apesar da Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott constituir-se de um ajuntamento de grande parte de seus postulados, suas colocações possibilitaram a identificação da integração das crianças em busca da aceitação do fenômeno hospitalização, permitindo compreender que estar hospitalizado numa UTIP é motivo de sofrimento, como qualquer outra hospitalização ou privação, porém esse sofrimento ou desintegração, não aniquila sua tendência ao amadurecimento.

Esse sofrimento leva a criança a transitar pelos estágios de dependência absoluta à dependência relativa, num ir e vir contínuo, desvelando a necessidade da criança em integrar-se novamente enquanto ser, e então conceber essa nova vivência para, após essa experiência, integrá-la em sua constituição de indivíduo. Neste estudo não foram evidenciadas circunstâncias em que a criança saltasse da fase da dependência relativa para a independência.

Brincar com algumas crianças após a experiência de hospitalização proporcionou-me o entendimento de que a criança continua buscando a integração das novas vivências mesmo retornando ao seu ambiente de confiança, mantendo as lembranças da hospitalização, agora

integradas ao cotidiano doméstico. Dunga, na sessão realizada no ambulatório, evidencia esse movimento;

C: Por que isso não tem corda, esse? Refere-se ao conduto plástico do scalp. Por que aqui não tem corda. Ah! Porque tem que tirar esse aqui e colocar aqui. Eu sabia... [Abre com um pouco de dificuldade a embalagem do scalp] Eu sabe tudo. A minha mãe disse: eu não sabe.

P: Não sabe do que?

C: Não sabe de nada, a minha mãe que disse. Mas eu sabe tudo.

Para “saber tudo” a criança utiliza-se das suas vivências domésticas anteriores e confortadoras, junto às novas experiências, como evidenciadas nas categorias Vivenciando a hospitalização e Rememorando sua história além da hospitalização, para então evoluir Amadurecendo com o brincar. Esse desvelar mostrou-me a necessidade da criança brincar na UTIP, utilizando assim um espaço intermediário com ferramentas adequadas, para a construção de uma nova realidade.

Esse amadurecer está fundamentado em duas concepções: a tendência inata ao amadurecimento que o homem tem e a existência contínua de um ambiente facilitador⁽¹⁰⁶⁾. A literatura revela ser a presença da mãe durante a hospitalização da criança, condição essencial. Um dos estudos constrói um modelo teórico para retratar o significado da hospitalização para o pré-escolar, desvelando a mãe como aquela que protege e apoia a criança durante os mistérios inicialmente aterrorizantes da hospitalização, além de mostrá-la também como facilitadora e medidora das interações da criança com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar⁽⁴⁷⁾.

Em busca da integração, Winnicott salienta a manutenção de um ambiente adequado, tão essencial que influencia até nas condições hereditárias da criança. Para ele, mesmo os traços herdados sofrem influência do ambiente, sendo minimizados ou maximizados, fazendo parte do processo de constituição, como pessoa, que a criança percorre⁽¹⁰⁵⁾. Esse conceito

ultrapassa a questão biológica, transcende esse tipo de cuidado fragmentado e reforça a necessidade de uma atmosfera adequada à criança.

Considerando o fato de que poucos hospitais proporcionam estrutura para a presença da mãe durante o período da hospitalização da criança, acredito que a UTIP concebida atualmente, constitui-se num ambiente que não favorece o processo de amadurecimento da criança, pois impede a presença da mãe ou quem a substitua em período integral, assim como do brinquedo, em função de paradigmas não alicerçados cientificamente.

Ao destituir-me de pressupostos, fiquei surpresa vendo as crianças brincar com suas limitações, e alegrei-me a ponto de mergulhar nesse brincar, e sofrer pelas outras crianças sem essa oportunidade. Finalizo esse trajeto, não linear assim como o amadurecimento, mas muito mais integrada com o “ser-com-os-outros-no-mundo”, a fim de partilhar o que compreendi, buscando minimizar os possíveis efeitos deletérios da hospitalização infantil.

Não sendo mãe ainda, permito-me imaginar a dor da separação do ente querido e a angústia de não controlar o impacto dessas vivências para o pré-escolar, tão estudada por outros pesquisadores, e aqui revelada nas interações das crianças durante as sessões de BT. Fica para mim a missão de compartilhar a importância do BT nas unidades onde o ambiente se revela um possível “dificultador” do processo de amadurecer e existir enquanto ser criança, com todas as suas potencialidades.

Também entendo a pertinência de contribuir com um novo olhar referente à presença da mãe durante a hospitalização da criança, assim como da aquisição de brinquedos ou de uma rotina para a inclusão de brinquedos trazidos de casa, durante o período de hospitalização na UTIP. Ambas as considerações podem ser apresentadas por meio deste trabalho à equipe de saúde, buscando dar voz às crianças participantes deste estudo, e ampliar o olhar da equipe na prestação de um cuidado menos traumático.

6. Referências

1. Cassador TV. Trazendo brinquedos para seus filhos na UTI Neonatal: o significado para os pais. [Dissertação – mestrado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
2. Von Zuben NA. Fenomenologia e existência: uma leitura de Merleau-Ponty. In: Martins J, Dichtchekenian MFSFB. (org.) Temas fundamentais em fenomenologia. São Paulo: Moraes; 1984. p.55-67.
3. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública 1992;8(2):168-175.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias. Brasília; 2010.
5. Ariés P. O sentimento da infância. In: História social da criança e da família. 2. Ed. LTC, 1981. p.5-29.
6. Gonçalves ARJ. Algumas considerações sobre a evolução das doenças infecciosas nos últimos 500 anos. Rev med HSE [on-line] 2000 [Acesso em 18 fev 2012]; 34(2). Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34b/infec.asp>.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro; 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília; 2011. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf
9. Brasil. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Índice de Desenvolvimento Infantil. Situação mundial da infância 2008 - Caderno Brasil. Brasília; 2008.

10. Garcia LP, Santana LR. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. *Ciênc saúde coletiva* 2011;16(9):3717-28.
11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Óbitos infantis – Brasil. Brasília; 2012. Disponível em: http://www.saude.gov.br/TabNet Win32 2_7a Óbitos infantis - Brasil.htm
12. Cruz AS, Vieira-da-Silva LM, Costa MCN, Paim JS. Evolution of inequalities in mortality in Salvador, Bahia State, Brazil, 1991/2006. *Cad Saúde Pública* 2011;27(2):176-84.
13. Alves AC, França E, Mendonça ML, Rezende EM, Ishitani LH, Cortês MCJW. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. *Rev bras. saúde mater. infant.* 2008;8(1):27-33.
14. Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. *Clinics* 2010;65(35):35-44.
15. Hockenberry MJ, Wilson D. Influências no desenvolvimento da promoção da saúde da criança. In: Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Hockenberry MJ, Wilson D (edit.). 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier/Mosby; 2011.p.79-103.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
17. Society of Critical Care – USA. Resumo histórico da criação das UTI segundo a SCCM [online] (local desconhecido); Acesso em 28 Set 2011]. Disponível em <http://www.medicinaintensiva.com.br/historyicu.htm>
18. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* [online] 2009 [Acesso em 28 set 2011]; 25(1):221-x. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268804>
19. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing* 2001;4(41):25-9.
20. Arantes R, Martins J, Lima M, Rocha RMN, Silva RC, Villela WV. Processo saúde-doença e

- promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. Rev APS 2008;11(2):189-98.
21. Ianni AMZ. Saúde pública e colonização da natureza. Physis 2009;19(4):1029-1050.
22. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. J pediatr. 2004;80(6):453-60.
23. Sociedade Brasileira de História da Medicina. [on-line]. (local desconhecido). História das instituições [Acesso em 01 Out 2011]. Disponível em http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=instituicoes_view&codigo=13.
24. São Paulo. Medicina Intensiva. Publicações CREMESP edição 261 – 07/2009 [on-line]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; c2001-2012; [Acesso em 01 Out 2011]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183>.
25. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução n.71 de 08 de novembro de 1995. Define Unidade de Terapia Intensiva. Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 14 nov 1995. São Paulo; 1995.
26. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n.7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, de 25 fev 2010. Brasília; 2010.
27. Molina RCM, Marcon SS, Uchimura TT, Lopes EP. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região Sul do Brasil. Ciênc cuid saúde. 2008;7(1):112-20.
28. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo AMIB 2010 [on-line]. (local desconhecido): Censo AMIB 2010; c2009-2010 [Acesso em 01 Nov 2011]. Disponível em: http://www.amib.com.br/censo_default2.asp
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma de anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Gabinete do Ministro, Brasília (DF)

12 de junho de 2002. Brasília; 2002.

30. Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori R. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev saúde pública. 2002;36(6):728-33.

31. Naghib S, Van Der Starre C, Gischler SJ, Joosten KFM, Tibboel D. Mortality in very long-stay pediatric intensive care unit patients and incidence of withdrawal of treatment. Intensive Care Med. 2010;36:131-36.

32. Milton H, Franco AOC, Ferraro AA, Troster EJ. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. J. Pediatr. 2011;87(2):145-49.

33. Carvalho PRA, Feldens L, Seitz EE, Rocha TS, Soledade MA, Trotta EA. Prevalência das síndromes inflamatórias sistêmicas em uma unidade de tratamento intensivo pediátrica terciária. J. Pediatr. 2005;81(2):143-48.

34. Alievi PT, Carvalho PRA, Trotta EA, Mombelli Filho R. Impacto da internação em unidade de terapia intensiva pediátrica: avaliação por meio de escalas de desempenho cognitivo e global. J. Pediatr. 2007;83(6):505-11.

35. Molina R, Marcon S. Psychological suffering interfering in the maternal desire of taking care of a child hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit. Online Braz J Nurs [online]. 2009 [Acesso em 13 mar 2013] 8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2590>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092590>

36. Molina RCM, Varela PRL, Castilho AS, Bercini LO, Marcon SS. Família nas unidades de terapia intensiva. Esc Anna Nery Enferm. 2007;11(3):437-44.

37. Randle J, Fleming K. The risk of infection from toys in the intensive care setting. Nursing Standart. 2006; 20(40):50-4.

38. Abramczyk ML. Infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção

hospitalar. Brasília, 2005; 116p.

39. Scott S. Infection control. Australian Nursing Journal. 2008;15(11):45.

40. Huizinga J. Homo ludens. 4. ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.

41. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência; 2005.

42. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 2003.

43. Hansen J, Macarini SM, Martins GDF, Wanderlind FH, Vieira ML. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. Rev bras crescimento desenvolv hum. 2007;17(2):133-143.

44. Ribeiro CA, Maia EBS, Sabatés AL, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. Enf. Atual. 2002;6-17.

45. Cerdeira LSP. Brincando criamos o mundo. Percepto – uma pausa para reflexão [on-line]; 2010 [Acesso em 22 mar 2012]. Disponível em: <http://www.percepto.com.br/espaco4.html>

46. Melo LL, Valle ERM. A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP 2010;44(2):517-25.

47. Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Rev Esc Enferm USP 2005;39(4):391-400.

48. Brougère G. A criança e a cultura lúdica. In: Kishimoto TM. O brincar e suas teorias. São Paulo: Thonson; 2002. p.19-28.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.

50. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 13 de julho de 1990. Brasília;1990.

51. Carvalho AM, Begnis JG. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e

- perspectivas. *Psicol estud.* 2006;11(1):109-117.
52. Aquino FM, Lemos MCM, Silva TR, Cristoffel MM. A produção científica nacional sobre os direitos da criança hospitalizada. *Rev eletrônica enferm.* [on-line] 2008 [Acesso em 30 jan 2012]; 10(3):796-804. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a25.pdf>
53. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc saúde colet.* 2007;12(4):999-1010.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Relatório Final da Oficina HumanizaSUS. Brasília; 2004.
55. Morais GSN, Costa SFG. Experiência existencial de mães de filhos hospitalizados em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(3):639-646.
56. Wilson D. Pré-escolar – promoção à saúde do pré-escolar e de sua família. In: Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Hockenberry MJ, Wilson D (edit.). Rio de Janeiro: Elsevier/Mosby; 2011.p.450-64.
57. Bee H. Crescimento e desenvolvimento físico. In: Bee H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.86-115.
58. Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para a triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia* 2011;21(48):51-60.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2012.
60. Bee H. O desenvolvimento do pensamento da criança. In: Bee H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.187-214.
61. Parcianello AT, Felin RB. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói* 2008;(28):147-166.
62. D Sanders J. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Hockenberry MJ, Wilson D (edit.). Rio de

Janeiro: Elsevier/Mosby; 2011.p.676-97.

63. Campos MC, Rodrigues KCS, Pinto MCM. A avaliação do comportamento do pré-escolar recém-admitido na unidade de pediatria e o uso do brinquedo terapêutico. *Einstein* 2010;8(1):10-7.

64. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN. Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Brasília; 2007.

65. Almeida FA. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Bol psicol.* 2005;55(123):149-67.

66. Algren C. Impacto da hospitalização – cuidado centrado na família e na criança durante a doença e a hospitalização. In: Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Hockenberry MJ, Wilson D (edit.). Rio de Janeiro: Elsevier/Mosby; 2011.p.637-704.

67. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Relatório Final da Oficina HumanizaSUS. Brasília; 2004.

68. Silva FC, Santos I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(2):230-235.

69. Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):247-53.

70. Ribeiro CA, Borba RIH. O brinquedo/brinquedo terapêutico na assistência à criança e a família (aula expositiva – arquivo em pdf). São Paulo: EPE – UNIFESP; 2012.

71. Moraes E, Correa MS, Gabriel SM, Castilho V. Estudantes de enfermagem assistem crianças doentes utilizando de “entrevistas com brincadeira”. *Rev Esc. Enferm USP.* 1979;13(1):29-39.

72. Green CS. Understanding children’s needs through therapeutic play. *Nursing* 1974;4(10):31-2.

73. Giacomello KJ, Melo LL. Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. *Ciênc saúde colet.*

2011;16(1):1571-80.

74. Rocha PK, Prado ML. Violência infantil e brinquedo terapêutico. Rev gaúch enferm. 2006; 27(3):463-471.

75. Vessey JA, Mahon MM. Therapeutic play and the hospitalized child. J Pediatr Nurs. 1990;5(5):328-33.

76. Fontes CMB, Mondini CCSD, Moraes MCAF, Bachega MI, Maximino NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Rev bras educ espec. 2010;16(1):95-106.

77. Conceição MC, Ribeiro CA, Borba RIH, Ohara CVS, Andrade PR. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(2):346-363.

78. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 295/2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. Rio de Janeiro, 24 out 2004. Rio de Janeiro; 2004.

79. Frota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCD, Martins MC, Tavares TANR. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. Cogitare enferm. 2007;12(1):69-75.

80. Ribeiro CA, Coutinho RM, Araújo TF, Souza VS. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath. Acta paul enferm. 2009;22(especial 70 anos):935-41.

81. Medeiros G, Matsumoto S, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. Acta paul enferm. 2009;22(especial 70 anos):909-15.

82. Artilheiro APS, Almeida FA, Chacon JMF. Uso do brinquedo terapêutico no preparo da criança pré-escolar para quimioterapia ambulatorial. Acta paul enferm. 2011;24(5):611-6.

83. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o

- uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):839-46.
84. Dartigues A. O que é Fenomenologia? Rio de Janeiro: Eldorado; 1973.
85. Spindola T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(3):403-9.
86. Silva JMO, Lopes RLM, Diniz MNF. Fenomenologia. Rev bras enferm. 2008;61(2):254-7.
87. Capalbo C. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. Rev Enf. UERJ.1998;6(2):415-9.
88. Monteiro CFS, Rocha SS, Paz EPA, Souza IEO. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. Esc. Anna Nery. 2006;10(2):297-301.
89. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duchesne University Press; 1985.
90. Applebaum M. Phenomenological Psychological Research as Science. Journal of Phenomenological Psychology. 2012;43:36-72.
91. Saviane D. O protagonismo do professor Joel Martins na educação. Rev bras educ. 2005;(30):21-35.
92. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 2004.
93. Melo LL, Vale ERM. O brinquedo e o brincar no desenvolvimento infantil. Psicol argum. 2005;23(40):43-8.
94. Almeida IS, Crivaro ET, Salimena AMO, Souza IEO. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. Rev eletrônica enferm. [Online] 2009 [Acesso em 26 fev 2012];11(3):695-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>.
95. Correa AK. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. Rev latinoam enferm. 1997;5(1):83-8.

96. Machado OVM. Pesquisa Qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: Bicudo MAV, EspositoVHC. Pesquisa qualitativa em educação. UNIMEP, 1994. p.15-46.
97. Moreno RLR, Bessa MSJ, Garcia MLP. Fenomenologia - fenômeno situado: opção metodológica para investigar o humano na área da saúde Esc Anna Nery Rev Enferm. 2004;8(3):348-53.
98. Ribeiro CA. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm. USP [Online]. 1998 Abr [acesso em 10 ago 2013] ;32(1):73-79.
99. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ. 2007;15(2):276-83.
100. Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011;64(2):376-80.
101. Loparic Z. Origem em Heidegger e Winnicott. Natureza Humana. 2007;9(2):243-274.
102. Santos ES. Winnicott e Heidegger: indicações para um estudo sobre a teoria do amadurecimento pessoal e a acontecência humana. Natureza Humana. 2007;9(1):29-49.
103. Dias EO. Os estágios primitivos e a dependência absoluta. In: A Teoria do Amadurecimento. Rio de Janeiro: Imago; 2003;p.157-226.
104. Mello DF, Lima RAG. O cuidado de enfermagem e a abordagem winnicottiana. Texto e Contexto Enferm. 2010;19(3):563-9.
105. Dias EO. O amadurecimento como tendência inata à integração. In: A Teoria do Amadurecimento. Rio de Janeiro: Imago; 2003;p.93-156.
106. Franco SG. O brincar e a experiência analítica. Àgora. 2003;6(1):45-59.
107. Almeida FA, Bomtempo E. O brinquedo terapêutico como apoio emocional a cirurgia cardíaca em crianças pequenas. Boletim Academia Paulista de Psicologia. 2004;XXIV(1):35-41.
108. Castro AS, Silva CV, Ribeiro CA. Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. Rev Latino-am Enfermagem. 2004;12(5):797-805.

109. Lapa DF, Souza TV. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):811-7.
110. Sabino MBM, Almeida FA. Therapeutic play as a pain relief strategy for children with câncer. *Einstein*. 2006;4(3):196-202.
111. Kiche MT, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):125-30.
112. Souza AAM, Ribeiro CA, Borba RIH. Ter anemia falciforme: nota prévia sobre seu significado para a criança expresso através da brincadeira. *Rev Gaucha Enferm*. [Online]. 2011 [Acesso em 16 jun 2013]; 32(1):194-196. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100026&lng=en.
113. Castro DP, Andrade CUB, Luiz E, Mendes M, Barbosa D, Santos LHG. Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*. 2010;32(4)246-54.
114. Souza LPS, Silva CC, Brito JCA, et al. The therapeutic toy and playful in the vision of nursing team. *J Health Sci Inst*. 2012;30(4)354-8.
115. Francischinelli AGB, Almeida FA, Fernandes DMO. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1)18-23.
116. Dias EO. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana*. 2000;2(1):9-48.
117. Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):172-79.
118. Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev Esc Enferm USP* [Online]. 2011 Aug [Acesso em 16 jun 2013];45(4):825-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400005&lng=en.
119. Santos VLA. A sessão de Brinquedo terapêutico: contribuições para sua compreensão e

utilização pelo enfermeiro. [Tese - doutorado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012.

120. Souza AAM. Uma vida dominada pela dor: a criança vivendo a anemia falciforme. [Dissertação – mestrado] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

121. Ribeiro CA, Borba RIH. Preparo da criança e do adolescente para procedimentos hospitalares. In: Almeida FA, Sabatés AL (orgs). Enfermagem pediátrica: a criança e sua família no hospital. Barueri (SP): Manole; 2008. p.109-23.

7. Anexo

7.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

 UNICAMP	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa
CEP, 25/10/11 (Grupo III)	
PARECER CEP: Nº 1047/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto). CAAE: 0950.0.146.000-11	
I - IDENTIFICAÇÃO:	
PROJETO: “COMPREENDENDO CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES HOSPITALIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO”. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Leslie Rose Esper Scaggion INSTITUIÇÃO: Hospital de Clínicas/UNICAMP APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/10/2011 APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/10/12 (O formulário encontra-se no <i>site</i> acima).	
II – OBJETIVOS.	
Analisar os sentimentos e reações emocionais de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) através do uso de brinquedos terapêuticos.	
III – SUMÁRIO.	
As pesquisadoras esclarecem que a hospitalização infantil é um momento estressante na vida de crianças e seus familiares. Quando a hospitalização se dá em UTIP, há a possibilidade de maior estresse, uma vez que essa unidade é associada com maior gravidade à doença. Para crianças em idade pré-escolar, que apresentam limitação de linguagem verbal, o uso de brinquedos terapêuticos pode auxiliar a equipe de saúde a compreender os sentimentos envolvidos em tal situação. Serão utilizados brinquedos limpos, a serem manipulados no próprio leito ou onde a criança quiser. As sessões terão duração de 15 a 45 minutos. Nesse sentido, serão avaliados 15 sujeitos exclusivamente neste centro, compreendendo crianças em UTIP. Os discursos advindos das sessões serão gravadas, com posterior análise pelas pesquisadoras. A coleta de dados ocorrerá durante a internação hospitalar e após a alta. A técnica utilizada será a da saturação dos dados, pela análise do discurso.	
IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.	
Projeto encaminhado da documentação necessária, incluindo a folha de rosto da CONEP devidamente preenchida e assinada pelo superintendente do HC/Unicamp. Também acompanha folha de rosto no modelo do CEP, descrevendo gastos de R\$ 440,00 (quatrocentos e quarenta reais) com material permanente e de consumo, indicando como fonte de recursos a própria pesquisadora. O protocolo foi assinado e rubricado pelas pesquisadoras envolvidas. A presente pesquisa se destina para dissertação de mestrado da pesquisadora, sob orientação de docente desta instituição. Foram adequadamente discutidos os aspectos éticos como riscos,	
Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas - SP	FONE (019) 3521-8936 FAX (019) 3521-7187 cep@fcm.unicamp.br



ressarcimento, indenização, desconfortos, sigilo, direito à recusa ou descontinuidade sem prejuízos, fornecimento de informações e consentimento dos responsáveis legais.

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de outubro de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP