



**MARILEISE ROBERTA ANTONELI FONSECA**

**COMPREENDENDO O BRINCAR DA CRIANÇA  
COM CÂNCER POR MEIO DO BRINQUEDO  
TERAPÊUTICO DRAMÁTICO**

**CAMPINAS  
2014**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**MARILEISE ROBERTA ANTONELI FONSECA**

**COMPREENDENDO O BRINCAR DA CRIANÇA  
COM CÂNCER POR MEIO DO BRINQUEDO  
TERAPÊUTICO DRAMÁTICO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Lione Melo**  
**Co-Orientador: Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA MARILEISE ROBERTA ANTONELI FONSECA  
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. LUCIANA DE LIONE MELO.**

---

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS**  
**2014**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F733c Fonseca, Marileise Roberta Antoneli, 1982-  
Compreendendo o brincar da criança com câncer  
por meio do brinquedo terapêutico dramático / Marileise  
Roberta Antoneli Fonseca. -- Campinas, SP : [s.n.],  
2014.

Orientador : Luciana de Lione Melo.  
Coorientador : Claudinei José Gomes Campos.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Criança. 2. Câncer. 3. Jogos e brinquedos. 4.  
Enfermagem pediátrica. 5. Enfermagem pediátrica. I.  
Melo, Luciana de Lione, 1973-. II. Campos, Claudinei  
José Gomes, 1963-. III. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Understanding the play of children with cancer through the  
dramatic therapeutic play

**Palavras-chave em inglês:**

Child

Cancer

Plays and toys

Pediatric nursing

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Títuloção:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Luciana de Lione Melo [Orientador]

Circéa Amália Ribeiro

Vanessa Pellegrino Toledo

**Data de defesa:** 31-07-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**MARILEISE ROBERTA ANTONELI FONSECA**

---

**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). CÍRCEA AMÁLIA RIBEIRO C. Ribeiro
3. PROF(A). DR(A). VANESSA PELLEGRINO TOLEDO Vanessa P. Toledo

---

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

---

**Data: 31 de julho de 2014**

---



## RESUMO

Com a evolução do tratamento oncológico nas últimas décadas, o câncer infantil passou de uma doença aguda, com morte inevitável, para crônica com possibilidade de cura. Essa mudança de representação do câncer infantil contribuiu para uma ampliação na forma de assistir à criança com câncer para além dos aspectos biológicos e fisiológicos, incluindo as necessidades emocionais e sociais, exigindo assim o uso de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento. O brinquedo terapêutico tem sido utilizado na assistência à saúde das crianças como um recurso para propiciar o alívio das tensões e promover a comunicação entre elas e os profissionais de saúde, seja para traçar metas de assistência e cuidado, seja para favorecer a formação de vínculos e, enfim, promover um cuidado integral à criança doente. O presente estudo teve como objetivo compreender o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. Optou-se pela modalidade de pesquisa qualitativa, na perspectiva da fenomenologia – análise da estrutura do fenômeno situado, para a compreensão do brincar das crianças com câncer. Foram analisadas 26 sessões de brinquedo terapêutico dramático realizadas com cinco crianças com câncer, com idade entre três e seis anos, que estavam em tratamento oncológico, clínico e/ou cirúrgico e que residiam provisoriamente numa casa de apoio localizada no município de Campinas/SP. As sessões de brinquedo terapêutico dramático se iniciaram com a seguinte questão norteadora: “Vamos brincar de uma criança que está com câncer?” A partir das convergências e das divergências das unidades de significados encontradas nos discursos, emergiram duas categorias temáticas: mergulhando no mundo da doença e do tratamento oncológico e relembando o mundo sem a doença. Na categoria Mergulhando no mundo da doença e do tratamento oncológico foi possível apreender que o adoecer por câncer é um processo gerador de dor e sofrimento para a criança, levando-a sentir-se pequena e frágil frente aos desconfortos dos inúmeros procedimentos a que são submetidas. Os procedimentos terapêuticos estiveram presentes em todas as sessões de brinquedo terapêutico dramático. A categoria relembando o mundo sem a doença revelou pequenos momentos permeados por situações do cotidiano doméstico. O brinquedo terapêutico por sua vez, contribuiu significativamente para a catarse e alívio da tensão da criança pré-escolar em tratamento oncológico, sendo uma forma eficaz de estimulação, comunicação e de acesso ao seu cotidiano, proporcionando-lhe bem-estar, conforto e distração. Recomenda-se, fortemente, a utilização do brinquedo terapêutico como estratégia de comunicação e cuidado à criança que vivencia o processo de adoecimento.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Palavras chave: criança, câncer, jogos e brinquedos, enfermagem pediátrica.

## ABSTRACT

With the evolution of oncological treatment in the last decades, cancer in children went from an acute disease, with inevitable death, to a chronic one, with possibility of cure. This change in the representation of cancer in children has contributed to broadening the way children with cancer are cared for beyond the biological and physiological aspects, including social and emotional needs, therefore demanding the use of proper techniques in communication and relationship. Therapeutic plays are being used in caring for children's health as a resource to provide relief from tension and promote communication between them and health professionals, no matter if it is for setting goals for assistance and care or for favoring bonds, but, in the end, for providing full care to the sick child. This study aimed to understand the use of dramatic therapeutic play with pre-school children undergoing oncological treatment. Qualitative research was used, from a phenomenology perspective – analysis of the phenomenon structure in place, in order to understand the play of children with cancer. There were 26 dramatic therapeutic play sessions with 5 children with cancer, ages 3 to 6, that were undergoing oncological, clinical and/or surgical treatment and temporarily resided in a support house located in the municipality of Campinas/SP. The dramatic therapeutic play sessions started based on the following leading question: "What if we play of a child with cancer?" From the convergences and divergences of the units of meanings found in the discourses, two theme categories emerged: entering the disease and oncological treatment world and reminding the world without the disease. The category entering the disease and oncological treatment world was possible to learn that getting sick with cancer is a process that promotes pain and suffering for children, making them feel small and frail compared to the discomforts of the numerous procedures that are submitted. Therapeutic procedures were present at all sessions of dramatic therapeutic play. The category reminding the world without the disease revealed permeated by small moments of everyday household situations. The therapeutic play, in turn, contributed significantly to the catharsis and relief of tension pre-school children undergoing oncological treatment, therefore being an effective way to stimulate, communicate and have access to the everyday life, providing them well-being, comfort and amusement. Strongly, we recommend the use of therapeutic play as a communication strategy and care for the child who experiences the disease process.

Line of research: Care Process in Health and Nursing.

Keywords: child, cancer, plays and toys, pediatric nursing.

## SUMÁRIO

Lista de quadros.....	xxv
Lista de figuras.....	xxvii
Lista de abreviaturas.....	xxix
CAPÍTULO 1 – Palavras iniciais.....	31
CAPÍTULO 2 – Introdução.....	37
2.1. O câncer na infância.....	37
2.2. A importância do brincar e do brinquedo terapêutico para a criança doente.....	45
CAPÍTULO 3 – Trajetória metodológica.....	53
3.1. Sobre a fenomenologia.....	53
3.2. Sobre o fenômeno situado.....	57
3.3. Cenário do estudo.....	59
3.4. Participantes.....	59
3.5. Acesso aos participantes.....	60
3.6. Procedimentos para análise das sessões de brinquedo terapêutico dramático.....	66
CAPÍTULO 4 – Compreendendo o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático.....	69
4.1. Mergulhando no mundo da doença e do tratamento oncológico.....	69
4.2. Relembrando o mundo sem a doença.....	95
CAPÍTULO 5 – Considerações Finais.....	103
CAPÍTULO 6 – Referências .....	107
7. Apêndices.....	115
7.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	115
8. Anexos.....	117
8.1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	117



*Às crianças*

*É difícil expressar  
a dimensão do meu apreço.  
A vocês, devo esta realização  
com imensa alegria.  
Aprendi o que é gratidão!  
Com vocês, alcancei um sonho  
que se tornou uma lição:  
Aprender a viver com paixão!  
Por tornar possível a realização deste trabalho,  
faço esta singela homenagem!*

*Em especial, à querida Estrela, que hoje brilha  
forte no céu e no meu coração.*



*Ao Juliano,*

*No coração, encontrei o amor eterno,  
Nos seus olhos, a paz.  
Na sua voz, serenidade e confiança,  
No seu abraço, a estabilidade de um porto seguro,  
Em seus passos, a cumplicidade de uma vida inteira,  
Nas palavras, a promessa de uma futura construção.  
Foram suas mãos que me seguraram para não voar tão longe.  
Obrigada pela companhia, paciência e cuidado, sempre com palavras  
de muito conforto e entusiasmo,  
Ainda que, nos momentos mais difíceis.  
Um exemplo a ser seguido.  
A você , meu amor eterno...*



### *Agradecimentos especiais*

*A Deus, que pelo Dom supremo da vida, ofereceu-me oportunidades, sem contudo, deixar de testar minha força, fé e coragem... Frutos de minha persistência, aprendizado e luta, risos e lágrimas, sonhos outrora longínquos e utópicos - embora sempre almejados. Prostro-me grata e humildemente diante de Vós...*

*Aos meus amados pais, Roberto e Áurea, que em todos os momentos transmitiram segurança e confiaram na minha capacidade de chegar até aqui, sempre com muito amor, carinho, amizade, humildade e, principalmente, fé em Deus. Exemplos de força, luta e determinação. Obrigada pelos princípios e valores de vida, com todo o meu amor e carinho.*

*Aos meus sogros, agradeço pelos bons momentos. Que felicidade tê-los ao meu lado, grandes momentos e muitas vivências, exemplo de cuidado e zelo.*

*A minhas irmãs, Fernanda e Gisele, pela feliz e prazerosa infância que tivemos, pela amizade e união. Companheiras de muitos momentos, sempre presentes e dispostas a ajudar...*

*Aos meus cunhados, exemplos de dedicação e amor, meu carinho e apreço.*

*Aos meus amados sobrinhos, alegria do meu viver. Aproveitem a infância feliz e façam muitas peraltices. A vocês, desejo saúde, sabedoria e um futuro promissor.*

## *Agradecimentos*

*À Profa. Dra. Luciana de Lione Melo, pela orientação, dedicação, paciência e persistência nestes anos de trabalho... Pelo conhecimento construído nesses anos de convivência, aprendizado e luta, trilhando, muitas vezes, caminhos nunca antes traçados, ainda que vislumbrados.... A você, Luciana, meu muito obrigada!*

*Ao Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, pela (co-) orientação, respeito e consideração... Pelo carinho, compreensão, árduo trabalho e, sobretudo, pela amizade.*

*Aos membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. Circéa Amália Ribeiro, Profa. Dra. Vanessa Pellegrino Toledo, Profa. Dra. Regina Issuzu Hirooka de Borba e Profa. Dra. Eliana Pereira de Araújo, por tão gentil, pronta e honrosa atenção, disponibilidade, rigorosa análise, críticas e*

*sugestões, especialmente voltadas à partilha de conhecimentos e a oportunidade de crescimento profissional.*

*Aos membros que compuseram a Banca do Exame Geral de Qualificação: Profa. Dra. Círcéa Amália Ribeiro e Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos, pela gentil atenção, disponibilidade, críticas e sugestões que, em primeira instância, visam mais prontamente a melhoria de propostas de pesquisa, para uma plena e completa formação do profissional científico.*

*Às docentes e enfermeiras do curso de graduação em Enfermagem da Unicamp, em especial, Sílvana, Ana Raquel, Elenice, Eliana e Juliana, pelo incentivo constante no desenvolvimento de minhas potencialidades e por compartilharem suas vivências e saberes comigo. Mestres, por quem tenho grande carinho e admiração.*

*Aos docentes do curso e outras instituições, os quais compartilharam humildemente comigo e outros colegas seus conhecimentos, firmando meu aprimoramento acadêmico-profissional...*

*Às enfermeiras da Unidade Pediátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp, com vocês, vivenciei significativos momentos de troca de conhecimentos e experiências na assistência à criança hospitalizada. Obrigada por compreenderem a importância da humanização no cuidado à criança doente.*

*Às amigas, Conceição Vieira da Silva Ohara, Carmen Cunha Mello Rodrigues, Shirley Nunes dos Santos, Tânia Maria Coelho Leite, Carmen Elisa Villalobos Tapia, Marília Inês Magalhães Rios e Fernanda Sucasas*

*Frison, por todo o cuidado dedicado a mim durante o tempo de realização deste trabalho.*

*Ao Grupo de Estudos do Brinquedo - GEBrinq, da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, pelas contribuições teóricas apresentadas e discutidas em reuniões para aprimoramento do meu trabalho. Com vocês, me senti acolhida, através da escuta paciente, do diálogo e da troca de experiências.*

*Ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas da Universidade de São Paulo - USP, pelas importantes reflexões, que me proporcionaram novos olhos e ouvidos, para perceber o ser humano com o coração.*

*À equipe da Casa Ronald Campinas, por me proporcionar a oportunidade de compartilhar experiências e aprendizados no convívio cotidiano com a criança com câncer.*

*À Comissão de Pós-Graduação em Enfermagem da Unicamp, pela gentil atenção, presteza e disponibilidade e, sobretudo, pela confiança.*

*À Faculdade de Enfermagem da Unicamp, pela oportunidade de ingresso em um curso de Pós-Graduação *strictu sensu*.*

*Ao Saulo Saad N. Benevides, pela amizade, presteza e, principalmente, pela paciência dedicada à resolução de problemas de ordem burocrática.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Capes, pela concessão do auxílio financeiro, indispensável para a realização deste.*

*Enfim, àqueles por vezes não citados, mas que, de alguma forma, contribuíram para minha formação, não necessariamente enquanto profissional, mas, sobretudo, como ser humano, que particularmente julgo ser o essencial na vida, MEU MUITO OBRIGADA!*

*“... Só se vê bem com o coração. O essencial é  
invisível aos olhos”.*

*Antoine De Saint-Exupéry*



## LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. Crianças participantes do estudo. Campinas, 2014	61



## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Contextualização do estudo. Campinas, 2014	35
Figura 2. Esquema representativo da trajetória metodológica. Campinas, 2014	67



## LISTA DE ABREVIATURAS

Brinquedo Terapêutico	BT
Brinquedo Terapêutico Dramático	BTD
Conselho Regional de Enfermagem	COREN
Conselho Federal de Enfermagem	COFEN
Grupo de Estudos do Brinquedo	GEBrinq
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	PUCCAMP
Sistema Nervoso Central	SNC
Universidade de São Paulo	USP
Universidade Estadual de Campinas	UNICAMP
Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP



## 1. Palavras Iniciais



*“Sejamos como um pássaro,  
pousado no mais fino galho da  
árvore, que sente o galho  
tremor, mas que canta, porque  
sabe que tem asas”.*

*Desconhecido*

A opção pelo curso de graduação em Enfermagem adveio da paixão pelo cuidar por ocasião da prestação voluntária de cuidados a um paciente geriátrico no Hospital Unimed da cidade de Capivari, interior de São Paulo. Assim, o sonho de ser enfermeira para cuidar do outro foi responsável pelo desejo em contribuir para a promoção de uma melhor qualidade de vida das pessoas.

O primeiro contato com crianças hospitalizadas deu-se ainda durante o curso de graduação e ao participar de um projeto de extensão, realizei algumas atividades assistenciais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Escola da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Puccamp. Após essa vivência, ampliei a perspectiva do cuidar para além do paradigma biomédico, a partir de uma assistência integral e humanizada, o que possibilitou crescimento pessoal e profissional.

Mais tarde, a referida unidade tornou-se local do almejado – e primeiro – emprego, que se estendeu por cinco anos consecutivos de assistência e aprendizado. Apaixonada pelo cuidado às crianças e impulsionada por anseios em adquirir conhecimentos e habilidades que me fizessem desenvolver um pensamento crítico-reflexivo e, ainda, buscando aprimoramento profissional, o retorno à academia mostrou-se de fundamental importância.

Ainda neste período, atuando no ensino médio profissionalizante, na disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente e acompanhando aulas práticas numa unidade de internação pediátrica de um hospital municipal, conheci uma brinquedoteca. Este momento permitiu que novos conhecimentos sobre a importância das atividades lúdicas no processo de hospitalização infantil fossem vislumbrados de modo a garantir que as crianças, mesmo adoecidas, continuem a se desenvolver.

Assim, busquei na Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, o suporte necessário para esta minha inquietação inicial – assistir à criança de maneira holística e integral. Inscrevi-me no processo seletivo para aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unicamp, sendo aprovada para a disciplina - O Processo de Cuidar em Enfermagem e, dessa forma, pude me aproximar do mundo da pesquisa, algo, até o momento, muito distante de meu cotidiano.

Devido ao crescente interesse pela temática, acompanhei, em algumas ocasiões, a disciplina Assistência de Enfermagem à Criança e Adolescente I da Unicamp, no ano de 2011, que tem como um dos objetivos ensinar aos alunos de graduação sobre a utilização do brinquedo terapêutico (BT) para crianças pré-escolares e escolares hospitalizadas.

Foi a partir desta vivência que me inseri no Grupo de Estudos do Brinquedo – GEBrinq – da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e passei a discutir a temática como estratégia de humanização no atendimento à criança enferma. Posteriormente, tive a oportunidade de participar da disciplina O Brinquedo na Assistência à Criança e à Família: o estado da arte, da prática e da pesquisa em enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unifesp, o qual possibilitou maior aproximação e aprendizagem na utilização do BT no processo traumático do cuidado à criança.

Este caminhar suscitou diversos olhares e percebi em mim o desejo de investigar, de forma muito particular, a importância do cuidar de crianças com doenças graves, sobretudo, com câncer. Entretanto, um cuidar não apenas relacionado à realização de técnicas e protocolos adequados voltados ao cuidado físico, mas também objetivando minimizar o estresse causado pela doença e pelo tratamento.

O tratamento do câncer gera sofrimento, ansiedade e medo, sobretudo, pelo distanciamento dos familiares, do lar e da vida cotidiana. Não obstante, essa ansiedade e medo pelo futuro incerto e obscuro, normalmente permeado por muita luta, angústia e dor, provocam prejuízos ao bem-estar da pessoa enferma.

Contudo, tal situação parece ser mais triste e inquietante quando o paciente é uma criança. Portadora de uma energia vital e quase infinita, a criança, quando acometida pelo câncer, torna-se muito assustada e insegura, diante de toda nova e dolorosa intervenção necessária. Suas relações psicológicas e sociais tornam-se bastante abaladas e, muitas vezes, interferem na sua própria recuperação e desenvolvimento.

Assim, diante da busca em conhecer a criança com câncer em todos os seus aspectos e situações cotidianas, aprendendo a compreender suas subjetividades, dei início, no segundo semestre de 2012, a visitas semanais a uma casa de apoio, no município de Campinas, que hospeda crianças com câncer e com hemopatias.

Esta experiência aproximou-me das crianças e de seus familiares e permitiu-me conhecer a rotina da instituição, com especial atenção ao brincar da criança na brinquedoteca, bem como suas expectativas, desejos, ansiedades e angústias, e ainda, o envolvimento dos pais no contexto do processo saúde-doença.

Como parte desse aprendizado e considerando meu desejo em prestar cuidado integral à criança com câncer, participei de um estágio de observação num hospital de doenças oncohematológicas da infância, que me trouxe a oportunidade de vivenciar o difícil e doloroso tratamento hospitalar da criança, proporcionando vislumbrar minúcias da assistência prestada, com um olhar ampliado para as necessidades físicas, emocionais e sociais da criança em tratamento oncológico.

Na construção de meu conhecimento, participei do Programa de Estágio Docente – PED – da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, que me proporcionou uma aproximação com os alunos de graduação durante sua formação curricular e permitiu-me apreender a relação deles com o mundo do cuidado no hospital, destacando que a assistência integral à criança é indissociável do brincar.

Ainda para o enriquecimento de meu aprendizado, participei da disciplina Pesquisa Fenomenológica em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP –, passando, posteriormente, a frequentar as reuniões do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas da USP, o que me fez refletir sobre a vivência da criança com câncer de forma compreensiva.

Ao aprofundar minhas leituras em trabalhos científicos, observei, de modo geral, que a maioria dos estudos envolvem aspectos clínicos e biológicos relacionados à prática profissional, com foco nas patologias que acometem a população infantil, principalmente às doenças crônicas<sup>1</sup> e, circunscrito à assistência de enfermagem à criança, as pesquisas contemplam predominantemente ações curativas<sup>2</sup>.

Sobre o cuidado de enfermagem à criança, foram encontrados, em menor proporção, alguns trabalhos que abordam a temática do brincar e do BT como facilitador do processo de comunicação na assistência<sup>3,4</sup>, como estratégia de compreensão para criança no que diz respeito aos procedimentos cotidianos<sup>5</sup> e a percepção do enfermeiro

diante deste instrumento valioso no cuidar<sup>6</sup>. Dessa forma, observei que há uma lacuna no conhecimento literário, no que se refere à compreensão do brincar da criança com câncer em tratamento oncológico.

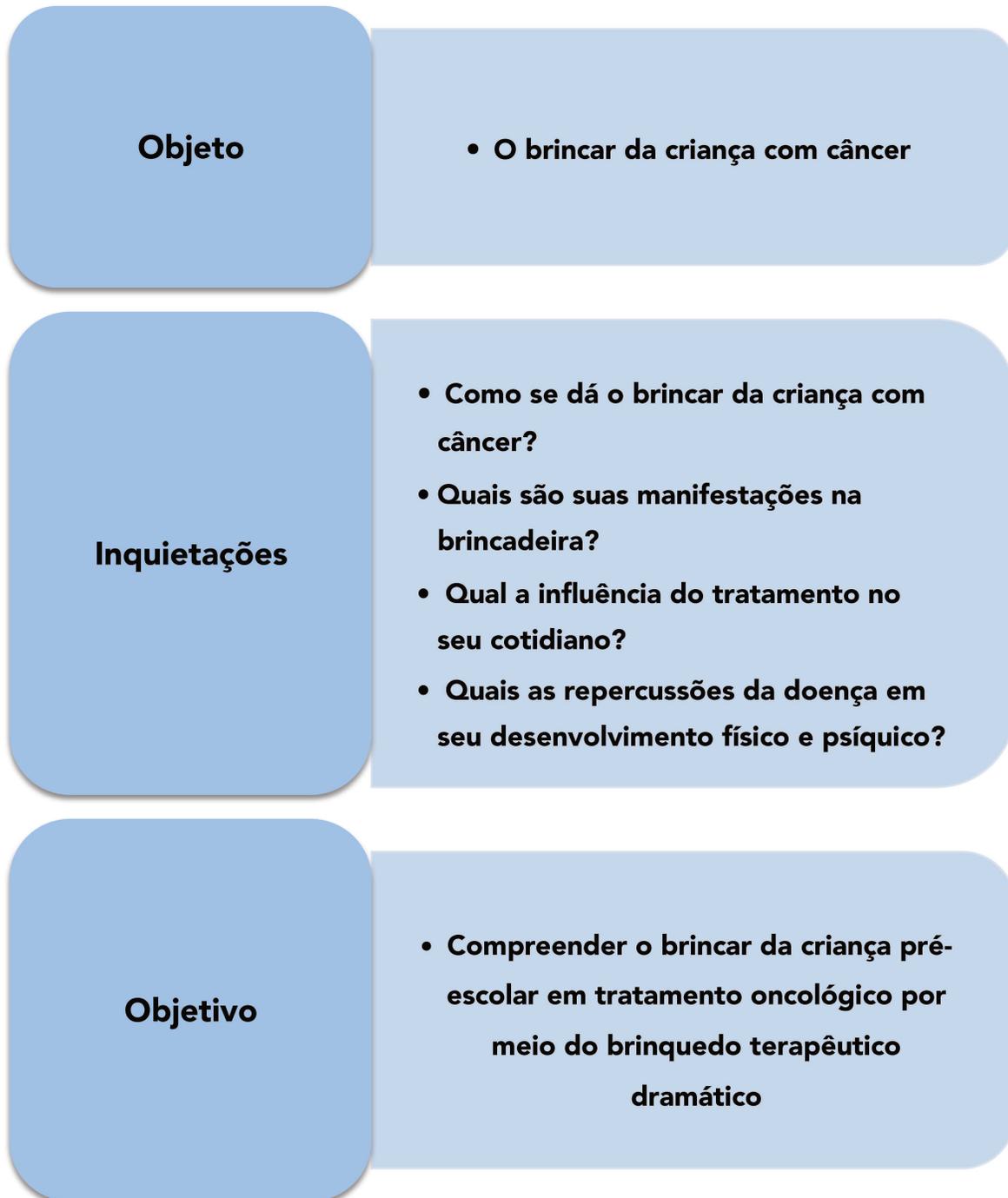
Assim, durante este processo de aprendizado, surgiu o desejo de compreender a vivência das crianças com câncer, suscitando vários questionamentos:

- Como se dá o brincar da criança com câncer?
- Quais são suas manifestações na brincadeira?
- Qual a influência do tratamento no seu cotidiano?
- Quais as repercussões da doença em seu desenvolvimento físico e psíquico?

Estas inquietações apontaram para a possibilidade de um estudo sobre a criança com câncer em tratamento, compreendendo como é o seu brincar. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo **compreender o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático**.

Os principais aspectos da contextualização do estudo estão representados na figura 1.

Figura 1 – Contextualização do estudo. Campinas, 2014





## 2. Introdução



*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.*

*Chico Xavier*

### 2.1. O câncer na infância

Câncer é um termo genérico utilizado para descrever um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação celular anormal e descontrolada, normalmente ocasionadas por mutações genéticas<sup>2</sup>.

Ainda que existam genes responsáveis pela supressão tumoral e um mecanismo de vigilância imunológica que controla o surgimento de células cancerosas, frequentes mutações gênicas podem transformar células normais em clones anômalos, cuja morfofisiologia favorece o crescimento rápido e desordenado, podendo originar o câncer<sup>1</sup>.

De modo geral, as mutações são causadas por fatores externos, como radiação, substâncias químicas e infecções virais. Essas mutações podem tanto ativar protooncogenes (genes indutores de tumor), como inibir a expressão de genes supressores tumorais<sup>1</sup>. Quando ambas as situações ocorrem simultaneamente, clones de células cancerígenas surgem e estabelecem a formação de um tumor<sup>7</sup>.

Nos cânceres, após sucessivas mutações, as células cancerígenas podem se disseminar pelo organismo por meio dos vasos sanguíneos e linfáticos, seja infiltrando tecidos vizinhos, seja apresentando-se em regiões distantes ao foco tumoral inicial. Tal condição, conhecida como metastatização, é característica dos tumores malignos, podendo levar o indivíduo à morte se as células não forem erradicadas<sup>2,7</sup>.

Sabe-se que nos adultos maiores de 20 anos de idade, em cerca de 60% a 80% dos casos, o câncer provém de mutações induzidas por fatores ambientais. Caracterizado como “câncer da idade”, apresenta um longo período de latência,

possibilitando a realização de diagnóstico precoce<sup>8</sup>.

Já o chamado “câncer do crescimento” é observado em indivíduos menores de 19 anos<sup>8</sup>. Embora as crianças sejam menos expostas a fatores de agressão externa e, assim, os fatores de risco para o câncer infantil ainda sejam pouco conhecidos, o câncer é entendido como proveniente de mutações espontâneas ou, geralmente, decorrentes de aberrações nos processos iniciais do desenvolvimento, por sua vez, resultantes de predisposição genética<sup>8-9</sup>.

Picos de incidência de alguns cânceres são observados durante a primeira infância e a puberdade, justamente quando as divisões celulares são intensas, sugerindo que o crescimento normal dos tecidos cria um ambiente propício para o desenvolvimento tumoral<sup>1</sup>. Além de ser agressivo e invasivo, o câncer nessa faixa etária tende a ocorrer em locais de intensa proliferação celular, apresentando um curto período de latência entre o tumor clinicamente detectável e o disseminado<sup>8</sup>.

Nesse sentido, pode-se explicar a alta incidência dos cânceres dos tecidos hematopoiéticos, linfáticos, osteomusculares e do sistema nervoso central (SNC) em crianças e adolescentes<sup>1</sup>.

No Brasil, o câncer tem se destacado como um problema de saúde pública e como a segunda causa de morte em crianças e adolescentes entre um e 19 anos. No país, anualmente são identificados 12 mil novos casos de câncer em crianças menores de 14 anos de idade<sup>1</sup>.

Com exceção dos linfomas, carcinomas e tumores ósseos, predominantes em crianças na fase escolar (7 a 10 anos), a fase pré-escolar (3 a 6 anos) é a mais propensa ao desenvolvimento do câncer<sup>8</sup>. Dentre os cânceres infantis mais frequentes, podem ser citadas as leucemias, os tumores do sistema nervoso central (SNC) e do simpático, rabiomiossarcomas, tumor de Wilms e retinoblastomas<sup>9</sup>.

As leucemias são muito encontradas na fase pré-escolar. Constituem resultado de uma mutação celular em nível hematopoiético que conduzem ao aparecimento de anemia, infecção e sangramento. Podem ser agudas, quando são observadas no sangue circulante células das linhagens linfóide e mieloide ainda imaturas (os blastos), ou crônicas, definidas por hiperplasia maciça de elementos maduros, estas tendem a tornarem-se neoplasias agressivas<sup>10</sup>.

Os tumores do SNC são considerados uma classe de cânceres complexos que se originam das células da crista neural – estrutura epidérmica embrionária – a partir da qual se desenvolvem os componentes do sistema nervoso simpático. São mais

comumente observados em indivíduos brancos e do sexo masculino. Apresentam como sintomas, cefaleia, vômitos, alterações motoras, alterações cognitivas e paralisia dos nervos<sup>10</sup>.

O rabdomyossarcoma (sarcoma de partes moles) é a sexta neoplasia mais comum na infância. É originário da musculatura estriada, podendo localizar-se em qualquer parte do corpo, porém mais frequentemente acomete cabeça, pescoço e região geniturinária. O tumor de Wilms, também chamado de nefroblastoma, origina-se do tecido renal embrionário e apresenta grande associação com anomalias congênitas<sup>3</sup>.

O retinoblastoma (tumor maligno originário das células neurais embrionárias da retina) é congênito e acomete um ou ambos os olhos. Um importante sinal de sua manifestação é o chamado “reflexo do olho do gato”, que se caracteriza pelo embranquecimento da pupila quando exposta à luz. A criança pode apresentar também fotofobia e/ou estrabismo<sup>3</sup>.

Ainda que os cânceres infantis apresentem períodos menores de latência e crescimento rápido, sob o ponto de vista clínico-evolutivo, em geral, respondem melhor ao tratamento<sup>8</sup>. No entanto, devem ser consideradas a história natural do tumor e a extensão da doença no momento do diagnóstico, que é o fator principal para definir a melhor sequência terapêutica. Por conseguinte, o diagnóstico precoce da doença é imprescindível para a determinação do tratamento adequado, uma vez que a conduta individualizada é de fundamental importância para o prognóstico da doença<sup>11-12</sup>.

Cerca de 70% das crianças acometidas pelo câncer, atendidas na rede pública da cidade de São Paulo, são curadas ou têm aumentada sua sobrevida, quando são diagnosticadas precocemente em centros especializados e têm o tratamento realizado por uma equipe multiprofissional qualificada<sup>1</sup>.

As principais modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento oncológico são cirurgia, radioterapia, quimioterapia e, em tumores que afetam a linhagem hematopoiética, também é empregado o transplante de medula óssea. Por vezes, uma modalidade terapêutica pode ser utilizada isoladamente ou podem ser combinadas duas ou até três modalidades. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de tumor, o comportamento biológico, a localização, a extensão da doença, a idade e as condições gerais da criança<sup>2</sup>.

A cirurgia prevê a retirada do tumor, podendo ter finalidade curativa ou paliativa. Na radioterapia, são utilizados feixes de radiação ionizante que danificam o material genético da célula cancerosa, levando-a à morte. A quimioterapia, por sua vez, é o

método no qual são empregados compostos químicos, isolados ou combinados, seguindo-se um protocolo de tratamento. De forma isolada ou associada a outras modalidades, esta é a mais frequente entre as terapêuticas<sup>1</sup>.

Embora nos últimos anos tenha-se observado um aumento nas taxas de cura e melhora na sobrevida dos pacientes oncológicos – devido ao avanço farmacotecnológico (medicamentos com menos efeitos colaterais e/ou adversos) e, sobretudo, à capacitação das equipes multidisciplinares envolvidas – o tratamento do câncer ainda é uma experiência sofrida, difícil e assustadora, em especial, quando o caso envolve uma criança<sup>7,13</sup>.

Esta vivência angustiante inicia-se ainda no período pré-diagnóstico. Nesta fase, a criança é submetida a uma série de procedimentos dolorosos e invasivos, o que permite que ela entre em contato com a realidade hospitalar, algo que, para muitas, ainda é desconhecida, o que pode causar, por sua vez, um sentimento de estranheza e medo<sup>13-14</sup>.

Além da angústia, o momento do diagnóstico é vivenciado pela família com muita apreensão, temor à mutilação, dor, culpa, receio de separação, sofrimento e incerteza, pois a possibilidade de morte se faz presente. O diagnóstico de câncer na infância atinge diretamente a integridade psíquica da criança, tornando-a mais vulnerável<sup>11</sup>.

O tratamento oncológico é longo e desgastante e implica em mudanças de hábitos de vida da criança e da família<sup>15</sup>. Devido à complexidade da doença, o tratamento deve ser abrangente, exigindo atenção não apenas para as necessidades físicas, mas também para as psicológicas, sociais e espirituais, incluindo a presença e a participação efetiva da família durante todo o processo<sup>16</sup>.

Normalmente, a criança acometida pelo câncer é afastada das suas atividades rotineiras, deixando amigos, casa e vida cotidiana para cuidar da saúde em centros especializados e, muitas vezes, em cidades distantes<sup>15</sup>. Para a criança, tais situações de assistência à saúde são potencialmente estressantes e podem, inclusive, determinar agravos emocionais, caso não haja um manejo adequado da situação pela equipe multiprofissional que a assiste<sup>16</sup>.

Frequentemente, os pacientes submetidos à quimioterapia apresentam eventos adversos característicos (vômitos, febre, alterações de peso e paladar, diarreia e mucosites), além de mudanças físicas, como a alopecia, problemas de pele que podem influenciar, sobremaneira, na qualidade de vida<sup>17</sup>.

As mudanças temporárias ou permanentes na aparência física podem gerar diversos constrangimentos, porém nem sempre provocam a dor física<sup>16</sup>. Em contrapartida, é possível surgir danos emocionais, afora uma série de consequências psicossociais, como baixa autoestima, isolamento social, dificuldade nos relacionamentos e de inserção social e preocupação com a imagem corporal<sup>17</sup>.

Neste contexto, quando é uma criança que apresenta uma doença crônica e grave como o câncer, a atenção ao processo de crescimento e desenvolvimento se faz necessária, pois privações físicas, emocionais e/ou sociais decorrentes do adoecimento e frequentes hospitalizações podem acarretar prejuízos globais<sup>18</sup>.

A hospitalização infantil mostra-se como forma de contribuição para a observação mais precisa dos sinais e sintomas da doença, entretanto, a hospitalização é um marco de crise e estresse, pois afasta a criança de sua vida cotidiana e do ambiente familiar, promovendo-lhe, não raramente, sentimentos de culpa e medo da morte<sup>13</sup>.

Assim, devido ao curso da doença e do tratamento, a criança passa a ter necessidades especiais de saúde. O hospital nem sempre é visto como um ambiente que possibilita a cura, mas principalmente como um local onde se vivencia a dor e o sofrimento, despertando inúmeros significados para aqueles que dele dependem<sup>4</sup>.

Percebo em minha experiência profissional que além das mudanças físicas e emocionais que podem ocorrer decorrentes da doença, a criança também tem que encarar a separação de um dos pais, pois é geralmente a mãe que assume o papel de acompanhante. Ou seja, aquele ambiente familiar tão propício ao desenvolvimento infantil pleno é interrompido, uma vez que não é permitida a permanência de todos os familiares durante a hospitalização.

A primeira mudança refere-se à desestruturação do sistema familiar, seguida pela interrupção no processo de desenvolvimento intelectual, afetivo e da personalidade, intensificando as angústias com relação à morte e o desconhecimento quanto ao novo ambiente. Ainda deve ser somada a fragilidade emocional, a adaptação ao novo ambiente – um processo longo e complicado para uma criança – e, muitas vezes, o afastamento da rotina, bem como da escola, que implicam, por sua vez, em distanciamento dos colegas, da professora, dos demais familiares, do lar e das atividades de lazer<sup>18-20</sup>.

Nesse sentido, apesar de toda a evolução tecnológica e científica, o ambiente hospitalar, ainda que esteja preparado para o atendimento clínico de crianças, carece de melhorias no que diz respeito à adequação ao mundo infantil. Nos dias de hoje, as

equipes multiprofissionais vêm buscando incansavelmente estratégias para responder aos anseios de uma qualidade de vida mais digna e integral à criança com câncer e seus familiares, mesmo que em ambiente hospitalar<sup>21</sup>.

Com o intuito de oferecer um atendimento personalizado e, inclusive, aumento na disponibilidade dos leitos hospitalares para casos de maior gravidade, tem sido dada preferência ao tratamento ambulatorial<sup>22</sup>.

O tratamento ambulatorial visa minimizar a ação de agentes geradores de estresse, comuns na hospitalização, bem como reduzir as intercorrências cognitivas, sociais e afetivas das crianças que necessitam de internação<sup>23</sup> e evita a exposição desnecessária aos patógenos hospitalares, diminuindo os riscos de infecção<sup>21-22</sup>.

Além disso, o tratamento ambulatorial contribui para uma ampliação na forma de se compreender a criança com câncer para além dos aspectos biológicos e fisiológicos, à medida que propicia um ambiente mais próximo do domicílio, permitindo, assim, que a criança se desenvolva, assimile e participe do processo saúde-doença com a família<sup>19</sup>.

Logo, considerar a importância de um tratamento adequado não exclui um olhar atento ao papel fundamental que a família exerce. Desse modo, o tratamento ambulatorial permite um contato próximo, favorecendo a continuidade dos laços afetivos, seja pela presença e/ou pela participação ativa dos familiares<sup>4</sup>.

Nesta perspectiva, muita ênfase tem sido dada à “desospitalização” da criança com câncer, pois, além de viabilizar o acompanhamento no que diz respeito aos aspectos da terapêutica oncológica, promove a continuidade do desenvolvimento e atende à família de modo integral<sup>19</sup>.

Entretanto, apesar de a desospitalização trazer inúmeros benefícios para a criança, sobretudo por oferecer uma qualidade de vida compatível ao desenvolvimento saudável e por favorecer sua reintegração na sociedade, a experiência do desconhecido – como ser criança com uma grave doença, submetida a uma série de intervenções – pode ser ameaçadora e até traumatizante<sup>21</sup>.

Dentre as formas de tratamento ambulatorial e de desospitalização mais comuns podem ser citados o hospital-dia, o atendimento domiciliar e rede de suporte, e as casas de apoio<sup>23</sup>.

As casas de apoio visam atender as necessidades psíquicas e sociais da criança em tratamento oncológico e que residem distantes dos grandes centros urbanos, onde há tratamento especializado. Estas casas hospedam gratuita e temporariamente crianças e adolescentes em tratamento clínico/cirúrgico, atendendo de modo integral à

criança e à sua família, em um ambiente mais próximo do cotidiano. Necessidades básicas, como alimentação, medicamentos, transporte, assistência psicossocial e lazer, são oferecidos à criança e à família<sup>23</sup>.

As crianças são encaminhadas para as casas de apoio pelo serviço social dos hospitais e ambulatórios onde fazem acompanhamento de saúde, podendo permanecer o tempo que for necessário para sua recuperação, com um acompanhante e/ou responsável pelo seu cuidado<sup>15</sup>.

Com enfoque numa assistência que promova uma boa qualidade de vida, diminuindo sequelas e mantendo a integridade emocional das crianças com câncer, as ações de saúde devem visar não apenas a restauração do bom funcionamento anatomopatológico, mas também proporcionar o crescimento e o desenvolvimento da criança, preservando suas relações sociais, afetivas e psicológicas<sup>15</sup>.

A infância é marcada por etapas com muitas mudanças físicas, emocionais, relacionais, cognitivas e espirituais. Em cada período da infância, a criança manifesta diferentes formas de agir, desenvolvendo novas funções e aperfeiçoando suas habilidades motoras, cognitivas, psíquicas e sociais<sup>24</sup>. Contudo, quando a criança adoece, todas essas etapas podem ser comprometidas, pois experiências atípicas passam a ser vivenciadas.

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo de construção, no qual são organizados padrões físicos, funcionais e características psicológicas e comportamentais da criança. A esse desenvolvimento, aplicam-se alguns princípios relacionados à maturação orgânica e psíquica, próprios da espécie humana, e à ambiental, fornecida pelas experiências que a criança vivencia em seu meio, pelos cuidados que recebe e pelas oportunidades que tem para desfrutar o exercício de suas capacidades<sup>25</sup>.

Na fase pré-escolar, as habilidades adquiridas são cada vez mais aprimoradas e ampliadas. A criança se integra a si mesma, às outras pessoas e ao meio ambiente, sendo que a brincadeira é seu principal meio de expressão. Brincando, ela conhece a si própria e aos outros<sup>26</sup>.

A brincadeira permeada pela imaginação sem limites proporciona à criança o enriquecimento da sociabilidade, o desenvolvimento da linguagem, o aumento dos conhecimentos e da capacidade de atenção e o aperfeiçoamento da coordenação motora<sup>25</sup>. Por meio da brincadeira, a criança explora os movimentos corporais e desenvolve atividades coordenadas, estabelecendo relacionamentos<sup>19</sup>.

Assim, esta fase também é conhecida como a idade de socialização, pois permite à criança aprender normas sociais de comportamento e hábitos determinados pela cultura, como o desenvolvimento da linguagem<sup>27</sup>.

Durante o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, as crianças gradualmente adquirem o senso de confiança, proteção, iniciativa e, principalmente, de independência, autonomia e liberdade<sup>19</sup>. No entanto, quando a criança passa por situações ameaçadoras, pode sofrer uma interrupção no seu processo global de desenvolvimento, podendo levá-la a manifestações diversas como medo, ansiedade, irritabilidade, angústia, depressão e agressividade, por vezes, geradas pelo temor do desconhecido e pela privação parcial ou total do ambiente doméstico<sup>28-29</sup>.

Entretanto, quando a criança passa por situações de tensão, normalmente comuns em episódios de adoecimento, esta experiência dolorosa e difícil pode repercutir não apenas fisicamente, mas também emocional e socialmente<sup>30</sup>.

Especialmente nessa faixa etária, a doença é vista como perda: dos prazeres da infância, da liberdade de ser criança, de uma vida normal e sadia e, em se tratando do câncer, a sensação de perda é ainda mais profunda, pois a doença e o tratamento determinam grandes mudanças no cotidiano<sup>19</sup>.

Apesar de o câncer não interromper, necessariamente, o processo de desenvolvimento infantil, algumas restrições físicas e psicossociais impostas pela doença e pelo tratamento podem retardá-lo. Em decorrência da terapêutica vivenciada, as brincadeiras podem tornar-se restritas; surge o desgaste físico, mental e a exaustão que o processo causa nas crianças e nos familiares. O medo e a inquietude reforçam as incertezas da vida diante do câncer, deixando-a mais dolorosa<sup>16</sup>.

Além do próprio estigma da morte, a questão do câncer como doença fatal traz consigo o medo do sofrimento e do tratamento, agravados pelas constantes separações do cotidiano e da família<sup>16</sup>. Dessa forma, passado o choque do diagnóstico, o tratamento – normalmente permeado por muitos procedimentos invasivos e dolorosos, mas que nem sempre garantem a cura – é um processo árduo e nebuloso, repleto de incertezas, mas também, de esperanças, durante toda sua realização<sup>31</sup>.

Convém ressaltar que toda assistência à saúde da criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento técnico-científico. Afinal, para que a criança seja atendida de modo integral, é fundamental considerar, também, suas necessidades emocionais, inclusive com o uso de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento<sup>32-33</sup>.

Por fim, além de conforto e bem-estar, em face das inúmeras mudanças advindas da doença e do tratamento, é necessário que a criança disponha de instrumentos que promovam a comunicação e a manutenção do desenvolvimento. Neste cenário, situa-se o brinquedo como propulsor da manutenção do desenvolvimento infantil, podendo minimizar o estresse dessa nova realidade no sentido de manter o brincar como algo próprio à infância, mas também possibilitar maior compreensão, para a criança, do processo saúde-doença.

## **2.2. A importância do brincar e do brinquedo terapêutico para a criança doente**

Brincar deriva da palavra *brinco*, do latim, “vínculo”, cujo significado é associar-se, fazer laços<sup>34</sup>. Esta definição etimológica da palavra brincar já demonstra o quanto a atividade lúdica é essencial para o desenvolvimento infantil, ou seja, é brincando que, desde bebê, a criança se integra consigo mesma, com as outras pessoas e com o meio ambiente<sup>29</sup>.

O brincar é uma necessidade básica da criança e, é por meio deste, que ela adquire novos conhecimentos no/do mundo, descobre sua individualidade e aprende a distinguir a realidade da fantasia<sup>35</sup>. A brincadeira caracteriza-se como uma atividade espontânea, prazerosa e envolvente. Ainda proporciona recreação, estimulação, socialização e dramatização de papéis, de conflitos e catarse. É uma atividade integradora que envolve intensa motivação<sup>29</sup>.

Na brincadeira, a criança transporta-se para um mundo de imaginação, de “faz de conta”, reproduzindo as relações que observa em seu cotidiano, vivendo simbolicamente diferentes personagens<sup>36</sup>.

A brincadeira pode ser classificada de três formas<sup>37</sup>:

1- de acordo com a participação da criança na brincadeira – observada, solitária, paralela, associativa, cooperativa ou jogo social.

A brincadeira observada é o momento no qual a criança observa, com interesse, outras crianças brincando, porém não manifesta seu desejo em participar. Na brincadeira solitária, as crianças brincam sozinhas e de forma independente de outras crianças, apreciam a presença destas, mas não fazem esforço para aproximarem-se delas<sup>38</sup>.

Durante a brincadeira paralela, as crianças brincam umas ao lado das outras, mas de forma independente, sem que haja interação entre elas. Na brincadeira associativa,

as crianças brincam juntas, no entanto, não existe uma organização e normas rígidas. Já na brincadeira cooperativa, a criança brinca em grupo com outras crianças, e as atividades são discutidas e planejadas. É uma brincadeira organizada, a fim de se atingir um objetivo<sup>37</sup>.

2- de acordo com a atividade desenvolvida – motora ou simbólica:

As principais atividades desenvolvidas durante o brincar são as sensório-motoras. É essencial para o desenvolvimento muscular e para a liberação da energia excedente, permitindo à criança explorar seu mundo exterior. Já na atividade simbólica, a criança dramatiza papéis, representando brincadeiras de “faz de conta”<sup>37</sup>.

3- de acordo com a finalidade da brincadeira – recreativa, estimuladora, socializadora, terapêutica ou catártica:

A brincadeira recreativa permite a diversão e a distração da criança. Na brincadeira estimuladora, há favorecimento do desenvolvimento sensório-motor pela exploração e pela manipulação dos brinquedos e do desenvolvimento intelectual, social e da criatividade natural, pois é na brincadeira que a criança tem maior oportunidade de desenvolver sua capacidade criadora e de aperfeiçoar as ideias<sup>37</sup>.

Na brincadeira socializadora, a aprendizagem das relações sociais pode realizar-se por meio da interação com outras crianças. A brincadeira terapêutica promove a catarse da criança, ou seja, além de possibilitar o diagnóstico de um conflito que a criança possa estar vivenciando, também tem função curativa, pois conduz à diminuição da ansiedade<sup>29</sup>.

Neste contexto, pode-se considerar que a brincadeira é um recurso para promover o desenvolvimento infantil, pois capacita a criança a controlar angústias e a dominar impulsos, assimilar emoções e sensações, estabelecendo contatos sociais e compreendendo o meio<sup>39</sup>. Desta forma, o brincar é essencial para qualquer criança, inclusive para aquelas adoecidas.

Brincando, a criança doente lida, de modo criativo, com a realidade externa e vivencia a experiência de estar doente de modo menos traumático. Além disso, o brincar promove uma melhor reabilitação física, psíquica e social, o que ajuda a criança a enfrentar a doença<sup>35</sup>.

Ao brincar, a criança enferma que, em geral, pode apresentar um retrocesso em seu desenvolvimento, é estimulada, readquirindo a autoconfiança, voltando a comunicar-se, ultrapassando, assim, as adversidades<sup>40</sup>. Deste modo, a brincadeira assume diversas conotações, sendo fundamental nesse momento.

Nesse sentido, o brinquedo tem sido utilizado na assistência à saúde da criança não só como uma forma de satisfazer a necessidade recreativa e proporcionar o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização infantil<sup>32,37</sup>, mas também como um recurso para propiciar o alívio das tensões, além de construir uma possibilidade de comunicação com os profissionais de saúde, seja para se traçar metas de assistência e cuidado, seja para favorecer a formação de vínculos e, por fim, promover cuidado integral à criança doente<sup>24,32,39</sup>.

A utilização do brinquedo como metodologia assistencial atende ao preconizado pela atual Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, que valoriza a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de assistência à saúde<sup>41</sup>. Também está em concordância com os preceitos da assistência atraumática, considerada uma modalidade de cuidado de saúde à criança e à sua família<sup>42</sup>.

Assistência atraumática, ou cuidado sem trauma, é uma filosofia de cuidado que pressupõe o uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico experimentado pelas crianças e por seus familiares no sistema de atenção à saúde<sup>42</sup>.

Essas intervenções são medidas que facilitam o relacionamento entre pais, filhos e profissionais da saúde, como o oferecimento de atividades lúdicas para que as crianças possam expressar medos, receios e a real compreensão do momento que estão vivenciando<sup>42</sup>.

A criança usa o brinquedo para interiorizar uma situação difícil, como a hospitalização, e se fortalecer para enfrentá-la, dominá-la, torná-la suportável e, ainda, para realmente conseguir compreendê-la<sup>5</sup>. Desse modo, o brinquedo permite que a criança se aproxime da nova realidade que a cerca, bem como contribui para adaptá-la às limitações do processo saúde-doença, proporcionando-lhe autocontrole sobre as novas experiências que podem ser ameaçadoras.

Desde 1861, o brinquedo está presente na assistência de enfermagem, quando a enfermeira Florence Nightingale já ressaltava a importância da recreação como método para o desenvolvimento e o restabelecimento da saúde da criança, por considerar que esta deveria ter cuidados diferenciados quando comparados aos cuidados dos adultos<sup>43</sup>.

A importância da atividade lúdica como integrante do repertório da criança também foi discutida, na década de 1970, pela enfermeira Carol Green, entre outras. Considerando a integração e a interação das dimensões e relações humanas, o

brinquedo assumiu um papel essencial para recrear, estimular, socializar e também cumprir sua função terapêutica ou catártica<sup>44</sup>.

Segundo a psicanalista Melanie Klein, a criança, especialmente em idade pré-escolar, não possui recursos de comunicação verbal suficientes para expressar todos os seus sentimentos, fantasias, desejos e experiências vividas para a promoção e o restabelecimento do bem-estar físico e psíquico e o faz, por meio do brinquedo, seu modo de expressão por excelência<sup>37,45</sup>.

No Brasil, o uso do brinquedo como instrumento de intervenção de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada ocorreu a partir do final da década de 1960, com a enfermeira Dra. Ester Moraes, então professora da disciplina Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da USP. Inicialmente, foram introduzidas no ensino de enfermagem atividades recreativas e a dramatização das experiências vividas pela criança no hospital utilizando bonecos, estratégia, então, nomeada como entrevista com brincadeira<sup>29</sup>.

Em 1980, após o surgimento de novos conhecimentos sobre a temática, a denominação BT se firmou, sobretudo, à medida que foram fortalecidas suas bases teóricas e redefinidas as ações de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada<sup>29</sup>. A partir de então, foram sendo realizados estudos utilizando o BT no cuidado à criança, evidenciando o estreitamento de vínculos e confiança<sup>6</sup> e a utilização do BT como instrumento de comunicação efetiva entre o enfermeiro e a criança<sup>33</sup>.

Desta forma, a utilização do brinquedo como estratégia de cuidado e comunicação vem sendo cada vez mais empregada e, nesse sentido, torna-se crucial o conhecimento das duas técnicas de emprego do brinquedo com função terapêutica na assistência à criança: a ludoterapia e o BT.

A palavra ludoterapia é derivada da expressão inglesa *play-therapy*, podendo ser literalmente traduzida como “terapia pelo brincar”. Este brincar tem por objetivo promover ou restabelecer o bem-estar psicológico da criança por meio de atividades lúdicas<sup>46</sup>. Como dito anteriormente, no contexto do desenvolvimento infantil, a atividade lúdica integra dimensões da interação humana necessárias na análise psicológica como as regras, o comportamento e as simulações que permitem à criança explorar plenamente seus sentimentos, pensamentos e experiências<sup>47</sup>.

A ludoterapia consiste em uma técnica psiquiátrica usada para o tratamento de crianças com distúrbios emocionais, neuróticos ou psicóticos. As sessões duram de meia a uma hora e são conduzidas por psicólogo, médico ou enfermeiro psiquiatra. A

técnica tem por objetivo promover a compreensão, pela criança, de seus próprios comportamentos e sentimentos<sup>44</sup>.

O BT é definido como uma brincadeira estruturada que possibilita à criança vivenciar situações geradoras de estresse, ao mesmo tempo em que visa alcançar domínio sobre essas situações, compensando, de algum modo, as pressões sofridas no cotidiano<sup>44</sup>.

Um dos objetivos do BT é a compreensão das necessidades da criança, auxiliando no preparo de procedimentos terapêuticos, bem como colaborando para que a criança descarregue sua tensão após vivenciá-la<sup>37</sup>.

A técnica do BT pode ser empregada por meio de três modalidades específicas<sup>48</sup>, conforme o resultado que se deseja obter:

1. instrucional – é utilizado para preparar e informar a criança sobre os procedimentos terapêuticos a que deverá se submeter. Tem por finalidade envolver a criança na situação e facilitar sua compreensão sobre o procedimento a ser realizado, além de constituir um meio educativo no incentivo ao autocuidado. No planejamento dessa atividade, é importante considerar a faixa etária da criança; podem ser utilizados livros, brinquedos e equipamentos/materiais hospitalares<sup>48</sup>;

2. dramático – permite à criança exteriorizar seus sentimentos, comunicar-se de maneira eficaz e reviver situações desagradáveis, na tentativa de dominá-las e aceitá-las; serve também para que os profissionais possam identificar o que está afligindo a criança, para intervir terapêuticamente<sup>48</sup>.

Baseia-se no fato de que a criança repete no brinquedo um procedimento que lhe foi estressante, dramatizando a situação, passando da passividade da experiência para a atividade do jogo. Dessa forma, a criança manipula a experiência e vinga-se, brincando<sup>49</sup>. A repetição de uma situação difícil durante a brincadeira da criança não ocorre no sentido de preservar a dor decorrente da situação, mas sim, de dominá-la até torná-la produtora de prazer, por meio da assimilação<sup>50</sup>;

3. capacitador de funções fisiológicas – permite capacitar a criança para manter ou melhorar suas condições físicas, de acordo com seu desenvolvimento, e prepará-la para aceitar sua nova condição de vida<sup>48</sup>.

O BT pode ser utilizado para qualquer criança, sendo recomendada a idade pré-escolar e escolar. As sessões podem ser realizadas em qualquer área conveniente, num período que varia de 15 a 45 minutos, devendo ser conduzidas por qualquer enfermeiro ou profissional adequadamente capacitado<sup>44</sup>.

O brinquedo constitui um refúgio indispensável para que a criança reorganize suas emoções após períodos difíceis da vida e expresse, por meio dele, a forma mais natural de autoterapia que ela dispõe<sup>51</sup>. O BT pode ser utilizado para auxiliar a criança a ampliar sua capacidade de se relacionar com a realidade, estabelecendo uma ponte entre o mundo real e o mundo vivido, promovendo uma estratégia positiva de enfrentamento da situação que vivencia<sup>36,52</sup>.

A utilização do BT pelo enfermeiro é recomendada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), sob parecer nº 51.669, de 24 de junho de 2004<sup>53</sup>, e é assegurada pela resolução Cofen 295/2004, que diz: “compete ao enfermeiro que atua na área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas”<sup>54</sup>.

Atualmente, muitos enfermeiros passaram a utilizar essa intervenção no cuidado à criança, comprovando por meio de estudos, que o BT, além de auxiliar no alívio das tensões, favorece o relacionamento da criança com o cuidador, permitindo que demonstre seus sentimentos quanto ao procedimento e ao ambiente a sua volta. Também é de grande importância na orientação da criança, pois promove cooperação, adesão ao tratamento e o aprendizado de novas habilidades<sup>28,55-61</sup>.

Neste sentido, um estudo propôs um protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa utilizando o BT. Com o emprego de bonecos e materiais hospitalares, uma história era contada às crianças para, em seguida, permitir que elas dramatizassem a situação vivenciada. Após a intervenção, foi observado que as crianças entenderam o procedimento e não foi necessário restringi-las durante a punção<sup>62</sup>.

Outro estudo que teve como foco também o procedimento da punção venosa, evidenciou que, após a brincadeira, a criança mantém-se calma e relaxada, permitindo que os procedimentos fossem realizados e, inclusive, participando dos mesmos, como, por exemplo, escolhendo a veia para a punção venosa<sup>59</sup>.

Assim, vários procedimentos, necessários ao cuidado e ao tratamento da criança passaram a ser realizados com o uso do BT. Dentre eles, destacam-se: o uso de cateteres de longa e curta permanência<sup>56</sup>, a colocação de sondas gástricas e vesicais<sup>63</sup>, aplicações de injeções<sup>60</sup> e realização de curativos<sup>57</sup>.

Um estudo realizado com uma criança de dois anos e 10 meses de idade hospitalizada, com diagnóstico recente de *diabetes mellitus* tipo 1, revelou que após o

emprego do BT instrucional e dramático, o medo da criança não apenas diminuiu como também ela própria passou a demonstrar maior autocontrole com os procedimentos invasivos, como aplicação de insulina e extração de sangue capilar da ponta dos dedos das mãos<sup>60</sup>.

O uso do BT também melhorou a comunicação com os familiares, pois estes se sentem mais calmos ao perceberem que a criança compreende e colabora durante a realização de procedimentos invasivos. Eles referem “sofrer com o sofrimento do filho”, mas que, após o emprego do BT instrucional, reconhecem a importância e os benefícios desse instrumento de cuidado à criança<sup>57,59</sup>.

Embora o BT tenha sido utilizado, inicialmente, em hospitais, atualmente seu emprego foi ampliado para ambulatórios, abrigos, dentre outros lugares que atendem crianças, com benefícios semelhantes aos encontrados em crianças hospitalizadas<sup>55,59,64-66</sup>.

Um estudo que utilizou o BT com crianças com câncer submetidas à quimioterapia em atendimento ambulatorial descreve sentimentos de maior descontração, interesse pela brincadeira e colaboração na realização dos procedimentos<sup>55</sup>.

Em duas pesquisas realizadas em duas instituições para crianças vítimas de violência<sup>65,66</sup>, foram apontadas a necessidade de um espaço de acolhimento e a elaboração dos conflitos trazidos por essas crianças. Em ambos os contextos, foram realizadas sessões de brinquedo terapêutico dramático (BTD), a partir das quais emergiram cenas do cotidiano, cujas experiências vividas revelam situações violentas no convívio com os familiares, mas também durante a institucionalização<sup>66</sup>.

Diante do exposto, podemos afirmar que o BT apresenta-se não apenas como uma forma de comunicação e acesso ao mundo infantil, mas é essencial ao cotidiano das crianças, estejam elas hospitalizadas ou não. Para os familiares, ele também se mostra essencial, na medida em que os ajuda a enfrentar uma nova realidade, possibilitando que criança e família possam compreender e recuperar o autocontrole diante das adversidades.

Na enfermagem, a utilização do BT no cuidado é algo que deve ser entendido muito além de um simples ato. Em relação ao cuidar, Mayeroff<sup>67</sup> ressalta que para cuidar de outra pessoa, devo ser capaz de entendê-la, de estar com ela em seu mundo, de compreender seus sentimentos e saber do que ela precisa.

Partindo do prisma de que para promover o cuidado de maneira eficaz e eficiente é necessário compreender o ser em situação e aproximar-se dos significados que ele

atribui às suas vivências, destaca-se a necessidade de os enfermeiros obterem subsídios que os auxiliem no planejamento, na organização e na produção do cuidado de enfermagem.

Vale ressaltar que os estudos que compuseram esta revisão mostraram que existem poucas experiências de vida tão difíceis e estressantes como enfrentar o diagnóstico e o tratamento do câncer na infância. Ainda apontaram que o conjunto de explicações encontrados na literatura referente ao cuidado de enfermagem à criança com câncer mostrou-se insuficiente para a compreensão do brincar da criança em tratamento oncológico.

Nesse contexto, a busca pela compreensão do brincar da criança com câncer em tratamento oncológico pode permitir que se resgate a subjetividade, a experiência vivida, enfim, a dimensão humana que não se reduz à face biológica, mas a incorpora ao psicológico, social, cultural e histórico, ou seja, considera o sujeito em sua complexidade, em sua dimensão existencial.

### 3. Trajetória metodológica



*“Não existe um fim, existe apenas o caminho, a evolução nunca termina”.*

*Ditado Japonês*

#### 3.1. Sobre a Fenomenologia

Para realizar este estudo, optei por buscar na pesquisa qualitativa um ancoradouro que levasse à compreensão do brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico. Esta abordagem de pesquisa permite trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos, bem como colabora para a aproximação entre o conhecimento e a prática, auxiliando na compreensão dos sentimentos das pessoas<sup>68</sup>.

A pesquisa qualitativa contribui para a compreensão holística do homem, à medida que oferece condições para uma reflexão que permite descrever e interpretar de forma ampla os fenômenos humanos. Sua característica fundamental é a compreensão particular daquilo que se estuda, sendo o foco de sua atenção voltado para o específico, o individual, aspirando à compreensão dos fenômenos experienciados<sup>69</sup>.

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa, a fenomenologia mostrou-se uma opção a ser trilhada, pois considera o ser em sua singularidade e busca compreender a experiência vivida pelo sujeito<sup>1</sup>, valorizando as relações com o outro e com o mundo<sup>68</sup>.

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa fenomenológica permitiu uma aproximação do individual com o subjetivo, por meio do brincar da criança com câncer em tratamento oncológico.

---

<sup>1</sup> Sujeito aqui não é sinônimo de participante. Sujeito é o indivíduo que por meio da pesquisa fenomenológica torna-se protagonista da sua história, possibilitando ao pesquisador compreender as diversas facetas de um determinado fenômeno<sup>69</sup>.

O termo fenomenologia foi usado pela primeira vez por J. H. Lambert em 1764, sendo compreendido como teoria da aparência ou visão falsa da realidade. Em 1804, Fichte usou a fenomenologia num sentido diferente de Lambert, porém, mantendo a ideia de teoria da aparência, que para ele era a manifestação de algo real e verdadeiro, uma revelação<sup>70</sup>.

Com Hegel, que se dedicou ao estudo do movimento do espírito, a fenomenologia definiu-se enquanto método e filosofia. Ele trabalhou a evolução da consciência humana desde sua percepção sensível até as formações culturais mais complexas<sup>71</sup>.

No entanto, foi no início do século passado, com o matemático Edmund Husserl (1859-1938), que a fenomenologia se firmou como uma linha de pensamento. Husserl se perguntava sobre o sentido daquilo que estava fazendo, ou seja, qual o significado dos números. Para isso, ele buscou a psicologia de Franz Brentano na tentativa de ajudá-lo a responder suas indagações<sup>72</sup>.

Husserl debruçou sobre a psicologia considerando-a como um campo vasto, novo, importante, mas que estava com dificuldades de se fundamentar como ciência. Neste contexto sócio-histórico, Husserl ajudou a criar algumas vias de fundamentação e compreensão daquilo que é próprio da ciência psicológica<sup>73</sup>.

Assim, a concepção de fenomenologia que utilizamos hoje foi idealizada por Edmund Husserl, autor de um método que busca os fundamentos e se preocupa não só em responder perguntas internas aos processos, mas pergunta pelo significado fundamental daquilo que está sendo feito<sup>71</sup>. Há uma preocupação fundamental pelo sentido<sup>69</sup>.

A fenomenologia é a ciência que se aplica ao estudo dos fenômenos: dos objetos, dos eventos e dos fatos da realidade, oferecendo “uma verdade, em partes e em momentos, e nunca na sua transparência total, pois é a dúvida, e não a certeza, que nos motiva à busca incessante da verdade”. Faz-se necessário lembrar que “a verdade é um movimento em constituição, não um estado”. Logo, a fenomenologia busca o retorno aos estados primordiais da experiência<sup>74</sup>.

Por conseguinte, a fenomenologia se ocupa com os fenômenos, as vivências, os atos e os correlatos da consciência, preocupando-se com a essência do fenômeno. É, portanto, uma ciência voltada para as experiências vividas, onde é preciso reintegrar o mundo da ciência ao mundo da vida, não se podendo perder de vista o sujeito que vive e experiencia determinada situação<sup>71</sup>.

Na fenomenologia, o pesquisador é norteado por uma interrogação sobre um fenômeno<sup>2</sup> que esteja sendo vivenciado pelo sujeito, ou seja, ele volta-se à experiência do indivíduo, o que inclui a possibilidade de olhar as coisas como elas se revelam, desvelando o sentido de existir do ser humano no mundo, por meio da compreensão do subjetivo<sup>69</sup>.

Adotar um método fenomenológico de conduzir a pesquisa é compreender os fenômenos da vida cotidiana à medida que eles são vividos, experienciados e conscientemente percebidos<sup>69</sup>. Nesse sentido, os seres humanos são vistos a partir de uma estrutura existencial construída por meio de escolhas e experiências. Essas escolhas determinam a direção e o significado da vida. As pessoas necessitam de opções e de oportunidades para experimentarem e fazerem suas próprias escolhas<sup>75</sup>.

Vale ressaltar que para a fenomenologia, eu compreendo as coisas ao passo que elas são parte da minha própria vivência. Nesse sentido, a fenomenologia reforça que o cotidiano é a nossa primeira ciência, nosso primeiro conhecimento, trabalhando com a compreensão das coisas e seus significados e não com a explicação<sup>76</sup>.

A pesquisa fenomenológica recusa os conceitos, as teorias, as explicações já existentes previamente, para deixar que os sujeitos descrevam em sua própria linguagem, como estão vivendo e que experiências estão tendo, naquela situação de vida<sup>69</sup>.

Nesta perspectiva, a fenomenologia parte da ideia básica de que somente mediante a compreensão da experiência, a ciência pode alcançar o significado e a estrutura da relação, pois estas estão, em última análise, constituídas pela ação do indivíduo no mundo, na vida cotidiana<sup>77</sup>.

Este mundo é, simplesmente, o local onde as vivências cotidianas acontecem. Viver no mundo cotidiano significa viver em envolvimento com pessoas. Desta forma, o mundo da vida cotidiana é a cena e o objeto de nossas interações e ações significativas<sup>76</sup>.

Por buscar a essência da existência, a fenomenologia procura desvelar aquilo que, no comportamento cotidiano, ocultamos a nós mesmos, ou seja, o elemento básico de todo conhecimento que cada ser humano traz consigo para fundamentar o significado e o sentido das coisas<sup>71</sup>. Desta forma, a fenomenologia convoca a retomada

---

<sup>2</sup>A palavra fenômeno origina-se da expressão grega phainomenon, cujo significado é mostrar-se a si mesmo, manifestar algo<sup>69</sup>.

do caminho qualitativo da existência, recuperando o sentido do ser, da sua existência humana no mundo<sup>69</sup>.

Assim, a pesquisa fenomenológica é pertinente à enfermagem, por buscar compreender o homem em sua totalidade existencial, pois as respostas são dadas por pessoas que vivenciam e experienciam o fenômeno, em uma dada sociedade e culturalmente situadas<sup>78</sup>.

Por meio das relações, as pessoas tornam-se diferentes, pois embora cada uma seja singular, passam a adquirir a identidade do ambiente em que vivenciam com outros seres humanos, em novas experiências, ou seja, é por meio das relações que o homem influencia e é influenciado pelo ambiente em que vive<sup>75</sup>.

Buscar uma vivência específica e tentar compreendê-la constitui-se numa tarefa pautada na subjetividade do ser humano, que reflete o homem como sujeito único e inigualável. Assim, conceber a enfermagem a partir do olhar único e singular do outro agrega valor diferencial ao cuidado prestado, bem como às pesquisas centradas na compreensão do homem como um ser holístico<sup>75</sup>.

Notáveis contribuições para o desenvolvimento da enfermagem têm sido descritas ao longo das últimas décadas, evidenciando a importância da fenomenologia para descrever os fenômenos relativos ao processo saúde-doença por meio dos sujeitos, possibilitando a elaboração de novas estratégias de intervenção e o redirecionamento de práticas assistenciais à saúde<sup>35,65,71,76,79</sup>.

Sendo a criança um ser corporal e simbólico, iniciando seu processo de construção, tendo suas experiências mais ou menos enriquecidas com base nas oportunidades da relação com o outro e das situações geradas no cotidiano, se faz necessário um olhar compreensivo, voltado a captar as possibilidades que cada um é, no contexto de mundo em que cada ser humano existe e compartilha suas experiências. Mesmo pequena, a criança possui sonhos e necessidades. Com efeito, ela é um ser humano com uma vivência única e especial.

Considerando o fenômeno a ser desvelado, “o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico” e todas as questões que permeiam esta problemática, optei pela análise da estrutura do fenômeno situado para descrever o brincar experienciado por essas crianças.

### 3.2. Sobre o fenômeno situado

Fenômeno é tudo aquilo que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga. Compreender o fenômeno é o objetivo da pesquisa fenomenológica.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador, diante de inquietações, as interroga. Quando interroga, tem uma trajetória e estará caminhando em direção ao fenômeno, naquilo que se manifesta por si, por meio do sujeito que experiencia a situação<sup>80</sup>.

A pesquisa fenomenológica volta-se para os significados que os indivíduos atribuem às suas experiências, as quais só podem ser expressas pelo próprio sujeito que as vivencia. O sujeito, ao descrever suas vivências, deixa emergir o seu mundo real, permitindo elucidar o que as relações vividas apresentam de essencial<sup>69</sup>. Fala-se, portanto, de fenômeno situado<sup>80</sup>.

Os seres humanos são seres situados no mundo, constituídos pela sua experiência, comprometido em atividades comuns e lançados em suas preocupações na vida diária. É por meio das relações da vida cotidiana que os significados e práticas habitam e são transmitidos<sup>74</sup>.

Ser situado importa ter um mundo de significados, valores e práticas norteadoras do agir humano em um ponto particular da história. A compreensão de quem somos é transmitida nos hábitos e nas práticas cotidianas daqueles que estão a nossa volta<sup>80</sup>.

Assim, a experiência da criança com câncer ocorre no dia a dia vivido desses sujeitos, ou seja, esse cotidiano cultural e subjetivo é expresso por meio das suas brincadeiras, já que o brincar se mostra como a linguagem própria do mundo infantil.

A trajetória percorrida em busca do fenômeno, que é subjetivo, fruto das experiências vividas e dos significados atribuídos, possibilita alcançar a objetividade. Assim, o fenômeno situado se ilumina e se desvela para o pesquisador<sup>73</sup>. O que é dito pelo sujeito aponta para a vivência do fenômeno que se quer apreender, e a compreensão desse fenômeno fica tanto mais clara quanto maior for o esforço de perscrutá-lo em análises<sup>81</sup>.

Para tanto, é essencial que o pesquisador sistematize o que é vivido, de modo que a compreensão do fenômeno situado vislumbre o cotidiano do sujeito. Desse modo, o momento da análise do fenômeno situado passa pela descrição, pela redução e pela compreensão<sup>69</sup>.

A descrição fenomenológica, primeiro momento em busca da compreensão, é resultado da interação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa por meio da

entrevista fenomenológica. Desse momento, emergem os discursos os quais se mostram ao pesquisador, possibilitando a percepção do fenômeno<sup>69</sup>.

No segundo momento, a redução fenomenológica, o pesquisador inicia uma leitura criteriosa dos discursos, a fim de captar a experiência vivida, ou seja, a essência, de forma que ele não seja um mero expectador, mas alguém que procura considerar o que é essencial e o que emerge da consciência dos sujeitos<sup>69</sup>.

A redução tem como objetivo deixar emergir quais as partes das descrições são consideradas essenciais ou não e quais partes da experiência são verdadeiramente partes da nossa consciência ou apenas meras suposições<sup>81</sup>.

Situado o fenômeno e realizadas as descrições, o terceiro e último momento dessa busca é a compreensão fenomenológica. Nesta, o pesquisador atribui expressões próprias aos discursos ingênuos dos sujeitos, a fim de representar aquilo que se está buscando<sup>81</sup>. É, portanto, a síntese que o pesquisador faz, integrando maior consistência à estrutura do fenômeno situado, contemplado pelas análises ideográfica e nomotética<sup>69</sup>.

A análise ideográfica refere-se à análise individual dos discursos, buscando os significados e a representação do fenômeno para cada sujeito da pesquisa. Por meio da leitura de cada descrição, o pesquisador busca compreender o sujeito. É quando são apreendidas as “unidades de significados”, cuja importância é o alcance das evidências da experiência<sup>69</sup>.

Esta reflexão inclui mensagens explícitas e implícitas, verbais e não verbais, afirmativas e contraditórias que devem ser frequentemente revistas, reformuladas e questionadas à medida que a compreensão se desenvolve, sem perder de vista os princípios teóricos e os pressupostos da investigação<sup>80</sup>.

Nesse processo, destaca-se ainda que o conhecimento obtido é fruto essencialmente da subjetividade dos sujeitos (no caso crianças) – que têm algo para relatar – e da subjetividade do pesquisador – que tem algo para apreender. Portanto, o conhecimento que advém é um conhecimento intersubjetivo por meio da partilha de experiências<sup>69</sup>.

Entretanto, a estrutura individual reflete apenas um exemplo do fenômeno. O movimento de passagem do individual para o geral se dá em direção à estrutura comum do fenômeno que está sendo estudado, o que é explorado pela análise nomotética<sup>69</sup>.

A análise nomotética permite o desvelamento do fenômeno que é resultante da compreensão das convergências e das divergências observadas nos casos individuais.

Nessa análise, busca-se interpretar estas convergências e divergências geradas nas descrições, fazendo-se, portanto, uma profunda reflexão sobre a estrutura do fenômeno<sup>69</sup>.

Neste estudo, espero que a fenomenologia, pautada na análise da estrutura do fenômeno situado, viabilize uma melhor compreensão da singularidade do brincar da criança pré-escolar com câncer. Em especial, valorizando a percepção da sua própria experiência enquanto sujeito, pois, embora ainda criança, e criança vivendo com câncer, assim como todos os humanos, ela vislumbra o respeito e a cumplicidade daqueles que a cercam.

### **3.3. Cenário do Estudo**

O estudo foi realizado numa casa de apoio, localizada no município de Campinas/SP, que hospeda crianças com câncer e seus familiares – residentes em outros municípios e estados – durante o tratamento oncológico. Sua área total é de 1.789,87m<sup>2</sup>, com 28 quartos e 14 banheiros, com capacidade para 56 crianças/adolescentes e 56 acompanhantes<sup>82</sup>.

Além dos quartos e banheiros, há dois elevadores, refeitório, lavanderia, sala de TV, brinquedoteca, biblioteca, sala de estudo, sala de artesanato e área de lazer com cinema, auditório e salão de beleza<sup>82</sup>.

A casa é administrada por um Conselho de Administração, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, órgãos nos quais todos são voluntários, não podendo, por lei, ter qualquer remuneração. O objetivo da instituição é promover ações que propiciem melhores condições para o bem-estar físico e psicossocial das crianças e/ou adolescentes em tratamento oncológico e seus familiares. A hospedagem é gratuita, não havendo discriminação étnica ou religiosa, ou mesmo às pessoas com deficiência e/ou limitação<sup>82</sup>.

### **3.4. Participantes**

Participaram deste estudo cinco crianças com câncer em idade pré-escolar (3 a 6 anos), que estavam em tratamento oncológico, clínico e/ou cirúrgico e que residiam provisoriamente na casa de apoio (conforme apresentado no quadro 1). Todas as crianças participantes estavam em fase de indução do tratamento, fase bastante intensa

da terapêutica que requer visitas frequentes ao hospital e constantes realizações de procedimentos.

### **3.5. Acesso aos participantes**

Em consonância com a legislação vigente na época, sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/1996<sup>83</sup>, o projeto foi encaminhado à diretoria da casa de apoio com vistas à solicitação formal para a realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, sendo aprovado nas duas instâncias, sob o nº CAAE : 03070612.8.0000.5404 (Anexo 1).

No mês de outubro de 2012, iniciei as visitas regulares à instituição em horários predeterminados, para minha ambientação ao local e aos potenciais participantes. Esta ambientação consistiu em vivenciar a rotina da casa de apoio, das crianças e dos familiares em vários momentos, com especial atenção ao brincar da criança na brinquedoteca ou fora dela e o envolvimento dos pais no contexto da instituição.

Em janeiro de 2013, dei início à abordagem aos responsáveis pelas crianças. Em linguagem acessível, foram apresentados os objetivos da pesquisa e garantidas as condições de completo sigilo, solicitando sua colaboração por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1). Os responsáveis foram devidamente informados que a não participação da criança no estudo não causaria nenhum tipo de ônus ao atendimento na casa de apoio. Com a anuência dos responsáveis, as crianças foram convidadas a brincar e aguardei que cada uma delas concedesse *per si* seu assentimento verbal. Vale ressaltar que nenhum dos responsáveis recusou a participação da criança no estudo.

Como estratégia para acessar as vivências da criança, escolhi a técnica do BTB. Tal escolha deu-se em virtude de a referida técnica possibilitar a comunicação da criança com o adulto por meio da linguagem lúdica, que é natural à infância, além de se constituir como estímulo e continuidade do desenvolvimento infantil, por contribuir na mediação entre o mundo familiar e as novas situações, e proporcionar bem-estar à criança. As sessões de BTB foram realizadas individualmente, em sala reservada da instituição que continha mesa, cadeiras e tapete.

As crianças foram convidadas a brincar e poderiam escolher em estar acompanhadas pelo responsável ou apenas pela pesquisadora, sendo que, todas as

crianças preferiram brincar desacompanhadas dos seus responsáveis. As sessões de BTB eram iniciadas com a questão norteadora: “Vamos brincar de uma criança que tem câncer?” A brincadeira foi conduzida pela pesquisadora obedecendo a não diretividade, tanto da técnica como do método fenomenológico.

Assim, no período compreendido entre janeiro e maio de 2013, cinco crianças participaram de 26 sessões de BTB, conforme descrito no quadro a seguir.

**Quadro 1 – Crianças participantes do estudo. Campinas, 2014**

<b>Criança</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tempo de Tratamento</b>	<b>Número de sessões de BTB</b>	<b>Tempo médio da sessão</b>
Sol	04 anos	F	Leucemia Linfóide Aguda	09 meses	05	55 minutos
Estrela	03 anos	F	Tumor Maligno de Coluna	14 meses	09	48 minutos
Fada	03 anos	F	Leucemia Linfóide Aguda	09 meses	07	45 minutos
Pequeno	06 anos	M	Tumor de Supra-adrenal	17 meses	03	40 minutos
Luz	04 anos	F	Miossarcoma	06 meses	02	50 minutos

As sessões variaram entre 25 e 75 minutos, conforme o estado físico e emocional da criança e, conseqüentemente, sua vontade de brincar e aceitação em finalizar a sessão.

As sessões seguiram os passos da técnica de aplicação do BTB, recomendados na literatura<sup>32-33,37,44</sup>, conforme descritos a seguir:

1. convidar a criança para brincar, respeitando sua recusa, escolhendo um ambiente tranquilo para realizar a sessão. A presença do acompanhante dependerá da vontade da criança;

2. explicar ao acompanhante qual o objetivo da sessão de BT e como o mesmo deve proceder durante esse período – deixar a criança livre para brincar à vontade;

3. estabelecer algumas regras como: tempo da sessão (em média 45 minutos, utilizando relógio de ponteiros para acordar o tempo máximo) e ao uso dos brinquedos

(poderão ser utilizados como a criança desejar, mas deverão ser devolvidos ao final da sessão);

4. oferecer a caixa de brinquedos à criança, mas deixá-la explorar livremente. Quando a criança perguntar sobre o brinquedo, devolver-lhe a pergunta, permitindo que ela utilize seus próprios recursos lúdicos;

5. não interromper a brincadeira e só fazer parte desta quando convidado pela criança;

6. avisar quando o tempo da sessão se esgotar e pedir a colaboração da criança para guardar os brinquedos;

7. caso a criança solicite mais tempo, ofereça mais alguns minutos, de modo que ela possa concluir a brincadeira.

Para a realização das sessões de BTB, diversos brinquedos foram acondicionados em uma caixa plástica, tais como: família de bonecos, carros de corrida, jogos, utensílios domésticos, giz de cera, lápis de cor, papéis, livros de contos infantis, fantoches, materiais com diferentes cores e texturas, além de materiais hospitalares – seringa, agulha, cateter agulhado, frascos de coleta de sangue e urina, esparadrapo, sonda, gaze, garrote, equipo, frasco e ampola com soro fisiológico, máscara, luva, atadura de crepe, dentre outros.



Fantoches



Bonecos e carros de corrida



Utensílios de cozinha e alimentos



Ferramentas e lápis de cor



Quebra-cabeça e livros



Bonecas e animais em miniatura





Materiais hospitalares



Bonecos representando a família

Esses brinquedos foram selecionados a partir da recomendação de vários autores<sup>29,32,37,44</sup>, a fim de propiciar à criança as condições necessárias para dramatizar situações domésticas e hospitalares, bem como manifestar sentimentos regressivos, de raiva, alegria, prazer, hostilidade e ter a oportunidade de expressar-se livremente.

Ainda que a literatura aconselhe a utilização de bonecos representando os profissionais de saúde, com vestuário característico, não pensei, inicialmente, na possibilidade de fornecê-los durante as sessões de BT, pois, o mais importante não é a disponibilidade de todo esse material, já que a criança se utiliza da imaginação e do simbolismo no brincar. Os brinquedos não são terapêuticos, e sim a brincadeira propriamente dita e a condução da sessão de forma não diretiva<sup>37</sup>.

Ciente da não disponibilidade desses brinquedos, tive o cuidado de perceber as manifestações apresentadas pelas crianças durante a brincadeira e observei que todas criaram situações imaginárias, inclusive dramatizando reações comumente apresentadas por profissionais de saúde no cuidado. Deste modo, é essencial que a criança perceba a presença de um adulto que a estimule a expressar seus sentimentos<sup>84</sup>.

Embora a literatura recomende a utilização de bonecos pouco expressivos representando a família<sup>44</sup>, os bonecos oferecidos esboçavam a expressão de alegria, pois, eles “sorriam”. Porém, sabendo deste fato, estive atenta as expressões das crianças e isto não prejudicou o momento da brincadeira, visto que, todas as crianças participantes expressaram seus sentimentos de forma livre e natural e não se recusaram a utilizá-los nas suas dramatizações.

Antes de cada sessão, os brinquedos eram higienizados com álcool a 70% e organizados na caixa plástica. Os bonecos representando a família foram lavados em um único momento, com água e sabão neutro. Os objetos perfurocortantes, tais como agulha e cateter agulhado, eram substituídos a cada sessão; outros materiais muito utilizados pelas crianças eram substituídos a cada duas ou três sessões, dependendo das condições da sua embalagem, como seringa, gaze, luva, ampola de soro fisiológico e máscara.

Para as sessões, eu me sentava sobre o tapete da sala com a criança e a caixa de brinquedos era oferecida, permitindo à criança que dispusesse os brinquedos da forma que melhor lhe conviesse. Durante as sessões, as falas das crianças foram gravadas em gravador digital e, posteriormente, transcritas na íntegra.

As sessões de BTB não foram filmadas, seguindo o preconizado pelo método fenomenológico, ou seja, o fenômeno a ser desvelado acontece no momento das manifestações dos participantes, e não posteriormente<sup>85-86</sup>.

Para manter o anonimato, escolhi nomes fictícios para as crianças participantes, seus acompanhantes e equipe da casa de apoio. Assim, pesquisei o significado dos nomes reais e identifiquei as gravações com os significados dos nomes e as datas das sessões.

O número de sessões realizadas com cada criança foi determinado pela sua presença na casa de apoio durante o tratamento até seu retorno ao domicílio e, ainda, pelo seu desejo em brincar. Optei por oferecer a brincadeira em dias alternados, de modo que a criança se sentisse estimulada a continuar expressando seus sentimentos, considerando as premissas do método fenomenológico, que compreende que a criança brinca novamente não 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<sup>35</sup>.

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-se a expressão das vivências dos participantes em relação à inquietação do pesquisador<sup>87-88</sup>. Assim, neste estudo, as sessões de BTB das cinco crianças mostraram-se suficientes para a compreensão do fenômeno investigado.

### 3.6. Procedimentos para análise das sessões de brinquedo terapêutico dramático

Apoiada pelo método fenomenológico, análise da estrutura do fenômeno situado, a leitura dos discursos focou a estrutura comum do fenômeno de maneira reduzida, ou seja, busquei identificar as partes essenciais das descrições para compreensão do brincar das crianças em tratamento oncológico.

Para a organização dos discursos, utilizei as recomendações de Giorgi<sup>85</sup> e de Martins e Bicudo<sup>69</sup>, que propõem:

- Leitura global do conteúdo das descrições, do início ao fim, sem interpretação do que está exposto, visando captar o sentido do todo, a fim de compreender a linguagem do sujeito;
- Releitura do texto, atentivamente, de modo a identificar as afirmações significativas (unidades de significados), focalizando o fenômeno pesquisado, isto é, a análise ideográfica;
- Diante dessas unidades de significados, buscar suas convergências (elementos comuns a vários discursos) e suas divergências (elementos peculiares a um ou poucos discursos). Aqui, o pesquisador atribui expressões próprias aos discursos ingênuos dos sujeitos, a fim de representar aquilo que se está buscando;
- Após a obtenção das unidades, busca-se apreender os significados nelas contidos, transformando-as em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno. A síntese das unidades de significados transformadas em uma proposição referente às experiências do sujeito é denominada de estrutura da experiência, isto é, análise nomotética.

O pesquisador deve reagrupar os constitutivos relevantes para chegar à análise da estrutura do fenômeno, e todas as unidades de significados transformadas devem ser consideradas<sup>86</sup>.

Na figura 2, estão representadas a trajetória metodológica adotada neste estudo.

Figura 2 – Esquema representativo da trajetória metodológica. Campinas, 2014





#### 4. Compreendendo o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático



*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.*

*Marthin Luther King*

##### 4.1. Mergulhando no mundo da doença e do tratamento oncológico

Estabelecer vínculo desde o início da brincadeira é o princípio da compreensão do brincar da criança com câncer em idade pré-escolar. Embora as sessões de BT não exijam um local específico para sua realização, a literatura apresenta algumas recomendações, como por exemplo, a importância de um lugar tranquilo ou livre de interferências externas<sup>29,37,89</sup>.

As crianças foram convidadas para brincar numa sala reservada da instituição, local conhecido por elas, mas não frequentado, pois é o espaço onde ocorrem os encontros entre os membros da equipe técnica e de voluntários.

Ainda que não existisse um forte vínculo anterior com as crianças, pois a ambientação foi realizada primariamente com a instituição de apoio, esse se deu de forma natural, com elas me acompanhando até a sala de reuniões mesmo na ausência dos seus responsáveis.

O estabelecimento do vínculo com a criança é uma das quatro etapas da sessão de BT, que se inicia quando o enfermeiro ou outro profissional que desenvolva essa técnica conhece a criança e a convida para brincar<sup>89</sup>.

Neste estudo, as crianças demonstraram tranquilidade e sentiram-se à vontade na minha presença, evidenciando o início de uma relação entre nós, inclusive quando era formulada a questão norteadora, elas respondiam prontamente.

Pesquisadora (P): *Vamos brincar de uma criança que tem câncer?*

Criança (C): *Vamos. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

P: *Vamos brincar de uma criança que tem câncer?*

C: *Câncer? [pausa] Vou brincar com o dinossauro, olha a cara do Cebolinha! [risos] (Pequeno, 6 anos, 1ª sessão de BT)*

P: *Vamos brincar de uma criança que tem câncer?*

C: *Eu vô fazê dodói! Fazê dodói no bebê. (Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

No percurso deste trabalho, todas as crianças aceitaram brincar quando convidadas, sempre na primeira sessão, o que reforça que o brincar é inerente à infância<sup>38,89</sup>. A literatura destaca que o brinquedo estreita a relação entre a enfermeira que brinca e a criança, já que esta se sente tranquila, segura e à vontade para expor suas dúvidas. O estabelecimento do vínculo é tão significativo que ultrapassa as barreiras do hospital, pois mesmo após a alta, a enfermeira é lembrada e procurada<sup>6,55,79</sup>.

A questão norteadora coloca em pauta a doença – o câncer. Muitas vezes, acreditamos que as crianças não compreendem diversos assuntos, inclusive as doenças que as acometem. Contudo, os discursos das crianças revelam que, embora elas não compreendam o câncer do mesmo modo que os adultos, elas o fazem, relacionando-o com particularidades do tratamento oncológico.

P: *Vamos brincar de uma criança que tem câncer?*

C: *Vamos. E cadê o soro? Esse aqui é o soro? (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Tia, vamo fazê dodói de novo? Vamo saí mais sangue? (Estrela, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Tia! Vamô fazê dodói bebê? Vamo fazê esse, vamô? Não dói aqui isso! (Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

Ficou perceptível nas primeiras sessões de BT que as crianças se sentiam à vontade em relação aos objetos hospitalares contidos na caixa e expressavam sua compreensão em relação à doença. Embora pequenas e com limitado recurso de linguagem, elas utilizaram-se dos brinquedos e demonstraram sua percepção diante do cotidiano vivido.

A literatura aponta que crianças com câncer têm muito a dizer sobre seus sentimentos em relação ao novo cotidiano, mas nem sempre conseguem expressar de modo que os pais e a equipe de saúde entendam<sup>89</sup>. Dessa forma, considerando as crianças com câncer deste estudo e a faixa etária em que se encontravam, o BT se mostrou eficaz como recurso de linguagem, para expressar os sentimentos e compreensões das crianças.

Além do novo modo de brincar que traz a doença e o tratamento oncológico, logo no início da brincadeira, a criança manifesta sua concepção sobre um espaço externo à casa de apoio, reconhecendo o hospital como um ambiente de tratamento.

*C: Foi lá no hospital.*

*P: E onde é o hospital?*

*C: É aquele, aquele grandão que pega veia toda hora! Então aquele. (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

*P: O que que ela está fazendo?*

*C: Tomando soro! No hospital é assim, né tia? (Pequeno, 6 anos, 1ª sessão de BT)*

Os discursos de Fada e Pequeno demonstram familiaridade com o hospital, mencionando os nomes dos procedimentos terapêuticos e, inclusive, que neste ambiente existe exposição a situações estressantes, que podem significar uma possibilidade de agressão ao mundo mágico infantil.

O hospital, para as crianças, é visto como um ambiente diferente de seu meio natural, responsável pelo rompimento de sua convivência diária e das relações físicas com sua família e amigos<sup>28-32</sup>. Mais que o rompimento com os entes queridos, a rotina hospitalar impõe diversas modificações no que diz respeito a alimentação, sono, atividades, dentre outras<sup>79</sup>.

Um estudo com crianças hospitalizadas, entre cinco e nove anos, evidenciou que as crianças veem o hospital como um local agressivo, permeado por uma série de efeitos indesejáveis, os quais geram demandas físicas e psicológicas para a adaptação

ao tratamento como separação dos membros da família, angústia e pouca compreensão acerca da doença<sup>91</sup>.

Em uma das sessões de BT, Sol fala do contexto hospitalar também como um ambiente de trabalho dos profissionais envolvidos com o tratamento oncológico.

P: *Onde você trabalha?*

C: *Eu trabalho aqui ó.*

P: *Mas você trabalha onde, numa casa?*

C: *Aqui ó no hospital.*

P: *Ah! No hospital. E você é o que aqui?*

C: *Eu sou médica. (Sol, 4 anos, 2ª sessão de BT)*

No brincar de Sol, o médico emerge como um profissional inserido no contexto do adoecimento e, dessa forma, ela se imagina fazendo parte da equipe médica. A situação imaginária permite à criança dramatizar diferentes papéis, sendo esta representação como uma ponte entre o mundo real, o mundo vivido e o mundo imaginário<sup>32,55-56,62</sup>.

A dramatização de papéis, ou seja, a terceira etapa da sessão de BT, possibilita a reelaboração de conflitos e aflições vivenciados pela criança, a fim de estimulá-la a readquirir autoconfiança diante das adversidades do dia a dia<sup>40,89</sup>.

Um estudo realizado com crianças pré-escolares ressalta que a dramatização de uma situação de estresse é imprescindível à criança, pois pode colaborar na interiorização de uma situação difícil e no fortalecimento do enfrentamento<sup>62</sup>.

Outros estudos também evidenciaram a importância da dramatização de situações conflitantes já vivenciadas a fim de favorecer à criança a expressão de seus sentimentos, promovendo a catarse e o bem-estar<sup>28,79</sup> e, ainda, como uma estratégia para ampliar a capacidade da criança em se relacionar com a realidade, sendo esta uma forma positiva de enfrentamento da situação traumática<sup>32,55,57,62</sup>. Em meio ao universo do adoecer, que se faz presente no cotidiano da criança com câncer, a todo instante ela percorre um caminho em busca de adaptação e compreensão deste momento. Dessa forma, ela tenta superar o estresse e a ansiedade gerados pelo tratamento, tendo domínio na dramatização dos procedimentos terapêuticos.

Durante a brincadeira, Estrela reconhece os materiais hospitalares comumente utilizados na terapêutica e, ainda, de certo modo, os relaciona a procedimentos do tratamento oncológico.

C: *Achei esse.*  
P: *O que que é esse daí?*  
C: *É seínga [seringa]. (Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

C: *Acheí!* [Estrela encontra a agulha]  
P: *O que que é esse daí?*  
C: *Fazê dodói. (Estrela, 3 anos, 9ª sessão de BT)*

Ao adentrar o ambiente de tratamento, a criança com câncer vivencia a doença como parte do seu cotidiano. Dentre todos os participantes, Estrela foi a criança mais jovem, ainda lhe faltava habilidade verbal, e o seu tratamento era o mais agressivo.

Porém, em todas as sessões de BT, Estrela demonstrou grande destreza manual ao utilizar os objetos hospitalares, sorrindo com frequência ao conseguir realizar os procedimentos, além de sempre os relacionar com algum momento específico já vivenciado na sua jornada pela cura.

O tratamento oncológico impõe muitos procedimentos e, com o passar do tempo, a criança reconhece as diversas etapas da terapêutica. Este conhecimento faz com que a criança aprenda e, inclusive, pronuncie os nomes dos materiais hospitalares e como são utilizados<sup>21,32</sup>.

Durante as sessões de BT, foi possível observar que as crianças se sentem familiarizadas com os vários procedimentos, como observado nos discursos de Sol, Luz e Estrela:

C: *Eu!...[pausa] eu ponhei o carteto [cateter], eu não tenho veia mais.*  
P: *E cadê as suas veias?*  
C: *Estorô [estourou] tudo!*  
P: *E agora?*  
C: *Eu pus carteto! (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Aquí num tem tala pra colocá?*  
P: *Tala, por que tem que por tala?*  
C: *Porque sim. [pausa] Tem que tirá o ar daí. Mais tem muito ar aí!* [Luz relata que precisa tirar o ar do equipo de soro] **(Luz, 4 anos, 2ª sessão de BT)**

C: *Cadê aquele negócio?*  
P: *Qual?*

C: *A masca [máscara] pra você por.*  
P: *Por que?*  
C: *Porque você vai pegá veia e tem que por.*  
P: *Eu vou pegar veia de quem?*  
C: *Eu vô pegá tua veia! Amarre aqui! (Sol, 4 anos, 2ª sessão de BT)*

C: *Tirar xixí!* [Refere-se à sonda vesical de alívio]  
P: *Você vai fazer o que com isso daí?*  
C: *Tirar xixí* [risos]. *Sonda eu achei!* (Estrela, 3 anos, 5ª sessão de BT)

O conhecimento dos materiais e procedimentos passa a compor o cotidiano da criança, revelando que agora este é o mundo que ela habita. A literatura apresenta que a criança submetida a procedimentos invasivos tende a enfrentar melhor o período de tratamento quando já conhece os materiais e equipamentos utilizados na sua terapêutica, bem como, quando manipulam o mesmo<sup>55-56</sup>.

Estudos que utilizaram o BT no atendimento à criança enferma mostram que os brinquedos mais utilizados por elas são aqueles relacionados à hospitalização, sendo que as dramatizações de situações traumáticas se mostram frequentes e intensas<sup>32,56,92</sup>.

As vivências relacionadas aos procedimentos hospitalares emergiram em todas as sessões de BT, remetendo à compreensão da criança frente ao momento atual em que vive. Alguns desses procedimentos eram muito detalhados, tais como: amarrar o garrote no braço da boneca para a dramatização da coleta de sangue, movimentar os frascos de coleta para não coagular o sangue, explicar para a boneca procedimentos como a instalação de soro ou quimioterapia, passagem de cateter vesical, dentre outros.

C: *Vai ter que pegar outra veia, essa daí estourou. Vem cá tia fica aqui ó. Deixa eu ver se acho aqui* [Sol coloca o garrote no meu braço e procura a veia com o dedo indicador].  
C: *Achei uma veia aqui ó. Deixa eu ver se não vai estourar. (Sol, 4 anos, 5ª sessão de BT)*

C: *Ponto* [pronto]. *Tchí tchí tchí ó o xixí tem monte!* [Estrela dramatiza a passagem de sonda na boneca, abre o frasco de coleta de urina e deixa extremidade da sonda dentro do frasco, simulando a coleta do exame].

P: *Tem um monte de xixi que você conseguiu coletar?*

C: *Num dói, isso. Ponto [pronto] tia saiu. Ponto saiu. Assim num dói bebê, isso! Quanto!* – [Estrela retira a sonda de alívio da boneca e fecha o frasco de coleta de urina mostrando que o exame acabou].

P: *Quanto xixi!*

C: *É tanto xixi! Acabou lixo, acabou eh!* [Bate palmas, sorri e joga a sonda de alívio no lixo]. **(Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)**

C: *Cuidado. Olha!*

P: *O que que é esse daí?*

C: *Remédio. Você vai tomar químio. Químio de 6 horas.*

P: *E para o que é essa químio?*

C: *Não sei, a doutora falou. Sabia que tem que por mais químio? É muita químio. É tanta químio. [pausa] Vou deixar você descansar tia, aí depois eu pego a tua veia. Deixa eu escreve tia, no seu caderno. Pronto, bastante químio. [Sol dramatiza prescrever quimioterapia no diário de campo]* **(Sol, 4 anos, 5ª sessão de BT)**

Dentre todos os participantes, Sol era quem mantinha o comportamento mais dominante durante as sessões de BT. Ela tinha um vocabulário bem desenvolvido e a habilidade motora fina fortemente aguçada, que a fazia se sentir confiante, na posição de dominadora da situação durante a brincadeira.

Também foi possível apreender que as crianças estavam sempre atentas, envolvidas e tinham uma participação ativa e, na maioria das vezes, dramatizavam e verbalizavam procedimentos hospitalares.

Uma pesquisa desenvolvida com crianças pré-escolares apresentou resultados muito semelhantes ao presente estudo, no que se refere à predominância de dramatizações de situações hospitalares, com demonstração de interesse, satisfação e alegria pela brincadeira, além da repetição dos procedimentos dolorosos<sup>93</sup>.

Outro estudo, com a participação de crianças pré-escolares hospitalizadas, evidenciou, por meio do BT, que a quantidade elevada de dramatizações de procedimentos confirma o quanto a vivência de estar hospitalizada leva a criança a perceber-se pequena diante das circunstâncias que não se pode controlar, pois quando

foi possível crescer e dominar a situação, por intermédio da brincadeira, a criança assim o fez<sup>32</sup>.

Durante a brincadeira, Sol dramatiza detalhadamente as etapas do processo terapêutico, a qual a boneca deverá se submeter, sendo necessária a realização de exames diagnósticos para avaliação médica e a infusão de medicamentos, seguida da alta hospitalar.

*C: Você vai ter pontinha tá [hemograma]. Vai ter pontinha, vai ter líquido, pontinha, veia e passar na consulta.*

*P: O que é pontinha?*

*C: Picar rapidinho o dedo.*

*P: Ah! Fazer uma picadinha no dedo! Entendi.*

*C: Aí vai ter outro líquido. Aí você vai fazer, líquido, pontinha, veia, passar na consulta e daí você vai embora. Aí você tem que tomar esse soro rapidinho, pra você ir embora. Cê vai fazer essas coisa tudinho pra você ir embora. (Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)*

O discurso de Sol percorre o caminho da terapêutica cotidiana: a chegada ao hospital, coleta de exames, avaliação médica e o retorno para casa. Fica claro que sua brincadeira está voltada para o mundo do tratamento oncológico que ela vivencia.

Um estudo desenvolvido com o BT no preparo da criança pré-escolar para a cirurgia cardíaca revelou que as crianças criam inúmeras situações de brincadeira relacionadas principalmente às suas experiências hospitalares, demonstrando muita habilidade no manuseio dos objetos, além de melhor assimilação da sua condição, de acordo com seu nível de desenvolvimento<sup>93</sup>.

Durante a brincadeira, Pequeno dramatiza a situação imaginária de realizar uma cirurgia na boneca com um serrote de brinquedo. Após a dramatização ele expõe um olhar mais leve e tranquilo, inclusive sorrindo ao concluir a brincadeira.

*C: Será que dá pra fazer cirurgia com serrote na menina?*

*P: Vamos tentar!*

*C: Estou fazendo cirurgia na menina. - [Pequeno dramatiza cortar a barriga da boneca com o serrote de brinquedo].*

P: *Cirurgia do que você vai fazer?*

C: *Não sei.*

P: *E aí? Como que ela está?*

C: *Tá bem.* [Pequeno sorri ao término da dramatização]  
**(Pequeno, 6 anos, 3ª sessão de BT)**

A mãe de Pequeno relatou, no dia seguinte à sessão de BT, que o filho passaria, nos próximos dias, por uma cirurgia abdominal para retirada de tumor. Segundo a mãe, Pequeno já realizou outras cirurgias e, portanto, naqueles dias que antecediam o procedimento cirúrgico, ele estava apreensivo e angustiado, inclusive, não aceitando brincar com seus brinquedos pessoais.

Ela agradeceu pela brincadeira realizada, informando que o filho permaneceu mais calmo e tranquilo após a sessão de BT, voltando a brincar com seus brinquedos e, em especial, naquela noite, Pequeno dormiu sem a ajuda de um medicamento indutor do sono.

Corroborando com outros estudos, compreendo a função catártica do BT no alívio da ansiedade e estresse gerados pela situação de doença e, ainda, pela oportunidade de a criança entender sua real situação, ao ter a oportunidade de perceber, por intermédio do brinquedo, um procedimento específico a que será submetida<sup>6,33,55,89</sup>.

Assim, fica nítida a capacidade que o brinquedo tem de possibilitar à criança refletir sobre as situações vivenciadas e, mais que isso, dramatizar momentos significativos para ela. Quanto mais a criança repete um evento significativo para ela, o alívio de suas tensões é alcançado, e conseqüentemente sua ansiedade é reduzida. Isto é a catarse<sup>44,89</sup>.

Na brincadeira de Sol e Luz, os procedimentos de punção venosa e administração de medicamentos endovenosos são muito presentes em suas dramatizações e, a todo instante, elas insistiam em realizá-los.

C: *Deixa eu vê se eu acho uma veíinha né. Se eu não achar, eu tô perdida! Fecha a mão. Peraí, abra a mão primeiro, pra eu amarrar aqui. Tá bom.* **(Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)**

C: *Ficou supimpa. Tá acabando.*

P: *O soro está acabando?*

C: *Eu vou por outro soro.* **(Luz, 4 anos, 2ª sessão de BT)**

Uma pesquisa realizada com crianças que passaram por evento cirúrgico evidenciou que na brincadeira, houve o predomínio de procedimentos hospitalares. O estudo destaca a punção venosa, a administração de medicamentos endovenosos, a ausculta cardíaca, a verificação de pressão arterial e temperatura corporal, procedimentos estes muito realizados pela equipe de enfermagem no pós-operatório, demonstrando a angústia e tensão pelo desconhecido<sup>93</sup>.

Em sessões de BT instrucional, com crianças pré-escolares, verificou-se que as crianças se sentiram mais relaxadas após a manipulação do objeto “agulha” na dramatização da punção venosa na boneca e, ainda, se percebeu o resgate do controle da situação durante a brincadeira, pois elas passaram do comportamento passivo para o dominador, assumindo serem “donas da situação”, com liberdade para se expressarem<sup>94</sup>.

Ao repetir no brinquedo todas as situações geradoras de estresse, elas passam a ter domínio sobre os objetos externos a seu alcance e compensam as pressões que sofrem no dia a dia do tratamento<sup>29,32</sup>.

Não obstante, algumas vezes essas repetições sugeriam o relaxamento da criança, com a retomada do controle dessas situações e com o domínio de algum objeto em específico, sendo que as crianças sentiam-se mais calmas e felizes quando conseguiam realizar, no brinquedo, determinado procedimento.

C: *Isso, achei. Tala!* [Estrela pega uma faca de brinquedo e dramatiza fazer uma tala para fixar o acesso venoso no braço da boneca].

P: *O que que é isso?*

C: *Tala. É tala. É perde veia. Ponto* [pronto]. *É isso, isso!* [Estrela bate palmas e sorri após fixar a tala e conectar o equipo de soro ao acesso venoso da boneca].

**(Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)**

C: *Achei! Tudo bem?* [Fada dramatiza auscultar meu coração com o estetoscópio de brinquedo] *Tudo bem?*

P: *Tudo bem aí? O que você está ouvindo?*

C: *Nada não. Seu coração tá bem. Tia agora eu vou ti furá.* [Ela sorri e pega a seringa]

**(Fada, 3 anos, 2ª sessão de BT)**

Um estudo com o objetivo de preparar crianças com idade entre sete e 12 anos para o procedimento cirúrgico, evidenciou que, após a visita pré-operatória em sala

cirúrgica e a demonstração do procedimento de indução anestésica na boneca, as crianças passaram a compreender melhor o procedimento, sentindo-se mais tranquilas ao manipular, por diversas vezes, os materiais que seriam utilizados<sup>95</sup>.

Além disso, a autoconfiança e a autonomia que a criança pode desenvolver, aliada à possibilidade de manipular, conhecer e dominar o material real utilizado no tratamento, são fatores importantes para auxiliá-la a superar a ansiedade e a angústia relativas aos procedimentos, bem como para compreenderem as novas situações a que serão submetidas<sup>62</sup>.

Neste estudo, durante as sessões, as crianças demonstravam uma necessidade real de extravasar a ansiedade ao representar certo procedimento, como é o caso da punção venosa, que lhes causa dor e sofrimento. Elas tornavam-se mais impulsivas e, por vezes, até entusiasmadas, sendo que a necessidade de “furar” com a agulha repetidas vezes a boneca era expressa nos discursos:

*C: Agora o peçoço [pescoço]. Aqui, vou tirá de baixo.*

*P: É o que ele tem no pescoço?*

*C: Sangue! Tirei sangue. Vou tirá do pé dele. O pezinho dele tá doendo, vou tirá do otro! Esse sangue do pé dele. Segure aqui tia, segure aqui. Vai ficá boa. Furei o home [homem]. É muito bem. Fura o otro de novo, ele vai tirá sangue do otro braço. Muito bem, muito bem! Muito bem, muito bem! Tirei, tá saindo sangue! (Fada, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

*C: Não tira, eu não disse, é pra tomá injeção. Cadê a gúia [agulha], pra ti furá? – [Fada dramatiza a técnica da punção venosa repetidas vezes]. Tia eu vô furá você com esse daqui! [refere ao scalp] Vai tomá vacina. Tia ó. Tá tomando injeção. Tomou injeção tia.*

*P: É por que que ela está tomando injeção?*

*C: Porque ela tá tomando. Tia ela tá tomando sangue, ó sangue e remédio. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Agora vai tê injeção no bumbum, injeção no bumbum. Toma injeção no bumbum.* [Sol realiza repetidas vezes a dramatização do procedimento].

P: *Aí! Para que é essa injeção?*

C: *Injeção, pra febre!* (Sol, 4 anos, 3ª sessão de BT)

Dentre todos os participantes, Fada foi a criança que apresentou um desejo muito forte em realizar os procedimentos que envolviam o objeto “agulha”. Em conversa com a mãe da criança, esta relatou que no primeiro ciclo de indução do tratamento, Fada apresentou inúmeros efeitos colaterais necessitando de um período longo de internação hospitalar, com a necessidade de realização de muitos procedimentos invasivos, sendo a punção venosa realizada diariamente.

Para alguns teóricos, a criança usa dessas incessantes dramatizações para se adaptar às limitações impostas pela doença, a fim de se fortalecer para enfrentar e dominar esta nova realidade, o que contribui para que ela compreenda a situação e readquira o autocontrole<sup>49-50,96</sup>.

Dessa forma, ao substituir o fato real pela brincadeira, a criança transgride ao objeto, os sofrimentos de que foi vítima, vingando-se, uma vez que não pode fazê-lo em relação à pessoa que realmente lhe causou o sofrimento<sup>49</sup>. Vale lembrar que o desejo da criança em representar situações conflitantes vem ao encontro da necessidade dela em expressar seus sentimentos<sup>79</sup>.

Foram inúmeros os discursos nos quais as crianças relembrou as etapas da terapêutica na brincadeira.

C: *Ó tia deixa aqui, ela tá tomando soro. Ela tá dodói.*

P: *E o que que ela tem?*

C: *Tá dodói ó!* (Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)

P: *E o que é isso que ele está tomando?*

C: *Soro!*

P: *E por que que ele está tomando soro?*

C: *Porque sim. Ele vai ficá com soro. Ele vai ficá com a veia.* (Luz, 4 anos, 2º sessão de BT)

P: *O que o bebê está tomando aí nessa veia?*

C: *Onibiótico* [antibiótico].

P: *Antibiótico, ah entendi. E por que que ele está tomando antibiótico?*

C: *Tá doente. (Luz, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Acabou de fazê dodói viu. Ó tá febre. Tá febre. [Estrela coloca o termômetro embaixo do braço da boneca, dramatizando verificar a temperatura]*

P: *E agora que o bebê está com febre?*

C: *Toma remédio. Passo a febre. Ponto [pronto] passô. Num vai fazê dodói mais. Depois fazê dodói é amanhã. Ó tia, depois de amanhã.*

P: *Amanhã ele vai fazer dodói?*

C: *Depois de amanhã. Agora acabou aqui. Vamo brincar mais um pouquinho? Dodói de novo é depois de amanhã. Pode tirar soro. Amanhã põe veia de novo. (Estrela, 3 anos, 6ª sessão de BT)*

Paulatinamente, a criança revela o significado de existir convivendo com a doença e, nesse caminhar ela passa a conhecer e repete na brincadeira todos os acontecimentos advindos do tratamento. Nesse sentido, Piaget argumenta que a repetição constante de uma situação difícil e conflitante, na brincadeira, não tem o sentido de preservar a ansiedade da criança, mas sim de torná-la suportável pela assimilação<sup>50</sup>.

Durante as sessões de BTD foi possível observar que, além do domínio e do envolvimento das crianças na brincadeira, elas expressavam naturalmente o mundo do cuidado.

P: *Para que que é esse sangue?*

C: *Tira sangue da boneca. Porque ela tá fazendo xame [exame].*

P: *Exame, muito bem!*

C: *Ó vai tomá remédio. Ela tomou. É remédio.*

P: *Por que que ela está bebendo remédio?*

C: *Porque ela tá doente.*

P: *E o que ela tem?*

C: *Tá com dor de garganta. (Fada, 3 anos, 7ª sessão de BT)*

C: *Agora ocê vai tomá soro!*

P: *Agora que colheu sangue, eu vou tomar soro?*

C: *Vai, esse é remedinho.*

P: *Hum! E para que que é esse remédio?*

C: *Esse remédio é pra dor. [pausa] Esse é pra dor tá, pra sarar. Não mexe tá. Hoje, a veinha tá boa. (Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)*

C: *Tá doendo a barriga?*

P: *Ah não sei. O que eu tenho que fazer quando está doendo a barriga?*

C: *Pra pará de doer. Remédio! É roxo.*

P: *Que cor que é o remédio para parar de doer?*

C: *Roxo! Azul é pra parar de vomitar. (Fada, 3 anos, 4ª sessão de BT)*

C: *Ó eu tenho um carteto – [Sol abaixa a parte superior da blusa para mostrar o local da inserção do cateter de port-cath].*

P: *Este aí é seu cateter, que legal!*

C: *Eu fui tera-fera [terça-feira] fazê remédio. (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Amanhã eu vou tomá soro.*

P: *Por que é que você vai tomar soro amanhã?*

C: *No hospital. Vai furá aqui ó. (Fada, 3 anos, 3ª sessão de BT)*

C: *Tia me dá teu braço! Eu vou te dá uma assim. [Fada simula aplicar injeção em mim].*

P: *Você vai fazer assim por quê?*

C: *Você tá com febre!*

P: *E quando a gente está com febre o que tem que fazer?*

C: *Injeção. Aqui, pronto. Não tá mais com febre. [Fada fica feliz e esboça um sorriso tímido] (Fada, 3 anos, 7ª sessão de BT)*

Uma pesquisa com crianças com câncer em tratamento ambulatorial revelou que após entrarem no mundo do tratamento oncológico, as crianças compreendem o câncer como uma doença grave, que demanda cuidados e procedimentos específicos, podendo trazer dor, incômodo, sofrimento e ansiedade<sup>79</sup>.

Para a criança, o ingresso no mundo da doença e do tratamento oncológico passa a ser sinônimo de angústia, ansiedade e sofrimento. Ela se vê rodeada por objetos e

procedimentos que agora fazem parte da sua vida e assim, vivem constantemente, tendo medo do tratamento.

Nesse ambiente angustiante, a criança compartilha a doença e os procedimentos terapêuticos. É uma atmosfera permeada pelo medo e insegurança. Ademais, os sentimentos das crianças passam a ser revelados na relação do corpo marcado pela profunda dor física e emocional derivada do doloroso processo terapêutico.

Embora esse processo terapêutico possibilite, por vezes, a cura, não dispensa a necessidade das punções de diversos tipos – venosa, arterial, líquórica, dentre outras, que são procedimentos invasivos e dolorosos, difíceis de serem tolerados pelo pré-escolar, que os percebem como algo mutilador para o seu corpo. Vale ressaltar que o procedimento de punção venosa para a coleta de exames ou administração de quimioterápicos é um dos procedimentos mais realizados durante o tratamento, gerando grande medo e estresse para a criança<sup>55-56</sup>.

Durante as dramatizações de procedimentos hospitalares nas sessões de BT, evidenciou-se que o medo é um dos sentimentos que mais dominam as crianças, sendo a agulha o instrumento mais temido.

*P: O que é que tem a agulha?*

*C: Eu tenho medo.*

*P: Por que você tem medo?*

*C: Porque não pode me furar.*

*P: E por que não pode te furar?*

*C: Porque não. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

*P: O que que é esse daqui?*

*C: Remédio. Segura aí. Tem que pegá a agulha. Tia tem que procurá a agulha. Pega pro meu favor? Bota a agulha aqui. Bota, bota.*

*P: Pode colocar?*

*C: Eu não vou colocá. Eu tenho medo de agulha. Coloca aqui, coloca. [Fada pede para que a dramatização da punção venosa seja realizada na boneca]. (Fada, 3 anos, 4ª sessão de BT)*

*C: Tem mais coisa de injeção não tem? E tem essa agulha aqui de carteto [cateter]. Ó eu não brinco com isso não aí, cruz credo, eu tenho medo! (Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)*

Outros estudos também enfatizam que o medo da criança em sentir dor, especialmente relacionado à picada de agulhas, tornam a vivência mais difícil e assustadora<sup>28,32,56,92-93</sup>. Destacam ainda que, além da afecção física, a criança pode apresentar sintomas psicológicos em virtude dos procedimentos intrusivos, o que pode torná-la mais vulnerável emocionalmente<sup>32</sup>.

Um estudo com crianças e adolescentes hospitalizados, entre sete e 14 anos, verificou que o medo exacerbado de sentir dor durante os procedimentos que usavam agulhas acometeu todos os participantes, sendo esta experiência vivenciada com muito estresse, preocupação e sofrimento<sup>97</sup>.

Outro estudo com crianças em tratamento para asma, mensurou, por meio de dispositivos de modulação da dor, que após a exposição da criança à vacinação com agulhas, estas manifestaram além da angústia e do medo do procedimento, sintomas fisiológicos como aumento da frequência cardíaca e respiratória, transpiração excessiva, choro e luta durante a realização da vacina<sup>98</sup>.

Provavelmente por isso, no início das sessões de BT, as crianças demonstraram, além do medo, uma rejeição pelo objeto “agulha”, porém, aos poucos esse receio durante a brincadeira foi sendo dissipado, cedendo espaço para a habilidade no manuseio do objeto e a necessidade de usá-lo durante a dramatização. Algumas vezes, as crianças chegaram a ferir o dedo com a agulha, mas mesmo assim continuaram brincando:

[Estrela fura o dedo com a agulha durante a brincadeira. Abre o frasco de coleta de sangue na tentativa de coletar uma gota de sangue].

C: *Furei esse dedinho. Ó saiu sangue [...] Ativo, ativo [curativo] – [Estrela pede para que se faça curativo no dedo]. Tá vai pingar, vai pingar aqui ó tia, ó saiu um monte de sangue. Essa mão não tá dóói, só a outra que tá. Tia, sarou, ó sarou. Ponto [pronto]. (Estrela, 3ª sessão de BT)*

Ao revisitar a literatura, observamos que este medo inicial do objeto agulha é muito comum em crianças submetidas a procedimentos terapêuticos, porém, após a manipulação do objeto em sessões de BT, o medo vai se dissolvendo, e a criança passa a dramatizar situações que até então, lhe eram angustiantes<sup>32</sup>.

Em sessões de BT, as crianças que inicialmente demonstraram medo por agulhas passaram a manuseá-las cuidadosamente, dramatizando situações imaginárias com delicadeza. Assim, aos poucos, como ocorreu em outros estudos, acabaram por dominar o manuseio do objeto, inclusive utilizando-o em representações simbólicas posteriores<sup>55,92</sup> e no seu autocuidado, para o tratamento de diabetes mellitus na infância<sup>60</sup>.

A habilidade foi demonstrada naturalmente, ao longo das sessões de BT, e o desejo em “domar” o objeto que lhes causa tanta dor e sofrimento foi sendo alcançado. Após a incessante dramatização da punção venosa, a criança se fortalece e transforma esta experiência negativa em positiva, por meio da expressão dos seus sentimentos.

Contudo, considerando a idade das crianças participantes deste estudo e, portanto, que ainda não dispõem de habilidade verbal, escolaridade e maturidade para a compreensão acerca da realidade que as circundam, nota-se, nos discursos, que apesar de as crianças sentirem-se confortáveis na brincadeira com objetos hospitalares, elas relatam sentir medo da mãe enquanto manipulam as agulhas.

*C: Furei a boca dele!*

*P: Você furou a boca dele?*

*C: Fala baixo, minha mãe tá ali.*

*P: Por que tem que falar baixo?*

*C: Por causa da agulha. (Fada, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

*C: Num doeu, não dói. Ó tia, sangue! Está saindo sangue, tem que apertar. Aperta aqui ó. Está saindo, ponto limpei. Ó sangue saindo! [Estrela se fere com a agulha]. Minha mãe briga se sai sangue. (Estrela, 3 anos, 8ª sessão de BT)*

Embora a criança conte com o apoio da mãe durante o tratamento, muitas vezes, ela teme que a mãe fique preocupada ao vê-la brincando e manuseando agulhas, e ainda, que ela se machuque com estes objetos.

Tal fato pode decorrer porque durante o tratamento do câncer, a criança é impedida de brincar com jogos e brincadeiras que possam causar ferimentos e contusões, devido ao risco de sangramento, geralmente ocorrido pela plaquetopenia, comumente apresentada nos exames laboratoriais.

Assim, a criança é orientada pelos profissionais e principalmente pela mãe a evitar certas brincadeiras que possam causar lesões físicas, pelo risco de provocar hematomas e sangramento, já que a quimioterapia torna difícil a produção de plaquetas pela medula óssea, podendo levar a internações com a necessidade de transfusão sanguínea. Dessa forma, a criança carrega consigo este estigma do tratamento oncológico, que passa a delinear sua vida e também suas brincadeiras.

Um estudo com crianças em idade pré-escolar revelou que as crianças sentem-se amedrontadas com algumas reações demonstradas por suas mães durante o cuidado com seus filhos no hospital. Muitas vezes, as crianças relutam em realizar determinado movimento, quando mantidas em repouso, temendo ver a mãe preocupada e assustada ao perceber que este movimento possa retirar o dreno torácico do local adequado<sup>32</sup>.

Ainda durante a brincadeira, a criança expressa algum ressentimento por meio de suas memórias, inclusive, por saber que a mãe pode sentir-se incomodada ao vê-la manipulando aquele objeto, que, até o momento, só era usado por profissionais no restabelecimento da sua saúde.

A literatura mostra que as crianças em tratamento oncológico buscam na mãe a segurança, a proteção e a aprovação para as ações que realizam na brincadeira, sendo que a presença dela representa tranquilidade, carinho, apoio e conforto em resposta às necessidades do filho. É, portanto, uma forma de ajudá-lo no enfrentamento da situação, fazendo que ele se sinta menos desprotegido<sup>55</sup>.

Ao dramatizarem situações dolorosas, as crianças verbalizavam algumas frases utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde para obter a cooperação da criança para o sucesso do procedimento. Ao representarem a técnica da punção venosa nas sessões de BT, as crianças pediam a boneca ou a pesquisadora para que se comportassem passivamente durante o procedimento.

*C: Eh! Eu vô fazê dodói aqui. Tetinho [quietinho] não pode mexê, tá bom?* [Estrela dramatiza a técnica da punção venosa na boneca] **(Estrela, 3 anos, 5ª sessão de BT)**

*C: Fecha a mão. Faz assim ó. Fica quieta, não se mexe, pega agulha e pega de novo, daí você não vai embora! Faz assim ó* [Sol pede para abrir e fechar a mão]. *Vai ter que segurar você.*

*P: Vai ter que me segurar? Por que?*

C: *Porque que você mexe uai, o que eu posso fazê. Todo mundo tá aqui segurando você pra não mexer.*

P: *Todo mundo está aqui me segurando?*

C: *A perna, o braço e a cara [pausa]. Não estourou, não mexe, relaxe. Relaxe, não mexe! Agora você não puxa. Vou por um remedinho na veia. Ó não mexe, não mexe! (Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)*

C: *Vai ser na perna dela mesmo. Abre o soro aí pra mim? Coloca aqui. Não tá indo, não tá indo, é o ar? Fica quieta, não é pra mexê! [Luz pede para a boneca ficar quieta enquanto dramatiza a técnica da punção venosa] (Luz, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Agora eu vô tirá essa veia e vou por o caterto [cateter]. Vou por o carteto tá. Não vai dóê nada. Vou ponhá o soro no teu carteto tá? [Sol dramatiza a técnica da punção do cateter de port-cath] Não é melhor pegá veia?*

P: *Não sei! O que você acha melhor?*

C: *O caterto. Vai dóer. Fica quieta, não mexe. Oia [olha] o sangue. Aperta a borboleta, aperta, aperta. (Sol, 4 anos, 3ª sessão de BT)*

C: *Vamos tirar a blusa, vamos tirar. Fazer cateto [cateter], vamos fazer cateto. É limpa bem, limpa muito forte! Bebê não chora, bebê não chora tia, o bebê não chora. O bumbum não, o bumbum tá doendo. Não dói bebê. Quietinho, faz! Isso faz. Ela tá mexendo! [Estrela segura forte a boneca para dramatizar a punção]. Ela tá mexendo. Não chora bebê, você não chora. Não mexe, não mexe. Eu vou segurar você pra você não mexê! Bebê fica quietinho. Eu vou por a roupa no bebê. O bebê chora pra por roupa. Acabou bebê, não chora bebê. (Estrela, 3 anos, 9ª sessão de BT)*

Durante as dramatizações de situações imaginárias, as crianças “imitavam” o profissional de saúde, manifestando algumas reações particulares já experienciadas por elas. Uma pesquisa revela que durante a sessão de BT instrucional, as crianças

participantes, também pediram a colaboração da boneca, dizendo que “ela não podia se mexer”, enquanto dramatizavam a técnica da punção venosa<sup>94</sup>.

Um estudo com crianças em idade pré-escolar, que teve como objetivo compreender como as crianças com câncer lidam com as perdas simbólicas e concretas na hospitalização, evidenciou que as crianças também repetiam na brincadeira, algumas frases utilizadas rotineiramente pelo profissional de saúde na assistência ao paciente<sup>92</sup>.

Durante as sessões de BT, as crianças ameaçavam a boneca e a pesquisadora, dizendo para se comportarem passivamente durante o procedimento, caso contrário, repetiriam o procedimento doloroso quantas vezes fossem necessários.

*C: Tira esse relógio aqui pra eu achar a veíinha. Deixa eu achar uma veíinha, nós vamos pegar essa! Se estourar eu pego a outra.*

*P: Pronto a tia tirou o relógio.*

*C: Eu vou achar a veíinha mais boa [Sol coloca o garrote no meu braço e com o dedo indicador dramatiza procurar uma veia]. Vou achar a veíinha aqui. A veíinha que eu vou pegar tá? Vou achar uma veíinha, perai. [pausa] Achei uma veia aqui ó. Pode picar?*

*P: Pode.*

*C: Não estourou, não mexe, não mexe. [pausa] Não mexe! Estourou.*

*P: Estourou minha veia de novo!*

*C: De novo! Ah, cê mexe, estora aí! Estorou ó, tá vendo? Vou te que pegá outra. (Sol, 4 anos, 4ª sessão de BT)*

*C: Eu vô fazê dodói. Dodói [pausa]. Ai tá doendo? Tia tá doendo? Não chora, não tá doendo. Não chora, tá bom? Você não vai chorar? [Estrela dramatiza a punção venosa na pesquisadora].*

*P: Não vou chorar.*

*C: Fica tetinha [quietinha]. Não tá pingando. Tá doendo?*

*P: Não, não está. (Estrela, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

*C: Vou furá bebê, vou furá seu bebê. Cadê o bebê? Ele tá dormindo. O bebê tava dormindo. O tia,*

*furá o bebê, sem medo, fura fura! Eu estou segurando a mão.*

P: *Você está segurando a mão por quê?*

C: *Porque ela mexe [boneca]. Assim ó, ponha sangue. [Estrela segura firme a boneca enquanto dramatiza a técnica da punção venosa]. Não dói bebê. Tira tira. Não chorou! Não chorou! (Estrela, 3 anos, 9ª sessão de BT)*

Um estudo sobre a percepção dos pais e acompanhantes de crianças submetidas a punção venosa destacou que, durante o procedimento doloroso, os adultos costumam pedir à criança sua colaboração e, muitas vezes a ameaçam por não se comportarem bem, sendo que na visão da criança, a injeção costuma estar relacionada a uma punição<sup>32</sup>.

Na percepção de enfermeiras pediatras, é comum as crianças hospitalizadas sofrerem algum tipo de pressão do adulto quando submetidas a procedimentos invasivos e dolorosos, sendo que, na maioria das vezes, a criança pode apresentar sentimentos negativos frente ao profissional de saúde, reagindo com choro e raiva a qualquer aproximação do mesmo<sup>99</sup>.

A vivência dos procedimentos não é, portanto, uma situação fácil para a criança, ao contrário, essa série de sensações, medo, raiva e impotência, pode desencadear comportamentos hostis, evidenciando o sofrimento pela dor causada e pela vulnerabilidade da criança diante dos procedimentos invasivos e dolorosos.

No discurso de Sol, ela verbaliza não gostar do profissional que provocou determinada situação. No discurso de Estrela, ela reconhece o profissional de saúde como aquele que “machuca e fere” a criança.

C: *Olha tia! [Sol mostra as marcas de punção no seu braço]*

P: *E quem que fez tudo isso em você?*

C: *Aquelas tia chata que eu não gosto! (Sol, 4 anos, 5ª sessão de BT)*

C: *Deixa aqui tia viu. Ponto. [pronto] Num pode mexe esse, tá bom?! Eu sou o médico, tá bom?!*

P: *Você é o que?*

C: *Eu sou o médico de fazê dodói.*

P: *E o que o médico faz?*

**C: O médico faz dodói ó. (Estrela, 3 anos, 4ª sessão de BT)**

Um estudo descreve que a forma como a criança percebe a experiência do cuidado pela equipe de saúde, aliada à incapacidade dela em lidar com situações novas e conflitantes, fazem com que a experiência seja triste, negativa e inclusive de difícil compreensão, já que muitas vezes o profissional de saúde utiliza termos técnicos, não se importando com o não entendimento da criança<sup>28,32</sup>.

Embora muitos procedimentos invasivos e dolorosos não possam ser evitados, eles podem ser atenuados, com a utilização de um vocabulário mais simples, que permita a compreensão da criança, inclusive, com o uso de estratégias que facilitem a criança expressar seus sentimentos, entre os quais se destaca o BT.

Há necessidade de realizar estratégias de apoio que visem minimizar o sofrimento das crianças durante os procedimentos hospitalares, considerando os modos de aproximação do profissional de saúde com a criança e, ainda, a garantia de informação adequada e o encorajamento da criança ao expressar seus medos e dúvidas, como tentativa de melhorar o cuidado prestado<sup>99</sup>.

Estrela e Fada, em seus discursos, reconhecem suas vivências dolorosas, inclusive que estas induziram ao choro e, ainda, distinguem o profissional de saúde que realizou este procedimento.

*C: Achei! Achei tia, de fazê dodói aqui igual esse. [Pega uma seringa e aproxima do seu braço].*

*P: E quem fez esse dodói em você?*

*C: Titia. Eu to chorano. Titia fez, eu to chorano [chorando].*

*P: E como chama a tia que fez isso em você?*

*C: Tia outra. Achei ó, de fazê dodói. [Refere-se a agulha] (Estrela, 3 anos, 3ª sessão de BT)*

*C: Furou esse dedo.*

*P: Você furou esse dedo, por que?*

*C: A ferneira [enfermeira].*

*P: A enfermeira! E você sabe por que ela fez isso?*

*C: Agulha.*

*P: Com agulha? Hum entendí! Muito bem! (Fada, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

C: *Olha, tia, foi a ferneira [enfermeira] que fez! Tá dodói aqui. Furo a agulha.*

P: *A agulha furou... E quem foi que furou?*

C: *A ferneira [enfermeira]. Você num é ferneira?*

P: *Eu sou uma enfermeira.*

C: *Uma ferneira!*

P: *Uma enfermeira que brinca com criança!*

C: *Muito bem. (Fada, 3 anos, 4ª sessão de BT)*

A literatura ressalta a importância de a criança estar informada sobre sua terapêutica<sup>21</sup>. Dessa forma, o medo do desconhecido e dos procedimentos geradores de dor são amenizados à medida que os profissionais trazem informações apropriadas e atendem às necessidades emocionais da criança. No entanto, estas informações devem ser transmitidas de acordo com seu nível de compreensão e o brinquedo aparece como facilitador desse processo, como objeto próprio do mundo infantil<sup>21</sup>.

Diversos estudos enfatizam a utilização do brinquedo como instrumento de orientação para procedimentos hospitalares, permitindo que a criança sinta-se mais segura e à vontade. Além disso, o brinquedo ajuda a esclarecer conceitos errôneos e fantasias que fazem parte do imaginário infantil. Há, ainda, evidências que ele acalma a criança, propiciando-lhe entendimento da situação e, conseqüentemente, maior tranquilidade<sup>6,29,37</sup>.

Neste estudo, o BT desponta como um instrumento efetivo de comunicação, aprendizado e expressão da criança, pois foram inúmeros os momentos na brincadeira em que se observou a catarse, trazendo à tona sentimentos que traziam angústia e sofrimento, além de estreitar e fortalecer laços afetivos.

É importante ressaltar que a criança com câncer vivencia intensos períodos de angústia e ansiedade gerados pelos inúmeros procedimentos invasivos, pelo ir e vir às consultas médicas, pela hospitalização e por todas as mudanças advindas da doença e do tratamento<sup>79</sup>. Em decorrência dessa terapêutica vivenciada, a criança pode apresentar além do desgaste físico, um desequilíbrio emocional.

Sendo assim, é imprescindível a promoção do brincar durante o tratamento da criança com câncer, inclusive durante o acompanhamento ambulatorial, pois, além dele favorecer a compreensão da necessidade dos procedimentos durante o tratamento, contribui para que a criança tenha a oportunidade de expressar-se, evadir-se do seu mundo real e ser séria no seu mundo lúdico.

Durante as sessões de BT, as crianças descreviam a convivência com o corpo doente, relembrando o sofrimento e as dores já experienciados com as intervenções terapêuticas, como vemos nos discursos de Pequeno.

C: *Eu estou muito picado com essas agulhas aqui.*  
**(Pequeno, 6 anos, 3ª sessão de BT)**

C: *Esse daqui é de enfiar no nariz. Eu já enfiei isso daqui, é difícil de respirar.* [Refere-se à sonda nasogástrica] **(Pequeno, 6 anos, 3ª sessão de BT)**

Um estudo com crianças em tratamento oncológico evidenciou que a criança com câncer vive um momento ímpar de sua existência, que a leva a experimentar diversos procedimentos que são comuns durante a longa jornada terapêutica e, ainda, que a expõe a uma agressiva forma de cuidado, causando angústia, dor e sofrimento<sup>79</sup>.

Ao indagar a criança sobre sua experiência de adoecimento, os discursos remetem à lembrança dos inúmeros procedimentos terapêuticos a que foi submetida, revelando o modo singular de compreender a situação de estar vivendo com o câncer.

C: *Já, tirá da cabeça, ele tá cabeludo, eu vou corta o cabelo dele. Vamos procurá a tesoura?*

P: *Vamos procurar a tesoura. E porque que tem que cortar o cabelo dele?*

C: *Porque ele tem piolho.* **(Fada, 3 anos, 2ª sessão de BT)**

C: *Ó tia sarou!*

P: *Sarou a picada?*

C: *Sarou picada. Eu vou fazê amanhã isso [acesso venoso]. Ó! Soro. Eu vou fazê aqui a pontinha tá bom?* **(Estrela, 3 anos, 8ª sessão de BT)**

[Pequeno dramatiza auscultar a boneca com o estetoscópio de brinquedo].

C: *Nossa senhora!* [risos] *Ela não tá bem.*

P: *Ela não está bem? O que ela tem?*

C: *Ela tá tossindo muito!* [pausa] *Quando eu tô com tosse eu tenho que interná.* **(Pequeno, 6 anos, 1ª sessão de BT)**

Um estudo realizado com adolescentes evidenciou que o adoecimento pelo câncer é um processo complexo que muda a rotina e o modo de conceber o mundo. A doença crônica representou um corte na linha da vida dos adolescentes, sendo ilustrada por dois momentos, o antes saudável e o após o diagnóstico, marcado pelas mudanças, dúvidas e incertezas<sup>100</sup>.

A literatura descreve, também, que a criança afetada pelo câncer é mais vulnerável, o que interfere no processo de crescimento e desenvolvimento<sup>13</sup>. Deste modo, ela se vê fisicamente diferente, de um dia para outro, submetida a um tratamento difícil que acarreta limitações emocionais, psíquicas e sociais e que transformam profundamente seu cotidiano<sup>4,16-17,19</sup>.

Nos discursos de Sol e Fada, novamente elas descrevem os procedimentos e dispositivos usados no tratamento cotidiano.

*C: Ó meu machucado tia!*

*P: O que você fez aí?*

*C: Peguei veia e estourou, aí fez líquido e injeção no bumbum. (Sol, 4 anos, 5ª sessão de BT)*

*C: Ontem eu tomei uma dessa, uma assim lá no hospital. [Refere-se à injeção] Aí eu chorei, é eu chorei.*

*P: Você chorou?*

*C: É lá no hospital. Tomei uma gúia [agulha] no braço e tomei outra, tomei. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

O sentimento de impotência e de pequenez é muito comum entre as crianças hospitalizadas, já que as mesmas percebem, a todo instante, seu corpo invadido por procedimentos intrusivos, sem quaisquer orientação profissional ou auxílio para o enfrentamento desta condição conflitante<sup>28</sup>. Assim, o BT pode promover ações potencialmente terapêuticas no ambiente, favorecendo um relacionamento mais estreito e afetivo<sup>6,28,32-33</sup>.

No entanto, a vivência angustiante demonstrada nos discursos das crianças revela que elas reconhecem algumas experiências e situações já vivenciadas, como é o caso da baixa imunidade, que leva a recorrentes internações e à necessidade de

procedimentos dolorosos, consequência comum de um tratamento imunossupressor, como o tratamento para o câncer.

C: *Vou ter que por soro.*

P: *Por que?*

C: *Porque ocê vai tê que ficá internada. A tua febre baixô [baixou]!*

P: *A minha febre baixou? Então eu não preciso ficar internada?*

C: *Precisa! Porque, fesa [defesa] tá baixa [baixa], você não come, só mama.*

P: *E o que está baixo?*

C: *Defesa. A defesa tá um pouquinho baixo.*

P: *E agora?*

C: *Agora tem que por um remédio. (Sol, 4 anos, 2ª sessão de BT)*

C: *Você tá com febre mas tá tudo bem, tá tudo ótimo. (Fada, 3 anos, 6ª sessão de BT)*

Considerando as situações que envolvem os procedimentos traumáticos para a criança, fica evidente que o cotidiano se modifica e, com o passar do tempo, as ações passam a ser compreendidas de forma mais natural e espontânea, como se tal situação já fizesse parte da criança.

Assim, o tempo e a familiaridade com a situação de adoecimento, de certo modo, permitem à criança um domínio maior dos acontecimentos, promovendo a formação de recursos para um enfrentamento mais ativo. Nos discursos de Fada e Estrela, a compreensão do tratamento, ainda que no contexto da infância, não impede que se vislumbre o término do mesmo, ainda que na brincadeira.

C: *Ó Sangue de novo. Vai tomá, depois tu vai embora, vai pra casa e amanhã tu vai voltá. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Num tá doendo? Num tá doendo? Tia num tá doendo?*

P: *Não, não está.*

C: *Vamo embora então. Acabou. Você vai embora do hospital, depois você volta aqui tá bom? Ponto*

[pronto]  *você vai embora. Tchau, tchau. (Estrela, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

As crianças sentem a necessidade de encerrar a dor, de finalizar o sofrimento, e buscam enfrentar esse momento difícil, verbalizando “que agora acabou”, “agora já é hora de voltar para casa”. O lar emerge como um ambiente que lhes remete a segurança e proteção, além de ser um espaço de oportunidades para enfrentar sua condição, estimulando-a a brincar e ser criativa.

Com o passar do tratamento, as crianças vão criando estratégias para enfrentar a dor e o sofrimento causado pela terapêutica. A familiaridade com os sintomas da doença e os procedimentos realizados, com o apoio dos pais, irmãos e da equipe de saúde é essencial para o controle da situação<sup>101</sup>.

O tratamento prolongado constitui-se em fator de estresse à criança, exigindo profunda adaptação às várias mudanças que acontecem em seu dia a dia. Contudo, a situação pode ser amenizada quando a criança percebe o apoio e a presença de um adulto que demonstre aceitação e que a encoraje a exteriorizar seus sentimentos<sup>84</sup> e, ainda, quando é incentivada a continuar suas atividades lúdicas<sup>55</sup>.

Nesse sentido, alguns recursos podem ser oferecidos para melhorar o processo de adaptação ao tratamento. A presença ativa do profissional envolvido com atividades lúdicas demonstra sua sensibilidade para com a criança e, a recreação representa um alívio em meio a um mundo cheio de incertezas, com procedimentos que causam sofrimento e dor.

Mais uma vez, os resultados desse estudo mostram que o uso do brinquedo na assistência à criança é fundamental, quando se pensa em melhorar a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde. Em consonância com outros trabalhos, o BT mostrou-se como uma estratégia com potencial para a promoção da assistência atraumática ou cuidado sem traumas, que visa eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico vivenciado pelas crianças em situações de doença<sup>42</sup>.

## **4.2. Relembrando o mundo sem a doença**

O brincar faz parte da vida da criança e é uma necessidade fundamental para o desenvolvimento saudável. Compreende-se por desenvolvimento infantil a capacidade

da criança de transitar de um nível primário para um elaborado de realização de tarefas e de apreensão do que acontece ao seu redor<sup>25</sup>.

Com o desenvolvimento da criança, gradativamente, as experiências com o mundo e com as pessoas são internalizadas, ocorrendo modificações no agir e nos relacionamentos, sendo que o ambiente onde a criança vive, potencial fornecedor de instrumentos e signos próprios, colabora para seu amadurecimento.

Durante o tratamento, o brincar surge não como fuga, mas como uma possibilidade capaz de auxiliar a criança a superar momentos de sofrimento e dor<sup>28-30</sup>. Por conseguinte, permite a ela pensar em outras coisas, por algum tempo, indo além do estar doente, da doença e do tratamento agressivo.

Estudos apontam que as crianças que tiveram oportunidade de brincar em situações em que receberam cuidados de saúde, apresentaram comportamentos mais compatíveis com o desenvolvimento ideal, considerando a adaptação e o ego fortalecido, em relação àquelas que não brincaram<sup>33,57</sup>.

O tratamento oncológico impõe à criança o abandono do ambiente familiar, incluindo a maioria dos hábitos de vida diários, rotinas e rituais, objetos pessoais e brincadeiras. A doença acarreta a perda de liberdade da criança, seu dia a dia é interrompido e os prazeres da infância passam a ser substituídos pelo medo do sofrimento e do tratamento agressivo. Poucos foram os momentos em que a criança demonstrou disposição para reviver situações do cotidiano familiar.

Encontrar similaridade com os próprios brinquedos é o momento em que a criança explora a caixa de brinquedos e reconhece alguns como sendo iguais aos seus objetos pessoais, verbalizando essas semelhanças durante a brincadeira, sendo esta uma expressão que traduz espontaneidade, liberdade e criação.

[Sol pega o ferro de passar roupa de brinquedo].

P: *O que é isso?*

C: *De passar roupa! Eu também tenho um desse, mas o meu é roxo. (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

C: *Tenho uma dessa amarela!* [Refere-se à motocicleta de brinquedo]. *Só que não tem pezinho! Eu tenho um carro desse só que amarelo! Aí eu tenho igualzinho esse! (Pequeno, 6 anos, 1ª sessão de BT)*

O ato de brincar é muito mais que uma atividade recreativa e de entretenimento; ele é capaz de proporcionar à criança conhecimentos sobre si mesma e sobre os outros, permitindo um viver recheado de magia e emoção, além de fazer parte do ser humano.

Quando brinca, a criança aprende, consolida pensamentos, transforma seu tempo e espaço, adaptando-se às modificações da vida real, podendo, ainda, incorporar novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Nos momentos de brincadeira, a criança pode pensar livremente, ousar, imaginar, exercitar os aspectos cognitivo, social, afetivo, estreitar laços e fortalecer vínculos<sup>102</sup>.

Enquanto brinca, ela lida com o desconhecido, com os impulsos agressivos, organiza as relações sociais e emocionais e tem a oportunidade de experimentar diversos objetos, explorá-los, descobri-los, compreendê-los. O brinquedo, além da satisfação dos desejos, atua como elemento de domínio sobre a realidade frustrante<sup>103</sup>.

Portanto, brincar é o trabalho da criança, um ato sério que desenvolve sua autonomia, fazendo-a explorar seu mundo, transpor barreiras, conhecer, aprender, compreender regras, e uma maneira/forma de se comunicar. A criança não é um adulto em miniatura, mas um ser em processo de crescimento e desenvolvimento, cujos direitos e necessidades devem ser atendidos e respeitados para que ela possa crescer e se desenvolver em plenitude<sup>27</sup>.

Durante as sessões de BT, os discursos, o silêncio e os olhares das crianças, muitas vezes as remetiam ao desejo de manipular objetos hospitalares e de dramatizar situações traumáticas. Entretanto, em alguns momentos isolados, após já terem dramatizado estas situações, elas brincaram dramatizando momentos do cotidiano, pintando, desenhando, cozinhando, cuidando da casa e dos filhos:

*C: Pra que são esses lápis? [...] Eu vou fazer um arco-íris. (Pequeno, 6 anos, 3ª sessão de BT)*

*P: O que é que você estava fazendo?*

*C: Eu tô assistindo desenho.*

*P: Você me deixa assistir desenho com você?*

*C: Vamo assistir desenho. Você é meu irmão [risos]. Eu tô assistindo com meu irmão. Eu sou um bebê.*

*P: E como se chama esse bebê?*

*C: Fio [filho]. Eu sou o papai. Olha o bebê aqui.*

P: *Olha o outro bebezinho...*

C: *É o meu fio [filho]. É o meu bebê. Tá mimino [está dormindo]. Tá tetinha [quietinha], eu vô fazê papá, fazê papá. Tchau, tchau. (Estrela, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

C: *Vou coisá o vestido agora.*

P: *Como se chama esse aqui?*

C: *Não sei, de coisá o vestido. Isso daqui queima a mão! Pega aqui que tá quente. [refere-se ao ferro de passar roupa]. (Fada, 3 anos, 1ª sessão de BT)*

Um estudo realizado com crianças hospitalizadas para tratamento oncológico evidenciou que as dramatizações relacionadas ao cotidiano doméstico foram muito exploradas<sup>92</sup>, o que diverge dos resultados encontrados neste estudo, pois, na maior parte das sessões, as crianças desejavam brincar de situações hospitalares, porém nas brincadeiras domésticas mostravam-se desenvoltas, felizes e relaxadas.

Todas as crianças participantes lembraram, em pequenos momentos, situações do cotidiano doméstico, mostrando-se interessadas nos brinquedos que recordavam miniaturas domésticas, dramatizando situações caseiras: conversavam, sorriam, ofereciam comida, colocavam o bebê para dormir.

C: *Eu vou fazer uma sopa de legumes. Olha melância, só isso. Banana [pausa] não está cabendo. Deixa eu tirar o morango. Aí sim. Pronto, está pronto. Pronto, eu vou fazer um sorvete, eu vou por morango e abacaxi. (Pequeno, 6 anos, 3ª sessão de BT)*

P: *Como é que se chama esse daqui?*

C: *Vira bolo. [refere-se ao liquidificador]*

P: *O que está fazendo aí?*

C: *Suco! (Fada, 3 anos, 4ª sessão de BT)*

C: *Tia, deixa eu brincar com bicho?*

P: *O que é isso daí?*

C: *Um peixe. Eu tô comendo teu peixe. Títia, tem dois peixe.*

P: *Hum! É um pra mim e outro pra você?*

C: *Vou come o cavalo. Ele tá chorando.*

P: *E por que o cavalo está chorando?*

C: *Ele tá chorando porque eu comi ele. Não vou brincar com bicho não. Vou brincar de comida. Tu qué café? (Fada, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

Ao brincar, a criança simula outro mundo, só dela, distanciando-se do mundo dos adultos. Um mundo onde ela pode exercer sua soberania: pode ser rei, pai, professor, caçador. Essa perspectiva considera, por assim dizer, a sua personalidade, dando-lhe uma característica marcante e, ao mesmo tempo, oferecendo-lhe novos poderes<sup>102</sup>.

Na brincadeira, a criança cresce, liberando-se do domínio sob o qual ela era submissa e pequena. Ela tenta, portanto, se realizar no seu mundo de fantasia. Dessa forma, nenhuma criança brinca só para passar o tempo, sua escolha é motivada por processos íntimos, desejos, problemas e ansiedades. O que está acontecendo com a mente da criança determina sua brincadeira<sup>102</sup>.

Com o passar do tempo, o sentimento de confiança entre mim e a criança foi aumentando, de modo que elas passaram a me convidar para fazer parte das brincadeiras de faz de conta. A aproximação e os laços criados foram se estreitando, resultando em um clima de descontração e relaxamento.

C: *Cadê a faquinha pra cortá a melancia? Põe na panela. Achei duas, achei! Muito bem! Você qué um pouco de café? Não, é suco!*

P: *Suco do que?*

C: *Suco de morango! (Fada, 3 anos, 3ª sessão de BT)*

C: *Ó, tia... ó, viu? Isso, titia? Ó, nanana [banana]. [Estrela dramatiza tirar a casca da banana de brinquedo]. Qué comê?*

P: *Eu quero comer! Você me dá uma? Hum... Descascou a banana pra mim! Que bonitinho! Hum!... Hum!... Hum!... Mais está tão gostosa essa banana. (Estrela, 3 anos, 2ª sessão de BT)*

P: *O que é esse daí?*

C: *Um bolo! Agora vamos procurá a tampa do óleo! Tia, vamos bater o bolo? Você quer que eu bato?*

P: *Eu quero.*

C: *Batí!* [Fada me oferece um pedaço de bolo]  
P: *Hum!... Está gostoso esse bolo! Você já experimentou?*  
C: *Eu vou batê de novo. Você tá com fome? Que mais? Que tudo o meu bolo? Come esse bolo! Que mais?*  
P: *Eu comi tudo!* (Fada, 3 anos, 4ª sessão de BT)

A atividade de brincar pode ser entendida como um processo que ajuda a criança em sua capacidade de interagir socialmente. Ela está em constante aprendizado, e os indivíduos com os quais se relaciona são facilitadores ou mediadores do seu aprendizado, isto é, do seu desenvolvimento<sup>29</sup>.

O desenvolvimento é um processo cultural e se transforma nas relações sociais. As brincadeiras acontecem na interação social dos seres humanos<sup>96</sup>. Nesse sentido, o brincar deve ser compreendido como a linguagem da criança, que devemos respeitar mesmo se não a entendermos. Portanto, faz-se necessário que o enfermeiro fique atento para oferecer possibilidades e situações lúdicas no espaço do cuidar.

Resistindo para terminar a brincadeira é a quarta etapa da sessão de BT<sup>89</sup>. De acordo com a técnica do BT, o enfermeiro deve comunicar previamente à criança que ela terá um tempo determinado para brincar e que quando estiver próximo do seu término, ele a avisará<sup>48</sup>.

Planejei a condução das sessões de acordo com o estabelecido pela técnica, porém, avisei a criança somente quando passados os 45 minutos previstos da sessão, ou seja, o tempo havia realmente acabado, a fim de evitar a ansiedade do término, já observada durante sessões de BTD realizadas em hospital.

Embora a criança pré-escolar não possua o discurso narrativo completo e não compreenda o tempo em minutos no relógio, avisar sobre o encerramento da brincadeira após passados os 45 minutos da sessão contribuiu para diminuir a preocupação da criança. Contudo, foi permitido que a criança continuasse a brincar mais alguns minutos a fim de finalizar a situação imaginária em andamento.

Em algumas sessões, a catarse foi tão expressiva que considerei essencial não interromper a dramatização da criança e assim, deixei a mesma expressar seus sentimentos por um tempo além do previsto. Vale ressaltar que o encerramento das sessões de BTD com cada criança ocorreu somente com o retorno da criança para casa.

P: *Lembra que nós combinamos que quando desse a hora certa, iríamos guardar os brinquedos?*

C: *Ah!... Eu queria brincar de novo!*

P: *Mais cinco minutos. (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

P: *Você não vai ajudar a guardar os brinquedos na caixa?*

C: *Ah! Eu não, tô com preguiça! (Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

P: *Lembra que a tia combinou o horário? Vamos guardar os brinquedos?*

C: *Não, tô brincando.*

P: *Mais cinco minutos. Tudo bem?*

C: *Espera aí! Tudo bem. (Luz, 4 anos, 1ª sessão de BT)*

Outros estudos também corroboram com esses resultados, sendo que no término da sessão, as crianças insistiam em continuar brincando, relutavam em guardar os brinquedos, voltavam-se para a mãe na tentativa de que ela intercedesse junto à pesquisadora por um tempo a mais, ou ainda, choravam<sup>89,92-93</sup>. As crianças menores costumam resistir à retirada do brinquedo, como uma característica de seu comportamento egocêntrico, peculiar ao período pré-escolar<sup>50</sup>.

A brincadeira é um dos melhores instrumentos no controle do estresse, oferecendo à criança a oportunidade de fazer escolhas. Brincando, a criança enferma consegue suportar a difícil realidade de conviver com a doença e o tratamento, readquirindo a autoconfiança e crescendo diante das situações que lhe causam estresse.

Durante as sessões de BT, algumas crianças demonstravam a necessidade de continuar a brincadeira num outro momento, assim, perguntavam quando a pesquisadora iria retornar à casa de apoio.

P: *A tia volta outro dia e você brinca de novo. Vamos guardar? Você quer que a tia ajude você?*

C: *Eu quero. Que dia você vai vim de novo?*

**(Sol, 4 anos, 1ª sessão de BT)**

P: *Fada, a brincadeira acabou. Você ajuda a tia a guardar os brinquedos?*

C: *Amanhã você vai trazer outros brinquedos?*

P: *Amanhã, eu vou trazer os mesmos brinquedos. Por que? Você não gosta dos brinquedos da tia?*

C: *Gosto! Mas, não quero guardar não. (Fada, 3 anos, 5ª sessão de BT)*

Um trabalho observou que as crianças passaram a procurar cada vez mais a pesquisadora, inclusive durante o período que estavam sob a realização de algum procedimento terapêutico, o que promoveu o estabelecimento de vínculos de confiança e afetividade entre ela e a criança<sup>79</sup>.

A cada sessão de BT, pude perceber que as crianças aguardavam ansiosamente a minha chegada. Essa sensação era confirmada pelo longo e apertado abraço de saudação das crianças antes de iniciar a sessão e, também, pelo relato de suas mães: “Ela estava esperando você!”, “Ficou a manhã toda perguntando: mãe, a tia vai vir hoje?”.

Com o decorrer das sessões, as crianças passaram a interagir comigo de forma diferente, demonstrando um relacionamento mais estreito, afetivo e de amizade. Esse vínculo mais próximo possibilitou que as repercussões da doença e do tratamento oncológico fossem revelados por meio da brincadeira, assim, como me permitiram compreender que o tratamento representa para a criança uma experiência repleta de dor e sofrimentos.

Os dados obtidos neste estudo, ajudaram-me, entretanto, visualizar as particularidades desse tratamento e como este se faz presente no brincar da criança pois, em todas as sessões de BT, elas representaram intensamente os procedimentos vivenciados no seu cotidiano. Dessa forma, as dramatizações das crianças não só indicaram a dificuldade das mesmas em interagir com o desconhecido, como também revelaram o quanto a vivência dos procedimentos torna difícil seu enfrentamento.

Mais uma vez, os resultados desse estudo, mostram que a promoção de formas de comunicação e relacionamento adequados à infância durante o cuidado podem auxiliar a criança a enfrentar os sofrimentos advindos do tratamento oncológico. Nesse caso, para as crianças participantes deste estudo, destaca-se a utilização do brinquedo terapêutico, fazendo-se cumprir sua função recreativa, catártica, socializadora, estimuladora, terapêutica e de aprendizado.

## 5. Considerações Finais



*“As melhores e as mais lindas coisas do mundo não se podem ver nem tocar. Elas devem ser sentidas com o coração”.*

*Charles Chaplin*

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, percebi, de fato, que o BT é uma forma eficaz de cuidado à criança em todas as circunstâncias, pois, além de contemplar seu modo de comunicação e aliviar as tensões vivenciadas no cotidiano, constitui-se também como uma forma de acesso à compreensão do brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico.

Além disso, pelas sessões de BT, pude estar com as crianças, num encontro especial e verdadeiro, fazendo-me compreender que o período do tratamento é uma experiência impactante na vida delas, que, mesmo frágeis e pequenas, absorvem esta carga negativa e traumática.

A criança com câncer vive momentos difíceis que demandam ações que favoreçam e propiciem um cuidado integral para continuidade do desenvolvimento e manutenção da recreação como essencial à infância. Logo, torna-se crucial a presença de um enfermeiro que a ajude a enfrentar estes momentos, com possibilidade de crescimento e amadurecimento, com vistas à superação e autocontrole.

Os profissionais que atendem essas crianças devem buscar conhecimentos acerca das necessidades que elas possuem enquanto seres em desenvolvimento. E não apenas focar sua assistência nas questões relacionadas à doença e ao tratamento. Precisam incluir a brincadeira no conjunto das orientações e cuidados à criança, pois cuidar engloba mais que cuidados técnicos.

Revisitando a literatura, constatei que as pesquisas desenvolvidas por enfermeiros sobre o brinquedo terapêutico no cuidado à criança reforçam os resultados positivos obtidos neste estudo, evidenciando-se, assim, o reconhecimento de sua

importância, principalmente, durante o tratamento oncológico e a preocupação, cada vez maior em incluí-lo como estratégia de intervenção na prática diária do enfermeiro.

A fenomenologia me possibilitou desvelar alguns significados atribuídos pelas crianças durante a brincadeira. Esta modalidade de pesquisa mostrou-se essencial para alcançar o objetivo proposto. Na verdade, foi além, revelando uma nova visão do cotidiano dessas crianças e acrescentando um conhecimento ímpar para minha formação acadêmica.

As sucessivas dramatizações de situações terapêuticas – inclusive com o domínio dos objetos hospitalares – revelaram a dificuldade da criança em encontrar equilíbrio entre vivenciar momentos do cotidiano anterior à doença e momentos exclusivos do tratamento, entre a normalização e a ansiedade, entre a saúde e a doença. A catarse também foi muito observada nestas sessões, sendo, inclusive, percebida por uma das mães, quando esta me procurou para agradecer a brincadeira realizada com o filho.

Portanto, considero importante que o enfermeiro valorize essa prática na promoção do bem-estar e do desenvolvimento infantil e, ainda, que adote um referencial teórico para sustentar sua realização na assistência, a fim de que esta prática não permaneça apenas no empirismo. Entretanto, não pretendo esgotar o fenômeno com as percepções descritas nesse estudo, uma vez que o conhecimento é incompleto e dinâmico, e outros olhares certamente fornecerão novos saberes.

Apesar de não haver dúvidas quanto aos benefícios terapêuticos do brincar para a criança doente, essa prática ainda é bastante desvalorizada pela equipe multiprofissional, uma vez que muitos julgam essa atividade dispensável no cuidado.

Porém, ressalto a necessidade da promoção do cuidado integral, pois o universo do tratamento oncológico se apresenta às crianças repleto de limitações e angústias. Perceber que cada ser é singular e deve ser atendido na totalidade de suas peculiaridades é valorizar o ser humano como único e especial.

Acredito que novas possibilidades de cuidado poderão emergir após a conclusão deste estudo, em especial para a sensibilização dos enfermeiros na prática diária, quanto ao desenvolvimento do processo de enfermagem na assistência à criança, para que seja realizado com amor, alegria, paciência e preocupação e, ainda, para a construção do conhecimento e melhor formação acadêmica do enfermeiro, potencializando sua capacidade de compreensão da criança que vivencia a situação de adoecimento, trazendo conforto, bem-estar e distração por meio de técnicas lúdicas.

Paulatinamente, fui construindo uma história com essas crianças e hoje, ao término deste trabalho, permanece mais que a lembrança, a amizade, o carinho e o desejo por uma vida melhor a cada uma delas, que guardarei para sempre em minha mente e meu coração.



## 6. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 2014 mai. 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-coment>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS: manual de bases técnicas em oncologia [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 fev. 29]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/305.pdf>
3. Dias CG, Almeida FA. Câncer na Infância. In: Almeida FA, Sabatés AL, orgs. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008. p. 366-98.
4. Souza LPS, Silva RKP, Amaral RG, Souza AAM, Mota EC, Silva CSO. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinqueado terapêutico. Rev Rene. 2012;13(3):686-92.
5. Ribeiro CA, Maia EBS, Sabatés AL, Borba RIH, Rezende MA, Almeida FA. Mesa redonda: o brinqueado e a assistência de enfermagem à criança. Enferm Atual. 2002;2:6-17.
6. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinqueado terapêutico na prática assistencial à criança. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):839-846.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 251-301.
8. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(5):1025-32.
9. Reis RS, Santos MO, Thuler LCS. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2007;53(1):5-15.
10. Bryant R. Doenças neoplásicas. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 952-61.
11. Hildenbrand AK, Clawson KJ, Alderfer MA, Marsac ML. Coping with pediatric cancer: strategies employed by children and their parents to manage cancer-related stressors during treatment. J Pediatr Oncol Nurs. 2011;28(6):344-54.
12. Muniz RM, Zago MMF, Schwartz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a

- vida de novo. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(1):25-32.
13. Flury M, Caflich U, Ullmann-Bremi A, Spichiger E. Experiences of parents with caring for their child after a cancer diagnosis. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2011;28(3):143-53.
  14. Dupas G, Angelo M. Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança: a experiência da criança com câncer. *Acta Oncol Bras.* 1997;17(3):99-108.
  15. Baker JN, Hinds PS, Spunt SL, Barfield RC, Allen C, Powell BC, et al. Integration of palliative care practices into the ongoing care for children with cancer: individualized care planning and coordination. *Pediatr Clin North Am.* 2008;55(1):223-50.
  16. Nascimento LC, Lima RAG. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(5):864-72.
  17. Fletcher PC. My child has cancer: the costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2010;33(1):164-84.
  18. Teles SS. Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança. [dissertação de mestrado] – São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
  19. Silva LF, Cabral IE, Cristoffel MM. As (im)possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):334-40.
  20. Arruda IB, Paula JMSF, Silva RPL. Efeitos adversos da quimioterapia antineoplásica em crianças: o conhecimento dos acompanhantes. *Cogitare Enferm.* 2009;14(3):535-39.
  21. Valle ERM, Lima DP, Lopes DPOL. A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer. In: Valle ERM. *Psico-Oncologia Pediátrica.* 2 ed. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2011. p.13-74.
  22. Stevens B, Mckeever P, Law MP, Booth M, Greenberg M, Gafni A, et al. Children receiving chemotherapy at home: perceptions of children and parents. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2006;23(5):276-85.
  23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente [Internet]. Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro; 2009 [citado 2012 mar. 02]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico\\_precoce\\_cancer\\_adolesc\\_crianc\\_a.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_precoce_cancer_adolesc_crianc_a.pdf)
  24. Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MLÓR. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori E, Ohara CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* 1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 61-90.

25. Hesselgrave J. Crescimento e desenvolvimento. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 75-81.
26. Campos MC, Rodrigues KCS, Pinto ACM. 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.
27. Ribeiro CA, Borba RIH. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: Santos LES. Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Medicas; 2004. p. 81-114.
28. 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.
29. Ribeiro CA, Almeida FA, Borba RIH. A criança e o brinquedo no hospital. In: Almeida FA, Sabatés AL, orgs. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008. p. 65-77.
30. Sabatés AL. As reações da criança ou do adolescente e de sua família relacionadas à doença e à hospitalização. In: Almeida FA, Sabatés AL, orgs. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008. p. 49-56.
31. Li HCW, Chung OKC, Chiu SY. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial wellbeing. *Cancer Nurs*. 2010;33(1):47-54.
32. Ribeiro CA. Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
33. Ribeiro CA. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico pela enfermeira pediatra sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1986.
34. Saboya B. No universo da criança, brincar é ir em frente. Rio de Janeiro: O Globo, *Jornal da Família*; 1985.
35. 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.
36. Pedro ICS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAG, Mello DF, Luiz FMR. Playing in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(2):290-97.

37. Ribeiro MO, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1 ed. Barueri: Manole; 2009. p. 287-327.
38. Monroe RA. Brincadeira. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 453-54.
39. Duarte MC, Oliveira RP, Aquino MG. O brincar como forma de enfrentamento na hospitalização de crianças. In: 1º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico: a brincadeira simbólica – clínica, escola, hospital. 2009; out 28-31; São Paulo. Anais... São Paulo: Imprensa Universitária da EPPA; 2009.
40. Altman RZ. A criança no hospital: terapia pelo brinquedo. São Paulo: Página Aberta; 1993.
41. Rios IC. Humanização na área da saúde. Boletim do Instituto de Saúde. 2003; (30):6.
42. Hockenberry MJ. Cuidado atraumático. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 12.
43. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
44. Green CS. Understanding children's needs through therapeutic play. Nursing. 1974; 4(10):31-32.
45. Klein M. A psicanálise de crianças. 2º ed. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
46. Therense M, Melo SF. A função da brincadeira na ludoterapia: o que as crianças pensam sobre isso? In: 2º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico. 2011; set 15-17; São Paulo. Anais... São Paulo: Imprensa Universitária da FMU; 2011.
47. Silva FMAM, Silva MM, Nascimento MDSB, Santos SM. Cuidado paliativo: benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer. Bol Acad Paul Psicol. 2012;78(1):168-83.
48. Vessey JA, Mahon MM. Therapeutic play and the hospitalized child. J Pediatr Nurs. 1990;5(5):328-33.
49. Freud S. Além do princípio do prazer. Edição Standard das Obras Brasileiras Completas de Sigmund Freud. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
50. Piaget J. A psicologia da criança. 2º ed. Rio de Janeiro: Difel; 2006.
51. Erickson EH. Childhood and society. New York: W Norton Company; 1993.
52. 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.

53. São Paulo. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo PRCI n.51669. Parecer fundamentado sobre a utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro. São Paulo: Coren; 2004.

54. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 295/2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. [Internet] Brasília; 2004 [citado 2012 abr 02]. Disponível em: <http://site.portalconfen.gov.br/node/4331>

55. Artilheiro APS, Almeida FA, Chacon JMF. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. Acta Paul Enferm. 2011;24(5):611-16.

56. 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(n. esp):935-41.

57. Kiche MT, Almeida FA. Therapeutic toy: strategy for pain management and tension relief during dressing change in children. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):125-30.

58. Mitre RMA, Gomes R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(5):1277-84.

59. 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):346-63.

60. Melo LL, Leite TMC. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 na infância. Pediatr mod. 2008;44(3):100-103.

61. Nascimento LC, Pedro ICS, Poleti LC, Borges ALV, Pfeifer LI, Lima RAG. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil: a visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):465-472.

62. Martins M, Ribeiro C, Borba RIH, Silva C. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa com a utilização do brinquedo terapêutico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(2):76-85.

63. Schmitz S, Piccoli M, Vieira C. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. Rev Eletr Enferm. [Internet] 2003. [citado 2012 abr 02] Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/brinquedo.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/brinquedo.pdf)

64. Borba RIH, Ribeiro CA, Ohara CVS, Sarti CA. O mundo da criança portadora de asma grave na escola. Acta Paul Enferm. 2009;22(spe):921-27.

65. 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.
66. Rocha PK, Prado ML. Violência infantil e brinquedo terapêutico. *Rev Gaúch Enferm*. 2006;27(3):463-71.
67. Mayeroff M. A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo. Rio de Janeiro: Record; 1971.
68. Merighi MAB, Praça NS. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.
69. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 2004.
70. Capalbo C. Fenomenologia e ciências humanas. Rio de Janeiro: J.Ozen; 1990.
71. Peixoto AJ. A fenomenologia, a refundação da filosofia e das ciências: uma perspectiva do cuidar. In: Peixoto AJ, Holanda AF, coords. A fenomenologia do cuidar e do cuidado: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; 2011. p. 49-60.
72. Ohl RIB. A abordagem fenomenológica. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p. 29-34.
73. Capalbo C. A fenomenologia existencial e a experiência do outro. In: Pokladek DD, orgs. A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor; 2004. p. 53-60.
74. Petrelli R. Fenomenologia: teoria, método e prática. Goiânia: UCG; 2004.
75. 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.
76. Boemer MR. A fenomenologia do cuidar: uma perspectiva de enfermagem. In: Peixoto AJ, Holanda AF, coords. A fenomenologia do cuidar e do cuidado: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; 2011. p. 61-66.
77. Josgrilberg RS. A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir. In: Pokladek DD, orgs. A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor; 2004. p. 31-52.
78. Merighi MAB, Praça NS. Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.31-8.

79. Melo LL. Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.
80. Martins J, Boemer MR, Ferraz CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. Rev Esc Enferm USP. 1990;24(1):139-47.
81. Martins J, Espósito VHC. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poiésis. São Paulo: Cortez; 1992.
82. Brasil. Instituto Ronald McDonald. Uma casa para as crianças [Internet]. Casa Ronald McDonald Campinas. Campinas; 2010 [citado 2014 jun 30]. Disponível em: <http://www.instituto-ronald.org.br/index.php/programas-do-instituto/casa-ronald-mcdonald/casa-ronald-mcdonald-campinas>
83. Brasil. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196/1996. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet] Brasília; 1996 [citado 2012 jun 30]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)
84. Barton PH. Nursing assessment and intervention through play. In: Bergeson BS. Current concepts in clinical nursing. Sant Louis: Mosby; 1969.
85. Giorgi A. Psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica. Belo Horizonte: Interlivros; 1978.
86. Giorgi A. Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. Aná Psicológica; 2006;24(3):353-361.
87. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):164-70.
88. Martinez-Salgado C. Sampling in qualitative research: basic principles and some controversies. Ciên Saúde Colet. 2012;17(3):613-19.
89. Santos VLA. A sessão de brinquedo terapêutico: contribuições para sua compreensão e utilização pelo enfermeiro. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
90. 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):133-43.
91. Wilson ME, Megel ME, Enenbah L, Carlson KL. The voices of children: stories about hospitalization. J Pediatr Health Care. 2010;24(2):95-102.

92. 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.
93. Almeida FA, Bomtempo E. O brinquedo terapêutico como apoio emocional a cirurgia cardíaca em crianças pequenas. *Bol Acad Paul Psicol.* 2004;14(1):35-41.
94. 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(spe):909-15.
95. Li HC, Lopez V. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *J Specialists Pediatr Nurs.* 2008;13(2):63-73.
96. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7º ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
97. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care.* 2006;10(4):326-36.
98. Vos G, Shankar V, Nazari R, Kooragayalu S, Smith M, Rosenstreich D, et al. Fear of repeated injections in children younger than 4 years receiving subcutaneous allergy immunotherapy. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2012;109(6):465-69.
99. Lloyd M, Law GU, Heard A, Kroese B. When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatr Nurs.* 2008;20(4):29-34.
100. Rezende AM, Schall VT, Modena CM. O câncer na adolescência: vivenciando o diagnóstico. *Psicol Teor Prat.* 2011;13(3):1-9.
101. Woodgate RL, Degner LF. A substantive theory of keeping the spirit alive: the spirit within children with cancer and their families. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2003;20(3):103-19.
102. Huizinga J. *Homo ludens.* São Paulo: Perspectiva; 2004.
103. Winnicott DW. *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago; 1975.

## **7. Apêndices**

### **7.1. Apêndice 1**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

NOME DA PESQUISA: O desvelar da criança com câncer por meio do brinquedo terapêutico dramático.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Marileise Roberta Antoneli Fonseca - Coren 0142025.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Luciana de Lione Melo.

Meu nome é Marileise Roberta Antoneli Fonseca, sou mestranda do Programa Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas/SP. Estou iniciando uma pesquisa, sob orientação da Profa. Dra. Luciana de Lione Melo, que tem como objetivo compreender a criança com idade entre três e seis anos em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático.

O brinquedo terapêutico é uma técnica onde a criança brinca com vários brinquedos e expressa por meio deles o que está sentindo, já que ela não consegue utilizar as palavras da mesma forma que o adulto. Brincando a criança poderá nos contar suas necessidades e também minimizar o estresse ocasionado pela doença e pelo seu tratamento.

Sendo assim, este trabalho também será de grande valia na tentativa de ajudarmos futuras crianças que passarão por situações semelhantes.

Gostaria de convidar seu filho(a) a participar das sessões de brinquedo terapêutico que serão realizadas aqui na Casa de Apoio e podem durar de 15 a 45 minutos de acordo com a vontade da criança. Os relatos do seu filho serão gravados em áudio. Você poderá acompanhá-lo e ele fará quantas sessões forem de sua vontade.

Devo deixar claro que você e seu filho(a) tem o direito de se recusarem a participar desta pesquisa em qualquer momento sem que isso traga qualquer dano ou prejuízo ao cuidado e tratamento do seu filho.

Não há riscos previsíveis, prejuízos para você ou seu filho(a), e também não haverá remuneração financeira pela participação na pesquisa. Todas as informações coletadas durante as sessões de brinquedo terapêutico terão caráter confidencial, de modo a garantir a privacidade da criança – a identificação do seu filho(a) não aparecerá em qualquer publicação deste trabalho. Mesmo depois da realização das sessões de brinquedo terapêutico você pode não me autorizar a usá-la. Se concordar em participar, você assinará dois termos como este, sendo que um ficará com você. Você também poderá esclarecer qualquer dúvida antes, durante e após a realização desta pesquisa.

Telefone para esclarecimento de dúvidas:

Marileise Roberta Antoneli Fonseca - Telefone para contato: (19) 9617-3347

E-mail para contato: [roberta\\_antoneli@yahoo.com.br](mailto:roberta_antoneli@yahoo.com.br)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa – FCM - Unicamp: (19)3521.89.36

Fax: (19)3521.71.87. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal: 6111 13083-887 Campinas – SP. E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, após ter sido  
suficientemente esclarecido(a), nos termos acima, concordo em participar  
voluntariamente da pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1

Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

#### PROJETO DE PESQUISA

---

**Título:** O desvelar da criança com câncer por meio do brinquedo terapêutico dramático

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Marileise Roberta Antoneli Fonseca

**Versão:** 3

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**CAAE:** 03070612.8.0000.5404

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

---

**Número do Parecer:** 58949

**Data da Relatoria:** 25/07/2012

#### **Apresentação do Projeto:**

O presente estudo tem como objetivo compreender a criança em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na fenomenologia - análise da estruturado fenômeno situado, que será realizado na casa de apoio Ronald McDonald - Associação de Pais e Amigos da Criança com Câncer e Hemopatias (APACC), no município de Campinas/SP. Os sujeitos serão crianças com câncer em idade pré-escolar (03 a 06 anos), que estejam em tratamento oncológico clínico/cirúrgico e que residam provisoriamente na casa de apoio. As crianças serão convidadas, de acordo com um agendamento prévio, a participarem de sessões de brinquedo terapêutico dramático com duração entre 30 a 45 minutos. O brincar será iniciado com a seguinte questão norteadora: "Vamos brincar de uma criança que está com câncer?" Os discursos das crianças, durante o brincar, serão gravados em fita cassete, transcritos na íntegra e analisados a partir do referencial da análise da estrutura do fenômeno situado. O estudo poderá subsidiar um cuidado mais

efetivo de modo a atender às necessidades físicas e emocionais da criança com câncer.  
Acesso aos sujeitos 01/07/2013 31/10/2013.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a criança com idade entre três e seis anos em tratamento de câncer por meio do brinquedo terapêutico dramático.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos previsíveis ou prejuízos. Há potencial benefício para a criança em tratamento e para a construção do conhecimento como um todo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de mestrado da enfermagem. Há a assinatura, na página de assinaturas, do presidente da local onde será realizada a pesquisa. Não haverá consulta a dados médicos ou outros do paciente. O prontuário do paciente não será utilizado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado.

**Recomendações:**

-

Aprovado após respostas às pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPINAS, 20 de Julho de 2012

---

Assinado por:

Carlos Eduardo Steiner