

ROSA MARIA DE ARAUJO MITRE

BRINCANDO PARA VIVER:

**Um estudo sobre a relação entre
a criança gravemente doente e hospitalizada e o brincar**

**Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da
Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da
Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Ciências, na sub-área
de Saúde da Criança.**

ORIENTADOR:

PROF. DR. ROMEU GOMES

Rio de Janeiro, março de 2000

Mitre, Rosa Maria de Araujo

Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar.

/ Rosa Maria de Araujo Mitre. – Rio de Janeiro, 2000.

121p. ; ilus, tab.

Orientador: Romeu Gomes

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Fundação
Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira.

1. Criança Hospitalizada. 2. Atividade Lúdica. 3. Prestação de
Cuidados de Saúde. I. Título.

CDD: 362.19892

*A Eliza Santa Roza, querida amiga e orientadora,
com quem compartilhei tantos sonhos, idéias e ideais,
dentre eles esta tese.*

*Aprendi com você, entre outras coisas, que brincar,
para além de dizer, é viver.*

*Me chamou para "brincar",
mas saiu antes da brincadeira terminar...*

E agora, onde está você?

*Provavelmente brincando,
brincando com nossas crianças
em algum canto do "céu".*

*Ou melhor, deve ter montado a brincadeira
bem no meio do "céu",
fazendo muita algazarra e modificando a rotina,
como era seu estilo.*

AGRADECIMENTOS

Apesar de, em determinados momentos, escrever uma dissertação ser um exercício solitário, o processo em si envolve muitas pessoas. Como em todas as situações de nossa vida, a interação com o outro é fundamental para o nosso crescimento e desenvolvimento.

São muitas as pessoas a quem quero agradecer, por partilharem de diferentes maneiras este trabalho comigo.

- Ao professor Dr. Romeu Gomes, que gentilmente me acolheu como orientanda extemporânea. Por sua disponibilidade, atenção e incentivo constantes.
- Aos amigos Marcelo Maciel, Martha Moreira e Fátima Junqueira, que, com enorme carinho, trouxeram valiosas contribuições para este trabalho.
- Aos meus queridos companheiros do Projeto Saúde e Brincar, pelo apoio constante.
- Ao diretor do Instituto Fernandes Figueira, Dr. Gilberto Cava, por sua generosa participação, relatando sua experiência nas enfermarias.
- À direção e funcionários do Hospital Getúlio Vargas Filho, pela compreensão e apoio.
- Aos professores, colegas e funcionários da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, que contribuíram de diferentes maneiras para este trabalho.
- Aos funcionários do setor de Estatística e da Biblioteca do IFF, pela prestimosa ajuda.
- Às equipes de saúde das enfermarias de Pediatria e DIP do IFF, pela valiosa participação na pesquisa.

- Às crianças participantes da pesquisa e seus familiares, por tudo.
- Aos meus irmãos José Adonias, pela revisão dos textos, e Maria da Glória, que tantas dúvidas me tirou.
- À Livia Mendes, pela confecção da capa.
- A todos os amigos e colegas que, durante este período, me auxiliaram e incentivaram.
- A meus filhos Bernardo e Guilherme, que me "dividiram" com este trabalho e tanto me ajudaram através de seus questionamentos.
- A Roberto, por todo amor, paciência, compreensão e incentivo.

RESUMO

O presente estudo buscou compreender qual o papel que o brincar, dentro das enfermarias, tem para crianças gravemente adoecidas. Dentro da realidade de um hospital da rede pública brasileira, o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), procuramos investigar as relações estabelecidas entre as crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas e o brincar. Trabalhamos com o pressuposto de que o brincar possibilita à criança hospitalizada transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização. Ao longo de nossa pesquisa, procuramos saber se isso se sustentava ou não à luz de nossos dados empíricos.

A partir de uma abordagem qualitativa, optamos pela realização de um estudo de caso de caráter etnográfico, pautado na observação participante. Entraram em nossa observação crianças gravemente adoecidas, entre três (03) e doze (12) anos, internadas em enfermarias do IFF/FIOCRUZ.

Os nossos resultados indicaram que o brincar para as crianças estudadas, assume um papel de mediação e elaboração da situação de adoecimento e hospitalização. Apontando, assim, para a importância da atividade lúdica poder ocorrer, de forma regular, nos hospitais. A possibilidade de brincar, num espaço associado geralmente à doença e não à saúde, configurou-se como um contraponto à situação de passividade e distanciamento da vida cotidiana decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização.

ABSTRACT

This paper aimed at understanding the role played by playing, in the hospital wards, in the recovery of seriously ill children. Within the limits of a Brazilian public hospital, the Fernandes Figueira Institute, of Oswaldo Cruz Foundation (IFF/FIOCRUZ), we seek to investigate the relationships established between seriously ill children, who are hospitalized, and playing. We presume that playing makes it possible for the hospitalized child to overcome the limitations imposed both by the illness and by hospitalization.

During our research, we seek to know whether this was true or not in the light of our empirical data. Departing from a qualitative approach, we decided to make an ethnographic study, based on the participant observation. We included in this observation some seriously ill children, between 03 (three) and 12 (twelve) years old, interned in the wards of the IFF/FIOCRUZ.

Our results show that playing, for the children included in our study, has the role of mediation, and of elaboration of the situation of being ill and hospitalized. In this way, the ludic activity should be regularly used in hospitals to deal with this kind of patients. The possibility to play, in a space associated to illness, not to health, has configured itself as a counterpoint to the situation of passivity and withdrawal from daily life which result from the process of becoming ill and undergoing hospitalization.

SUMÁRIO

-Introdução	1
I – Pensando O Brincar Como Atividade Privilegiada Na Infância	4
1- Definindo o Brincar como Objeto de Estudo	5
2- Bases Teóricas sobre o Brincar	8
3- O Brincar como Constituinte da Realidade Psíquica	13
4- Pensando a partir da Terapia Ocupacional	18
5- O Pressuposto de nosso Estudo	29
II – Revendo O Modelo Médico-Hospitalar Através Do Brincar	31
1- O Hospital e o Modelo Médico de Atendimento	32
2- Saúde, Doença e o Processo de Adoecimento	42
3- A Hospitalização	46
III- Como Fazer O Brincar “Falar”?	52
1- A Escolha da Perspectiva Metodológica	53
2- O Espaço do Estudo	57
3- A Análise dos Dados	61

IV– Delineando Um Campo De Pesquisa	65
1- O Instituto Fernandes Figueira	66
2- As Enfermarias de Pediatria do IFF	68
3- A Enfermaria de Doenças Infecciosas (DIP)	76
4- O Projeto Saúde e Brincar	80
5- Quem é a Criança Gravemente Adoecida	84
V – O Papel Do Brincar No Espaço Das Enfermarias	92
1- As Interações Através do Brincar no Espaço de Hospitalização	93
2- O Brincar Enquanto Espaço de Elaboração da Experiência de Hospitalização	104
- Considerações Finais	111
- Referências Bibliográficas	117

INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu de questões decorrentes de nosso trabalho em enfermarias pediátricas, com crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas. Como nossa ferramenta é o brincar, ele foi o ponto de partida de nossa reflexão.

O que tentamos investigar foi qual o papel do brincar para a criança gravemente adoecida e hospitalizada. Para isto, escolhemos a metodologia qualitativa, através de uma perspectiva etnográfica, estudando a dinâmica das enfermarias tendo como eixo norteador o brincar.

Desenvolvemos nosso trabalho através de cinco capítulos e tecemos algumas considerações finais.

O primeiro capítulo traz uma introdução do percurso que percorremos para a construção de nosso objeto de estudo, bem como os objetivos e a justificativa. Fizemos uma leitura de alguns autores, para situar o referencial teórico que a terapia ocupacional nos forneceu, bem como uma crítica a alguns conceitos da área. Discutimos ainda algumas bases teóricas sobre o brincar e seu papel na constituição da realidade psíquica da criança. Neste capítulo lançamos também o pressuposto de nosso estudo ancorado na teoria de Huizinga (1980).

No capítulo dois, traçamos uma retrospectiva da história do hospital, bem como o surgimento do modelo médico de atendimento, de modo a tentar entender como ocorrem as diferentes relações numa enfermaria. Em seguida discutimos os conceitos de saúde e doença, além de como o processo de adoecimento é vivenciado de forma particular. Terminamos o capítulo descrevendo o impacto da hospitalização na criança.

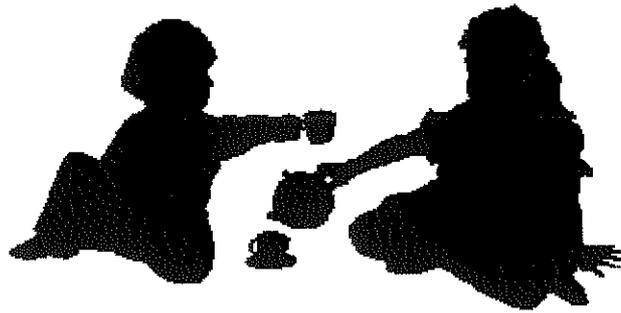
No terceiro capítulo, explicitamos a escolha de nossa perspectiva metodológica, situando alguns conceitos que utilizamos para fundamentá-la. Justificamos também a escolha do IFF/FIOCRUZ, como campo de nossa pesquisa e descrevemos os procedimentos que nortearam nossa observação e coleta de dados. Por fim, apontamos para os recursos que utilizamos na análise dos dados.

Nosso quarto capítulo traz alguns dados interpretativos ao delinear, através da narrativa, o campo de nossa pesquisa. Situamos o hospital (IFF/FIOCRUZ), trazendo um breve relato de sua história e a descrição do tipo de atendimento realizado atualmente às crianças; as enfermarias estudadas, descrevendo não só a estrutura física, mas também as dinâmicas percebidas nestes espaços entre pacientes, acompanhantes e equipe; o *Projeto Saúde e Brincar* (que é a atividade lúdica regular que ocorre nas enfermarias) e as modificações que ocorrem na dinâmica das enfermarias durante a execução desse projeto; e, por último, uma descrição das crianças gravemente adoecidas e

hospitalizadas durante a época do nosso estudo, procurando situar as peculiaridades que envolvem este tipo de clientela.

O último capítulo analisa as interações ocorridas através do brincar durante a internação no espaço hospitalar, destacando os padrões percebidos quando da nossa observação. Aponta também para os significados que surgiram com maior frequência durante a análise dos dados.

Por fim, tecemos algumas considerações referentes ao papel do brincar dentro das enfermarias pediátricas como um espaço onde a criança pode vivenciar as questões relativas à saúde e à vida, num local em geral dominado pela doença. Nessa parte, focalizamos, ainda, a utilização que a equipe de saúde pode fazer do brincar. Através dessas considerações, procuramos responder ao nosso pressuposto com base na análise dos dados.



Capítulo I

PENSANDO O BRINCAR

COMO ATIVIDADE PRIVILEGIADA NA INFÂNCIA

*"(...) brincar como uma experiência, sempre uma experiência criativa,
uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver."*

Winnicott

1. Definindo o Brincar como Objeto de Estudo

Nosso interesse pelo desenvolvimento da criança e suas correlações com o brincar vem desde que começamos a atuar como terapeuta ocupacional nos anos 80. Através da participação nos projetos *Saúde e Brincar* - do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ) - e *Brincando no Getulinho* - do Hospital Getúlio Vargas Filho da rede municipal de Niterói - que utilizam o brincar como recurso terapêutico nas enfermarias pediátricas, desenvolvemos um especial interesse pelos aspectos que envolvem o processo de hospitalização na infância e suas repercussões sobre a criança.

A partir dessa experiência e a partir do princípio de que, através do brincar, a criança adquire e vivencia aspectos motores, perceptivos, cognitivos e emocionais, configurou-se, como **objeto de nosso estudo**, o papel do brincar para a criança gravemente adoecida e hospitalizada.

Ao definirmos *criança gravemente adoecida e hospitalizada*, em nosso estudo, tínhamos claro desde o princípio que queríamos lançar o nosso foco nesta criança, que tem sua vida profundamente afetada por uma doença, seja ela aguda ou crônica. Para traçar esta definição, fomos conversar com um grupo de médicos, responsáveis por tais crianças. Nosso objetivo era definir o que, tanto a equipe médica quanto um

profissional não médico (no caso a pesquisadora), mas que também atende as mesmas crianças, entende por gravemente adoecida. Após a discussão, procuramos outros colegas que também atuam junto a essa clientela específica, de modo a verificar se haveria um entendimento quando utilizássemos este termo. Por fim, chegamos à (seguinte) definição do termo *crianças gravemente adoecidas* como aquelas que apresentam: (a) quadro agudo caracterizado por instabilidade, com a possibilidade de evoluir para seqüelas graves ou a morte, ou (b) fase avançada de doença crônica, na qual há o acometimento dos principais órgãos, com prognóstico reservado, sem viabilidade de tratamento de cura ou melhoria do padrão de vida (do ponto de vista clínico), podendo ou não existir a iminência de morte.

Como **justificativa** para este estudo, apontamos para a importância da produção de um conhecimento específico sobre a relação entre o brincar e a criança adoecida e hospitalizada. Em geral, se situa o brincar no processo de hospitalização da criança apenas dentro da perspectiva de recreação. Mas, para além desse princípio, buscamos estudar o brincar como espaço terapêutico, promovendo não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, através do brincar, a criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive e revelar aspectos significativos a serem trabalhados na promoção de sua assistência.

Para os profissionais que trabalham com a saúde infantil, em geral, e para aqueles que trabalham com a hospitalização infantil, em

específico, o brincar pode ser uma ferramenta útil para a criança ter acesso a uma melhor qualidade de vida. Às vezes, não se consegue cura num sentido mais amplo, mas lembrando Canguilhem (1978), diríamos que não devemos desistir de modificar as situações, mesmo quando as condições são desalentadoras. Segundo ele:

“Apprendre à guérir, c’est apprendre à connaître la contradiction entre l’espoir d’un jour et l’échec, à la fin. Sans dire non à l’espoir d’un jour. Intelligence ou simplicité ?” (p. 26)¹

Com base nesse autor, podemos nos deslocar de uma posição em que se desiste da vida antes que ela realmente termine, para outra que entende que o indivíduo pode continuar construindo sua história de vida, mesmo que breve e limitada, pois a internação hospitalar não é um simples intervalo na vida, mas, para alguns, faz parte da experiência vital.

Nesse processo de experiência, crianças com um mesmo diagnóstico, internadas numa mesma enfermaria, se apropriam e vivem, juntamente com suas famílias, uma mesma doença de diferentes maneiras. Para cada uma delas, o adoecimento traz conseqüências e limitações que extrapolam os sinais e sintomas físicos. Uma criança doente não é apenas um corpo que precisa de cuidados. O brincar pode ser um espaço privilegiado para fazer falar sobre essa singularidade do processo de adoecimento e hospitalização de uma criança.

¹Numa tradução livre: *“Aprender a curar é aprender a contradição entre a esperança de um dia e o fracasso no fim. Sem dizer não à esperança de um dia. Inteligência ou simplicidade ?”*

Acompanhando algumas crianças em fase terminal e outras severamente limitadas pelo adoecimento, pudemos observar que, durante o brincar essas crianças geralmente comportavam-se de maneira totalmente distinta do que o observado na enfermaria durante o tempo em geral. Transformavam-se em indivíduos ativos, saindo da passividade do papel de paciente, escolhiam brincadeiras e deixavam suas marcas. Por vezes, este era o único espaço onde exerciam, de forma ativa, sua condição de criança.

A experiência de profissionais que ancoram a sua prática nessa perspectiva tem atestado acerca do papel do brincar. No entanto, ainda há lacunas para se sistematizar um estudo que, distanciando-se do senso comum, consiga articular pressupostos teóricos com o campo empírico, na busca da construção de um conhecimento crítico acerca do tema em questão. Buscando contribuir para que essas lacunas sejam preenchidas, é que caminhamos em nossa investigação.

2. Bases Teóricas sobre o Brincar

Sabemos, pelo senso comum, que brincar é bom para a criança. Isto, no entanto, não nos basta para justificar a necessidade da presença de atividade lúdica regular em enfermarias pediátricas. Fomos buscar em

vários estudiosos das mais diferentes áreas, que se têm dedicado a estudar o brincar, quais funções e significados esta atividade pode ter. Longe da pretensão de esgotarmos o assunto ou abordá-lo em todas as suas vertentes, o que procuramos fazer, foi um recorte teórico que se ajustasse com a visão que temos sobre o papel do brincar na vida da criança gravemente adoecida e hospitalizada.

Huizinga, em sua obra "*Homo-Ludens*"(1980), correlaciona a importância da cultura para a formação do homem com a influência da atividade lúdica neste processo. Ele afirma que o jogo é expressão da cultura e característico de toda organização social. Sua obra mostra o jogo como fator essencial no desenvolvimento das diversas culturas e aponta que a civilização não nasce do jogo, mas sim se desenvolve no jogo e pelo jogo.

Por ser livre e prazeroso, o brincar permite que haja uma evasão temporária do real para a esfera da imaginação. A criança sabe que está brincando, "fazendo de conta", mas mesmo assim mostra-se inteiramente absorvida durante e na brincadeira.

O brincar possui tempo e espaço próprios. Durante o tempo em que a brincadeira está ocorrendo, há movimento, trocas, substituição, reunião e isolamento. A criança brinca até chegar, em determinado momento, ao fim, que é limitado por um sentido próprio deste brincar. O espaço onde ocorre a brincadeira também é previamente delimitado, seja de forma material ou imaginária, deliberada ou espontânea. (Huizinga,1980)

Neste tempo e espaço próprio, o brincar consegue apresentar uma perfeição (temporária e limitada). Por ter uma ordem específica, ao mesmo tempo que ele ordena, também é ele próprio a ordem.

Quando lidamos com uma clientela que tem sua rotina de vida desestruturada pela doença, o brincar aparece como uma possibilidade de organização deste caos.

Um outro aspecto importante é que, durante a brincadeira, a criança tem a possibilidade de deparar-se novamente com suas potencialidades, ao contrário da sensação de desvalorização que em geral o adoecimento acarreta.

Na brincadeira, podemos ser o que quisermos, mãe, filho, médico, professor... Quando estamos brincando, não precisamos ter medo de ferir ou sofrer, tudo é transformável e pode recomeçar. Derrubamos e reconstruímos, lutamos e ajudamos, somos o bom e o mau, morremos e levantamos de novo.

Com isto, há uma redução na sensação de gravidade frente aos erros e fracassos. Como no brincar tudo é possível, tudo é válido, cria-se um espaço de encorajamento a prosseguir, continuar, crescer, aprender, manter-se vivo.

Segundo Kishimoto (1992), a brincadeira, enquanto situação imaginada, permite que a criança desempenhe uma atividade generalizada (através de uma imitação ou repetição). Desta forma, ela reproduz as relações que observa em seu meio, e vivencia

simbolicamente diferentes papéis. Exercita, assim, sua capacidade de generalizar e abstrair.

O jogo é um processo de conduta no qual interagem e se integram estímulos presentes e residuais, tanto no campo da fantasia como no real. Nele canalizam-se desejos e necessidades, transformando-se neste espaço, fatos, relações e objetos. Essas formas de canalização variam de acordo com a elaboração das regras internas ou externas que organizam o brincar.

Trazendo sempre uma sensação de exploração e descobrimento, tanto através dos estímulos externos como também das próprias atitudes e tendências de quem está brincando, o brincar aparece como um desafio contínuo à resolução de situações problemáticas e novas descobertas. É um fator permanente de ativação e estruturação das relações humanas.

Através deste espaço de liberdade (o espaço da brincadeira), o indivíduo liberta-se dos estereótipos e exercita-se na busca da própria identidade. Com isto, age de forma contínua sobre o equilíbrio psicossomático, regulando as tensões e relações e recuperando equilíbrio perdido. A atividade lúdica atua como auto reguladora das conexões entre o emocional e o corporal.

É bastante freqüente observarmos crianças, principalmente em sua primeira internação, que antes mostravam-se chorosas e confinadas ao leito, e após terem acesso à possibilidade de brincar na enfermaria, passam a conviver de outra maneira com a hospitalização. Sem sombra de dúvida, sempre que tais crianças têm a possibilidade de exercer a

função lúdica, elas trabalham e elaboram uma parte de seu estresse, mostrando-se, de modo geral, mais dispostas.

Além de regular as tensões e relações, o brincar nos remete à nossa história de vida, tanto pessoal como familiar e grupal. Cañeque (1993) acredita que o brincar estimula uma ação religante² propiciando a ligação da história pessoal de cada um com a história da comunidade. Desta maneira, favorece as conexões entre as diversas experiências passadas e possibilita uma catarse elaborativa imediata. Só o jogo permite que o ruim ou desagradável se transforme em extraordinário, dentro de um clima positivo. Estimula a elaboração dos conflitos, abrindo, desta maneira, novos espaços internos para o conhecimento e a compreensão.

Concordamos com essa autora, quando diz que o brincar permite uma evasão saudável da realidade, possibilitando, desta forma, o pensamento inteligente e favorecendo a aproximação e o afastamento de atributos de dois mundos diferentes: o real e o imaginário.

Desta maneira, a criança pode transitar por essas duas “realidades” (real e imaginária) e, neste movimento, tentar elaborar as experiências que os processos de adoecimento e internação acarretam.

² Religante no sentido que torna a unir, leva de volta à.

3. Brincar como Constituinte da Realidade Psíquica

Freud (1996) foi o primeiro a estudar a vinculação entre a brincadeira e a constituição do sujeito, através do jogo do carretel ou “fort-da”. Observou que seu neto de dezoito meses, durante a ausência da mãe, brincava com um carretel amarrado a uma linha fazendo-o desaparecer e reaparecer e acompanhava o movimento de vaivém com as palavras “fort” (fora) e “da” (aqui). Sua interpretação foi a de que a criança tentava elaborar com seu jogo a ausência da mãe. Esta brincadeira permitia que o menino tivesse domínio da situação, através de uma atividade metafórica, na qual o carretel era utilizado simbolizando os movimentos de presença e ausência. Com isto, o jogo ganhou o “status” de atividade simbólica. Na brincadeira é possível transformar um objeto qualquer num objeto de função simbólica.

Winnicott (1975) também compartilha da idéia do brincar como prática significativa. No entanto, para ele, esta prática surge muito antes do aparecimento da linguagem verbal na criança. Tem início nas primeiras interações entre a mãe e o bebê. A partir do interjogo entre mãe e filho, o bebê vai percebendo que existe algo externo a ele. Vai sendo criando um espaço intermediário entre eles, o espaço potencial, que desencadeia um processo de saída do estado fusional mãe-bebê. Este

processo vai possibilitar que o bebê venha a perceber que existem as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas.

O espaço potencial representa a área de ilusão, onde as realidades interna e externa, apesar de separadas se inter-relacionam. Segundo este autor, é nesta área que se processam os fenômenos transicionais. O fenômeno transicional ocorre com a eleição, por parte da criança, de um objeto qualquer, que pode ser um brinquedo, um cobertor, um som, um movimento de mãos, etc, que vai funcionar como elemento intermediário entre o corpo dela e o da mãe. O importante no objeto transicional não é tanto o valor simbólico, mas sim sua própria realidade. Segundo Winnicott (1975), *“O fato de ele não ser o seio (ou a mãe), embora real, é tão importante quanto o fato de representar o seio (ou a mãe).”*(p. 19)

Para que isto aconteça não basta apenas a escolha da criança, mas também a “permissão” da mãe. É necessário que a mãe permita ao bebê fazer uma escolha de algo que é externo aos dois. Ainda em relação ao espaço potencial, podemos ressaltar que este se caracteriza por favorecer um relaxamento, no sentido de que ele não exige uma definição daquilo que é externo ou interno, o que é “eu” ou “não-eu”. Este espaço mantém-se preservado no decorrer do desenvolvimento humano através do brincar, das artes, da criatividade, da religião.

Santa Roza (1999), comentando a teoria de Winnicott, nos fala que é justamente a partir da possibilidade de se instaurar o reconhecimento da diferença “eu” e “não-eu”, que se estabelece a jornada do simbolismo no tempo através dos fenômenos transicionais. A criança

pode então fazer uma passagem posterior para o brincar, depois ao jogo compartilhado, ou brincar socializado e, por fim, à cultura.

Desta forma, esta autora considera que os fenômenos transicionais são os precursores das operações simbólicas, indo, mais tarde, dar lugar ao aparecimento dos primeiros jogos de ocultação. Nestas brincadeiras em que geralmente o bebê procura o rosto que está escondido atrás da fralda, ou atira objetos para que peguem, ou ainda abre e fecha portas e caixas, até chegar ao esconde-esconde da criança maior, está exposta à dialética de presença e ausência, que rege e funda o universo simbólico.

Ainda segundo a autora citada, um aspecto que se apresenta com a repetição na brincadeira é a tentativa de elaboração de algum fato ou experiência. É a maneira da criança tentar compreender o que está ocorrendo com ela ou no meio em sua volta e tentar ter o domínio de uma situação, que até então se configura como desconhecida e/ou ameaçadora, posto que não estava sob o domínio da significação.

Benjamin (1984) é outro autor que trabalha a questão da repetição no jogo. Ele aborda a situação de repetição durante a brincadeira não apenas como a possibilidade de retorno a uma situação primordial de onde derivou o impulso primeiro, no sentido de vivenciar as experiências negativas. Mas também como uma possibilidade de se gozar novamente triunfos e vitórias no caso de lembranças prazerosas.

Na prática, é comum observarmos o fenômeno da repetição de uma mesma brincadeira. Recordamo-nos de um menino de cerca de oito anos, que foi internado com osteomielite, pouco tempo depois que sua mãe

adotiva havia morrido e ele tinha retornado à sua família de origem. Estava desacompanhado e mostrava-se bastante deprimido. Passamos a observar que quando começou a brincar, repetia sempre a mesma brincadeira. Empilhava blocos coloridos num caminhão, puxava o caminhão para outro lugar e em seguida derrubava todas as peças. Fazia isto repetidas vezes, sempre em silêncio.

Winnicott (1975) ressalta que *"A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais."* Além disto, o brincar possibilita aprendizagens de forte significação, sobre as quais geralmente não se produzem regressões em etapas posteriores de desenvolvimento, devido ao alto grau de permissividade (ou liberdade) em que ocorrem. Há também uma redução na sensação de gravidade frente aos erros e fracassos. Como no brincar tudo é possível, tudo é válido, cria-se um espaço de encorajamento a prosseguir, continuar, crescer, aprender, manter-se vivo. (Cañeque, 1993)

O brincar espontâneo e livre da criança é regido tanto pelo princípio do prazer como pelo da realidade. (Santa Roza, 1999) Por ser um estado de "faz-de-conta", o que garante a existência do jogo é a intencionalidade do jogador. Não é o conteúdo imaginário do brinquedo que determina a brincadeira, mas sim o inverso. (Benjamin, 1984). Para este autor, quanto mais atraente for o brinquedo, menor será seu valor como "instrumento" de brincar, pois menos oportunidade de criação na

brincadeira oferecerá. A imitação, destaca ele, é própria do ato de brincar e não do brinquedo.

O que leva uma criança a brincar de médico, por exemplo, não é o simples fato de ter à sua disposição estetoscópio, aparelho de pressão e outros apetrechos médicos de brinquedo, mas sim a possibilidade interna de exercer um outro papel, que neste momento lhe atrai, fascina ou desafia. Como bem diz Benjamin (1984): *“A criança quer puxar alguma coisa e torna-se cavalo, quer brincar com areia e torna-se padeiro, quer esconder-se e torna-se ladrão ou guarda .”* (p.70)

Para isto, ela usa sua imaginação e os objetos que estejam ao seu alcance. Nestes momentos, uma caixa de sapato pode se transformar num berço de bebê, uma caneta virar um microfone, ou como já vimos na enfermaria, seringas vazias de injeções se transformarem em possantes naves espaciais.

Acompanhamos um menino de 8 anos, em sua primeira internação, com um quadro infeccioso, que um dia, ao chegar para brincar, nos mostrou que estava guardando todas as seringas das injeções que tomava. Em seguida, começou a arrumá-las sobre a mesa, puxando os êmbolos em diferentes tamanhos e dispendo-as na vertical; eram foguetes.

Aquela era a sua brincadeira, ele garantiu a intenção do jogo ao transformar um material aparentemente desprovido de qualquer apelo lúdico (as seringas) em elementos criativos que lhe permitiram transitar pela duplicidade real/irreal. Santa Roza (1999), baseada em Henriot, observa que esta duplicidade, a possibilidade de distanciar-se da

realidade, sem no entanto, perdê-la de vista, é uma das características do jogo, juntamente com a imprevisibilidade que acompanha a brincadeira e o processo de ilusão, que é o que mantém o jogador envolvido. A criança, ao brincar, sabe que aquilo não é de verdade, mas envolve-se na ilusão consciente do jogo, pois a brincadeira tem um sentido, um significado.

Segundo Huizinga (1980), a função do jogo é representar a realidade. Com base nesta afirmação, podemos, assim, considerar o brincar como uma linguagem, a linguagem primordial da infância, pois é através dele que a criança recria metaforicamente a realidade. (Santa Roza, 1999)

Por ser o brincar uma das formas de linguagem da criança, na situação de hospitalização ele aparece como um contraponto à passividade em geral exigida de quem é internado .

4. Pensando a partir da Terapia Ocupacional

Embora nosso estudo não esteja ancorado especificamente nas bases teóricas da Terapia Ocupacional, procuramos estabelecer uma reflexão no interior dessa área, uma vez que foi a partir de nossa experiência enquanto terapeuta ocupacional que começamos a elaborar as

questões que acabaram nos levando à realização desta pesquisa. O objeto do nosso estudo, visto à luz do referencial teórico utilizado, nos possibilitou, de uma certa forma, estabelecer um diálogo entre *a prática da terapia ocupacional* e *o brincar como uma possibilidade de ação e expressão*. A terapia ocupacional tem como objeto de estudo a relação entre a cinética do homem e as atividades ocupacionais, tanto em relação aos seus desvios patológicos quanto em relação às repercussões psíquicas e orgânicas daí oriundas. Segundo a legislação da terapia ocupacional, a meta principal é a restauração ou manutenção da capacidade físico-mental do indivíduo. (Coffito, 1981)

Sabemos com base na referida legislação, que tanto na área de reabilitação, área de atuação inicial da terapia ocupacional, como nas de prevenção e tratamento o que ocorre, na realidade, é um processo de objetivos terapêuticos, sendo necessária a atuação multiprofissional, sob uma perspectiva interdisciplinar, visando a recuperação e bem estar biopsicossocial do indivíduo.

Mas qual seria o nosso papel num trabalho interdisciplinar visando o bem estar biopsicossocial?

Particularmente consideramos este termo (biopsicossocial) pouco adequado, visto que se refere a um estado quase idealista. Esta idéia é compartilhada por alguns outros autores que trabalham na área de saúde, entre os quais Ceccim (1997). Segundo ele, "*Um estado de completo bem-estar biopsicossocial é inatingível (...)*". (p. 29) Preferimos trabalhar com o conceito de ser complexo, imerso e influenciado por uma

história individual e coletiva. Não é nossa intenção aqui apontar para uma resposta única, mas sim refletir sobre como nossa atuação pode ser muito mais abrangente de acordo com o que tomamos por base em nossa profissão e como isto vai influenciar diretamente o modo como desempenhamos nosso papel de terapeuta ocupacional. Diríamos que existem diferentes maneiras de fazê-lo. Sem ter a pretensão de desqualificar condutas ou pensamentos diferentes do nosso, queremos apenas apontar de que maneira construímos nossa visão e como ela repercutiu no modo como realizamos este estudo .

Na resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito, 1981), define-se como sendo competência do terapeuta ocupacional:

“(...) elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação cinética-ocupacional, sendo esta um processo pela qual, através de metodologia e técnicas terapêuticas ocupacionais, são analisadas e estudadas as alterações psico-físico-ocupacionais, em todas as suas expressões e potencialidade, objetivando uma intervenção terapêutica específica; prescrever baseado no constatado na avaliação cinética-ocupacional, as condutas próprias da Terapia Ocupacional, qualificando-as e quantificando-as; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo, dar alta nos serviços de Terapia Ocupacional, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas”. (p. 69)

Esta é uma definição básica, mas percebemos que é a reflexão sobre o termo ocupacional que vai direcionar a atuação do terapeuta ocupacional.

O que é ocupação? Procurando pelo sentido da palavra no dicionário, encontramos, dentre outros, os seguintes: “*ato de ocupar-se*

ou apoderar-se de algo; ato de trabalhar em algo; atividade, serviço ou trabalho intelectual ou manual realizado por um período de tempo mais ou menos longo de tempo." (Holanda, 1986) Por esta definição, percebemos que a ocupação está relacionada à ação e à vontade. É considerada como um ato, o que significa que tem de haver uma implicação e uma escolha por parte de quem se ocupa. Vários autores da terapia ocupacional, ou de outras áreas afins, têm-se dedicado a estudar e refletir sobre este tema.

Caniglia (1994), em seus estudos sobre a caracterização e especificidades da terapia ocupacional, trabalha com o conceito de indivíduo prático. Neste conceito, o indivíduo prático é o referencial de saúde, já que é percebido como o ser criativo, expressivo, produtivo, lúdico e transformador. Esta autora compartilha com as idéias de Vázquez (1977) de que a atividade humana diferencia-se da atividade natural, que é a atividade em geral (tal qual o funcionamento de um órgão qualquer do corpo humano ou o movimento das marés). Para Vázquez (1977), a atividade humana implica na intervenção da consciência e desenvolve-se de acordo com o que se almeja. A atividade humana caracteriza-se quando os atos dirigidos a um objeto com o intuito de transformá-lo têm início com um objetivo definido e terminam com um resultado real. É a práxis que diferencia o humano dos outros animais, pois só o ser humano é prático.

Esta práxis no entanto é influenciada pelo meio, visto que existe uma correlação direta entre cultura e ocupação. A ocupação humana está

diretamente relacionada com todas as vivências às quais o indivíduo está vinculado, tanto individualmente, quanto coletivamente. O ser humano vai refletir em seu tipo de ocupação, seja nas suas escolhas, seja no seu modo de fazer, o meio sócio-histórico-cultural ao qual está vinculado.

Tassara (1996), ao discutir a questão da importância da cultura em relação à ocupação humana, ressalta que:

“ A ocupação é uma função da cultura dentro da qual se inscreve o sujeito analista, da história dentro da qual se situa este sujeito, do sistema de valores de verdade que está disciplinando as suas decisões, isto é, a função “ocupação” está comprometida com o cotidiano, comprometida com uma vivência, com uma experiência de vida, com a experiência do senso comum.” (p. 47)

Kielhofner (1991), um dos teóricos contemporâneos da terapia ocupacional, aponta que alguns autores como Reilly pensam mesmo que o ser humano não pode ser saudável na ausência de ocupação significativa. Por esta ótica, a ocupação, além de ser considerada como fator essencial à saúde humana, também é vista como um processo de cura. No entanto, para ser considerada significativa e atuar como instrumento terapêutico, é preciso que a atividade contenha uma intenção, envolva desafio e promova a realização e satisfação.

Tanto Reilly como Kielhofner, em seu modelo de ocupação humana, consideram que a base da terapia ocupacional é a possibilidade de restaurar, aumentar e manter a habilidade da pessoa como ser ocupacional, através de atividades planejadas.

Sabemos, no entanto, que não é simplesmente pelo fato de se usar uma atividade ou ocupação, que está ocorrendo um processo terapêutico.

Francisco (1988) nos chama a atenção sobre o uso de uma atividade, o qual, para ser conceituado como terapia ocupacional, é necessário:

- Que a atividade seja percebida como um espaço de criação e produção, repleta de simbolismo e acompanhada de desejos e intenções.

- Que exista um processo de identificação das necessidades, conscientização e superação do problema; não basta a repetição do fazer por fazer.

- Que o terapeuta se disponha a funcionar como instrumento no processo terapêutico, incomodando, estimulando e suscitando questões.

Remetendo essa reflexão para a assistência à criança, podemos considerar que o foco privilegiado da terapia ocupacional com esta clientela seja o brincar, uma vez que o brincar é a sua vivência, seu cotidiano, sua experiência de vida. Logo, podemos afirmar que a brincadeira é a ocupação primordial da infância. Como principal atividade, o brincar se configura, de modo claro, como um instrumento simples e eficaz para estimulação e prevenção quando trabalhamos com crianças.

Por ser um tipo de ocupação, a atividade lúdica³ também está diretamente ligada ao cultural. Para Prado (1991), a atividade lúdica infantil pode ser considerada como uma construção social e diferenciada de cultura para cultura. Esta autora considera que é através do lúdico que a criança interage com o mundo ao seu redor, abrangendo neste conceito, o contexto sociocultural no qual está imersa desde que nasce. É

³ No presente trabalho estaremos fazendo uso das palavras - brincar, lúdico, atividade lúdica, brincadeira e jogo - como sinonímia.

por intermédio do lúdico, que a criança se apropria da realidade externa, recriando-a pela fantasia e transformando assim, criativamente, a realidade.

Caniglia (1994) cita que Mary Reilly denominou o brincar contínuo da criança como comportamento ocupacional, colocando-o no mesmo nível do trabalho no adulto.

Kielhofner (1991) classifica tanto o brincar quanto o trabalho, como a própria essência da existência humana.

Kudo e Pierri (1993) consideram que a ação para a criança é o brincar, e é, através dele, que a criança interage com o meio, expressando-se e comunicando.

É, no entanto, fundamental ressaltar que uma coisa é a utilização de brinquedo como coadjuvante numa sessão terapêutica, e outra (bem diferente) é promover, facilitar e estimular o processo de brincar.

Pensamos que mais importante do que treinar uma criança para realizar determinada função motora utilizando um brinquedo, é propiciar, auxiliar se necessário, a existência de um brincar espontâneo, um processo “natural” na infância. No entanto este processo “natural” pode não ter espaço para acontecer, quando a vida da criança sofre intercorrências que alteram seu curso regular, tal como o adoecimento e a hospitalização. Nessas situações, comumente as necessidades de intervenção médica requerem tal atenção, que nós profissionais que atuamos junto a ela, acabamos por esquecer ou relegar a segundo plano a sua condição essencial de criança .

Como profissionais diretamente vinculados à reabilitação, nós, terapeutas ocupacionais, herdamos, sem dúvida, um modelo organicista e mecanicista, que muito influencia na maneira como usamos nossas técnicas e como percebemos nosso paciente. Isto se deveu principalmente à pressão sofrida pelos terapeutas ocupacionais por parte da comunidade médica, para mostrar que o uso da atividade era cientificamente aceitável.

Em relação a essa questão, Francisco (1988) observa que:

“Tendo em vista a preocupação de sistematização da aplicação da atividade, os terapeutas ocupacionais tornam-se especialistas em exercícios progressivos de resistência, em atividades da vida diária, em suportes funcionais, no desenvolvimento pré-vocacional, etc. À medida que o uso da atividade passou a ser igual a exercício, voltado às partes lesadas do organismo humano, os terapeutas passaram a tratar patologias mãos, ombros, quando não articulações, músculos, memória, atenção.” (p. 37)

No entanto, não podemos esquecer que nosso objeto principal continua a ser o ser humano, com toda sua complexidade, impossível de ser traduzido para um sistema de causa e efeito.

Vemos isto mais de perto, quando enveredamos pela área da psiquiatria. Já nas décadas de 50 e 60 Fidler e Fidler (*apud* Francisco, 1988) apontavam para uma visão psicodinâmica da atividade, por perceberem que qualquer ato humano é carregado de simbolismo, considerando que:

“Quando se usa a terapia ocupacional como processo psicoterapêutico, deve seguir-se necessariamente que o produto sendo feito e o trabalho de fazê-lo são considerados secundários ao julgamento de como o produto e o processo de fazê-lo afetam suas relações com os outros. A ocupação passa a ser então a ferramenta

da manipulação de suas relações com outras pessoas e não o objetivo primordial em si". (p. 47)

Começava assim a mudança na maneira de se perceber o uso da atividade. Mais importante do que o fazer, passou a ser o processo, o modo como isto ocorria, de que maneira se dava a relação do paciente com a atividade. Começou-se a dar uma maior importância ao vínculo que é criado entre terapeuta - paciente e paciente - atividade. A atividade passou a ser vista como meio de expressão.

Foi construindo nossa prática e refletindo sobre ela, que pudemos melhor perceber a necessidade de se realizar um atendimento não apenas voltado para a disfunção mas, como diz Francisco, entendendo a relação entre o homem e o meio em que vive, vendo-o enquanto ser social com peculiaridades e particularidades. Passamos a perceber que a participação do paciente no processo terapêutico é, e tem de ser, ativa. Ele é o agente de suas mudanças, e, enquanto terapeuta, estimulamos, facilitamos e orientamos; mas ele é quem melhor sabe suas necessidades. Todas essas questões nos levaram a repensar nosso papel enquanto terapeuta ocupacional.

Refletindo sobre nossa atuação em áreas tão diversas, como psiquiatria e reabilitação motora, passamos a rever de que modo poderíamos auxiliar, facilitar, estimular a independência deste ser único que é o nosso cliente. Afinal, é para isto que trabalhamos; para propiciar uma inserção ou reinserção desta pessoa na sociedade, auxiliando-a para que ocupe um papel que é só seu.

Diante desta visão, surgiram outros questionamentos:

Será que existem padrões de independência? Será que o fato de realizar determinada tarefa ou conseguir o movimento específico, por si só, asseguram um espaço de pertença no grupo social? Auxiliar na adaptação ou (readaptação) do homem, no seu meio, significa apenas treiná-lo em ações mecânicas? Será que, por estar doente, uma criança hospitalizada já não precisa mais continuar seu processo integral de desenvolvimento? Será que apenas o fato de respirar e ter o coração pulsando (espontaneamente ou não) define que se está vivendo?

Pensando nestas questões, nosso olhar foi se voltando cada vez mais para a criança que brinca e não para a neuropatia, a síndrome, a seqüela ou a doença. Fomos percebendo que a independência que tanto objetivamos para o nosso paciente era muito mais ampla do que apenas restaurar funções. Não podemos ignorar o que cada um faz de sua vida, como utiliza suas habilidades e deficiências (todos temos ambas), como se insere na família e no grupo social.

Quando falamos especificamente da criança gravemente adoecida e hospitalizada, sabemos que um processo de internação hospitalar pode acarretar alguns prejuízos à criança, mesmo que não tenha seqüelas motoras ou funcionais. Observando crianças hospitalizadas, percebemos que não é apenas a doença clínica que necessita de cuidados. A apatia, a tristeza e outros sinais de alteração no comportamento, deixam perceber que a saúde mental daquela criança está correndo riscos.

Além disto, a inércia, geralmente a situação de hospitalização, está associada a uma passividade, contribuindo para uma estagnação e, até

mesmo para uma involução de todo processo de desenvolvimento. Não há como separar ou compartimentar o desenvolvimento. Se uma criança não brinca, ela explora menos o mundo externo, os estímulos que entram são em menor número, seu desempenho motor diminuí, seu raciocínio é menos exigido (não precisa fazer tantas adaptações e assimilações), seu mundo interno empobrece. Em suma, é um círculo no qual cada função facilita ou compromete as outras.

Kudo e Pierri (1993) são ainda as poucas autoras brasileiras de terapia ocupacional que se ocuparam destas questões específicas na área hospitalar. Em seu trabalho, elas ressaltam a importância de considerarmos os aspectos saudáveis que a criança apresenta e não nos determos apenas em seqüelas, lesões, doenças ou deficiências.

Vários trabalhos clínicos e assistenciais são realizados, mas ainda não se encontram eficientemente divulgados, na medida em que nos falta uma construção teórica mais consistente sobre a importância da atividade lúdica com esta clientela de crianças gravemente enfermas e hospitalizadas, e também um diálogo com as outras áreas afins que trafegam neste mesmo universo.

Não é fácil construir novos modelos de atuação, porém percebemos que está se iniciando uma interlocução com diferentes áreas, como a sociologia, a antropologia, a educação, a medicina e a psicologia, entre outras. Esta discussão faz parte de um movimento que vem acontecendo na terapia ocupacional hoje, gerando uma produção de conhecimento que, gradativamente, se afasta do modelo médico de atendimento,

tradicional e standartizado, apontando para uma reflexão sobre como, enquanto profissionais de saúde, e aqui não nos referimos apenas aos terapeutas ocupacionais, pensamos nas instituições, no nosso caso, especificamente, o hospital

5. Pressuposto de nosso Estudo

No decorrer de nossa prática, vimos observando como o brincar livre e espontâneo, mesmo nas crianças adoecidas e hospitalizadas, emerge carregado de questões culturais e simbólicas, apontando para a singularidade de cada indivíduo. O brincar é um instrumento privilegiado para este tipo de observação, visto que o jogo é mais do que um fenômeno fisiológico ou um reflexo psicológico; é uma função significativa, carregada de significado. Existe nele algo que extrapola as necessidades mais imediatas e dá sentido à ação. (Huizinga, 1980)

Começou a delinear-se, então, o pensamento de que o brincar na enfermaria funciona como elo de ligação com a vida, que promove o desenvolvimento pleno da criança gravemente adoecida e hospitalizada, como sujeito sócio-histórico, para além de suas funções meramente recreativas e catárticas. Isso é um dado que foi apontado na

trajetória de nossa experiência, mas que não fora estudado de uma forma sistemática anteriormente ao presente trabalho.

Assim, articulando a nossa experiência e o pensamento de Huizinga (1980), definimos como **pressuposto do nosso estudo** que o brincar possibilita à criança hospitalizada transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização. Ao longo de nossa pesquisa, procuramos saber se isso se sustentava ou não à luz de nossos dados empíricos. Caminhando nessa direção, buscamos investigar como a criança exerce a sua condição de sujeito ativo e atuante em contraposição à passividade do papel de paciente.

Ampliando o nosso foco, procuramos compreender como na relação estabelecida entre o *brincar* e a *criança* se refletiam as relações entre a criança-doença, criança-profissionais de saúde e criança-família.



Capítulo II

REVENDO O MODELO MÉDICO-HOSPITALAR ATRAVÉS DO BRINCAR

" Nossa imagem do mundo é sempre também um quadro de valores . "

Canguilhem

1. O Hospital e o Modelo Médico de Atendimento

Para melhor podermos situar o cenário de nosso estudo, torna-se necessário uma breve retrospectiva sobre a história do hospital em nossa sociedade, tal como é conhecido hoje. Isto também nos ajudará a identificar como surgiu o modelo médico de atendimento, a fim de que possamos entender como funcionam as relações numa enfermaria.

O hospital, apesar de milenar, só passou a ter a configuração de instrumento terapêutico e local de cura, no final do século XVII. (Foucault, 1998) Até esta época, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, funcionando na realidade também, como local de exclusão e separação. Servia tanto para recolher o indivíduo pobre e doente e prestar a assistência “necessária” à sua doença, quanto para proteger o resto da sociedade do perigo que ele representava através do contágio.

Existia uma separação entre a medicina, considerada a arte de curar e o hospital. Foucault (1998) afirma que o hospital não era uma instituição médica, bem como a medicina era uma prática não hospitalar. A medicina era praticada de forma limitada e com uma população restrita. *“O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar.”* (p. 101)

Ia-se para o hospital muito mais para morrer, do que para se curar, este era considerado como um lugar onde morrer. Por conta disto, o hospital acumulava as funções de assistência e transformação espiritual do enfermo, ficando o trabalho entregue a uma equipe de religiosos e leigos, cuja função maior era a caritativa. Trabalhava-se pela salvação eterna da alma, tanto dos moribundos ali atendidos, quanto do próprio pessoal hospitalar.

Quanto à medicina, a prática médica era pautada na observação do doente e da doença, segundo (Foucault,1988), "*o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença.*" (p. 102) Era uma relação individual entre médico e doente.

A transformação dos hospitais, e a conseqüente mudança na medicina, começou a partir dos hospitais marítimos e militares. Havia necessidade de se colocar ordem na desordem da qual o hospital era portador. O objetivo neste primeiro momento não era transformar o hospital em instrumento de cura, mas sim impedir que continuasse sendo foco de desordem econômica e médica. Além do preço que passou a ser atribuído ao indivíduo, tinha-se que evitar a propagação das epidemias. A vida humana passava a ter um preço, mas não por razões humanitárias e sim mercantilistas. Custava dinheiro formar um indivíduo e desenvolver suas aptidões. No caso dos militares, não se podia correr o risco de que o soldado morresse antes de entrar em batalha (o que ocorria

com freqüência na época). Logo, o principal motivo que alavancou esta grande reforma foi o econômico.

A tecnologia empregada para a reorganização dos hospitais militares e marítimos foi a disciplina, que é uma técnica de exercício de poder. Nesta técnica, o espaço passou a ter papel fundamental. Existia, para Foucault (1988), uma *“individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório.”* (p. 106)

A disciplina permitia que se exercesse um controle constante dos indivíduos através da vigilância, era preciso vigiar todo o tempo através do olhar. Toda a disposição arquitetônica passou a ter uma razão de ser. A visibilidade (luz constante) fazia parte do processo de ver durante todo o tempo. No entanto, este ver não significava olhar e sim, vigiar, controlar. (Foucault, 1988)

Se observarmos, ainda hoje, os hospitais mantém um design baseado na necessidade de observação constante. A própria disciplina ainda é um recurso bastante utilizado em algumas instituições hospitalares. De modo geral, o paciente é o último a ser ouvido sobre suas necessidades, pensa-se e decide-se por ele, e privacidade, quando falamos em atendimento público, é um conceito que praticamente inexistente.

Com isto, mudou-se a estrutura do hospital e a disposição física dos doentes. Tornou-se importante pensar na distribuição interna do espaço hospitalar, bem como na própria localização do mesmo na cidade.

Foi nascendo, assim, um espaço útil do ponto de vista médico, que transformou, pouco a pouco, o espaço administrativo e político em espaço terapêutico. O próprio prédio do hospital foi se organizando como um instrumento de ação médica. Era necessário, então, que se pudesse observar os doentes e melhor coordenar o atendimento a estes. A estrutura física tornou-se de vital importância para manutenção do controle sobre as doenças; separavam-se doentes para evitar contágios, ficou estabelecido o princípio de se ter apenas um doente por leito (antes haviam leitos coletivos) e a necessidade de ventilação em torno de cada leito. Com isto, o hospital passou a ser um operador terapêutico em sua própria materialidade. (Foucault, 1988)

Refletindo e fazendo uma apropriação peculiar sobre o conceito de que o hospital é em sua estrutura espacial um meio de intervenção sobre o doente, é interessante pensarmos: O que persiste e existe até hoje é a preocupação, de modo geral, do espaço ser utilizado apenas com o objetivo de separação (pelo risco de contágio) e da observação constante. Infelizmente, em nossa realidade de saúde pública brasileira, ainda são poucos os hospitais infantis que se preocupam com o impacto que sua estrutura física tem sobre seus pacientes. Pensa-se pouco, como observa Foucault (1998), que "*A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura*". (p.109)

Pouco se pensa, ou melhor dizendo, já se estuda bastante a respeito, mas ainda investe-se pouco em qualquer transformação neste sentido, no impacto que a arquitetura de um hospital tem sobre os seus

usuários, especialmente crianças, que em alguns casos, passam mais tempo de suas vidas internadas do que em suas casas.

Quando conseguimos captar as representações que esta população infantil tem sobre o universo hospitalar, podemos nos surpreender. A primeira reação, em geral, que a criança costuma apresentar ao ser inserida neste contexto, é a de estranhamento. Tudo é impactante, do espaço físico ao domínio da cor branca (em geral usada nos uniformes das equipes de saúde), dos procedimentos à linguagem técnica utilizada. O hospital é percebido pela criança como um local associado à dor, ao castigo, a proibições e ao isolamento (Oliveira, 1993). O que de modo geral parece chamar mais a atenção, não só da população infantil, e ser percebido de maneira mais clara ainda, é a disciplina hospitalar.

A disciplina hospitalar surgiu com o objetivo de organizar o mundo confuso do doente e da doença, e transformar este meio onde os doentes eram colocados. Foi graças à introdução das medidas disciplinares no ambiente hospitalar, até então confuso e caótico, que foi possível a medicalização deste (Foucault, 1998).

Toda esta revolução, no entanto, não foi decorrente apenas das mudanças materiais e disciplinares do hospital. Houve também, na mesma época, uma transformação radical, tanto no saber como na prática médica. Foucault(1998) explica como isto se deu: *“Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico.”* (p. 107)

A doença passou a ser percebida como um fenômeno natural, que obedece a leis naturais, o que mudou também a perspectiva de cura. As ações de cura passaram a ser direcionadas para todos os elementos do ambiente que envolvem o doente; tais como o ar, a água, a temperatura ambiente e a alimentação. A medicina passou a ter a preocupação de intervir sobre o meio.

Com estas alterações, aos poucos, a visita médica foi instalando-se como cada vez mais necessária. O que antes era uma inspeção descontínua e rápida, regularizou-se como constante.

O médico passou a ser, então, o principal responsável pela organização do hospital, assumindo, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital. Com isto, começou a suplantiar os religiosos, que antes prestavam assistência aos enfermos e moribundos, dando-lhes o papel de subordinados para examinar o paciente. Neste momento podemos dizer que surgiu o modelo médico de atendimento tal como é conhecido na atualidade. Foi quando surgiu também a categoria de enfermeiro.

Com a inversão das relações hierárquicas e a tomada de poder pelo médico, começaram a se manifestar sinais desta mudança. Uma das demonstrações da nova posição do médico no hospital podia ser observada pelo ritual da visita (hábito ainda presente nos dias de hoje), no qual o médico ia até o leito do doente, seguido dos demais participantes da equipe. Este hábito marcava de tal forma o advento do

poder médico, que existia toda uma codificação de como deveria acontecer. (Foucault,1988)

Atualmente, o poder hospitalar, apesar de geralmente ainda ser bastante centrado na figura do médico, já é dividido com os outras categorias profissionais que compõem a equipe de saúde. No entanto, as relações ainda se apresentam bastante hierarquizadas e aos pacientes, nesta escala hierárquica, por vezes cabe apenas ouvir e acatar as opiniões. Algumas equipes assumem uma postura de que apenas eles têm o conhecimento da doença, como se o paciente nada soubesse ou tivesse a dizer sobre sua condição.

Um dos fatores que provavelmente contribuiu para esta situação foi que, gradativamente, o hospital que antes tinha um caráter apenas assistencial, passou a ser também um local de formação e aperfeiçoamento científico, onde surgiu a constituição de um saber. Com isto, surgiram uma série de registros médicos que acumulavam e transmitiam informações, construindo desta maneira um campo documental que passou a reforçar o saber médico antes só localizado nos grandes livros. Os códigos (através dos exames) e as escritas passaram a ser utilizados também com o fim de exercer um controle. Esses registros marcavam a relação de cada indivíduo com sua doença e/ou morte, para que nada passasse despercebido das instâncias de poder, a fim de evitar a proliferação da doença e do mal. Todos os mecanismos de poder, que até hoje são colocados em torno do "anormal" para marcá-lo e modificá-lo, derivam daí.

A clínica aparece então como dimensão essencial do hospital, significando a organização deste enquanto lugar de formação e transmissão do saber.

O poder disciplinar tornou-se múltiplo, automático e anônimo; expandindo-se por pequenos segmentos, enraizando-se no controle geral. No lugar dos grandes asilos, começam a surgir pequenos hospitais espalhados pelas comunidades. (Foucault, 1988)

Surgem, nesta época, os processos de separação e verticalidade, que estabelecem redes hierárquicas precisas e estanques, com o objetivo de evitar o surgimento de um contrapoder a partir da organização da multiplicidade. Algumas destas relações hierárquicas ainda se encontram presentes até hoje nos modelos de funcionamento hospitalar.

Atualmente, até mesmo o próprio espaço hospitalar é ordenado pela lógica médica, que impõe barreiras e divisões que dirigem o fluxo de pessoas e coisas no ambiente do hospital. É este poder centralizado que define o espaço interno e a rotina de funcionamento, bem como centraliza as decisões clínicas e terapêuticas em geral na figura do médico. Esta rede hierárquica funciona ainda através da disciplina e acaba, em certos momentos, gerando ressentimentos e tensões entre a equipe, principalmente nos elementos de uma "*hierarquia mais baixa*" (Antunes, 1989). Isto, geralmente, repercute nos pacientes e seus acompanhantes, que, em geral, são os que têm menos poder de decisão nesta situação.

Uma observação interessante, que constatamos, foi a de que os postos de enfermagem localizam-se, via de regra, no meio de cada enfermaria, ficando visíveis de todos os boxes de pacientes. A qualquer horário em que se entre na enfermaria, encontramos sempre algum profissional desta categoria neste posto. Ficam sempre expostos. O corpo de médicos, no entanto, concentra-se numa sala fechada, à parte e, passada a movimentação das rotinas médicas na parte da manhã, quando trafegam intensamente pela enfermaria, não ficam mais visíveis. Quando necessário, são chamados nesta sala, que fica dentro da enfermaria.

Com base nesta retrospectiva, podemos sinalizar que foi através dos processos de deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que surgiu o hospital médico, tal como é conhecido ainda hoje.

O modelo médico (ou biomédico) vigente, que serve como base conceitual da moderna medicina científica, surgiu como resultado direto da influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico (Capra, 1997). Nesta visão, o corpo humano é comparável a uma máquina, a doença seria o mau funcionamento das peças (diferentes partes e órgãos) e o médico, o técnico responsável pelo conserto (cura). A filosofia de Descartes levou os médicos a fazerem uma dicotomia radical entre corpo e mente, relegando a um segundo plano os fatores psicológicos, sociais e ambientais da doença. A interpretação do postulado cartesiano foi muito mais rigorosa do que o próprio pensador,

que apesar de advogar a separação entre corpo e mente considerava a interação entre ambos e suas implicações na medicina. (Capra,1997)

Desta maneira, foi-se instalando uma concepção reducionista de doença, que acabou por se estabelecer como princípio fundamental da moderna ciência médica. Segundo Capra (1997), “...os problemas médicos são reduzidos a fenômenos moleculares com o objetivo de se encontrar um mecanismo central para o problema.” (p. 125)

Esta redução das funções biológicas acabou por levar os pesquisadores biomédicos a uma limitação parcial na observação dos fenômenos. Ainda citando esse autor, “ *Em meio à enorme rede de fenômenos que influenciam a saúde, a abordagem biomédica estuda apenas alguns aspectos fisiológicos.*” (p. 132) Ou seja, apesar de extremamente útil e necessário, estes estudos são apenas parciais, uma parte importante sobre o processo de adoecimento continua desconhecida. O resultado é que, baseada apenas nesta visão, a prática médica não se apresenta muito eficaz, tanto na promoção quanto na manutenção da saúde.

No entanto, hoje, a medicina já percebe que o pensamento linear, apesar dos inúmeros avanços e êxitos da medicina no século XX, principalmente durante as últimas três décadas, não dá conta das inúmeras questões que envolvem o adoecimento. A tecnologia médica atingiu um alto grau de sofisticação; todavia, as questões desencadeadas por este progresso envolvem problemas que extrapolam a natureza médica ou tecnicista. Envolvem questões sociais, econômicas, morais,

culturais e afetivas. Torna-se necessário sair desta visão reducionista e redimensionar os conceitos de saúde e doença.

2. Saúde, Doença e o Processo de Adoecimento

O corpo, enquanto um organismo, vive ou sobrevive, se adapta às circunstâncias impostas. (Canguilhem, 1995) No entanto, mesmo do ponto de vista físico, um homem não se restringe a um organismo. Seu corpo é o meio pelo qual pode exercer ações, uma das maneiras de atuar no mundo. Portanto para se atribuir o valor do que é normal e do que é patológico, é preciso olhar para além do corpo. Cada homem se localiza em referenciais histórico-culturais específicos, o que faz com que o processo de adoecimento seja vivido de diferentes maneiras por cada um.

Logo, a conceituação de saúde e de doença vai variar de cultura para cultura, de acordo com a concepção que se tem de organismo vivo e sua relação com o meio. (Capra, 1997) Para que estes conceitos se transformem para além do modelo médico vigente, é necessário que incluam uma visão sistêmica do organismo, aí incluindo as dimensões individuais, sociais e do meio.

Canguilhem (1995) trabalha com a idéia de que o homem compreende saúde como sendo um estado que lhe dá o sentimento de

segurança na vida. Saúde é o que possibilita, se necessário, criar valores e instaurar normas vitais. Poderíamos dizer que uma das maneiras do homem sentir o estado de saúde, é percebê-lo como o equilíbrio necessário para realizar suas atividades de forma plena e manter relações harmônicas com o meio social.

O conceito de doença também vai depender de um julgamento de valor do próprio paciente. É o indivíduo doente que vai dar significado à doença, em virtude das limitações ou alterações que esta lhe traz. (Canguilhem, 1995; Adam & Herzlich, 1994) Isto pode significar sentir-se estigmatizado, incapaz, socialmente desvalorizado, excluído ou sem forças. O sentimento de ser doente não é só em relação a ser diferente dos outros, mas em estar diferente de como se era anteriormente. A doença revela que uma estrutura individual encontra-se modificada. Os sintomas e as alterações orgânicas se organizam como uma entidade denominada doença, quando eles passam a alterar a vida do doente e sua identidade social. Adam e Herzlich (1994) construíram modelos explicativos sobre as diferentes maneiras de como o doente pode vivenciar sua doença. Dependendo do modo como o indivíduo vivencia sua doença, ela poderá ser explicada como destrutiva, libertadora ou como profissão.

Se a doença vier acompanhada de diversas perdas, nos diferentes papéis que exercemos ela será vivenciada como "destrutiva". Nestes casos, em geral, o doente tenta lutar com todas as suas forças contra esta situação, chegando a negar a doença.

A doença, ao contrário, pode ser vivida como “libertadora” quando o doente vislumbra a possibilidade de, através dela, escapar de papéis sociais sufocantes. Nestes casos, ela aparece como possibilidade de se encontrar um novo sentido para a vida, uma oportunidade de total reformulação.

E a doença passa a ser considerada uma “profissão” geralmente no caso de doenças graves, onde a pessoa conseguiu manter sua identidade social e preservar seus papéis na luta contra a doença, de modo que este combate passa a ser o elemento central de sua vida.

A doença, portanto, vai ser vivenciada de forma peculiar por cada indivíduo, de acordo com seus valores e experiências. Concordamos com Canguilhem (1995) quando ele diz que: “ (...) a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual.” (p.148)

Adam e Herzlich (1994) apontam para a elaboração da doença não como um processo apenas individual, mas ligado também ao meio social e à cultura. Para esses autores, o fato de pertencer a uma cultura fornece ao indivíduo o quadro no qual se operam estas interpretações que estão ligadas aos fenômenos do corpo e, em particular, à doença e seus sintomas.

E como fica o médico no meio destas relações, uma vez que, segundo o modelo médico de atendimento, ele é o principal responsável por tratar do paciente?

Ao médico interessa diagnosticar e curar. Na realidade, o médico procura interpretar os sintomas do paciente e traduzi-los para o saber

médico, baseado nas noções biológicas. (Adam & Herzlich, 1994) Logo, a atividade médica pode ser considerada como uma atividade interpretativa, variando, no entanto, a maneira como esta interpretação é feita e os conceitos que são utilizados como referencial.

Considerada como um acontecimento na relação entre o doente e o médico, a cura, à primeira vista, é o que o enfermo espera do médico. Todavia, nem sempre é o que aquele vem a conseguir. Cura no sentido de trazer uma função ou organismo de volta à norma. Norma esta, tirada de seus conhecimentos de fisiologia, de sua experiência clínica e de como esta norma se apresenta em determinado meio social, num dado momento. (Canguilhem, 1978)

O que percebemos é que o conceito de normal também é variável. Normal tanto pode ser aquilo que é como deve ser, ou o que aparece na maior parte dos casos de determinada espécie, a média. Ou seja, pode designar um fato ou um valor a ele atribuído por quem o examina. Da mesma maneira, o conceito de saúde também pode apresentar-se com dois sentidos completamente diferentes.

Pode ser um conceito normativo absoluto, que definiria um tipo ideal tanto de estrutura quanto de funcionamento do organismo. Sob este aspecto, o anormal seria ter-se continuamente uma saúde perfeita, já que nesta definição seria um estado utópico, inexistente. A experiência de vida inclui a presença da doença (Canguilhem, 1995). Faz parte da experiência de vida humana, o adoecer. Todos nós, em algum momento de nossas vidas, de diferentes maneiras, passamos pela experiência de

adoecer. O organismo procura sempre seu equilíbrio no contato com o meio⁴, mas o meio é dinâmico e mutável e o organismo precisa constantemente se readaptar a novas situações, internas e externas.

Ou pode ser um conceito descritivo qualificado, que define a reação do organismo em relação a possíveis doenças ou estados de desequilíbrio. (Canguilhem,1995) Tendo em vista esta saúde adjetivada, podemos dizer que, apesar de prevista no ciclo vital, a doença é um estado que pode ser considerado anormal para a manutenção da vida. E a vida é quem tem aqui o papel de norma. Logo, faz-se necessário lutar contra a doença para poder continuar a viver.

3. A Hospitalização

Quando uma criança adoecer e necessita ir para o hospital, ocorrem diversas alterações na sua rotina de vida, bem como modificações subjetivas. A hospitalização pode vir a ser considerada um evento traumático quando não se leva em conta a complexa dimensão humana. (Santa Roza,1997) Em geral, o modelo médico-clínico vigente privilegia a doença, encarando a criança apenas como um corpo que adoecer. É

⁴ Aqui nos referimos não apenas ao meio ambiente como espaço físico, mas a todas as circunstâncias que envolvem o homem.

necessário levar em conta todos os aspectos que envolvem o processo de adoecimento e internação hospitalar quando trabalhamos com crianças.

É comum, numa enfermaria pediátrica, que o ambiente físico seja repleto de estímulos estressores e, normalmente, pouco adequado à clientela infantil. Aparelhos desconhecidos e barulhentos - luzes artificiais, grandes tubos, buzinas, seringas, pinças - compõem, em geral, um cenário desconhecido e de aspecto pouco acolhedor.

Sem dúvida, a questão do espaço arquitetônico é de extrema importância num hospital. Antes da medicina, a arquitetura foi a primeira a ocupar-se dos doentes. A necessidade de cuidados e abrigo precedeu o tratamento médico. No entanto, entendemos que, atualmente, a necessidade suplanta o simples abrigo. Podemos dizer que a situação atual de algumas enfermarias, mais parecidas com naves espaciais, se deve à complexidade dos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, aos modernos critérios de otimização de recursos e também à mudança de alguns costumes. Houve tamanha preocupação em criar-se um espaço à parte da sociedade, em que se pudesse isolar os enfermos, tanto os que estão em recuperação como os que estão morrendo, que o hospital acabou, muitas vezes, se configurando num espaço distante da vida ou um espaço fronteiro. (Antunes, 1989)

Geralmente os espaços utilizados como enfermarias pediátricas, em hospitais públicos nacionais, são reaproveitados. Ou seja, anteriormente o prédio ou as salas eram utilizados com outro objetivo ou destinavam-se a outro tipo de clientela; ou ainda, foram projetados para

outros fins. Às vezes não existem janelas ou iluminação natural, apenas luz fria e poucos objetos que lembrem que ali é um espaço para crianças.

A importância das janelas para o mundo externo é discutida no trabalho de Antunes (1989), onde ele coloca que, independente do que o paciente vê, pode ser uma paisagem, carros, pessoas, ele vê aquilo que não existe no hospital, a vida que se movimenta e lembra de sua liberdade e autonomia, suspensas temporariamente por conta da internação. E no caso da internação infantil não é apenas o paciente que fica submetido à arquitetura do hospital. O acompanhante, em geral a mãe, também se interna junto com esta criança e acaba por sentir-se “aprisionado” num ambiente que às vezes parece tão distante da vida cotidiana. Isto pode contribuir para gerar uma angústia ainda maior nesta pessoa, em geral dividida entre a preocupação com aquela criança doente e com outras situações, tais como: os outros filhos que ficaram em casa, o emprego abandonado, a falta de suporte de um companheiro ou família. Todas estas questões vão refletir na relação estabelecida entre a criança e seu acompanhante, relação esta que, principalmente neste momento da internação, precisa ser capaz de servir de suporte para que a criança possa vivenciar este período de adoecimento e hospitalização.

Compondo ainda o cenário da hospitalização, percebemos que neste ambiente, de modo geral, pouco acolhedor e por vezes desconhecido, a criança passa a ser submetida a situações nas quais não tem qualquer escolha. Além da disposição do espaço e dos objetos,

outros agentes estressores se acham presentes durante um processo de internação hospitalar.

A sensação de desconforto e dor é uma das características mais marcantes e detectáveis numa enfermaria pediátrica. Pode acompanhar tanto determinados quadros clínicos, que se apresentam através de sintomas dolorosos ou que provocam desconforto (por exemplo no caso das crianças portadoras de fibrose cística, o desconforto respiratório em geral é grande) quanto alguns procedimentos, como a punção venosa presente em quase cem por cento das crianças internadas, devido à necessidade de medicação de efeito mais imediato e efetivo, ou outros de caráter igualmente invasivo, como colocação de drenos, catéteres ou sondas. Por vezes, a criança não tem condições sequer de verbalizar estas sensações.

As rotinas mais simples são alteradas em decorrência de estar-se internado. Mudam-se horários, o sono às vezes é interrompido para as rotinas da enfermaria, tais como medir a temperatura, a pressão arterial, auscultar e tomar medicações.

Os hábitos de alimentação e higiene também sofrem modificações. A alimentação por vezes é restrita (ou até mesmo supensa temporariamente) em função do quadro clínico ou de procedimentos (exames, punções, cirurgias e outros). Os hábitos de higiene mudam de horário e até mesmo de lugar, alguns pacientes passam a ter que fazer uso de sondas ou "comadres" ou voltam a fazer uso de fraldas, em certas situações o banho tem de ser dado no leito, o que pode causar embaraço,

desconforto e constrangimento, principalmente em crianças maiores. Além disso, geralmente em enfermarias públicas, várias crianças e seus acompanhantes dividem o mesmo espaço sem qualquer privacidade. Em alguns hospitais são colocadas três, quatro ou mais crianças num mesmo box ou enfermaria. Além de tudo isto, a criança é afastada de seus amigos, familiares, brinquedos e escola, enfim, sua vida. Este período, torna-se uma lacuna na vida, onde tudo parece ficar entre parênteses. O cotidiano fica tão distante, que alguns pacientes perdem seus referenciais de espaço e tempo. Certa vez, um menino que atendemos perguntou se no hospital tinha porta de sair e elevador de descer. Para ele, parecia só haver a entrada.

Santa Roza (1997) descreve, em suas pesquisas, como neste ambiente, estranho e de aparência pouco hospitaleira, a criança passa a conviver com situações novas e, por vezes, assustadoras. Passa a conviver intensamente com a vertente deficitária de seu próprio corpo. Vivencia o seu sofrimento, o de sua família e de outras crianças. Algumas vezes presencia a morte; em outras, teme a própria morte. O medo, a ansiedade e a angústia acompanham o processo de internação. Em geral, a criança não consegue compreender porque tem que ser submetida a estas experiências desconhecidas para ela, o que gera temor. Esta situação pode desencadear as fantasias de culpa e punição, o medo do abandono e da morte.

A despeito de todas essas questões, do medo da morte, da ansiedade e angústia inerentes à situação de adoecimento, por vezes

ainda é dito e cobrado a esta criança: “seja boazinha; não chore; seja forte; fique quietinha”. (Santa Roza, 1997)

Para a criança portadora de alguma doença crônica e/ou grave este quadro se potencializa pois em geral as internações acontecem com freqüência e para determinadas crianças, o hospital é a rotina de vida. Alguns pacientes internam-se várias vezes num ano, outros permanecem longos meses na enfermaria. Há ainda os que vão e voltam com tanta freqüência, que passam mais tempo no hospital do que em casa.

É comum saberem da gravidade de seus quadros, mesmo que isto não lhe tenha sido dito de forma clara. A preocupação com a morte existe e aparece de diferentes maneiras. Alguns brincam com isto, outros comentam sobre outras crianças que morreram.

Kudo e Pierri (1993) apontam que entre os fatores que influenciam diretamente a maneira como a criança vai reagir a um processo de hospitalização, estão: o tipo de vínculo afetivo mãe-filho estabelecido antes da internação, a personalidade da criança, tempo de duração da internação, atitude da equipe hospitalar e idade da criança.

No entanto, é importante ressaltar que cada criança é única e portanto este tipo de critério não deve ser utilizado como regra; por exemplo: nem sempre crianças que fazem internações curtas respondem melhor do que aquelas que ficam mais tempo hospitalizadas.



Capítulo III

COMO FAZER O BRINCAR "FALAR" ?

"(...) nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa."

Minayo

1. A Escolha da Perspectiva Metodológica

No diálogo com o processo de escolha da metodologia mais apropriada, acabamos por recair numa primeira questão: o que é metodologia e como utilizá-la como ferramenta de auxílio, e não como instrumento de tortura e submissão?

Confessamos que, a princípio, havia um temor de não se manejar adequadamente o método escolhido e deixar-se escapar dados importantes de serem trabalhados. Vários caminhos nos foram apontados, mas a dúvida ainda persistia; qual método seria o mais adequado, ou com qual teríamos mais habilidade em fazer o “objeto falar”?

Uma questão estava clara desde o início: queríamos um método que fosse descritivo, para que nosso objeto, a função do brincar para a criança gravemente adoecida e hospitalizada, pudesse “falar”, tornar-se visível, de modo claro e objetivo, às pessoas, da mesma maneira que o havia se tornado para nós, fugindo de um senso comum e adquirindo contornos acadêmicos.

Sabíamos o que queríamos observar, os elementos que permeiam a relação entre esta criança singular, que está acometida por uma doença que a limita física e/ou emocionalmente, e o brincar, que principalmente no contexto hospitalar adquire uma outra dimensão, por opor-se diretamente ao comportamento em geral associado a um paciente hospitalizado, o da passividade.

Começamos a construção de nosso método, refletindo sobre o próprio conceito de metodologia. Minayo (1996) define metodologia como “*o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade.*” (p. 22) Segundo esta autora, a metodologia compreende as concepções teóricas e as técnicas que vão permitir apreender a realidade e, o que consideramos o maior desafio, a criatividade do pesquisador.

Sem dúvida, o que diferencia os diferentes trabalhos escritos sobre um mesmo tema é a maneira como cada um dos autores escolhe para dialogar com os teóricos; que bases teóricas são referências; como as ferramentas de coleta de dados são utilizadas; que tratamento é dado ao material recolhido e, por fim, que leitura fazemos e a conclusão que tiramos. O trabalho final como bem diz Minayo (1996), é “*um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico.*” (p. 23)

Escolhemos a abordagem qualitativa para a orientação de nosso trabalho, visto que o mesmo estava atento aos significados e às questões culturais que a relação da criança, com o ambiente hospitalar, evoca. Nosso objetivo maior não é fazer uma mensuração de quanto o brincar funciona com a criança gravemente adoecida e hospitalizada, mas sim que uso esta criança faz dele.

Aqui cabe ressaltar o fato da abordagem qualitativa em pesquisa, segundo Minayo (1996), ser capaz de:

“incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu

advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas." (p. 10).

No interior dessa abordagem se insere nosso processo de investigação, onde seguimos um desenho de estudo de caso a partir de uma perspectiva das ciências sociais. Becker (1993) observa que, na pesquisa médica e psicológica, a expressão *estudo de caso* se refere geralmente à análise de um caso individual. Já nas ciências sociais, como em nossa opção metodológica, esse termo é utilizado para estudar uma organização ou comunidade, fazendo uso, principalmente, da observação participante, por esta permitir a coleta de um vasto conjunto de informações.

Ainda segundo o autor em questão, o estudo de caso, em ciências sociais, tem um duplo propósito. De um lado, busca uma compreensão maior do grupo de estudo em questão, em nosso caso o grupo de crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas nas enfermarias pediátricas, e, por outro, desenvolve um estudo teórico mais amplo sobre o objeto que se investiga.

Neste estudo, assumimos o papel de um observador como parte integrante do objeto de estudo, uma vez que, de acordo com Laplantine (1997):

"a antropologia é também a ciência dos observadores capazes de observarem a si próprios, e visando a que uma situação de interação (sempre particular) se torne o mais consistente possível."
(p. 170)

Assim, elegemos como técnica privilegiada em nosso estudo a observação participante. A escolha dessa técnica justifica-se pelo fato

dela permitir coletar, de forma criativa, dados referentes à dinâmica do grupo observado, tais como fragmentos de discurso, gestos, interlocuções informais e relações diversas entre os agentes que compõe o cotidiano desse grupo. Ressaltamos que esse grupo das crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas encontra-se em contato constante com diversos segmentos institucionais (médicos, enfermeiros, acompanhantes, familiares, dentre outros). Sendo que nosso foco central de observação foi a relação dessas crianças com o brincar, que está influenciada pelas outras relações estabelecidas na enfermaria. Por exemplo, é comum observar-se que tanto durante o *Projeto Saúde e Brincar*, quanto em horários outros, as crianças brincam de forma a adaptar-se a um cotidiano hospitalar onde: pode ou não sentir-se amparada pela família; pode ou não ter reconhecidos seus direitos como criança pela equipe; ou sentir-se autorizada a brincar nesse espaço.

Para Becker (1993), é através da participação cotidiana ou constante na vida do grupo escolhido, que o observador participante vai coletando os seus dados. Assim, segundo este autor, o pesquisador "*observa as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas.*" (p. 47)

Se no processo de observação, é possível e até necessário distinguir aquele que observa daquele que é observado, também é impensável dissociá-los. (Laplantine, 1997)

Tentamos realizar um constante exercício de afastamento e aproximação, de modo a compreender o que não se conhecia e a

estranhar o que a princípio nos parecia familiar e conhecido (Daolio, 1995). Este estranhamento nos permitiu tanto um confronto com outras teorias quanto a auto-reflexão. (Peirano, 1995) Para essa autora, “*a distância necessária para produzir o estranhamento pode ser geográfica, de classe, de etnia ou outra, mas será sempre psíquica.*” (p. 19). Concordamos, ainda, com a autora quando afirma que não recebemos apenas de modo cognitivo as impressões colhidas no campo, mas estas têm um impacto sobre a personalidade do observador.

2. O Espaço do Estudo

Optamos por fazer um estudo no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), sobre o papel do brincar para a criança gravemente adoecida e hospitalizada, principalmente, porque haveria uma oportunidade de sistematizarmos uma prática que iniciamos, há mais de quatro anos, em torno da relação entre o *brincar* e a *criança hospitalizada*, no âmbito do *Projeto Saúde Brincar*.

Dentro dessa instituição, trabalhamos nas Enfermarias de Pediatria e na Enfermaria de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP). Nesse espaço, privilegiamos a observação das interações: (a) criança—acompanhante-profissionais de saúde no contexto geral das enfermarias sem atividade

lúdica; (b) criança-acompanhante-profissionais de saúde no contexto geral das enfermarias durante a atividade lúdica regular e (c) entre o grupo de crianças durante a atividade lúdica regular, ou seja durante as atividades do *Projeto Saúde Brincar*.

Nosso foco de observação incidiu sobre crianças de 3 a 12 anos⁵. A delimitação desta faixa etária foi escolhida devido ao fato destas crianças se encontrarem num período em que a formação dos símbolos se tornou mais complexa, terem um maior domínio da fala, de circularem com maior facilidade entre o nível real e o imaginário e de apresentarem uma maior interação grupal. No entanto, como trabalhamos na perspectiva de um estudo de caso, baseado nas teorias das ciências sociais, algumas crianças, fora desta faixa etária, foram consideradas como ilustração das dinâmicas encontradas nas enfermarias, envolvendo a atividade lúdica, na medida em que estabeleceram interações com os sujeitos aqui estudados ou que, de alguma forma, contribuíram para a ampliação de nossa discussão.

Em relação às crianças gravemente adoecidas que estavam dentro da faixa etária contemplada em nossa pesquisa, deixamos de fora, em nossa observação, apenas aquelas que apresentavam seqüela prévia (à internação) do sistema nervoso central, com visível *déficit* percepto-motor-cognitivo.

⁵ Na delimitação do início da faixa etária a ser estudada, nos baseamos nas obras de Jean Piaget (1973 e 1975) que abordam o aparecimento das verdadeiras combinações simbólicas que manifestam, aproximadamente, em torno dos três a quatro anos. Já o término desse intervalo se pautou no *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Brasil, 1990) que define o término da infância aos doze anos.

Gostaríamos de esclarecer, também, que optamos por utilizar nomes fictícios para as crianças que fizeram parte do estudo, com o intuito de facilitar a leitura da narrativa da pesquisa, ao mesmo tempo que preservamos o sigilo sobre a identidade delas.

No capítulo seguinte, procuramos melhor caracterizar o nosso campo de estudo. Essa caracterização foi construída a partir de informações prévias à presente pesquisa e de dados que surgiram em nosso trabalho de campo.

Em relação ao período de nossa observação participante, ele ocorreu durante cerca de três meses; do início de fevereiro até o final de abril de 1999, nas enfermarias de pediatria e DIP. A observação ocorreu nas segundas, quartas e sextas-feiras pela manhã (durante as rotinas da enfermaria) e à tarde (durante o *Projeto Saúde e Brincar*). Os horários de observação variaram entre 9 e 12 horas (manhã) e 14 e 16 horas (tarde). Cada período de observação durava em média cerca de uma hora. Todos os períodos foram registrados em um diário de campo. Nesse diário, procuramos incorporar também fragmentos de discursos, tanto das crianças quanto de profissionais e acompanhantes, no sentido de esclarecer e/ou aprofundar situações observadas.

As observações na parte da manhã consistiam em entrar nas enfermarias de pediatria e DIP. Nas enfermarias de pediatria começávamos sentando à mesinha que fica no meio da sétima enfermaria e observávamos a dinâmica geral do local: como era a movimentação de pessoas, que profissionais estavam por lá, se havia crianças ou

acompanhantes fora de seus boxes, o que estavam fazendo, como estava o ambiente físico em termos de luz, som, calor.

Num segundo momento, caminhávamos pela enfermaria observando cada box e vendo quantas crianças tinham, o que estavam fazendo, o que tinha em seus leitos (brinquedos, roupas pessoais, retratos, entre outros objetos), se estavam acompanhadas ou não.

Depois direcionávamos uma especial atenção às crianças que se encaixavam dentro da definição de gravemente adoecidas e procurávamos observá-las no que faziam, se estavam em seus leitos, dormindo ou acordadas, se estavam sentadas no box ou transitavam na enfermaria. Se estavam envolvidas em alguma atividade ou não, se estavam junto a alguém ou isoladas, e como eram as relações com as outras pessoas da enfermaria.

Na enfermaria de DIP, fazíamos também uma primeira observação do ambiente geral, procurando seguir os mesmos critérios utilizados na pediatria. Depois, observávamos cada quarto e as crianças, dispensando maior atenção em observar as crianças gravemente adoecidas.

As observações no período da tarde ocorreram no *setting* do *Projeto Saúde e Brincar*, dentro da sétima enfermaria de pediatria. Num primeiro momento procurávamos observar como era a reação à chegada da equipe do *Projeto*. Como as crianças recebiam esta chegada, se estavam deitadas ou se esperavam pela “hora de brincar” sentadas ou em pé, se tinham se arrumado para este encontro, se esperavam que alguém fosse até seu box para chamar, ou se se encaminhavam sozinhas para o

campo. Se os acompanhantes iam junto ou não, se levavam algum tipo de equipamento, tipo soro, dreno, oxigênio ou outros. Procurávamos ver também como ficava a dinâmica da enfermaria naquele período: o som, a movimentação dos profissionais, a reação de quem não podia ir até o campo do projeto.

Por fim, sentávamos próximo a algumas das crianças que faziam parte do grupo a ser observado, de crianças gravemente adoecidas, e acompanhávamos suas brincadeiras, algumas vezes, chegando a servir como intermediários neste processo. Em outras situações, colhíamos depoimentos informais de membros da equipe da enfermaria ou do projeto, bem como de acompanhantes e crianças, acerca das questões que procurávamos observar.

3. A Análise dos Dados

Quando começamos a pensar em qual seria a melhor maneira de analisar nossos dados, percebemos que seria necessário que construíssemos esquemas específicos, utilizando para isto referenciais teóricos da etnografia. O que define um estudo etnográfico é que tipo de esforço intelectual ele representa. (Geertz, 1989) Ou seja, não basta usarmos técnicas e recursos de observação tais como estabelecimento de

relações, mapeamento do campo ou ainda a confecção de um diário de campo. Faz-se necessário que o pesquisador possa passar aos leitores uma descrição densa, intensa de como se deu a observação.

Apesar de não termos tido a pretensão de realizar um estudo etnográfico *stricto-senso*, mas sim sob uma perspectiva etnográfica, sabíamos que precisávamos deixar claro, em nosso estudo, não apenas a descrição dos fatos observados, mas o significado deles, que intenções foram percebidas através da observação. Tornou-se, também, um desafio explicitar, de forma objetiva, algumas reflexões que surgiram a partir da observação do campo.

Segundo Geertz (1989), o objeto da etnografia é uma hierarquia estratificada de estruturas significantes, onde os atos e ações são produzidos, percebidos e interpretados, pois sem isto, não existiriam. Portanto, a análise dos dados é escolher entre as estruturas de significação e determinar sua base social e sua importância. (Geertz, 1989) Neste estudo, a análise se remeteu para a compreensão dos diferentes significados que o brincar pode assumir, bem como o seu papel nas interações sociais estabelecidas pela criança gravemente adoecida durante o período de sua hospitalização.

Ainda com base no pensamento do autor citado, os nossos dados são na realidade produtos de uma reflexão construída a partir da observação dos comportamentos, das ações e dos fatos presentes durante o processo de nossa investigação.

A partir desses princípios, traçamos uma trajetória para a análise de nossos dados. Em primeiro lugar, procuramos rever todos os registros realizados durante a nossa observação, através do nosso diário de campo. Nesta revisão, procuramos mapear os dados voltados para o cenário de nossa observação e aqueles que se remetiam para as relações no interior desse cenário.

Com base nesse mapeamento, construímos a nossa análise propriamente dita a partir de dois momentos. No primeiro, procuramos caracterizar o cenário da nossa observação. Nele, basicamente, procuramos especificar o hospital estudado, as suas enfermarias e o *Projeto Saúde Brincar*, que serviram de campo de nossa pesquisa. Essa descrição foi construída a partir de: (a) consultas a documentos; (b) conversas informais com uma rede de informantes, composta de profissionais que atuam ou já haviam atuado na instituição, e (c) utilização de dados oriundos de nossa observação.

No segundo momento, procuramos realizar uma reflexão acerca da nossa experiência no campo, no sentido de construir uma narrativa que caracterizasse as interações entre criança-criança, criança-acompanhante e criança-profissionais, através do brincar. Por outro lado, buscamos, nessa mesma narrativa, discutir os diferentes significados do brincar para as crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas.

Com essa narrativa, nossa intenção não é a de construir uma história de nossa experiência, percorrendo cronologicamente, episódios observados. Isto já se encontrava em nosso diário de campo. Mas, ao

contrário, buscamos elaborar um texto que desse conta dos resultados que foram extraídos de nossa observação. No entanto, para que com isso não nos distanciássemos do que foi observado, paralelamente à nossa discussão, ilustramos os resultados com fragmentos de nosso diário de campo.

Por último, procuramos, na análise final, articular os dados empíricos com os nossos referenciais teóricos, no sentido de respondermos ao pressuposto de nosso estudo. Em outras palavras, procuramos responder se o brincar possibilita à criança hospitalizada transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização, e se, no ato lúdico, são refletidos aspectos das relações entre a criança-doença, criança-profissionais de saúde.



CAPÍTULO IV

DELINEANDO UM CAMPO DE PESQUISA

*“O brincar da criança exprime a insuficiência humana
e a busca da felicidade.”*

Santa Roza

1. O Instituto Fernandes Figueira

Em relação ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que escolhemos como campo para nossa pesquisa, devido à nossa vinculação com a instituição através *do Projeto Saúde e Brincar*, apesar de ser uma unidade de saúde de referência materno-infantil, com vários projetos e serviços inovadores na área, não conseguimos encontrar nenhum registro escrito⁶ ou através do relato de alguns profissionais que trabalharam no hospital nos últimos 50 anos, de atividade lúdica regular que tivesse ocorrido dentro das enfermarias de pediatria ou que visasse especificamente as crianças internadas. O primeiro registro que temos é o da implantação do projeto Saúde e Brincar, em 1994.

O Instituto Fernandes Figueira foi fundado em 1924, já como hospital infantil, com o nome de hospital Arthur Bernardes. Era um hospital inovador para a época. Segundo relatos de jornais, os quartos eram decorados com motivos infantis e possuíam boa ventilação. É interessante notar, na história desta instituição, que, na época de sua fundação, existia a obrigatoriedade da mãe internar-se junto com seu filho. Esta internação conjunta tinha como objetivo principal diminuir o

⁶ De Seta (1997) relata, em sua tese, sobre a presença, na década de 40, de atividade lúdica para as crianças internadas, através de uma sala de "recreação", mantida pelo serviço social e da prática de levarem-se algumas destas crianças para o parque que existe em frente ao hospital, para que tomassem sol e brincassem. No entanto, não encontramos qualquer outra referência, seja através de documentos ou relatos de

estresse da separação, de modo a que o tratamento fosse o mais rápido e eficaz possível. (De Seta, 1997) Os motivos que levaram isto a deixar de ocorrer e só retomar-se esta iniciativa décadas depois ficaram obscuros na história do hospital, bem como alguns outros pontos da chamada “humanização hospitalar”.

Ao recontar a história da instituição, De Seta (1997) relata que, na época de sua inauguração e durante vários anos subseqüentes, as enfermarias de pediatria do hospital funcionaram de forma estanque. Cada uma delas tinha sua chefia, bem como normas e rotinas específicas. Não havia uma unificação de serviço.

Após passar por várias crises no decorrer deste tempo, chegando inclusive a quase fechar, em 1946 passou por nova reformulação e recebeu o nome atual, de Instituto Fernandes Figueira.

Atualmente, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) é uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que presta serviços assistenciais, realiza investigação científica e ministra ensino técnico e de pós-graduação na área da saúde da mulher, da criança e do adolescente. (IFF/Fiocruz 97/98)

As especialidades pediátricas atendidas no hospital são: cirurgia, pneumologia e fisiologia, alergia, doenças infecciosas, problemas de nutrição, neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, cardiologia, clínica do adolescente, dermatologia e genética. Os atendimentos acontecem através de ambulatórios especializados e das enfermarias.

antigos profissionais das enfermarias, a qualquer tipo de intervenção sistemática, utilizando o lúdico ou espaços alternativos, em relação às crianças internadas.

O hospital fica localizado no bairro do Flamengo, na zona sul da cidade. Sua clientela é, em geral, oriunda de diversos bairros do Grande Rio. Há ainda pacientes que residem em outros municípios e alguns deles são de outros estados.

Como nessa instituição não existe emergência, os pacientes que se internam, chegam referendados ou transferidos por outro serviço, ou já são acompanhados nos ambulatórios do IFF.

2. As Enfermarias de Pediatria do IFF

A estrutura das enfermarias de pediatria do IFF que encontramos durante o período deste estudo foi a de três enfermarias interligadas. As enfermarias, até a época desta pesquisa, com exceção da enfermaria de DIP (Doenças Infecto-Parasitárias), eram conhecidas por seus números, quinta, sexta e sétima. A quinta encontrava-se temporariamente desativada, a sexta e a sétima estavam em funcionamento. Cada uma delas tinha cinco boxes, cada box com capacidade para acomodar de dois a três leitos, num total de vinte e duas vagas nas duas enfermarias.

Os pacientes ficavam em boxes com divisórias de acrílico transparente entre um box e outro. Entre os leitos, camas ou berços (dependendo do tamanho da criança internada), não existiam divisórias;

cada cama tinha ao seu lado ou em frente (dependendo do espaço disponível) uma cadeira reclinável com uma banquetta para os pés, onde as acompanhantes dormiam, e uma pequena mesa de cabeceira para guardar os pertences. Não existia, via de regra, uma separação por faixa etária nas enfermarias. Em geral, costumava-se separar por boxes de lactentes, pré-escolares e escolares, no entanto, isso dependia do espaço disponível e do tipo de patologia, visto que alguns casos necessitavam de algum tipo de isolamento ou não podiam ficar próximos a outros. Por exemplo, no caso de crianças portadoras de fibrose cística, quem é colonizado por bactérias do tipo *Pseudomonas Sepácea* não pode ficar perto de quem não é colonizado. Por essas razões, podia ocorrer de num mesmo box internar-se uma criança grande, um bebê e um adolescente. Para os adolescentes, inclusive, não existia qualquer tipo de adaptação ou espaço específico; entravam na mesma categoria de crianças.

Em relação à ausência de um espaço específico para adolescentes, foi-nos explicado que o hospital não recebe demanda suficiente desta clientela, que justifique a criação de uma enfermaria específica. No entanto, não podemos esquecer que a situação de adoecimento está associada a um modelo de atendimento, que acaba por levar os pacientes, de um modo geral, a uma situação de infantilização e passividade. Onde, por vezes, as necessidades do doente são percebidas apenas pela ótica da equipe de saúde, que julga e decide o que acha mais conveniente. Em alguns casos, parece não haver uma percepção por parte da equipe de que esta faixa etária (adolescentes) compõe um clientela específica, diferente

das crianças. Como estão numa enfermaria pediátrica, são tratados como crianças. Percebemos, porém, que gradativamente este tipo de comportamento vem-se alterando, com os estudos específicos sobre adolescência.

Cada enfermaria possuía um banheiro para uso das crianças. Os acompanhantes utilizavam um no corredor, fora das enfermarias. Em cada uma delas, um aparelho de televisão, colocado em um suporte no alto. No entanto, notamos que existiam algumas “adaptações”, como no caso de um aparelho extra de tv, colocado pela equipe da enfermaria dentro do box de um menino com uma pneumopatia grave, que estava internado há mais de um ano e ficava desacompanhado. Outros pacientes, por vezes, levavam pequenos televisores e os colocavam perto de seus leitos, mas essa atitude nem sempre era permitida.

No entanto, geralmente na parte da manhã, ligavam-se os aparelhos de televisão das enfermarias, numa tentativa de “ocupar” ou “distrair” as crianças. Esta situação mostrou-se extremamente recorrente, tanto nas enfermarias de pediatria, quanto na DIP. Geralmente, a televisão “falava” sozinha. Parecia haver uma necessidade de garantir um certo controle sobre a movimentação de crianças e acompanhantes, e o aparelho de tv aparentemente cumpria esta tarefa, ocupava de forma passiva, e sem demandar qualquer tipo de solicitação.

Observamos também que, apesar de haver um corredor que ligava internamente as duas enfermarias (que eram muito próximas), em geral, as mães de uma enfermaria não passavam para a outra. Costumavam

fazer um grupinho na sua própria enfermaria. Pensamos que talvez isto fosse em decorrência das orientações dadas pela equipe dos profissionais a respeito de cuidados em relação à infecção cruzada. No entanto, essa prática decorria da própria relação estabelecida entre acompanhantes e equipe.

Ainda em relação às mães, pudemos notar que aquelas que permaneciam muito tempo no hospital, quando viam outras indo embora, referiam-se a si mesmas como as únicas que ainda estavam “por ali”, indicando que, naquele momento, sentiam como se não fossem mais sair do hospital, tal qual uma prisão. Tal como Antunes (1989) aborda em seus estudos, as enfermarias configuravam-se para estas mães como um espaço fronteiro, onde a vida acontecia do lado de fora.

Cada uma das enfermarias tinha também seu próprio posto de enfermagem, com uma equipe específica para atender àquela enfermaria. A equipe de enfermagem era formada por enfermeiros, residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem. O posto era um grande balcão aberto de onde se podia visualizar toda a enfermaria, assim como ser visto, por todos os boxes.

A sala dos médicos, no entanto, era uma só para todas as enfermarias, situada num corredor interno entre as sexta e sétima enfermarias. As equipes médicas eram três e atendiam pacientes em ambas as enfermarias. As equipes eram coordenadas por pediatras gerais e compostas por três residentes cada uma. Os residentes trocavam de tempos em tempos e passavam pelas três equipes.

O movimento maior nas enfermarias acontecia na parte da manhã, quando ocorriam as visitas médicas e as rotinas de banho e higiene. Às sextas feiras, este movimento intensificava-se devido ao *round* que ocorria com a presença de todo o *staff* da pediatria. Além dessa movimentação, ainda existiam os atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e nutrição que se alternavam na parte da manhã e da tarde. Os fisioterapeutas que atuavam com doenças respiratórias eram uma categoria bastante presente na dinâmica da enfermaria, devido principalmente ao grande número de crianças com pneumopatias que se internavam. Era comum encontrá-los em qualquer horário que se entrasse na enfermaria.

Na parte da tarde, em geral, diminuía o movimento na enfermaria. As equipes se reduziam, cada equipe médica ficava apenas com um responsável, caso houvesse alguma intercorrência.

Os procedimentos, tanto os de rotina como punções e curativos, quanto os de emergência como entubações e outros, eram realizados em geral na sexta enfermaria, onde existia uma “sala de procedimentos” que na realidade era um boxe com as mesmas características daqueles onde os pacientes ficavam. Na sétima enfermaria, também existia um local para procedimentos, que foi arrumado num espaço entre o posto de enfermagem e a passagem para o banheiro das crianças.

O espaço físico das duas enfermarias (sexta e sétima) seguia o mesmo padrão. As paredes eram pintadas de bege e existia uma pequena faixa de papel de parede colorido com motivos infantis que percorria

toda a enfermaria, inclusive os boxes. Excetuando-se a presença do papel de parede e as mesinhas que existiam no meio de cada uma das enfermarias, no geral não se apresentavam outras referências físicas de adaptação ao universo infantil.

Em geral, o ambiente era despersonalizado, mas pudemos observar que algumas crianças tinham junto a seus leitos, brinquedos, retratos ou ainda lençóis, travesseiros ou colchas com motivos infantis que traziam de casa. Esta iniciativa por vezes partia da família, mas em alguns casos, quando a criança permanecia sozinha na enfermaria, alguns membros da equipe faziam este papel.

Outra iniciativa da equipe, que encontramos na enfermaria, era a de tentar atenuar um pouco as rotinas. Isso podia ser percebido na hora das refeições, quando as crianças maiores eram convidadas a comer na mesa de brincadeiras ao invés de em seus leitos. Formavam um grupo de crianças comendo juntas, o que parecia mais interessante do que ficar cada um isolado em seu box. Ou ainda, quando a criança que não dormira bem à noite, não era acordada para tomar banho apenas porque estava na hora da rotina de higiene. Em relação à alimentação, ainda existia uma peculiaridade, a de que as refeições que as crianças comiam não eram preparadas no hospital, vinham de uma firma, o que dificultava quando surgia algum pedido especial por parte da criança, sobre o que queria comer.

Por vezes parecia existir uma grande sensibilidade da equipe de saúde para com outras questões da criança, inclusive as demandas

geradas pelo ato de brincar, e não apenas os cuidados clínicos. Certo manhã, encontramos Renata, de três anos, que era acompanhada nos ambulatórios do IFF/FICRUZ, brincando, com uma maleta de pintura, ao lado de sua mãe numa das mesinhas no meio da enfermaria. A menina parecia bastante envolvida na brincadeira. Estava na hora da medicação e fazia-se necessário passar o soro junto. A enfermagem, então, sugeriu que, ao invés de colocar o soro no leito, deixassem a menina brincando onde estava e colocassem o suporte ao lado da mesa. A menina foi consultada sobre o que preferia, e o equipamento foi colocado no espaço onde ela estava brincando, sem interrupção da atividade. Como sua mão dominante foi deixada livre, ela pode continuar pintando.

Ainda em relação ao espaço físico, todas as janelas da enfermaria eram com vidro cancelado (que impedia a visão do outro lado) e ficavam fechadas todo o tempo (devido ao ar condicionado central), necessitando-se, assim, do uso da luz fria vinte e quatro horas por dia. Devido à disposição física do hospital, as janelas da frente da enfermaria davam para um corredor do hospital, não existindo visão direta do ambiente externo. Era comum algumas crianças pedirem que as levassem até este corredor, para que pudessem olhar o mundo exterior.

As enfermarias de pediatria tal como existiam na época da pesquisa, surgiram em meados dos anos 80. Anteriormente eram quatro enfermarias divididas por especialidades: a de nefrologia-cardiologia; a de fisiologia-pediátrica; a de desnutrição-anemia e a de mucoviscidose-doenças respiratórias. Buscou-se, na época desta reforma, fazer uma área

única, com as diferentes equipes, mas num mesmo espaço, apesar da estrutura ser dividida em três enfermarias (nesta ocasião ainda separadas por paredes). Esta estrutura de uma unidade única para todas as especialidades clínicas pediátricas surgiu apenas quando foi criado o departamento de pediatria. Antes não havia departamentos, apenas serviços.

Da mesma maneira, as equipes de saúde só passaram a ser multiprofissionais a partir do final dos anos 80. Até então, a enfermaria era um reduto exclusivo de médicos e enfermeiros. Os demais profissionais atendiam fora dali, nos ambulatórios. Quando realizamos a observação, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos e a equipe do *Projeto Saúde e Brincar* (que é interdisciplinar) também realizavam atendimentos nas enfermarias.

Porém, foi apenas nos anos 90 que se realizou a integração física dos espaços; as paredes foram derrubadas e as três enfermarias interligadas com passagens internas. No entanto, apesar de algumas reformas e adaptações ao longo dos anos, as enfermarias ainda mantinham as formas originais da construção do hospital.

O único local de brincadeiras para as crianças internadas era o *setting* do *Projeto Saúde e Brincar*, que foi montado num recuo da sétima enfermaria, em frente ao posto de enfermagem. Não existia qualquer outro espaço adaptado para o lúdico, nem um solário ou espaço

aberto onde essas crianças pudessem tomar sol e conviver ao ar livre; a rotina das crianças era toda dentro da enfermaria.

3. A Enfermaria de Doenças Infecciosas (DIP)

A enfermaria de doenças infecto-parasitárias (DIP) foi inaugurada em 1996. Até então, a DIP utilizava alguns leitos nas enfermarias de pediatria geral para internar seus pacientes. A demanda de uma enfermaria específica para esta clientela tornou-se mais premente por conta do surgimento da Aids pediátrica e da necessidade constante de isolamento para doenças, tais como varicela e meningite.

É interessante observar que o espaço físico, onde funcionava a enfermaria de DIP, na época do nosso estudo, tinha sido totalmente reformado com este objetivo: tornar-se uma enfermaria infantil de doenças infecciosas, baseada nos modelos norte-americanos. Com o auxílio da sociedade civil através de doações e também do próprio *staff*, houve um envolvimento pessoal da equipe de saúde, para a criação desta enfermaria. Devido à estrutura do prédio do hospital, a enfermaria de DIP também não tinha janelas com vista para o exterior.

Quando realizamos nossa observação, a enfermaria era composta por um grande corredor com quartos e salas de ambos os lados. Assim que se entrava, do lado direito, nos deparávamos com uma ante-sala onde

ficavam dispostos alguns livros para consulta da equipe, seguida pela sala dos médicos. Ao lado, ficava uma sala para exames e procedimentos. Depois, do mesmo lado do corredor, ficavam dois quartos com banheiros. O primeiro acomodava quatro berços e o segundo duas camas e um berço. As mães dormiam no mesmo tipo de cadeira que o das outras enfermarias.

Do outro lado do corredor ficavam quatro quartos individuais, para os casos de isolamento, com o posto de enfermagem no meio. Todos os quartos possuíam ar condicionado e sua própria televisão, além de pias com acionamento através de pedal numa ante-sala, para a limpeza e higienização, a fim de evitar a proliferação de infecção através da lavagem de mãos constante.

Uma característica desta enfermaria era a de que, como seus quartos tinham portas, e estas costumavam ficar fechadas, ela, no geral, era mais silenciosa e menos movimentada do que a de pediatria. Geralmente as crianças permaneciam todo o tempo dentro de seus quartos. No entanto, algumas vezes pudemos observar crianças que faziam vínculos entre si e alteravam, mesmo que momentaneamente, esta dinâmica. Certa vez, presenciamos quando uma garotinha de quase 1 ano, saiu andando, com o auxílio da avó, do quarto em que estava, para ver um outro bebê de sua idade, que havia sido transferido para o outro quarto (anteriormente dividiam o mesmo quarto). Ele riu muito quando a viu, demonstrando reconhecê-la e ficou em pé no berço, com o auxílio da enfermeira, para brincarem entre as grades.

Um outro dado era que as crianças e seus acompanhantes, por conta disso e também do próprio *design* da enfermaria, tinham mais privacidade, visto que os quartos apresentavam janelões de vidro apenas na parte da frente. As laterais eram de alvenaria, com exceção dos dois quartos que ladeavam o posto de enfermagem, que apresentavam uma lateral em vidro, exatamente para a observação.

Em frente ao posto de enfermagem, ficava uma pequena mesa de plástico para crianças, com três cadeirinhas. Era neste espaço que algumas crianças aí internadas brincavam e às vezes, almoçavam. A enfermaria, inclusive, tinha algum material lúdico que era disponibilizado pela equipe médica e de enfermagem aos pacientes. No entanto, segundo relato de um residente, quando a criança inspirava cuidados e preocupação extremos, a equipe acabava não se lembrando desta possibilidade: deixar algum brinquedo com a criança. Apesar de não ser comum, por vezes percebíamos a presença desses brinquedos pela enfermaria, geralmente dentro dos quartos, mas em algumas ocasiões no corredor, como por exemplo: Em determinada manhã, quando entramos na enfermaria de DIP, vimos brinquedos no corredor da enfermaria. Este fato causou-nos certo estranhamento, visto que não era muito comum encontrarmos movimentação fora dos quartos, em virtude da própria estrutura da enfermaria. Em geral, todos ficavam dentro de seus quartos, com as portas fechadas. A enfermagem nos informou, então, que uma menina de treze anos, em sua primeira internação, havia deixado os

brinquedos porque havia brincado com a assistente social naquele espaço.

A equipe médica era uma só, composta por três médicos assistentes e residentes, que também eram os responsáveis pelo ambulatório de DIP. Aqui também existia um rodízio de residentes, mas eles permaneciam mais tempo acompanhando a equipe do que na pediatria. Além destes profissionais e da enfermagem, havia uma assistente social, que também compunha aquela equipe.

Algumas das crianças, que internavam nesta unidade, já eram acompanhadas por esta equipe regularmente, o que parecia promover uma aproximação e vinculação maior entre a equipe e os pacientes.

Outra ocorrência que percebemos com frequência era em relação às crianças com Aids, que costumavam ser internadas nesta enfermaria. Como aqui no Brasil a maioria dos casos de Aids pediátrica ainda é devido à transmissão vertical, ou seja via placentária, era comum a criança já ter perdido um ou ambos os pais ou mesmo irmãos, devido a esta patologia. Em geral, esta criança já conhecia o percurso que sua doença ia ter, pois já presenciara ou acompanhara algum familiar seu, acometido com quadro semelhante. Era comum com esta população, surgirem comentários do tipo: "*minha irmã morreu aqui neste hospital*" ou "*minha mãe morreu disto*".

As crianças que estavam liberadas para brincar, iam até a sétima enfermaria para participar do *Projeto Saúde e Brincar*. Quando isto não era possível, eram atendidas nos seus próprios leitos.

4. O Projeto Saúde e Brincar

O *Projeto Saúde e Brincar* foi criado pela Dr.^a Eliza Santa Roza junto com uma equipe de profissionais do IFF, em 1994, a partir da solicitação da presidente do centro de estudos Olinto de Oliveira do Instituto Fernandes Figueira, de que fosse implantado um programa de atividades lúdicas para as crianças internadas. (Santa Roza, 1997) Tinha como objetivo inicial diminuir o estresse entre as crianças hospitalizadas e favorecer as relações entre criança/acompanhante/equipe. Através de um acordo de colaboração técnico-científica com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, uma equipe de profissionais e estagiários do Projeto Brincar⁷, veio compor a equipe inicial, que, desde o princípio, se caracterizou por sua interdisciplinaridade⁸. A utilização do lúdico como recurso terapêutico, baseada nas idéias de diversos teóricos, funciona como linha mestra de todos esses diferentes olhares clínicos. A equipe, além de promover atividades lúdicas junto às crianças na enfermaria, participa de seminários teóricos, supervisões clínicas e de atividades de pesquisa, realizadas através de observação participante, entrevistas com pacientes, acompanhantes e equipe de saúde das enfermarias, e análise de imagens. Por ser um projeto que conjuga assistência, ensino e pesquisa,

⁷ Projeto implantado pelo Dr Edson Saggese, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que instituiu um espaço de atividades lúdicas para os filhos dos pacientes internados, nos dias de visita, de forma a diminuir os efeitos da separação entre pais e filhos devido à internação prolongada.

⁸ A equipe do projeto Saúde e Brincar era formada na época em que realizamos este estudo por: 1psiquiatra e psicanalista da infância, 3 psicólogos , 1 terapeuta ocupacional e psicopedagoga, 1 fonoaudióloga e psicomotricista relacional, 1 pedagoga, e estagiárias de fonoaudiologia e psicologia .

o Saúde e Brincar serve também de campo para outros projetos de pesquisa tanto de graduação, através de bolsistas de iniciação científica, quanto de pós-graduação, para mestrandos e doutorandos nas áreas de saúde e educação. Através de constatações, que surgiram ao longo da promoção da assistência e da pesquisa, relativas ao papel do brincar no funcionamento psicossômico das crianças internadas, tais como remissão de quadros depressivos, melhora dos sintomas clínicos e redução da dor entre outros (Santa Roza, 1997), o projeto se configurou também como espaço de produção intelectual acerca destas questões. Com isto, surgiu um outro campo, que é o de formação profissional e treinamento de pessoal para atuar em iniciativas semelhantes em outras unidades de saúde, além da promoção de eventos tais, como cursos, seminários jornadas e aulas.

Em relação à assistência em específico, a atividade lúdica regular nas enfermarias, ocorre duas tardes fixas por semana. O horário da tarde foi escolhido devido à intensa movimentação que ocorre nas enfermarias pelas manhãs em virtude das rotinas médicas e de enfermagem. O fato de só ocorrer duas vezes por semana se deve à impossibilidade de ter uma equipe disponível para o atendimento diário, visto que é composta por, pesquisadores visitantes, bolsistas e estagiários, todos sem vínculos empregatícios com a instituição.

Nos dias pré-estabelecidos, quartas e sextas-feiras, é montado um *setting* de brincadeiras no meio da sétima enfermaria de pediatria, num recuo existente próximo ao posto de enfermagem. De um lado, é colocada

uma grande mesa com tampo de fórmica colorido e cadeirinhas para as crianças sentarem-se, e do outro, é posto no chão um tapete formado por grandes peças de borracha, de cores e desenhos variados, que se encaixam como um quebra-cabeça, para que os bebês possam ter espaço para se movimentar em suas brincadeiras. As crianças e seus acompanhantes são convidados a brincar. É um brincar livre, a criança escolhe se quer ir e o que quer fazer.

Antes da entrada na enfermaria, na parte da manhã, é realizada uma “triagem” junto às equipes médicas, a fim de saber se existem restrições, limitações, cuidados de contágio ou qualquer outra especificidade sobre cada criança.

Um fato interessante observado durante nosso estudo, foi o de que algumas crianças crônicas que se internavam com freqüência no hospital e costumavam participar do *Projeto Saúde e Brincar*, quando estavam internadas, ao virem para o ambulatório, às vezes subiam até a enfermaria (ou se eram menores, as mães as levavam) e pediam para brincar um pouco no *Projeto*.

Quando as crianças internadas não podem comparecer ao *setting* por algum motivo, um membro do projeto realiza o atendimento no leito. De modo geral, porém, sempre que possível, dentro das condições inclusive de escolha de cada criança, o atendimento é realizado no *setting*, junto às outras crianças. Para os pacientes que fazem uso de oxigênio, foram adaptados tubos de borracha mais longos que permitem o deslocamento durante as brincadeiras. Os suportes de soro também são

levados para o campo, assim como cadeiras de rodas, os tubos de dietas que passam através de sondas naso-gástricas, drenos e outros apetrechos inerentes à criança naquele momento. A escolha do local do *setting* da atividade lúdica, o meio da enfermaria, foi proposital, pois, durante o projeto, a dinâmica da enfermaria se modifica. São colocadas músicas infantis, a equipe utiliza jalecos coloridos ao invés do branco tradicional, a movimentação é diferente da dos outros horários. Deste modo, mesmo aquelas crianças e acompanhantes que, por algum motivo, permaneceram em seus boxes, percebem esta mudança e participam de alguma maneira. Certas vezes, é uma mãe, cujo filho está dormindo ou está muito grave e não pode ir, que acompanha as músicas, movimentos e conversas. De outras, é uma criança que está na infusão, na tenda de oxigênio, ou que, por algum outro motivo, não pode ir, que percebe a presença de outras crianças e de outras rotinas neste local que costuma ser associado pela criança à dor e ao sofrimento.

Além disto, como é na enfermaria que a criança recebe a medicação e todos os outros procedimentos, também é naquele espaço que deve ocorrer a atividade principal da infância, o brincar.

Alguns outros hospitais optam por salas separadas onde as crianças se deslocam para brincar, de forma a terem um espaço maior, mais específico e até mesmo mais confortável. Pensamos que mais importante do que onde especificamente a criança poderá brincar, se dentro da enfermaria ou numa sala separada com este fim, é que exista a conscientização de que a clientela infantil tem de ter o seu espaço

preservado e garantido, e aqui não nos referimos ao termo espaço apenas como conceito geográfico, mas sim como abrangendo a todas as peculiaridades que envolvem a infância.

5. Quem é a Criança Gravemente Adoecida ?

Durante nossa pesquisa, nos deparamos com várias crianças que se enquadravam no critério de gravemente adoecidas, mas pertenciam a diferentes faixas etárias. Desde o recém-nascido, que tinha sido transferido direto da maternidade ou do berçário para a enfermaria, até o adolescente de 16 anos, encontramos “crianças” de todas as idades.

Quando fizemos nosso estudo de campo nas enfermarias, nem todas as crianças lá internadas configuravam-se como gravemente adoecidas. No entanto, como num primeiro momento queríamos observar as relações nas enfermarias, observamos ao todo 154 (cento e cinquenta e quatro) crianças, sendo que 51 (cinquenta e uma) estavam internadas na DIP e 103 (cento e três) nas enfermarias de pediatria. Dentre essas, 12 (doze) tiveram mais de uma internação durante o período da observação e ocorreram 02 (dois) óbitos durante este período (ambos bebês). Costumam ocorrer transferências de crianças para outras enfermarias do hospital, durante um mesmo período de internação. No conjunto das

crianças internadas, predominavam aquelas que se situavam na faixa etária com menos de um ano, perfazendo um total de 51 (cinquenta e uma) crianças nas duas enfermarias.

Dentre as crianças e adolescentes internados, quarenta e nove crianças situavam-se na faixa etária de nosso estudo. Dessas, algumas não se encaixavam em todos os critérios e a outras não nos foi possível observá-las, por estarem fora das enfermarias durante o período de observação por algum motivo (exames, consultas fora do hospital, cirurgias ou transferidas para a unidade de pacientes graves).

Assim, as crianças que se encaixavam em todos os critérios da pesquisa, e estavam presentes nas enfermarias durante a nossa observação, perfizeram um total de quatorze (14), com idades entre três (3) e doze (12) anos. Deste grupo específico, faziam parte dez meninos e quatro meninas. Nove destas crianças estavam em sua primeira internação⁹ no IFF/FIOCRUZ e cinco delas já tinham estado internadas outras vezes. Quatro estavam internadas na DIP e dez nas enfermarias de pediatria. O menor tempo de internação destas crianças durante este período de observação foi de dois dias¹⁰, e o maior, de onze meses. Nove dessas crianças tiveram alta e cinco permaneceram internadas após o encerramento do nosso trabalho de campo¹¹. Dentre a população específica da pesquisa, uma criança foi transferida para outro hospital e outra foi transferida para a unidade de pacientes graves do

⁹ Como fonte de referência para esta informação, consultamos os prontuários, no entanto eles datam dos últimos nove anos.

¹⁰ Estas crianças (ambas) permaneceram internadas ao fim de nossa pesquisa.

IFF/FIOCRUZ. No total, duas dessas crianças se reinternaram durante o período observado. Algumas passaram por diversas enfermarias do hospital durante a mesma internação. Uma dessas crianças freqüentava regularmente o hospital três vezes por semana para tomar determinada medicação.

Neste momento, procuramos apontar algumas características das crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas nas enfermarias. Por ser um hospital terciário¹², o IFF/FIOCRUZ acaba por receber uma clientela que, apesar de específica, é bastante diversificada, tanto em termos de procedência (vêm de diversas cidades do estado e também de outras regiões do país), quanto de patologias. Crianças com fibrose cística, pneumopatias graves, más formações congênitas, Aids e outras doenças, por vezes raras, freqüentavam as enfermarias. Em virtude disto, era comum encontrarmos estas crianças fazendo uso de soro, sonda nasogástrica, drenos, oxigênio, medicamentos por infusão entre outros, o que com certeza as limitava fisicamente e provocava uma sensação de desconforto.

Além disso, algumas dessas crianças passavam por outras situações que as limitavam ainda mais. Uma das situações que potencializava a sensação de afastamento da vida cotidiana, era justamente quando necessitavam de isolamento devido ao perigo de contágio ou mesmo como forma de proteção. Percebíamos como a solidão pesava ainda mais.

¹¹ Duas dessas crianças tiveram alta pouco tempo depois e duas permaneceram ainda meses internadas.

¹² Estamos entendendo Hospital terciário como um hospital especializado ou com especialidades, destinado a prestar assistência a clientes em outras especialidades médicas além das básicas.

Pareciam sentir-se duplamente discriminadas. Em relação a isto, tivemos um relato da acompanhante de Aline, uma menina de nove anos, que estava em sua primeira internação devido a uma reação medicamentosa. Essa menina teve suas estruturas cerebrais comprometidas no processo e achava-se em fase de recuperação, precisava de muita estimulação e reagia a cada dia com novidades. Devido a um problema no seu sistema imunológico, teve de ficar em isolamento. Segundo a acompanhante Aline estava sentindo muito o isolamento, pois gostava de ir brincar no *setting* do *Projeto* e estava impedida. Além disto, tinha que ficar distante das outras crianças e sem ter acesso aos brinquedos.

Como podemos observar no quadro que segue, a maioria das crianças estava internada por doenças do sistema imunológico (04) e por doenças que afetavam o sistema respiratório (04), totalizando oito (08). Encontramos também internações por doença parasitária (01), doença renal (01), doença metabólica (01), doença do trato gastro-intestinal (01), doença do sistema nervoso central (01) e reação de hipersensibilidade a medicamento (01).

Quadro I

CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS ESTUDADAS

Nome (fictício)	Idade	Sexo	Residência	Diagnóstico Clínico	Primeira Internação	Tempo de Internação
Márcio	4 anos	masc	CampoGrande	Bronquiolopatia	Não	+ 11 meses*
Diego	6 anos	masc	Teresópolis	Mucopolissa Caridose	Sim	6 dias
Natan	3 anos	masc	Caxias	Imunodeficiência	Não	20 dias
Orlando	5 anos	masc	Realengo	Mielite transversa	Sim	25 dias* ¹³
Daniel	12 anos	masc	Pedra de Guaratiba	Fibrose cística	Sim	8 dias*
Breno	8 anos	masc	Bangu	Glomérulo nefrite	Sim	2 dias*
Gustavo	3 anos	masc	São João de Meriti	Fibrose cística	Não	14 dias
Lucas	3 anos	masc	Jacarepaguá	Obstrução Intestinal Grave	Não	7 meses*
Caio	3 anos	masc	Volta Redonda	Leishmaniose	Sim	55 dias
Eduardo	3 anos	masc	Belfort Roxo	Aids	Sim	24 dias
Aline	9 anos	fem	Paraíba do Sul	Hipersensibilidade	Sim	3 meses
Renata	4 anos	fem	Caxias	Asma grave	Não	1 mês e 11 dias
Jenifer	6 anos	fem	Caxias	Aids	Sim	14 dias
Daniele	8 anos	fem	Minas Gerais	Hepatite auto-imune	Sim	25 dias

Além das 14 crianças estudadas, contemplamos também o caso de uma menina de 13 anos (Joana), que, embora estivesse fora da faixa do nosso estudo, estabeleceu interações significativas com o brincar e apresentava peculiaridades que a diferiam de uma adolescente de sua idade. Ela ainda freqüentava a primeira série do ensino fundamental e se interessava muito por brincadeiras de crianças mais novas. Ela estava em sua primeira internação, devido a uma doença parasitária (Leishmaniose). Joana estava desacompanhada e tudo era novidade, pois estava morando há poucos meses no Rio de Janeiro; tinha vindo de um

¹³ As crianças com asterisco no tempo de internação, continuaram internadas após o término de nossa observação. O tempo que registramos foi o referente do dia da internação até o último dia de nossa observação.

estado do Nordeste. Sua condição sócio-econômica era bastante precária, morava numa favela.

Em relação à população de crianças gravemente adoecidas observada, como nos referimos anteriormente, oito (08) crianças eram acompanhadas nos ambulatórios especializados do hospital. As demais tinham vindo transferidas de outros hospitais ou referidas de outros ambulatórios.

Cinco (05) crianças, estavam internadas para pesquisar o diagnóstico de quadros desconhecidos ou pouco comuns. A maioria da população privilegiada neste estudo, totalizando nove (09) crianças, estava em sua primeira internação¹⁴. Eram crianças que estavam vivenciando pela primeira vez uma situação de adoecimento grave, entrada em um hospital e afastamento de casa. Para algumas, a realidade hospitalar era tão diferente, que as assustava.

As demais crianças, que já tinham se internado anteriormente, conheciam os médicos que as acompanhavam, bem como a enfermagem e outros profissionais que atuavam na enfermaria.

No conjunto dos sujeitos do estudo, era recorrente o comparecimento semanal ao hospital, mesmo fora da internação, para tomar medicação, fazer consultas ambulatoriais ou participar de outros atendimentos tais, como fisioterapia, terapia ocupacional ou psicologia; outros freqüentavam de maneira um pouco mais esparsada, mensalmente.

¹⁴ Esta é uma situação extremamente variável. Devido ao nosso vínculo de atuação no *Projeto Saúde e Brincar*, acompanhamos a enfermaria em outros períodos e, por vezes, a situação é o oposto; a maioria, de crianças, está reinternando.

Com isso, era comum a demonstração de uma atitude de familiaridade com o ambiente.

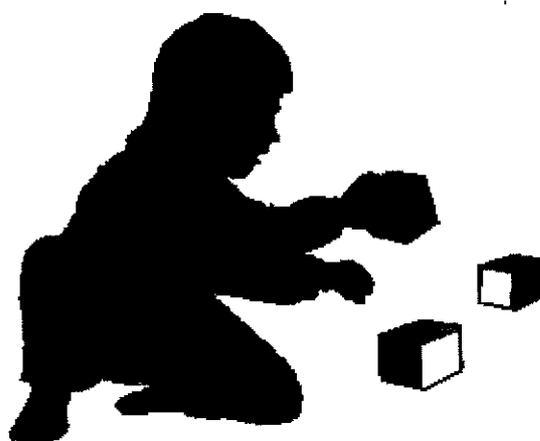
Em geral, as crianças não freqüentavam a escola de forma regular, fosse pelo quadro clínico ou pelas condições sociais; havia também uma associação desses dois fatores. Os motivos variavam, podia ser porque se cansavam facilmente, tinham dificuldade de locomoção, necessitavam de tomar medicamentos constantes, faziam acompanhamento regular no ambulatório, não residiam perto de nenhuma escola ou a família se preocupava que acontecesse alguma coisa na escola.

Como pode ser visto no quadro 1, todas as crianças moravam longe do hospital, sendo cinco (05) residentes no Município do Rio de Janeiro, oito (08) de outros municípios do Estado do Rio de Janeiro e um (01) de outro estado.

Em geral, eram acompanhadas durante a internação pelas mães; em seguida, pela freqüência, apareciam pais, avós, tias, irmãs, outros familiares e amigos. Ocorria, principalmente em internações freqüentes ou prolongadas, de algumas crianças ficarem desacompanhadas, por impossibilidade da família ter alguém disponível para acompanhar esta criança todo o tempo.

Estas crianças gravemente adoecidas, por vezes mostravam-se amadurecidas para sua idade e, no caso de doenças crônicas, algumas mostravam-se bastante responsáveis por seus tratamentos. Nas enfermarias, observamos crianças pequenas, que se preocupavam se o

soro estava correndo, se o oxigênio estava fluindo adequadamente ou se os monitores estavam devidamente conectados.



CAPÍTULO V

O PAPEL DO BRINCAR

NO ESPAÇO DAS ENFERMARIAS

“O brincar pressupõe uma livre improvisação na qual o principal atrativo é o prazer de conduzir-se “como se”, em oposição ao que se é.”

Santa Roza

1. As Interações Através do Brincar no Espaço de Hospitalização

Através da observação das crianças, em diferentes momentos, nas enfermarias, percebemos que alguns padrões de comportamento, em relação ao brincar, eram recorrentes. Observamos que as interações através do brincar, no espaço hospitalar, ocorriam geralmente de forma **espontânea** e favoreciam à **criação de alianças**. Essas interações se davam não só entre crianças de diferentes faixas etárias como também entre criança e algum outro adulto, que não fosse necessariamente seu acompanhante.

Em relação à **espontaneidade**, observamos que geralmente, a brincadeira acontecia, de forma livre e espontânea, entre as crianças internadas numa mesma enfermaria. A dinâmica deste movimento de brincar estava diretamente relacionada com o ritmo das crianças que se encontravam internadas em cada período.

Este comportamento era observado principalmente nas crianças que já tinham tido alguma internação anterior ou se encontravam internadas há algum tempo. Essas crianças conseguiam apropriar-se do espaço da enfermaria de uma outra maneira, saindo da passividade de seus leitos, transitando fora de seus boxes, explorando o ambiente e interagindo com as outras crianças. A propósito disso, trazemos alguns trechos de nosso diário de campo que parecem ser bem ilustrativos:

Diego, Rafael (que se encontrava fora do foco do nosso estudo por ter 16 anos de idade, mas é um paciente freqüente do hospital) e Márcio estão jogando bola em frente ao posto de enfermagem e uma enfermeira reclama: *Esta bola não vai dar certo*. Márcio e Rafael entram e saem dos boxes. Organizam a brincadeira. O funcionário responsável pela limpeza de enfermaria retira grandes sacos de lixo. Márcio reclama com ele de que o fato de abrir a porta toda hora (para carregar os sacos de lixo) está atrapalhando a brincadeira que quer fazer: encostar atrás da porta. (Pediatria, 05/02/99)

Márcio chega de motoca ao *setting* do projeto, está sem camisa. Ele e Daniele se envolvem num jogo de bola, arremessando-a longe e com força. Em seguida, ela propõe que brinquem de pique, o que não é possível. Diante disso, temos que intervir porque ele já está ofegante com o esforço e ela tem hepatite e, por isso, não pode fazer esforço. (Projeto Saúde e Brincar, 26/03/99)

A espontaneidade não se relacionou apenas a crianças que já tinham sido internadas mais de uma vez. Mesmo crianças em sua primeira internação apresentaram este padrão. Para algumas, bastava ter uma única criança que tomasse a iniciativa de brincar, para que aderissem a esta brincadeira livre; outras, só após participarem da atividade lúdica regular que acontecia nas enfermarias, o *Projeto Saúde e Brincar*. A partir do momento em que descobriam que também era “permitido” e possível brincar, mesmo que estivessem doentes e no hospital, passavam a apresentar um comportamento mais ativo, em relação ao brincar livre e espontâneo.

Logo que entro, vejo brinquedos no corredor da enfermaria, fato que não é muito comum em virtude da própria estrutura desse espaço, todos ficam dentro de quartos com portas que ficam fechadas. A enfermagem informa que Joana havia brincado com a assistente social. Encontro Joana brincando com um teclado ao lado da mãe de Melissa, em outro box que não é o seu. Na antevéspera, havia

participado pela primeira vez do Projeto Saúde e Brincar. Sua atitude está bem diferente de quando a encontrei pela primeira vez. (DIP, 05/03/99)

A espontaneidade atravessava as diferentes faixas etárias e, devido ao fato de ser comum a existência de uma criança de cada idade nas enfermarias, a espontaneidade acabava produzindo vínculos entre as crianças, independentemente de uma ser mais velha e outra mais nova. A exemplo disso, destacamos a situação que se segue:

Duas meninas de nove e treze anos que ficaram no mesmo box onde estava um bebê de nove meses, desacompanhado. Ele era tratado como um bonequinho por elas. Pegavam-no no colo, brincavam com ele, preocupavam-se se chorava e procuravam falar baixo quando ele estava dormindo. (DIP, 17/03/99)

Márcio, criança de quatro anos, que permaneceu internado por mais de onze meses, quando só haviam bebês na enfermaria, procurava um garoto de dezesseis anos, paciente crônico, que havia feito algumas internações nesse mesmo período, para que brincassem juntos. (Pediatria, 05/02/99)

As interações entre as crianças, facilitadas pela espontaneidade, era, por vezes, vista de forma positiva por membros da equipe de profissionais. Isso nos lembra a seguinte situação:

Quando não havia outras crianças para brincar, Márcio passava a solicitar mais atenção aos médicos e enfermeiros, procurando alguém para brincar com ele. Uma médica-residente, que raramente o via fazendo alguma coisa sozinho, nos disse que ele ficava "*mais independente*" quando na enfermaria havia outras crianças. (Pediatria, 10/02/99)

Durante o *Projeto Saúde e Brincar*, as relações entre as crianças pareciam ocorrer de forma mais espontânea ainda. Crianças de diferentes idades, com diferentes patologias e internadas em diferentes enfermarias, partilhavam brinquedos e brincadeiras. Isso nos faz lembrar a atitude de Márcio:

Márcio foi até seu “quarto” procurar massa plástica em suas caixas de brinquedo, pois queria modelar e o referido projeto não tinha esse material. Tivemos a impressão ao vê-lo remexer suas caixas a procura do que queria, de que estava em sua casa, como qualquer criança quando procura seus brinquedos preferidos entre as suas coisas. Nós o ajudamos a procurar nas caixas e, por fim, ele nos disse que queria levar uma delas para o *setting*, justificando : “*Vamos levar tudo, pois as crianças podem querer brincar com alguma coisa*”. (Projeto Saúde e Brincar, 08/02/99)

Márcio (4 anos, internado na pediatria) e Vítor (9 anos, internado na DIP) brincam juntos com carrinhos e blocos de madeira, fazendo garagens e ruas. Interação numa coreografia lúdica, onde batem seus carrinhos, disputam corridas ou se alternam nas pistas. (Projeto Saúde e Brincar, 09/04/99)

Às vezes, o clima de espontaneidade facilitava o surgimento de sentimentos variados e por vezes, aparentemente contraditórios. Ao mesmo tempo, podiam ser observados tanto sentimentos de solidariedade, quanto de rivalidade e disputa. A exemplo disso, destacamos a seguinte situação:

Márcio, internado há vários meses, demonstrava estar irritado. Parecia ser devido ao fato de ter chegado, no seu box, um bebê de um ano, também desacompanhado, que passou 10 meses na UPG, e com um diagnóstico semelhante ao seu. O bebê despertou grande atenção por parte da equipe; era uma criança risonha que todos na enfermaria queriam ver e brincar. Pensamos que Márcio poderia estar demonstrando ciúmes, tal qual quando se ganha um irmão.

Situação que tinha ocorrido com ele na realidade, e motivo pelo qual se encontrava desacompanhado durante a internação. (Pediatria, 03/03/99)

No box de Márcio a tv está ligada, mas quem a vê é um outro menino que está internado. Márcio está na aula. Quando acaba, vai para seu box e senta-se ao lado de um menino (Rogério, 10 anos) que não fazia parte do estudo por não ser gravemente adoecido. Começo a conversar com Rogério (que eu ainda não conhecia) e pergunto quantos anos tem. Quando este me diz que vai fazer 11 anos, Márcio imediatamente diz que ele também vai fazer 11 anos. Pergunto então a Márcio quantos anos tem, mas ele devolve a pergunta falando "*quantos anos ele tem?*" (referindo-se a Rogério) e emenda dizendo que tem a mesma idade que ele. (Pediatria, 22/03/99)

A espontaneidade no brincar apresentada pelas crianças nas enfermarias vem ao encontro do pensamento de Huizinga (1980), quando nos diz que a "análise biológica"¹⁵ não pode explicar a intensidade do jogo e seu poder de fascinação, que é a característica primordial do brincar. É movida por esta fascinação, que a criança apresenta a espontaneidade no brincar, o que permite que se estabeleçam relações através do lúdico. O ato de brincar possui uma realidade própria, regida por regras específicas, que o circunscrevem num tempo e espaço que permite uma oscilação entre o real e o imaginário, entre a fantasia e o concreto.

Esta espontaneidade encontrada no brincar das crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas só reforça o conceito de Huizinga (1980), de que o brincar é sempre uma atividade voluntária. No entanto, percebemos que algumas crianças necessitavam quase que de uma "autorização" para brincar no espaço das enfermarias, devido a todas as

características daquele espaço (hospitalar), bem como as peculiaridades que acompanham um processo de hospitalização. Bastava, porém, um convite informal, que podia vir através da presença de outra criança brincando, ou, algumas vezes, de um modo mais formal, com a intervenção de um adulto verbalizando o convite, para que retomassem a capacidade de brincar, ainda que em condições diferentes do que em suas casas. Sobre isso, certa manhã, fizemos a seguinte observação:

Um menino de dois anos, que, quando acabou de ser examinado, foi até seu box e pegou um violão de brinquedo. Sorridente, correu até Renata, uma menina de quatro anos, que estava internada em um box próximo ao seu e mostrou a ela o brinquedo. Ficaram então brincando de tocar e cantar enquanto corriam juntos pelo corredor dos boxes. (Pediatria, 03/03/99)

Nesse exemplo percebemos claramente que o convite para brincar foi formalizado apenas pela presença do menino com seu brinquedo.

Por ser livre, o brincar nunca é possível de acontecer de forma obrigatória. Durante nossas observações, percebemos que nenhuma criança brincava obrigada. Algumas vezes, no *setting* do *Projeto Saúde e Brincar*, notamos que determinadas crianças, inicialmente não brincavam, a despeito de estarem sentadas no meio do grupo, cercadas de brinquedos e brincadeiras. Em geral, observavam o ambiente e as alterações da dinâmica da enfermaria que o brincar promovia. Apenas quando se sentiam suficientemente seguras e confortáveis naquele espaço, é que escolhiam brincar, de forma absolutamente espontânea. A liberdade do brincar reside nisso: a criança brinca porque gosta e quer (Huizinga, 1980). Segue um exemplo desta situação:

¹⁵Com este termo, o autor refere-se ao que seria considerado apenas como algo instintivo.

Lucas estava internado há cerca de seis meses e passara boa parte deste tempo internado na UPG¹⁶. Como este menino tinha feito um vínculo prévio com uma das estagiárias do *Projeto Saúde e Brincar*, passou a comparecer ao *Projeto* antes de ser novamente transferido para uma das enfermarias de pediatria. O brincar seria um mediador desta mudança. Na primeira vez que veio da UPG para o *Projeto Saúde e Brincar*, percebemos que existia uma grande expectativa da parte de todos os envolvidos. Chegou acompanhado de uma médica e de uma enfermeira, que permaneceu todo o tempo acompanhando-o, monitorado através de vários aparelhos. Era a primeira vez que saía daquela enfermaria em meses. No *setting* mostrou-se atento e desconfiado, sondando o ambiente ao redor com o olhar. Quando começou a ser contada uma história, ele fez sinal (quase não falava devido a traqueotomia) de que estava desconfortável na cadeira de rodas e apontou para a cadeirinha de madeira (no qual todas as crianças sentam para brincar), demonstrando que queria sentar ali. Feita a troca, ficou atento à história e participou da experiência de plantar feijão no algodão. No final, quis levar seu feijão quando retornou para a enfermaria, a fim de continuar cuidando da semente. (Projeto Saúde e Brincar, 07/04/99)

Ainda na mesma semana, Lucas retornou ao *Projeto*, com todo o aparato anterior. Desta vez mostrou-se mais calado. De início, sondou tudo ao redor, com os olhos, sem demonstrar um interesse imediato por qualquer brinquedo ou atividade; estava mais apático do que no dia anterior. No entanto, expressou sua vontade de continuar no *setting*. Pediu para ir para o colo da estagiária e passou a olhar mais atentamente para o que as outras crianças estavam fazendo. Depois, demonstrou interesse em fazer pintura a dedo. Observamos que depois que se sentia seguro no *setting*, escolhia atividades de livre expressão. No outro atendimento, terminara com colagem. E sempre fazia questão de levar o produto de sua criação junto com ele, de volta para sua enfermaria. Dessa maneira, parecia querer perpetuar a presença não só do brincar, mas de sua própria capacidade (o que criou através da brincadeira) em contraste com sua incapacidade (sua doença). (Projeto Saúde e Brincar, 09/04/99)

Esse caso nos remete à espontaneidade enquanto algo que se encontra vinculado ao funcionamento particular de cada criança, e suas relações anteriores com o brincar. Assim como sua facilidade em

¹⁶ UPG- unidade de pacientes graves.

transitar pelo lúdico, independente das condições externas a que esteja submetida.

Ao resumir as características formais do jogo, no sentido do ato de brincar, Huizinga aponta-o como uma atividade livre e espontânea, que, apesar de ser conscientemente considerada como “não séria”, absorve total e intensamente o jogador. A criança, quando brinca, está “mergulhada” na brincadeira.

O trabalho de Oliveira (1991) acerca das representações das crianças sobre a enfermidade ratifica que a espontaneidade se apresenta como um padrão em seu material de observação.

Outro padrão percebido nas interações foi o da **criação de alianças**. Algumas crianças, por partilharem da experiência de viver a mesma situação de hospitalização, acabavam estabelecendo alianças. Esses vínculos faziam-se notar particularmente com crianças portadoras de doenças consideradas como crônicas e que freqüentavam o IFF/FIOCRUZ com assiduidade. Algumas crianças, ao se internarem, já procuravam seus companheiros para brincar. Outras, quando iam ao hospital para algum atendimento ambulatorial, pediam para ir até as enfermarias brincar com alguns “amigos”. O reconhecimento destas alianças às vezes era bastante sutil: um olhar especial que era dirigido à outra criança antes de começarem a brincar, a escolha de determinado companheiro para compartilhar a brincadeira, ou a preocupação de que o outro pudesse brincar também. Percebemos que, para esse grupo de crianças, a população das enfermarias configurava-se como um grupo

social de referência, visto que grande parte de suas vidas acontecia dentro da rotina institucional.

Esta questão das alianças estabelecidas entre crianças que já se conheciam a partir do hospital foi observada, por exemplo, na seguinte situação:

Márcio saiu do *setting* do *Projeto*, onde estava brincando e foi até o box de Gustavo, um menino de sua idade, portador de fibrose cística, impossibilitado de brincar com o grupo porque estava com uma determinada bactéria, e levou um brinquedo para ele. Esta atitude foi absolutamente espontânea; ele escolheu um determinado brinquedo e levou para o colega. (Projeto Saúde e Brincar, 26/03/99)

As alianças auxiliavam as crianças a vivenciarem a situação da hospitalização com maior tranquilidade. A exemplo disso, ressalta-se a situação que se segue:

Natan vinha regularmente ao hospital, três vezes por semana, para tomar o *Interferon* subcutâneo e, em dois desses dias, ocorriam atividades do projeto. Márcio, como sabia que ele costumava aparecer, já o procurava direto para convidá-lo para brincarem juntos. Quando a mãe de Natan chegou para buscá-lo, o viu brincando. Ela disse que ele não se incomodava em vir para se internar (o que acontecia com alguma frequência) porque "*sabe que vai brincar*" (referindo-se às atividades do projeto) e arremata: "*Eu é que me acabo de chorar, ele nem liga.*" (Projeto Saúde e Brincar, 30/04/99)

Cañeque (1993) trabalha exatamente este conceito, do brincar tendo como uma de suas funções, agir como fator de ativação e estruturação das relações humanas. No caso dessas crianças, o que permitiu a criação de alianças foi a oportunidade de compartilharem brincadeiras numa

situação desfavorável (a de adoecimento) e se reconhecerem como semelhantes (crianças) num ambiente ameaçador (o hospital). Como o brincar propicia um clima de liberdade, em oposição às regras de uma instituição hospitalar, permite que as interações ultrapassem os déficits, estereótipos ou regras sociais, inclusive de papéis. A respeito disto, pudemos perceber a interação através do brincar na enfermaria, também entre alguns acompanhantes e outras crianças. Como era comum a enfermaria receber mães ainda adolescentes acompanhando seus filhos, geralmente bebês, ocorria destas jovens participarem de brincadeiras ou trocarem livros, revistas ou outro material com as crianças mais velhas que estavam internadas, criando-se uma situação de companheirismo ou de rivalidade (no sentido de disputa de semelhantes), entre eles.

Ainda retomando o pensamento de Cañeque (1993), podemos dizer que através do brincar, essas crianças (e também os acompanhantes) se preparavam para os enfrentamentos sociais, as frustrações (comuns num período de adoecimento, por conviver-se diretamente com a vertente deficitária do corpo), os medos (principalmente do abandono e da morte) e também para o amor, elementos essenciais na construção da identidade pessoal. A criação de alianças fortalecia-as.

Quando, ao contrário, a criança era obrigada a ficar sozinha, como nos casos em que o isolamento era necessário, devido ao quadro clínico, a experiência de hospitalização e adoecimento tornava-se ainda mais limitadora. Devido ao afastamento compulsório das outras crianças e das

brincadeiras em grupo, a sensação de distanciamento da vida cotidiana aumentava. A este respeito, trazemos o exemplo de Aline:

A irmã de Aline (9 anos), diz que a menina está sentindo muito o isolamento (em decorrência de um processo de leucopenia), pois estava gostando muito de ir brincar. Está triste e irritadiça. Devido ao seu quadro clínico, a equipe médica não quer nem que utilize brinquedos que foram utilizados por outras crianças. (Pediatría,22/03/99)

Neste caso, o fato de ficar isolada para salvaguardar seu sistema imunológico, implicava num afastamento ainda maior das atividades comuns na infância e dos laços daí decorrentes. Santa Roza (1999) aborda que o próprio termo brincar deriva do latim *vinculum*, que significa laço, união. Percebemos que brincar, na enfermaria, significa, mesmo que por um breve momento, compartilhar. Quando brinca, a criança adoecida está se remetendo novamente para um lugar de “normalidade”, não se sente tão diferente das outras, nem tão distante da vida cotidiana. Observamos que algumas crianças pediam que seus pais levassem seus brinquedos preferidos para o hospital; outros preferiam determinadas brincadeiras mais dinâmicas, como as que costumavam fazer com seus colegas, em suas casas.

Em relação a levar objetos e brinquedos de casa pudemos observar algumas situações tais como:

Encontro a enfermaria com a tv ligada e duas crianças, Luís e Renata, junto com a mãe de uma delas ,pintando na mesa do projeto. A menina está de pé, absorta no que faz, a mãe a ajuda na atividade. Descubro, em conversa com sua mãe, que Renata está usando uma maleta de pintura sua, que pediu que trouxessem de casa, junto com

alguns outros brinquedos. Esta não é sua primeira internação (é asmática) e sempre pede à sua mãe para trazer seus brinquedos quando se interna. Sua mãe relata que o interesse e apego que Renata desenvolve pelos brinquedos, está relacionado com as pessoas que lhe deram de presente, ou seja, se gosta da pessoa que lhe presenteou apega-se ao brinquedo. A maletinha de pintura em questão, foi presente (antigo) de um médico-residente aqui do hospital. (Pediatria, 01/03/99)

Neste exemplo específico, além da espontaneidade e da aliança estabelecida pela brincadeira, podemos perceber que todo o envolvimento da atividade (brincar) está também favorecendo a elaboração da situação de hospitalização.

2. O Brincar Enquanto Espaço de Elaboração da Experiência de Hospitalização

Como já prevíamos, no espaço da hospitalização, o brincar para a criança gravemente adoecida, apontou aspectos que ultrapassam a simples recreação. Dentre os seus significados, destaca-se o de **mediação** entre o mundo familiar e a situação nova e ameaçadora. Isto nos remete a Winnicott (1975) que, ao trabalhar o conceito de espaço potencial, aborda justamente a questão da relação entre o externo e o interno, entre a fantasia e a realidade. Os fenômenos transicionais, no caso o brincar, possuem este papel de mediar relações e diferentes experiências.

Percebemos que este papel do brincar ocorria, basicamente, em relação à primeira internação, que em geral tinha um impacto grande sobre a criança, principalmente quando acontecia de forma inesperada. A possibilidade de brincar ajudava a elaborar esta experiência, modificando, comumente, o comportamento inicial da criança, independente de sua faixa etária. Como exemplo, trazemos um trecho de nossa observação sobre um menino de 3 anos.

Eduardo, com um quadro pulmonar grave, vivenciava a sua primeira internação. Estava num quarto sozinho com seu pai, e naquele dia não estava liberado, devido às suas condições clínicas, para ir ao setting do *Projeto Saúde e Brincar*. Ele estava amuado, carrancudo e bastante deprimido, não falava ou sorria. Acabara de ser diagnosticado como HIV positivo. A doença era uma realidade recente na sua vida e de sua família. Sentamos ao lado da cama, nos apresentamos e oferecemos a oportunidade de brincar um pouco, ali mesmo na cama. A princípio mostrou-se reticente, mas começamos timidamente a brincar de empilhar alguns cubos coloridos. Rapidamente esboçou o primeiro sorriso, ao perceber que nossa torre poderia cair. No decorrer da atividade, riu muito, transformando-se completamente. Demonstrou iniciativa, colocando as peças dentro da lata, empilhando, escolhendo qual colocar primeiro e tantas outras variações quantas encontrou para brincar com aquelas peças. Quando saímos, acompanhou-nos com o olhar e acenou animadamente, observando-nos através do vidro. (Projeto Saúde e Brincar, 14/04/99)

Podemos dizer, de acordo com a abordagem de Winnicott (1975), que o brincar proporcionou o estabelecimento de um espaço potencial que permitiu a Eduardo, ao construir e destruir torres e ao obter prazer de uma atividade realizada no âmbito de uma enfermaria que lhe parecia assustadora, lidar com a própria hospitalização de uma forma menos ansiosa. A atividade lúdica possibilitou a mediação entre suas vivências

anteriores e aquela nova experiência, que vivia naquele momento. Nesse exemplo, pudemos perceber como a possibilidade de brincar, numa situação adversa, abriu espaço para que essa criança pudesse ressignificar sua experiência de adoecimento e hospitalização.

Trazemos ainda, o caso de Joana, que se encontrava fora da população de nosso estudo, que é bastante ilustrativo da intervenção do lúdico na experiência da hospitalização, no âmbito desta pesquisa:

Joana, em sua primeira internação hospitalar, estava desacompanhada. Tudo era novidade, pois era recém chegada da Paraíba e estava morando numa favela do Rio com sua família. Apesar da idade, seu nível de escolaridade era baixo (primeira série). Quando a vimos pela primeira vez, estava muito assustada; tinha medo até do aparelho de ar condicionado, parecendo não saber o que era aquilo. Mantinha-se no leito, demonstrando receio em se movimentar naquele ambiente desconhecido (a enfermaria). Naquele mesmo dia, passou a participar da atividade lúdica regular das enfermarias, através do *Projeto Saúde e Brincar*. Dias depois, a encontramos de novo na enfermaria, junto com Daniele, de nove anos. Estava bem diferente da primeira vez que nos vimos, penteada (pela mãe de Daniele) e de vestido novo, que disse ter pedido para sua mãe trazer quando veio visitá-la. Assim que nos viu, perguntou se teria brincadeira (associando-nos ao *Projeto*). Contou que no dia anterior tinha ido procurar o *Projeto* (mas não era dia de funcionamento), e nos chamou para ir até seu quarto ver o que ela ganhara. Ela e Daniele estavam ocupando o mesmo quarto (as duas tinham pedido isto para ficarem juntas). Mostrou-nos uma boneca que disse ter ganhado do “doutor” e depois, pegou uma pasta com folhas e lápis, e mostrou orgulhosa o que fizera. Sua conduta mudara por completo, estava ativa e confiante. Sem dúvida, a possibilidade de brincar, apesar de já ser uma adolescente, de acordo com a faixa etária, possibilitou uma mediação com seus referenciais sócio-culturais, dando-lhe um espaço de pertença. (DIP, 03/03/99 e 10/03/99)

Como diz Cañeque (1993), ao brincar, a criança vivencia situações, que se conectam com sua história pessoal e de seu grupo social. Quando

escolhe determinada brincadeira, ou maneira de realizá-la, essa criança está nos falando de si, de seus hábitos e costumes.

Oliveira (1991), em seus estudos com crianças hospitalizadas, levanta a hipótese de que é através da brincadeira que a criança consegue penetrar no que ela denomina de “insondável” da enfermidade. Ou seja, é através do brincar que a criança vai se familiarizando com o ambiente hospitalar. Referente a isto, nos remetemos ao caso de Caio:

Caio tinha vindo transferido de uma cidade do interior do estado, em busca de diagnóstico. De família bastante humilde, era acompanhado todo o tempo por sua mãe. Como havia dúvidas quanto ao diagnóstico, ficou inicialmente num apartamento, sozinho com sua mãe. Passava todo o dia lá dentro, com as portas fechadas. Quase não sorria e assustava-se quando alguém entrava em seu quarto. (DIP, 10/02/99)

Caio compareceu ao Projeto acompanhado de sua mãe. Pouco a pouco vai aceitando a presença de outras pessoas sem sentir-se ameaçado, brinca com outras crianças e já permanece em outro espaço, fora de seu quarto. (Projeto Saúde e Brincar, 19/02/99)

O outro significado do brincar, que conseguimos extrair de nossa observação, foi o de **elaboração** de situações desconhecidas e/ou ameaçadoras. Em um espaço onde situações novas se apresentavam, a criança buscava dar um sentido, e dessa maneira, elaborar as novas experiências. A possibilidade da criança poder brincar na enfermaria e elaborar, através disto, as situações que surgiam devido ao adoecimento e à hospitalização, ficou patente em algumas observações. A este respeito, destacamos a seguinte situação:

Breno deu entrada na enfermaria durante o horário do *Projeto Saúde e Brincar*. Era sua primeira internação, tinha vindo direto, transferido de outra unidade de saúde, onde fora para uma simples consulta. Estava assustado, desconfiado e choroso, dizia que não queria ficar no hospital nem tomar injeção. Devido ao estado de estresse em que se apresentava, a equipe avaliou que os procedimentos iniciais poderiam esperar um pouco até que se tranquilizasse, e naquele momento, seria interessante que pudesse brincar e ter contato com as outras crianças internadas. Dessa maneira, sentou-se junto com sua mãe, à mesa do *Projeto*, que ficava na frente do posto de enfermagem, onde já estavam algumas crianças brincando. Depois de um certo tempo, estava envolvido num jogo coletivo e conversava com as crianças e profissionais do *Projeto*. Perguntou, então, a um outro menino que também estava internado, sobre a punção que ele tinha no braço, se doera. Perguntou também onde as outras crianças ficavam e no final completou: “*Eu queria ficar aqui [referindo-se ao setting onde estava brincando], não naquela enfermaria.*” Essa fala parecia interrogar se o espaço físico do projeto, ocupado pela mesa, pertencia a um outro lugar diferente da enfermaria, pelo menos da enfermaria de suas fantasias. Como se a presença dos brinquedos, pessoas com roupas coloridas e outras crianças fizesse parte de um outro espaço físico diferente daquele onde se “ficava doente”. Colocou-se, então, que a enfermaria era uma só, no mesmo lugar que ele estava brincando, era onde ficaria internado. (Projeto Saúde e Brincar, 28/04/99)

Daniel e Breno, juntamente com a mãe deste último e uma estagiária do projeto, disputam *Lince* (um jogo de acuidade e rapidez visual). Breno já com a veia puncionada, mostrava-se mais tranquilo e relaxado (o medo do que ainda estaria por acontecer, do desconhecido, certamente é maior do que a coisa em si). (Projeto Saúde e Brincar, 30/04/99)

Essas situações nos remetem ao pensamento de Santa Roza (1997), que, ao trabalhar questões referentes à experiência de hospitalização na infância, aponta para o aparecimento da angústia frente a uma situação desconhecida. Esta angústia geralmente está acompanhada da ansiedade gerada pelo afastamento do ambiente familiar e dos medos e fantasias que a criança apresenta em relação aos procedimentos médicos,

principalmente os que parecem se configurar como dolorosos, tais como a punção intravenosa e a injeção.

A este respeito, observamos a seguinte situação em campo:

Natan estava brincando no quadradão dos bebês, quando achou a maletinha de médico. Passou então a intervir junto a uma das terapeutas do Projeto como se ele fosse um médico e ela a paciente. Fez com que ela deitasse, dizendo que estava doente e precisava ficar no hospital. A princípio mostrou-se incisivo, falando de modo duro, como se a obrigasse a aceitar o “tratamento”. Dizia: *“Você tá muito doente, vou ter que tirar muito sangue e você vai ter que ficar muito tempo aqui”*. No final da brincadeira, foi ficando mais amável e acabou “dando alta” à paciente (a terapeuta). (Projeto Saúde e Brincar, 28/04/99)

O brincar possibilitou a essas crianças encontrarem neste ambiente desconhecido e, para elas, ameaçador, uma linguagem de seu domínio. Em relação a Breno, em específico, podemos dizer que a elaboração da situação de hospitalização passou a ocorrer, quando ele percebeu que teria a seu dispor recursos que lhe eram familiares, e para onde poderia canalizar seus sentimentos.

Nestes casos, podemos dizer que o brincar funcionou como espaço potencial¹⁷, segundo a definição de Winnicott (1975). Uma área de potencialidades, através da qual foi possível para os meninos elaborarem a vivência da internação. A partir daí puderam estabelecer relações com a realidade, já não tão impregnadas dos medos e fantasias de destruição. Especificamente para Breno, o brincar facilitou que pudesse melhor relacionar-se com a nova e inesperada situação de hospitalização. No

¹⁷ Trabalhamos este conceito no início deste subcapítulo.

caso de Natan, mesmo não sendo uma situação nova, visto que tem uma doença crônica, a experiência de hospitalização tem de ser constantemente elaborada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Por que você precisa estudar tanto, para saber se é importante para as crianças doentes brincarem? Claro que é!”

Guilherme, 10 anos

No decorrer de nosso estudo, nos deparamos com algumas questões, referentes ao papel do brincar dentro de enfermarias pediátricas para as crianças gravemente adoecidas, que já pressupunhamos; outras, porém, nos surpreenderam. Foi interessante constatar que, quando direcionamos nosso foco de atenção para algum objeto (no nosso caso, o brincar), que já conhecemos previamente, sempre temos a chance de percebê-lo de maneira diferente.

Surpreendemo-nos com algumas situações que antes nos tinham passado despercebidas. Por mais convivência que já tivéssemos com o campo e com a população das enfermarias, descobrimos detalhes da dinâmica das relações que antes nos haviam escapado. E, acima de tudo, fomos surpreendidos pela capacidade que a criança, de modo geral, tem de apropriar-se do brincar. Mesmo em condições adversas para ela, num ambiente aparentemente não muito propício para isto (as enfermarias), afastada de seu círculo familiar (pela internação), doente e limitada

físicamente (por tubos, drenos, soros e outros), a criança é capaz de brincar.

Que uso a equipe pode fazer desse brincar é uma questão sobre a qual devemos refletir: mera recreação ou coadjuvante do tratamento?

Um processo de hospitalização é desgastante tanto para a criança e sua família, quanto para a própria equipe de saúde envolvida no atendimento. A medicina, apesar de todos os seus progressos, ainda é restrita e limitada, e às vezes, a despeito de todos os esforços, nem sempre a medicalização traz a saúde (Adam & Herzlich, 1994).

Esta constatação acarreta estresse tanto à equipe quanto aos pacientes e seus familiares. Confrontar-se com a finitude da vida e o sofrimento não é uma tarefa fácil, principalmente quando falamos de crianças, já que a infância, *a priori*, parece ser o oposto da idéia de morte e doença. É preciso, que nós, profissionais de saúde, que trabalhamos junto a esta clientela, reconheçamos nossas limitações em relação a esta problemática e possamos repensar os modelos de atendimento que são oferecidos às crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas.

Inscreve-se, então, a necessidade de abrir-se espaço neste “território de adultos”, o hospital, para as diferentes demandas infantis. Visto que, por compreendermos saúde como um conceito amplo e complexo, não podemos tratar apenas do corpo que adocece, mas sim de um indivíduo específico; no caso, a criança.

Entre as necessidades apresentadas pelas crianças, apontamos para a importância da presença do brincar mesmo durante um período de adoecimento, já que é a atividade primordial da infância e sua “linguagem” principal.

Nesta perspectiva, poderíamos considerar o brincar como uma “janela” que se abre num espaço, onde mais do que olhar a vida, pode-se vivê-la. Uma janela que pode ser aberta pela própria criança, para que o hospital, enquanto lugar de dor e restrições, possa dar espaço ao exercício da vida, mesmo que breve.

Em relação ao **pressuposto do nosso estudo**, com base nos dados de nossa pesquisa, podemos concluir que *o brincar possibilita à criança hospitalizada transpor as limitações impostas pela doença e pela hospitalização*. Através da espontaneidade em brincar, apresentada pelas crianças nas enfermarias em diferentes horários, pudemos perceber como a interação entre crianças, de diferentes faixas etárias, diagnósticos e vivências, acompanhantes e mesmo equipe de saúde, era atravessada pelo lúdico. Em geral, era o elemento lúdico que conseguia quebrar algumas barreiras de isolamento. Crianças, até então caladas e quietas, se transfiguravam ao brincar, demonstrando isto com sorrisos e atitudes mais ativas, tais como arrumar-se, sair do leito, guardar coisas para mostrar aos outros ou mesmo passar a reclamar de algumas situações.

Percebemos que, quando existia a possibilidade de poder continuar brincando, modificava-se a perspectiva e a qualidade de vida destes pacientes. O brincar aparecia então como um contraponto a esta situação,

tirando-os da condição de apenas doentes e abrindo a possibilidade de continuarem agindo na vida.

Durante as brincadeiras, as crianças não exerciam papel de doente, mas sim de crianças. Naqueles momentos, eram cantores, médicos, mães, artistas, desenhistas, motoristas e tudo mais que quisessem ser. A espontaneidade que apresentaram para se apoderarem do espaço das enfermarias, através da atividade lúdica, foi surpreendente. O fato de brincarem parecia restaurar-lhes uma “normalidade” no lugar da diferença imposta pelo adoecimento. Sem dúvida, o brincar nas enfermarias parecia ter um caráter “contagioso”. Às vezes, bastava uma criança perceber que a outra estava brincando, para criar coragem e sair da passividade do papel de paciente. Isto não significava necessariamente sair do leito. Por vezes, a criança não apresentava condições de se deslocar ou movimentar, mas o brincar pode se estabelecer, justamente por situar-se na esfera entre o real e o imaginário. Ele independe da atividade dinâmica.

Como o brincar favorece a criação de alianças, a sensação de isolamento e solidão, promovida pela hospitalização, em geral era diminuída. Isto em nada significava tornar as crianças mais dóceis ou passivas, mas sim possibilitava que dividissem com seus pares (outras crianças) sensações e sentimentos semelhantes numa linguagem comum, o brincar.

Desta forma, propiciava-se que as crianças pudessem elaborar as questões referentes ao adoecimento e hospitalização. Essa elaboração

podia ser percebida tanto através de questionamentos que surgiam por parte das crianças, quanto do comportamento mais ativo que passavam a apresentar.

Apesar de termos destacado que o brincar aparecia de forma espontânea, através de algumas crianças, nas enfermarias, percebemos, também, a necessidade de condições que favoreçam esta situação. Ou seja, o atendimento à criança gravemente adoecida e hospitalizada, utilizando o lúdico como recurso terapêutico, é de grande importância na consolidação do papel que o ato de brincar representa para essas crianças. Percebemos que o significado de elaboração e mediação do brincar só foi possível com uma intervenção direcionada para esse fim. O olhar dirigido por determinados profissionais a esse brincar agiu como facilitador para essas crianças.

Dentre os vários significados que o brincar assume para a criança, destacamos alguns dos mais importantes para a clientela estudada:

- A possibilidade de retomar sua infância, interrompida pelo adoecimento e hospitalização, reconectando-se com sua história de vida.
- Estabelecer vínculos e relações de confiança (com outras crianças e também com adultos) que contribuem para diminuir a sensação de isolamento e dar continuidade ao seu processo de desenvolvimento.
- A possibilidade de elaborar situações e experiências oriundas da hospitalização que sejam desconhecidas e/ou desagradáveis.
- Poder expressar seus medos, anseios, dúvidas e preferências.

- Fazer escolhas num momento de vida em que as possibilidades disso são poucas.
- Assumir uma postura mais ativa no próprio processo de adoecimento e tratamento.

Com certeza, o ponto de chegada deste trabalho é também um ponto de partida para que o tema seja mais aprofundado, uma vez que o rico material advindo do brincar possibilita inúmeros olhares acerca de seu papel no processo da hospitalização infantil. Nesse sentido, apontamos para a importância de que, cada vez mais, as pessoas envolvidas com este tipo de clientela (crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas) possam repensar abordagens e estratégias, de modo a preservar e garantir o direito a uma atenção integral, adequada às demandas e especificidades da infância.

Neste estudo, procuramos apontar alguns dos significados e funções do brincar para as crianças gravemente adoecidas e hospitalizadas. Ele existe dentro dos hospitais, independente de nós, adultos. Resta agora refletir sobre as condições necessárias de sua implementação e utilização, para que possa ser um instrumento terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, P. & HERZLICH, C. 1994. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan Université.
- ANTUNES, J., 1989. Por uma geografia hospitalar. *Tempo social, Revista Sociologia*. 1: 227-234.
- BECHER, Y., 1993. *Playright: A Hospital Play Service In Hong Kong – Past, Present and Future*. Hong Kong: Playright.
- BENJAMIN, W., 1984. *Reflexões : a criança, o brinquedo, a educação*. São Paulo: Summus.
- BRASIL, 1990. *Lei Federal nº 8069(13/07/90) - Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Presidência da República.
- CAÑEQUE, H., 1993. *Juego y vida*. Buenos Aires: Atheneo.
- CANGUILHEM, G., 1978. Une pédagogie de la guérison est-elle possible? *Nouvelle revue de psychanalyse* 13-26.
- CANGUILHEM, G., 1995. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CANIGLIA, M., 1994. *Terapia Ocupacional – Objeto e metodologia*. Belo Horizonte: Expressa.
- CAPRA, F., 1997. *O ponto de mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.

- CARDOSO, R., 1988. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: *A aventura antropológica – teoria e pesquisa*. (R. Cardoso, org.), pp. 95 -105, São Paulo: Paz e Terra.
- CECCIM, R., 1997. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: *Criança Hospitalizada – atenção integral como escuta à vida*. (R. B. Ceccim e P. R. A. Carvalho, org.), pp.27–41, Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1981. *Resolução Coffito 81*. Brasília: Coffito.
- DAOLIO, J., 1995. *Da cultura do corpo*. São Paulo: Papyrus.
- DE SETA, M., 1997. *Instituto Fernandes Figueira: Delineamento de 50 Anos de História Institucional*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M., 1998. *Microfísica do Poder*. Graal: Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M., 1988. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- FRANCISCO, B., 1988. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papyrus.
- FREUD, S. 1996. Além do princípio do prazer (1920) In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago editora. vol.XVIII.
- GEERTZ, C., 1989. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

- HOLANDA, A., 1986. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- HUIZINGA, J., 1980. *Homo Ludens*. São Paulo: Perspectiva.
- IFF/FIOCRUZ - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 1998. *Relatório Final, 1997 – 1998*. Rio de Janeiro [mimeo]
- KIELHOFNER, G.; BURKE, J.; IGI, C., 1991. Um modelo de ocupação humana – parte 4. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 2: 127-144.
- KISHIMOTO, T., 1992. A importância do jogo para a educação infantil. *Cadernos de terapia ocupacional da UFSCar*, 3 :121-139.
- KUDO, A. & PIERRI, S., 1990. Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas. In: *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* (A. Kudo et al.) pp.232-245, São Paulo: Sarvier.
- LAPLANTINE, F., 1997. *Aprender Antropologia*. São Paulo: Brasiliense.
- LINDQUIST, I., 1993. *A criança no hospital – Terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Scritta Editorial.
- MINAYO, M., 1996. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- OLIVEIRA, H., 1991. *A enfermidade na infância: Um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- OLIVEIRA, H., 1993. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:326-332.

- PEIRANO, M., 1995. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PRADO, M., 1991. Des-cobrando o lúdico. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 2: 157-163.
- PIAGET, J., 1973. *Problemas de Psicologia Genética*. Rio de Janeiro: Forense.
- PIAGET, J., 1975. *A Formação do Símbolo na Criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- RESOLUÇÃO COFFITO 1981, *Legislação da Fisioterapia e Terapia Ocupacional* – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2a. região- Rio de Janeiro/Espírito Santo, 1a. edição, 1997)
- SANTA ROZA, E., 1999. *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro: Contra-capa.
- SANTA ROZA, E. 1997. Um desafio às regras do jogo. In: *Da análise na infância ao infantil na análise* (E. Santa Roza & E. S. Reis), pp.161-188, Rio de Janeiro: Contra Capa.
- SIKILERO, R. ET ALLI, 1997. Recreação uma proposta terapêutica. In: *Criança Hospitalizada – atenção integral como escuta à vida*. (R. B. Ceccim e P. R. A. Carvalho, org.), pp. 59–65, Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- TASSARA, E., 1996. Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia? *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 7:43-52.

THOMPSON, R. & STANFORD, G., 1981. *Child life in hospitals – Theory and practice*. Illinois: Thomas Books.

VÁZQUEZ, A., 1977. *Filosofia da Praxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

WINNICOTT, D., 1975. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.