

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSILENE CABRAL DE SOUSA

**A CRIANÇA HOSPITALIZADA E O BRINCAR COMO INSTRUMENTO DE
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.**

SÃO LUÍS – MA

2018

JOSILENE CABRAL DE SOUSA

**A CRIANÇA HOSPITALIZADA E O BRINCAR COMO INSTRUMENTO DE
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como pré-requisito para a conclusão de curso (Monografia).

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira.

SÃO LUÍS – MA

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa, Josilene Cabral de.

A Criança Hospitalizada e o Brincar como Instrumento de
Intervenção Psicológica / Josilene Cabral de Sousa. -
2018.

87 f.

Orientador(a): Profª Drª Maria da Conceição Furtado
Ferreira.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, 2018.

1. Brincar. 2. Criança. 3. Hospitalização. 4.
Psicologia Hospitalar. I. Ferreira, Profª Drª Maria da
Conceição Furtado. II. Título.

JOSILENE CABRAL DE SOUSA

**A CRIANÇA HOSPITALIZADA E O BRINCAR COMO INSTRUMENTO DE
INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como pré-requisito para a conclusão de curso (Monografia).

Aprovada em: __ / __ /2018.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria da Conceição Furtado Ferreira
(Orientadora)

Professora Doutora Catarina Malcher Teixeira

Professora Doutora Jena Hanay Araújo de Oliveira

Professora Mestra Francisca Pereira da Cruz Zubicueta
(Suplente)

À Deus, pois sem Ele, nada seria possível.

À meu amor, meu esposo Isaías, por seu cuidado e empenho em todo esse percurso. Pela preocupação e suporte em cada atividade acadêmica. Também, pelo cuidado com que tratou as brincadeiras dos nossos filhos e esforços que impunha para adquirir seus brinquedos. Pela alegria que sentia com isso. Por ter se mostrado sempre incansável e feliz, ao brincar com eles e, com eles entregar-se a fantasias; Pelas impagáveis lembranças da infância de nossos filhos, como das vezes, em que íamos à pracinha e ele cuidava da “nossa neta” (a boneca. rs) enquanto eu e nossa filha, brincávamos no parquinho.

Aos meus filhos, Iksa Rosa e Isassi Emanuel, por terem aceito e partilharem das minhas brincadeiras e me ensinarem novas formas de brincar, outra de amar e viver.

À minha mãe, Rosa Maria (In memoriam) por ser tão presente em mim; por ter protegido e sustentado minhas brincadeiras.

À meu irmão Ronildo, pelo incentivo e lembrança, de seu relutar contra o sono durante as noites, enquanto estudava, de onde, muitas vezes, tirei ânimo para, como ele, também vencer o cansaço e seguir, estudando

AGRADECIMENTOS

À Deus, por seu amor incondicional, pela forma que conduz a minha vida, por tornar real esse sonho, acalentado ainda na infância. Toda honra a Ele que é a minha força, e me prova, que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que O amam. Agradeço às oportunidades que desfrutei nesse percurso, os momentos de angústia que me proporcionaram algum crescimento, os “anjos” que fez cruzar o meu caminho e vieram em meu auxílio, e aos que eu pude, de alguma forma, ajudar. Ao meu Deus, só tenho a agradecer.

Ao Isaías, meu esposo, pelo homem que é e por seu amor tão especial. Pelos claros esforços que empreende para facilitar e melhorar a minha vida em todos os sentidos.

Aos meus filhos, Iksa Rosa e Isassi Emanuel, provas do amor de Deus. Por fazerem de mim uma mãe orgulhosa e abençoada, pela tranquilidade e prazer que sempre foi cuidar de ambos, pela forma responsável que agem em minha ausência ou pelas vezes que me tiravam o foco em aulas, com ligações, para saber se poderiam assistir, comer, fazer tal coisa, ou para que eu resolvesse algum conflitos entre os dois (saudades disso. Rs).

Ao meu pai, José Cabral, e minha mãe Rosa Maria (*In memorian*), pelas marcas que me constituíram. À Mainha, sou grata desde o momento em que, ainda na infância, expressava em seu brincar o desejo de ter um filho, amá-lo e cuidá-lo. Pela herança de amor que deixou. E mesmo partindo tão cedo, pôde me transmitir, grandes ensinamentos, como a valorizar o ser humano. Pelas vezes que ia na escola levar meu lanche quentinho. Nisso, lembro da tia Cristina, minha professora do jardim, e não posso deixar de agradecer por seus esforços para que eu reencontrasse a vontade de brincar, perdida com a eterna partida da minha mãe.

À meus irmãos, Ronaldo, Ronildo e Rosigleide, pela cumplicidade, amor e suporte precioso na minha infância. Também aos primos Sandra e Guga. Grata pelo lugar que ‘Uá’, ainda tão jovem, soube ocupar para mim. Eternamente grata à vovó Dai (*In memorian*), pelo carinho e legado que deixou, com sua forma inusitada de ser; à vovó Leó (*In memorian*) pela influência em minha educação; e vovô Lourenço, pela sensibilidade que nos marcou. Sou grata pela importância de cada um e pela forma que se completaram em minha vida. Às tias, Socorro, pela ingenuidade e acolhimento, Bia pelas descontrações e Lourdes, por ter bancado na família, responsabilidades para além das suas, e pelas boas lembranças de minha infância. À Halana, Thati, Aninha; aos sobrinhos, Mateus, Adriel, João e Luís, aos primos, Gabriela e Juninho, pessoas que eu amo, e cujas infâncias eu estive presente em alguns momentos e pude com eles, aprender, ensinar, brincar.

Aos meus sogros, Luís e Delzuíta Mano (*In memorian*), pela mestria na arte da viver a dois, pelos ensinamentos e prazer de ouvir: “ela é mais que uma filha”.

Ao pastor Agostinho e a irmã Maria, exemplo de força e fé. À Leila Veras, pela amizade tão valorosa; à Dona Lina, Raquel, Alex, Ana, Thallysson, Evanilson, Wilna, Elmirinda, Cláudia, e demais irmãos da “Igreja batista em Itapera“, pelas orações e torcida.

À Dida pelo cuidado com a minha família. Ao Sr. Botelho, pela atenção e cuidado em providenciar meus almoços (quentinhas).

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Conceição Furtado, pelo aprendizado, oportunidade de estágio em Psicologia hospitalar, no qual foi minha supervisora. Por apostar em minha prática e me desafiar para este trabalho. À Prof^a. Dra. Valéria Lameira, pela confiança em meu trabalho com crianças e oportunidades no estágio II, em Psicologia clínica, no projeto de extensão “Escuta” e no projeto de pesquisa sobre o “Laço Social”. Sou muito grata por todas essas experiências.

À psicóloga Ana Carolina, pelo parecer cuidadoso no projeto monográfico. À banca examinadora sob a presença da Prof^a. Dra. Catarina Malcher, Prof^a. Dra. Jena Hanai e a Prof^a. Ms. Francisca Cruz, pela disponibilidade, cordialidade de sempre e por, prontamente, terem aceito os convites. Grata a todos os queridos professores da graduação, pela certeza de ter sido instruída por mestres de extrema competência. Sou grata também a Zilfa e Waldir

Aos amigos de curso, pelos momentos únicos e auxílio em tantas situações, Andressa, Carla, Jefferson, Kássia, Rulio, Thell, Bárbara, Palloma, dentre outros. À Netinha e Dandara, pelos investimentos em nossa amizade, mão amiga e acolhimento as minhas angústias, até aqui; também a seus familiares. À Jocy, pelo suporte precioso nessa etapa final.

À Alyssandra, “minha” analista, pelo acolhimento a minha dor e encontro que me permitiu. À Raquel de Paiva, cunhada psi, pelas palavras valiosas em meu caminhar.

Às pessoas atendidas pelo projeto “Escuta”, às crianças hospitalizadas e seus acompanhantes. Ao hospital Materno infantil. Ao Núcleo de Extensão da vila Embratel. Ao Núcleo de Psicologia Aplicada da UFMA (NPA). À Gaby e João (lanche). Aos zeladores, em especial a Jú e seu Riba. Ao Biu da xerox, Genilza, Patrícia, Rodrigo, e demais trabalhadores do CCH e adjacências. Aos colaboradores da Biblioteca Central, Restaurante e “Campus”.

O fechamento de um ciclo é fruto de toda uma construção. Sou grata a cada um que esteve presente em algum tempo, ou em todo o tempo. Aos que contribuíram de alguma forma em minha formação acadêmica e na realização deste trabalho.

À todos, meus sinceros agradecimentos.

“Só as crianças sabem o que procuram, disse o principzinho. Perdem tempo com uma boneca de pano, e a boneca se torna muito importante, e choram quando a gente toma...”.

(O pequeno príncipe).

RESUMO

A criança hospitalizada e o brincar como instrumento de intervenção psicológica. A hospitalização é uma situação geradora de estresse e conflitos internos, especialmente para a criança. Acredita-se que o brincar auxilia a criança na expressão de pensamentos, sentimentos, no falar de si. Estratégia que pode ajudá-la a elaborar sentimentos, amenizar ou anular efeitos negativos oriundos do processo de hospitalização. Neste estudo, objetivou-se discutir sobre a importância do brincar enquanto espaço de fala e instrumento de intervenção psicológica com crianças no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a partir da visão da Psicologia Hospitalar. Para enriquecê-la, acrescentou-se relatos de experiência em estágio em Psicologia hospitalar. Como referencial teórico, optou-se por teóricos que contribuíram com estudos sobre o brincar, sob a ótica da Psicanálise. Iniciou-se o trabalho apresentando as concepções de criança e os aspectos da construção histórica e social da infância. Analisou-se, à luz de teóricos, a importância do brincar para a criança. Teceram-se considerações acerca da criança hospitalizada, suas relações no processo de hospitalização e a repercussão desse processo para ela e sua família. Discorreu-se sobre o trabalho da equipe de saúde na pediatria, com ênfase no trabalho do psicólogo hospitalar. Discutiu-se a respeito do lugar do brincar no hospital e deste enquanto instrumento na intervenção psicológica com crianças hospitalizadas. Através deste estudo, observou-se a necessidade de se reafirmar a relevância de um olhar mais atento para o cuidado com a criança hospitalizada, à medida que se compreende o brincar como instrumento de intervenção psicológica.

Palavras-chave: Criança. Hospitalização. Brincar. Psicologia Hospitalar.

ABSTRACT

The hospitalized child is playing it as an instrument of psychological intervention. Hospitalization is a situation that generates stress and internal conflicts, especially for the child. It is believed that play helps the child in the expression of thoughts, feelings, in speaking of oneself. A strategy that can help you build feelings, ease or nullify the negative effects of the hospitalization process. In this study, we aimed to discuss the importance of playing as a space of speech and instrument of psychological intervention with children in the hospital context. This is a bibliographical research, from the perspective of Hospital Psychology. In order to enrich it, we added experience reports in the field of hospital psychology. As a theoretical reference, we chose theorists who contributed to studies about playing, from the perspective of Psychoanalysis. The work began with the conceptions of children and the aspects of the historical and social construction of childhood. The importance of playing for the child was analyzed in the light of theorists. Considerations were made about the hospitalized child, their relationships in the hospitalization process, and the repercussion of this process for her and her family. We discussed the work of the health team in pediatrics, with emphasis on the work of the hospital psychologist. It was discussed about the place of playing in the hospital and of this as an instrument in psychological intervention with hospitalized children. Through this study, it was observed the need to reaffirm the relevance of a closer look at care with the hospitalized child, as one understands play as an instrument of psychological intervention.

Keywords: Child. Hospitalization. Play. Hospital Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Quadro de São Nicolau e a representação das crianças	22
Figura 02 - Cena do cotidiano camponês e a relação dos adultos com as crianças	23
Figura 03 - Os trajes das crianças: dos cueiros ao traje adulto.....	24
Figura 04 - Traje das crianças da França e Alemanha no início do século XVI... ..	25
Figura 05 - Crianças e adultos em um jogo de xadrez.....	53
Figura 06 - Brincadeira de roda.	54
Figura 07 – Brincadeira de cabra-cega.....	54
Figura 08 – Cata-ventos: brinquedo que atravessou épocas e gerações.. ..	55
Figura 09 – Cavalo de pau fruto da imitação ao adulto... ..	55
Figura 10 – Boneca de pano... ..	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONCEPÇÕES SOBRE CRIANÇA E INFÂNCIA.	18
2.1	Criança e infância	18
2.2	Breve resgate histórico da infância.	20
2.3	A educação como agente de transformação social para a criança.	28
2.4	Breves considerações sobre a criança na contemporaneidade.	31
3	A CRIANÇA HOSPITALIZADA.	34
3.1	A instituição hospitalar.	34
3.2	A criança no contexto hospitalar.	40
3.3	A família e a criança hospitalizada.	42
3.4	O psicólogo e a equipe multiprofissional no cuidado à criança hospitalizada.	48
4	CONSIDERAÇÕES SOBRE O BRINCAR E SEU LUGAR NO HOSPITAL.	52
4.1	O brinquedo, o jogo, a brincadeira e o brincar.	52
4.2	Breves considerações teóricas sobre o brincar.	58
4.2.1	<i>O brincar na perspectiva de Freud.</i>	58
4.2.2	<i>O brincar segundo Melanie Klein.</i>	60
4.2.3	<i>O brincar segundo Winnicott.</i>	63
4.3	O lugar do brincar no hospital: instrumento de intervenção psicológica.	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	79

1 INTRODUÇÃO

É notório que o processo de internação hospitalar geralmente cause impactos que podem ter várias implicações na vida de quem passa por essa experiência. É uma situação geradora de estresse e conflitos internos, especialmente quando ocorre na infância, uma vez que as crianças “[...] devido às suas escassas experiências de vida, elas não têm a capacidade do adulto para tolerar mudanças e frustrações” (BATISTA, 2003, p. 70).

Somando-se ao estresse causado pela própria enfermidade, a criança ainda vivencia no contexto hospitalar, o corte em sua rotina, afetando seu senso de segurança, a perda do convívio familiar, das atividades que lhe dão prazer, da sua identidade, além da submissão a procedimentos dolorosos que, na maioria das vezes, não fazem sentido para ela, e são feitos por pessoas estranhas, com as quais ela passa a ser obrigada a conviver.

Diante desse cenário, é importante que no cuidado com a criança hospitalizada, sejam adotados mecanismos com vistas a contemplar todas as dimensões que envolvem o adoecer, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais. Certamente, essa atitude favorecerá para que a criança se sinta acolhida nesse ambiente e os impactos causados pela hospitalização possam ser minimizados.

Um dos aspectos de grande relevância a ser considerado no tratamento da criança hospitalizada consiste na participação da família no cuidado com o “pequeno paciente”. Além deste, é de fundamental importância também que a equipe de saúde conheça os efeitos da doença e a hospitalização da criança, tanto sobre esta como sobre a sua família, caso queira prestar uma assistência eficaz. Postura esta que, sem dúvida, possui implicações no que tange à valorização e humanização do cuidado, à medida que pode proporcionar consequências positivas diante dos efeitos nocivos que a hospitalização pode causar para a criança, como aponta a literatura clássica.

Santa Roza (1997) ressalta que na perspectiva do contexto institucional hospitalar, não se verifica uma importância (efetiva) às implicações do adoecer, como as ansiedades advindas do afastamento do ambiente familiar, do confronto com a dor, com as perdas sociais ou identitárias. Ignora-se o humano, bem como os sentimentos que as estimulações físicas e as intervenções violentas possam lhe suscitar.

Com relação ao paciente infantil, Freitas (2008) aponta que suas dificuldades

[...] não são identificadas ou avaliadas, passando despercebidas pela equipe, que está mais preocupada com os sintomas físicos de dor e debilidade do órgão afetado. Desta forma, introduzir estratégias e técnicas que possibilitem a expressão destes sentimentos, envolvendo o Psicólogo neste contexto, irá contribuir para uma compreensão mais ampla e humana da criança internada e para uma avaliação adequada das consequências ou comprometimentos decorrentes da doença e da internação. (FREITAS, 2008, p. 09).

Em um hospital não é difícil a percepção do quanto o lugar da fala, frequentemente, é negado à criança que, em inúmeras situações, não encontra espaço para dizer, sequer, seu nome, pois, ao ser perguntada, é o adulto quem logo responde. Por outra via, não raro, é ao adulto que se pergunta, por exemplo, “qual o nome da criança?”, como se ela não estivesse presente, suprimindo o seu direito de participar minimamente no tocante ao que lhe diz respeito, falar de si.

Percebe-se que, em diversas situações no contexto hospitalar, evidenciam-se atitudes que generalizam os comportamentos das crianças, não dando às mesmas a possibilidade de falar. Dessa forma, “[...] o choro é depressão; perguntar sobre os procedimentos é não ter adesão ao tratamento; reagir a uma intervenção dolorosa é ser agressivo. Essas outras situações deixam bem claro o não poder falar daquilo que o inquieta, que o incomoda” (FERREIRA, 2000, p. 44).

Tal situação reporta às próprias bases etimológicas dos conceitos de criança e infância que, de acordo com Lajolo (2011), está ligada à ausência de fala e, assim, tal qual sugere a etimologia do conceito, a criança é definida de fora, à sua revelia.

É fundamental que a criança disponha no hospital de uma assistência que atenda as suas demandas e que ela não seja considerada como adulto em tamanho menor, como se verifica em outras épocas, conforme relato de Áries (1981) ao afirmar a inexistência, na “Idade Média”, de um lugar para a infância tanto na sociedade quanto nas famílias.

A criança muitas vezes é vista na instituição hospitalar como um adulto em miniatura, portanto não sendo propiciadas condições diferenciadas na sua assistência, [...] percebemos a necessidade de buscar soluções que permitam a minimizar os efeitos da hospitalização na criança, já que quando auxiliada a superar satisfatoriamente a crise da doença e hospitalização, se está favorecendo seu desenvolvimento e sua saúde mental (BATISTA, 2003, p. 76-77).

A partir disso, torna-se de suma importância a utilização de estratégias que venham amenizar o estresse e a ansiedade, oriundos do processo de hospitalização, mediante as exigências dos procedimentos médicos e o desgaste da rotina hospitalar. Tornando imprescindível que se ofereça à criança um espaço onde ela possa falar do que lhe afeta,

contribuindo, portanto, em seu tratamento de saúde, pois, “A impossibilidade de se expressar verbalmente, de se explicar, de se representar, de simbolizar, leva ao conflito que se torna uma crise sem saída” (FREITAS, 2008, p. 08).

Para isso, aponta-se que o brincar se configura, reconhecidamente, como um recurso que auxilia a criança a se expressar, ou seja, um instrumento de seu domínio, o que assegura Santa Roza (1997), Mitre (2000), Batista (2007), Mitre e Gomes (2007), dentre outros autores. Servindo, não apenas, como passatempo ou diversão, o brincar faz parte da linguagem da criança. Enquanto brinca, ela pode dar vazão a sentimentos, pensamentos, isto é, a algo que, de outra forma, talvez não lhe seja possível. A criança fala enquanto brinca e, a partir dessa oportunidade, tem a possibilidade de elaborar experiências dolorosas.

No entanto, percebe-se que o brincar, quando utilizado em hospitais, geralmente é empregado como forma de ocupar o tempo ocioso da criança, distraí-la ou fazê-la aderir aos procedimentos correlatos. Mas, esse recurso pode ir muito além, configurando-se em algo capaz de contribuir significativamente para o cuidado com a saúde da criança hospitalizada e, conseqüentemente, para sua qualidade de vida durante o período no hospital, podendo minimizar (ou até mesmo anular) os efeitos negativos que podem advir dessa experiência, já que “[...] Ao brincar a criança revela os medos e fantasias singulares, permitindo a ela elaborar simbolicamente, pelo viés da linguagem, a vivência de sua doença” (ISAÍAS; ALBUQUERQUE, 2016, p. 18). O brincar, portanto, representa o cerne da escuta psicológica com crianças, a maneira mais importante através da qual ela se expressa e sobre a qual exerce um domínio, trazendo à tona a possibilidade de elaboração de conteúdos conflitivos, como se vem discutindo nesse trabalho.

Sendo assim, de acordo com Melanie Klein (1997), para que o brincar possa expressar o psiquismo da criança, é necessário que em um atendimento sejam levados em consideração alguns fatores, como estar atento a todos os detalhes do brincar, aos objetos que a criança utiliza durante as sessões, uma vez que ela pode escolher brinquedos, livros, desenhos, água, optar por contar estórias, etc. É importante também a forma como a criança se dirige e faz uso do que está disponível, como ela brinca e como muda de brincadeira, por exemplo, de forma livre.

Além de um instrumento para a criança, o brincar também se configura como um valioso instrumento para o psicólogo em seu trabalho de intervenção com o público infantil, como ressaltado anteriormente e em conformidade com Winnicott (1975, p. 71), ao colocar que “Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma

principal, antes de interpretar fragmentos de conduta”. Assegurando o brincar da criança, o psicólogo possibilita que ela fale.

Desse modo, entende-se que as brincadeiras das crianças devem ser levadas a sério, encontrando-se um espaço onde quer que elas estejam inseridas, uma vez que no brincar, a criança encontra uma forma de dizer. Nesse contexto, em busca de uma melhor compreensão sobre a criança em processo de hospitalização, além do desejo em contribuir para a qualidade em seu tratamento de saúde, surgiram inquietações que despertaram o interesse por desenvolver este trabalho.

A escolha do tema deste estudo partiu de experiências decorrentes dos primeiros contatos com a prática, durante a graduação no curso de Psicologia, da Universidade Federal do Maranhão: inicialmente com o trabalho como estencionista no projeto de extensão “escuta”, e posteriormente, como estagiária, no estágio em psicologia clínica hospitalar. em um período de tempo, essas duas atividades foram realizadas concomitantemente

O projeto “Escuta”, Projeto que funciona sob supervisão e coordenação da Profa. Dra. Valéria Lameira, desenvolvido no Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA), localizado na Universidade Federal do Maranhão e no Núcleo de Extensão localizado no bairro Vila Embratel (NEVE). O projeto tem por finalidade prestar atendimento psicológico à comunidade acadêmica universitária e à população de baixa renda de São Luís/MA, porém, tornou-se grande a demanda para atendimento infantil.

Durante o trabalho no projeto “Escuta” foi possível, através da prática clínica aliada ao estudo teórico e supervisão no referencial psicanalítico, a percepção da grande relevância do brincar tanto para a criança, enquanto modo de expressão e principal via de acesso à sua subjetividade, quanto para o psicólogo, enquanto instrumento que o auxilia no manejo da intervenção diante da dificuldade, por exemplo, que a criança tem para dizer/falar acerca de suas dores, medos e mesmo alegrias.

Somando-se a essa vivência, em meio ao desenvolvimento do estágio curricular I, em Psicologia clínica hospitalar, que ocorreu na Unidade Materno Infantil, do hospital Universitário (HUMI), no setor da pediatria, sob a supervisão da Profa. Dra. Conceição Furtado Ferreira, algumas questões compareceram, dentre as quais: a possibilidade do brincar como um espaço no qual as crianças, inseridas no contexto hospitalar, pudessem falar, expressar seus sentimentos e pensamentos, enfim, serem escutadas. Desta forma eu atentei para o fato de que poderia trabalhar com as crianças hospitalizadas, da mesma forma que eu já trabalhava no projeto, considerando, obviamente, as especificidades do contexto hospitalar.

Essas duas experiências, portanto, foram cruciais para despertar e ampliar o meu desejo pelo trabalho com crianças e por uma temática que permita à criança institucionalizada um espaço de fala já que grande era a minha expectativa (e dúvida) sobre como poderia trabalhar com esse público no hospital. No entanto, logo no primeiro contato, algumas crianças, elas pediram papel e lápis para desenhar e pintar, com isso, atentei-me para o fato de que, independente do contexto, eu estava diante de crianças e percebi que não poderia atendê-las, escutá-las de outra forma, a não ser da maneira que, para elas, fosse possível falar.

Sendo assim, corroboro com a importância de se acolher a fala da criança, ainda mais em um ambiente onde ela já se depara com tantas privações, estimulações aversivas e onde, dificilmente, tem a oportunidade de falar e ser escutada.

À medida que o estágio foi sendo realizado, algumas situações me inquietavam, como o fato de haver no setor da pediatria uma brinquedoteca, ou seja, um espaço voltado para as crianças, mas que funcionava apenas como forma de preencher, em determinados momentos, o tempo ocioso das mesmas, não sendo permitido o uso livre para brincar, nem tampouco havia uma direção dessa atividade no sentido de auxiliar em seu tratamento de saúde. Além disso, deparei-me com uma criança sendo repreendida devido ao nome que atribuía a um boneco, sendo impelida a mudá-lo. Às crianças não era dado o direito de escolha acerca dos brinquedos com os quais brincar, mesmo assim, elas ficavam notadamente ansiosas à espera do momento que a brinquedoteca seria aberta e quando isto não ocorria, demonstravam certa decepção.

Em meio a todas essas implicações, o presente estudo segue em busca de respostas para algumas indagações, tais como: De que forma o brincar pode ser inserido no contexto hospitalar? Qual a relevância do brincar para a criança hospitalizada? Quais as implicações do brincar para a criança em situação de hospitalização? Como o brincar pode auxiliar a criança em seu tratamento de saúde? Quais as possibilidades do psicólogo trabalhar com o brincar no hospital?

Ressalta-se que no desenvolvimento da pesquisa, será dado espaço para o surgimento de novas indagações, haja vista a especificidade do tema e a sua relevância para a sociedade, fazendo jus ao comentário da parecerista do projeto monográfico que culminou nesse trabalho, a psicóloga Ana Carolina, ao dizer que: “[...] A experiência de estágio – quando de fato há um labor – tem a capacidade de suscitar naquele que a viveu, uma busca por respostas, que muitas vezes, consegue relançar outras questões e galgar alguns avanços na construção de um percurso”.

Sendo assim, esse trabalho abordará sobre “A criança hospitalizada e o brincar como instrumento de intervenção psicológica”, pois, compreende-se que o brincar em suas diversas formas, seja a partir de um desenho, uma estória, um brinquedo ou qualquer objeto eleito pela criança como tal, é a maneira mais genuína de acesso a “seu mundo”.

Para isso, estabeleceu-se como objetivo geral discorrer sobre a importância do brincar enquanto espaço de fala e instrumento de intervenção psicológica com crianças no contexto hospitalar. Nessa construção, os objetivos específicos consistiram em: apresentar concepções de infância e criança, fazendo uma descrição sobre alguns aspectos da construção histórica e social da infância; analisar, à luz de teóricos, o papel do brincar no desenvolvimento da criança; tecer considerações sobre a criança hospitalizada e seu processo de hospitalização, destacando sua relação com o hospital, com a família, com a equipe hospitalar, bem com o seu adoecer e tratamento de sua doença; discorrer sobre o trabalho do Psicólogo na pediatria hospitalar; e discutir sobre o lugar do brincar no hospital, e deste enquanto instrumento de intervenção psicológica com a criança hospitalizada.

Metodologicamente, o presente trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica que, de acordo com Severino (2012, p.122), “é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc.”. Esse tipo de pesquisa tem por finalidade, segundo Marconi e Lakatos (2010, p.166), “colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto”, proporcionando, conforme estes autores, novas reflexões e conclusões sobre o tema em questão.

Para fundamentar o presente estudo, optou-se pela visão da Psicologia Hospitalar, pois, “A psicologia hospitalar se refere à aplicação dos conhecimentos da ciência psicológica em âmbitos que abarcam os processos de doença/internação/tratamento, bem como as relações entre paciente/família/equipe de saúde” (CUNHA, CREMASCO E GRADVOH, 2016, p.34).

Com intuito de enriquecer esta pesquisa bibliográfica, fez-se uso, ainda, de relatos da experiência no estágio curricular mencionado (falas de pacientes, de seus familiares e impressões dos estagiários), através dos quais serão apresentados fragmentos com o objetivo de exemplificar as análises apresentadas. Como referencial teórico, foram eleitos autores que discutem sobre a importância do brincar para a criança, a partir da ótica da Psicanálise.

Nessa construção, o estudo foi estruturado, buscando-se um percurso com contribuições acerca do tema e discussões que conduzissem ao objetivo. A organização está

delineada da seguinte forma: **Introdução**, que apresenta a justificativa, os objetivos e a metodologia; Em seguida, “**Concepções sobre a criança e a infância**”, que propõe discorrer sobre algumas concepções de criança e infância, trazendo a etimologia desses conceitos, um breve resgate histórico da infância e alguns aspectos sociais vivenciados no contexto contemporâneo; “**A criança hospitalizada**”, que versa sobre a criança inserida no âmbito hospitalar, as relações estabelecidas nesse contexto e algumas implicações do seu adoecer e consequente hospitalização; “**Considerações sobre o lugar do brincar no hospital**”, onde há a descrição sobre jogos, brinquedos e brincadeiras, e um breve resgate histórico, sobre o brincar e o brincar, trazendo-se contribuições de autores cujas concepções sobre o brincar foram significativas para se pensar a relevância dessa atividade para a criança, neste capítulo, também são evidenciadas colaborações de estudos acerca do lugar do brincar no hospital, enfocando-se o brincar enquanto instrumento de intervenção psicológica com crianças hospitalizadas. Na sequência são realizadas as **Considerações Finais** sobre o estudo; e por fim, têm-se as **Referências** utilizadas durante a construção do presente trabalho.

Diante do exposto, compreende-se que não existe a possibilidade de se desvincular o físico do psíquico, nem tampouco se pode negligenciar este aspecto, especialmente em um ambiente que se destina ao cuidado com a saúde. Abordar essa temática consiste em entender que, no desenrolar deste trabalho, há contribuições teóricas e práticas no que tange ao tratamento da criança hospitalizada, visando um atendimento de forma integral, onde o foco não seja a doença, mas o sujeito que está em situação de adoecimento. Sujeito este que é singular, que tem suas próprias questões e, portanto, necessita de um espaço onde possa expressá-las.

2 CONCEPÇÕES SOBRE CRIANÇA E INFÂNCIA.

Neste capítulo serão abordados, inicialmente, os conceitos de criança e infância, considerando-se a sua etimologia, bem como definições apresentadas por órgãos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em seguida, discorrerá, brevemente, acerca da concepção de infância, tendo em vista aspectos histórico-culturais, com destaque para as contribuições do historiador francês, Philippe Ariès. Será feita, ainda, uma discussão sobre a influência da educação na transformação do convívio social entre crianças e adultos. E por fim, alguns aspectos que envolvem a infância na contemporaneidade serão destacados.

2.1 Criança e infância.

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 20 de novembro de 1989, ratificada pelo Brasil em 21 de setembro de 1990 e entrando em vigor no dia 23 de outubro do mesmo ano, “criança é todo o ser humano com menos de dezoito anos, salvo nos casos em que a lei nacional lhe confira a maioridade mais cedo” (BRASIL, 1990).

Para efeito do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, “considera-se criança a pessoa até 12 anos incompletos [...]” (BRASIL, 1990, p. 1). Ressalta-se que o cuidado e a proteção à infância passaram a ser assegurados, oficialmente, pelo poder público, em seu sentido integral, com o advento do referido estatuto que, de acordo com Marchi (2013), situou o Brasil como o país que detém uma das legislações mais avançadas do mundo em relação à infância, bem como a garantia de seus direitos.

Entretanto, apesar de sua grande importância, compreende-se que, para além de uma convenção que o elege, e deste que delimita uma idade para abranger uma fase da vida, conferindo-lhe direitos, as representações de infância - a criança - só existe se encontrar um lugar no discurso do adulto que a signifique, legitime-a, dando possibilidade à mesma de se apropriar desse lugar e existir.

Segundo Vorcaro (1997), a construção da etimologia do conceito de criança, envolve várias asserções, dentre as quais destaca que

[...] O termo conota nas línguas latinas, muito mais do que uma referência orgânica a um suposto estágio de aquisição da linguagem, mas localiza a condição de submissão jurídica: Uma condição de falante que não tem legitimidade, sem estatuto de reconhecimento social. (VORCARO, 1997, p. 22-23).

Sendo assim, e diante da dificuldade assinalada pela autora em se buscar as bases etimológicas do termo criança, percebe-se o reflexo que se estabelece, como algo que foi firmado sob certo impasse, uma relutância em se lançar o olhar para o infantil, de reconhecê-lo por aquilo que é e, assim, a criança é nomeada mais precisamente pelo que não é.

Lajolo (2011) considera que a infância se configura sempre em um terceiro, com relação aos que a nomeiam e estudam. Para o autor, a origem da palavra infantil está ligada à ausência da fala, ou seja, àquele que não tem capacidade de falar.

Esta noção de infância como qualidade e estado do infante, isto é, daquele que não fala, constrói-se a partir dos prefixos e radicais linguísticos que compõe a palavra in = prefixo que indica negação e fante = particípio presente do verbo latino fari, que significa falar, dizer (LAJOLO, 2011, p. 229).

O autor conclui que a infância é sempre definida de fora, por não ocupar um “lugar de sujeito do discurso”, por não falar, mesmo em questões que dela se ocupam. Assim, o olhar para infância, o falar sobre a infância, construiu-se, e vai se modificando, de acordo com a visão do adulto. Ainda segundo Lajolo (2011), registros antigos indicam que a criança e a infância foram concebidas de diversas formas e, por consequência, tratadas de maneiras distintas em diferentes lugares e épocas da história da humanidade. Percebe-se assim, que a noção de infância vem sendo construída de forma não homogênea, sem apresentar uma linearidade, o que também pode se configurar em um reflexo da dificuldade de se lançar o olhar para o infantil.

Platão (2010, p. 302) se refere à criança como um ser inferior ao adulto, como uma espécie de “criatura selvagem intratável”. Segundo o filósofo, “[...] entre todas as criaturas selvagens a criança é a mais intratável; pelo próprio fato dessa fonte de razão que nela existe ainda ser indisciplinada”. Kohan (2003) ressalta que esse filósofo atribui às crianças basicamente dois termos,

“[...] “país e néos. País remete a uma raiz indo-européia que toma a forma pa/po em grego e pa/pu em latim (a palavra latina equivalente a país é puer), cujo significado básico é “alimentar” ou “alimentar-se”. Enquanto néos, caracteriza “[...] “jovem”, “recente”, “que causa uma mudança”, “novo”” (KOHAN, 2003, p. 14).

Na perspectiva de Rousseau (1995), a era concebida em si mesma, ponderando as manifestações inerentes a esta fase da vida, especialmente sua capacidade de imaginar e criar conforme a idade, estado da vida, o tipo de amadurecimento individual, eleva a infância a uma parte agradável do desenvolvimento, no qual se expressa espontaneamente atitudes,

felicidade e inocência. Para este filósofo iluminista, a infância, assim como as demais fases da vida, possui características próprias, que devem ser entendidas e respeitadas para que haja um desenvolvimento adequado da inteligência.

Corroborando com esse pensamento, Heywood (2004, p. 10) menciona que “[...] somente em épocas comparativamente recentes veio a surgir um sentimento de que as crianças são especiais e diferentes e, portanto, dignas de ser estudadas por si sós [...]”. Esclarece que, embora sejam usados como sinônimos, os termos criança e infância são termos distintos com significados diferentes, sendo a criança um sujeito biológico, sócio-histórico e cultural, enquanto a infância se configura como a primeira etapa do ciclo da vida pela qual esse sujeito está passando.

Andrade (2016) assinala que tentar definir a infância e a criança do ponto de vista de um único referencial, consiste em um erro, uma vez que, por exemplo, o olhar do religioso se diferencia do olhar do judiciário, que não apresenta a mesma visão da medicina e assim por diante. Ao se falar de infância, não raramente, depara-se com concepções generalistas, que desconsideram aspectos que influenciam a conceituação dessa fase da vida, como o contexto e as relações sociais em seus aspectos econômicos, culturais e históricos. Não obstante, podem-se perceber diferentes infâncias coexistindo em um mesmo tempo e lugar.

2.2 Breve resgate histórico da infância.

Cada período histórico traz consigo uma herança cultural deixada pelos períodos que o antecederam. Dessa forma, a busca através de registros históricos possibilita uma noção das influências que a contemporaneidade herdou de épocas anteriores. É o que se apreende com a concepção de infância, que não existiu desde sempre, mas, é resultado de uma construção social que foi ocorrendo gradativamente.

Houve um período em que a criança não existia do ponto de vista histórico e cultural. Essa construção vem se dando a partir dos aspectos socioculturais de cada época e sociedade, visto que tais aspectos estão relacionados diretamente com a visão que o homem tem de si e do mundo, pois, pode-se salientar que a infância representa a ordenação de um sentimento e a expressão do diálogo entre o homem e o mundo.

Sendo assim, a concepção de infância vem tomando novos contornos ao longo do tempo, porém, incapaz de desprezar, totalmente, a herança deixada pelos períodos que o

antecederam, quer assimilando suas ideias e costumes ou lutando pela mudança dos ideais entendidos como ultrapassados ou equivocados.

Nesse percurso, com base em estudos, compreende-se que a ideia de infância, como supracitado, vem sendo construída em conformidade com a concepção do adulto, a partir do instante em que este a significou, ao dar-lhe um lugar, viabilizando, portanto, sua existência.

Ariès (1981) foi pioneiro em pesquisas teóricas no que concerne à história da infância, trazendo importantes contribuições com relação ao conhecimento acerca desse período da vida do ser humano. O autor chegou à conclusão de que a concepção de infância nem sempre foi tal qual é hoje, equivalendo a um fenômeno de caráter não natural, um processo que ocorreu de forma lenta e que passou por várias conotações a partir do olhar do homem, de acordo com cada período histórico e contexto social. Conforme o referido autor, até por volta do século XII, havia um total desconhecimento sobre a infância, uma ausência do que ele nomeou de “sentimento da infância”, assinalando que

[...] O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia (ARIÈS, 1981, p. 99).

O autor buscou evidências desse sentimento através da iconografia da sociedade europeia da época e percebeu estarem ausentes representações que envolvessem a infância, ou dissessem algo sobre a mesma. Assim, constatou que, até por volta do século XII, a arte desconhecia a infância, ou não tentava representá-la, e, quando em seus trabalhos os artistas começaram a expressar figuras de crianças, faziam sob uma deformação que, acredita-se não ter ocorrido devido a uma má habilidade do artista, mas, que retratava a maneira como as crianças eram vistas na época, como ‘adultos em miniatura’.

Tal deformação “representava” crianças como sendo pequenos adultos, com músculos e formas bem desenvolvidas, como ilustra o quadro de São Nicolau na figura seguinte.

Figura 01. Quadro de São Nicolau e a representação das crianças.



Fonte: SOUZA (2015, p. 16).

Para Ariès (1981), essa recusa em expressar as formas infantis na arte é encontrada na maioria das civilizações arcaicas e uma característica do romantismo. “No mundo das fórmulas românticas, e até o fim do século XIII, não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido” (ARIÈS, 1981, p. 18).

Ariès (1981) coloca, ainda, que a iconografia leiga da infância se destacou por volta dos séculos XV e XVI. Todavia, o autor sublinha que as crianças nunca eram representadas sozinhas, sendo ilustradas sempre entre os adultos no meio da multidão, ou em cenas cotidianas. Nessas representações, o autor afirma que era possível perceber que as crianças compartilhavam dos mesmos ambientes que os adultos, fossem de jogos, trabalhos, dia a dia, e mesmo de diversão e orgia, sinalizando, dessa maneira, a ausência de um espaço para o infantil, uma completa inexistência do sentimento de infância.

Figura 02: Cena do cotidiano camponês e a relação dos adultos com as crianças.



Fonte: BURKER (2016, p. 204).

Weinmann (2008, p. 25) ressalta que “Ariès atribui essa liberdade da língua, gestos e contatos à crença de que a criança impúbere não se afeta pelas manifestações da sexualidade”, pensamento introduzido pelo romantismo com o intuito de desmistificar a crença dominante de que a criança já nascia do pecado.

Mota e Silva (2011) ressaltam a importância das contribuições do trabalho de Ariès, para análise histórica do sentimento de infância e afirmam que tal análise: “[...] ainda é indispensável para a confirmação do pensamento, de que não se trata apenas de transformações biológicas e naturais, mas de categorizações sociais, sujeitas às transformações que ocorrem na sociedade” (MOTA; SILVA, 2011, p. 38).

De acordo com Postman (1999, p. 50), pouco se sabe sobre a infância na antiguidade, ressaltando que “[...] não havia necessidade da ideia de infância, porque todos compartilhavam o mesmo ambiente informal e, portanto, viviam no mesmo mundo social e intelectual”.

Esse compartilhamento de informações, ainda segundo o autor, impedia que houvesse diferenciações de grupos e faixas etárias, pois, as informações eram passadas e repassadas apenas através da oralidade, não havendo possibilidade de serem selecionadas, estando, notadamente, ausentes os conceitos de “vergonha” e “moral”, de acordo como são entendidos na contemporaneidade.

Assim, logo que a criança completava sete anos de idade, período em que, normalmente, começava a dominar a língua, e que, em alguns casos, ocorria a partir dos quatro anos, já era inserida nesse grupo social, no “mundo dos adultos”.

Para Kramer e Leite (2006), somente no século XVIII a infância começou a ser vista de maneira particular, tendo suas características respeitadas. Esses autores afirmam que, historicamente, a noção e a conceituação de infância surgiram com a evolução das sociedades e das estruturas econômicas vigentes. Ou seja, anteriormente a esse período, a criança não tinha lugar na sociedade, era um ser biológico, mas não social.

Com relação aos trajes infantis no século XIII, pode-se dizer também que refletiam a ausência de uma particularidade ao infantil e, logo que a criança parava de usar ‘cueiros’, já era vestida como adultos, conforme o seu nível socioeconômico. Apenas no século XVII que a criança passou a ser representada com vestimentas de maneira reservada a elas (ARIÈS, 1981).

Figura 03 – Os trajes das crianças: dos cueiros ao traje adulto.



Fonte: SOARES (2013, p. 01).

Figura 04 – Traje das crianças da França e Alemanha no início do século XVI.



Fonte: BEATRIZ (2012, p. 03).

Ariès (1981, p. 18) relata que “[...] a infância era um período de transição logo ultrapassado, cuja lembrança também era logo perdida”. Nas famílias medievais, assim que a criança adquiria certa independência com relação aos cuidados de um adulto, para garantir sua sobrevivência, ela era entregue a outra família, onde permanecia até por volta dos 18 anos, para que aprendesse um ofício, bem como realizar tarefas domésticas.

Prática que, de acordo com o referido autor, não estimulava a consolidação de um vínculo afetivo mais forte entre os pais biológicos e a criança. Além disso, as elevadas taxas de natalidade e mortalidade também contribuíam para ‘alimentar’ a cultura da não valorização à criança naquela época, pois, substituir um filho por outro era algo comum entre as famílias na antiguidade.

A precariedade era característica básica das condições gerais de higiene e saúde em toda a Europa na Idade Média, especialmente até o século XII, o que culminou num elevadíssimo índice de mortalidade infantil. A passividade e a naturalidade com que a morte das crianças era encarada pela sociedade neste período eram reflexos dessa escassez de cuidados básicos, quer de saúde, higiene, ou mesmo de atenção, pois, como a infância se configurava em algo sem importância, até mesmo a lembrança de uma criança morta não se fazia digna, devendo cair no esquecimento.

O alto índice demográfico também se configurava como um fator determinante para esse descaso. “Não se pensava como normalmente acreditamos hoje, que a criança já contivesse a personalidade de um homem. Elas morriam em grande número [...] essa

indiferença era consequência direta e inevitável da demografia da época” (ARIÈS, 1981, p. 22). Nesse sentido, o autor chama atenção para o infanticídio, que se configurou em uma prática recorrente até o fim do século XVII denominado de “infanticídio tolerado”, pois, apesar de se qualificar em um crime severamente punido, “[...] era praticado em segredo, correntemente, talvez camuflado, sob a forma de um acidente, ou seja, as crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las” (ARIÈS, 1981, p. 15). Embora a Igreja e o Estado se declarassem terminantemente contra a essa prática, não empreendiam esforços para coibi-la, e o infanticídio, segundo estudos, vigorou até o final do século XVII, porém, como supracitado, sempre ocorrendo sob sigilo e de forma dissimulada.

A sociedade, e mesmo a família, tratavam as crianças com certo descaso, não dispensando a estas os cuidados essenciais, sobretudo àquelas com idade inferior a dois anos, visto que, “pobre animal suspirante” (HEYWOOD, 2004, p. 87) tinha alta probabilidade de morrer, portanto, não havia porque dedicar muito esforço e tempo lhe dando atenção.

Devido ao grande abandono de crianças e a crescente taxa de infanticídio, passou-se a existir, nos países europeus, na idade média, a “roda dos expostos”, com o intuito de salvar da morte crianças abandonadas que, muitas das vezes, eram deixadas na rua “à própria sorte”. De acordo com Marcílio (2011, p. 56), a roda de expostos se originou na Itália, “elas surgiram particularmente com a aparição das confrarias de caridade no século XII, que se constituíram num espírito de sociedades de socorros mútuos para a realização das obras de misericórdia”.

Este nome, ‘roda dos expostos’, provém dos dispositivos, cilindros rotatórios, onde eram postos os bebês abandonados. O dispositivo era fixado no muro ou janela da instituição. Colocava-se a criança, girava-se o cilindro e assim, a criança já ficava do outro lado do muro. Tocava-se a sineta para que alguém que estivesse de plantão (vigilante ou rodeira) pudesse pegar a criança e, dessa forma, quem estava do lado de dentro, não poderia ver quem deixava o bebê naquele lugar, ficando assim sua identidade em sigilo.

Leite (2011) faz uma crítica a essas instituições que, de certa forma, funcionavam, mais efetivamente como proteção à identidade da pessoa que abandonava a criança, do que propriamente como proteção ao pequeno. O autor compreende que o estudo dessas instituições ainda apresenta um “quadro controvertido” e ressalta também que a criação da “roda dos expostos” trouxe apenas uma transformação no quadro da mortalidade infantil, já que, segundo ele, apenas passou a ser registrada e verificável.

Entretanto, apesar dos altos índices de crianças mortas e abandonadas, havia um grande incentivo para o nascimento de novos bebês. O natural era que os casais tivessem muitos filhos para que aumentassem as chances de, pelo menos, dois ou três chegassem a uma idade em que pudessem se ‘misturar’ aos adultos e ter capacidade de agir de forma semelhante aos mesmos, aprendendo um ofício, embora, permanecendo sem identidade, até então.

Todavia, Ariès (2006) lembra que, por volta do século XV, surgiu no seio das famílias um sentimento com relação às crianças, o qual ele denominou de “paparicação” e que começou a despontar quando o adulto passou a perceber na criança atributos como graça e ingenuidade. Logo, a presença da criança passou a se configurar como uma fonte de distração e divertimento para a família.

Contudo, um sentimento superficial da criança - a que chamei "paparicação" era reservado à criancinha em seus primeiros anos de vida, enquanto ela ainda era uma coisinha engraçadinha. As pessoas se divertiam com a criança pequena como com um animalzinho, um macaquinho impudico. Se ela morresse então, como muitas vezes acontecia, alguns podiam ficar desolados, mas a regra geral era não fazer muito caso, pois uma outra criança logo a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato. Quando ela conseguia superar os primeiros perigos e sobreviver ao tempo da "paparicação", era comum que passasse a viver em outra casa que não a de sua família (ARIÈS, 2006, p.10).

Ainda com relação à vivência desse sentimento de “paparicação”, Ariès (2006) menciona que, mesmo sendo reservado às crianças muito pequenas, aquele dificilmente ocorria entre ela e sua família, uma vez que o contato da criança com a família biológica não se estendia por muito tempo, como já citado. O autor conclui que tal sentimento já devesse existir desde sempre entre as mães e as amas, contudo, não eram expressos.

O autor destaca também outro sentimento com relação à infância que surgiu a partir do século XVII como substituto do sentimento de “paparicação”. Contrário a este, o chamado sentimento de “moralização”, além de pautado nos ideais moralistas, era responsável por influenciar grandes mudanças no interior das famílias.

Ao se referir a esses sentimentos, o autor sublinha que o sentimento de “paparicação” surgiu do próprio ambiente familiar, da convivência com a criança, ao passo que o sentimento de moralização correspondeu a uma influência exercida de fora do âmbito familiar, mas que afetava a família, provindo “[...] dos eclesiásticos ou dos homens da lei, raros até o século XVI, e de um maior número de moralistas no século XVII, preocupados com a disciplina e a racionalidade dos costumes” (ARIÈS, 1981, p. 163).

Seja fonte de distração e divertimento, ou como um adulto em miniatura, as crianças passaram a ser consideradas também como imperfeitas, como seres em formação que precisavam ser moldados, direcionando o foco para a disciplina e a racionalidade, tornando a educação necessária, como veremos em seguida.

2.3 A educação como agente de transformação social para a criança.

Postman (1999) compreende que a ideia de infância passou a existir no século XV com a criação da tipografia. Esta possibilitou que as informações fossem repassadas não apenas através da oralidade, criando-se, assim, um novo mundo simbólico, o qual excluía as crianças, uma vez que limitava a circulação de certos tipos de informações através da disseminação da palavra escrita.

Deste modo, com a criação da imprensa, a nova cultura deu à infância um status baseado na ideia de incompetência de leitura. Como consequência, a criança passou a ser separada da vivência indiscriminada com o adulto até que fosse moldada aos parâmetros que essa nova cultura letrada exigia. À criança foi destinado um ambiente de aprendizagem, no caso a escola, que substituiu o ensino informal e empírico recebido em casa.

É nesse contexto que surge a escola, serva da tipografia, incumbida de tornar-se o meio responsável pela transição entre a infância e a vida adulta. Juntamente com a tipografia, nascem os segredos, os assuntos de adulto, e, por consequência, a dicotomia entre os dois mundos (CASARIM, 2012, p. 10).

Dessa maneira, a escola, além de um espaço para ensino e aprendizagem, tornou-se um espaço de proteção, já que mantinha as crianças afastadas do convívio indiscriminado com os adultos, e livres de conteúdos entendidos como impróprios para sua idade.

A escola seria o lugar no qual, adotando como exemplos de seus métodos o castigo corporal e a humilhação, as crianças aprendiam a ser adultos “racionais e honrados”, por meio de uma disciplina rígida (ARIÈS, 1981).

Conforme Ariès (2006), o olhar para a criança, enquanto alguém que precisava ser educado, adveio com o sentimento que ele chamou de “moralização”, como já mencionado. A partir desse sentimento para com a infância, a disciplina e a racionalidade passaram a ser o foco da sociedade, tornando-se necessárias para a educação, ou seja, para que a criança pudesse vir a se transformar em um “adulto honrado”. Sendo assim, corrigi-la passou a ser compreendida como uma atitude fundamental. O mesmo autor lembra que esse sentimento

[...] inspirou toda a educação até o século XX, tanto na cidade como no campo, na burguesia como no povo. O apego à infância e à sua particularidade não se exprimia mais através da distração e da brincadeira, mas através do interesse psicológico e da preocupação moral. A criança não era nem divertida nem agradável (ARIÈS, 2006, p. 162).

Andrade (2010) ressalta que as influências desse pensamento determinaram a configuração de teorias pedagógicas, como a de John Locke, que concebe a criança como uma tábula rasa, que tem seu desenvolvimento e sua formação influenciados pelas primeiras experiências.

Portanto, além de ser incumbida da formação intelectual, a escola se tornou responsável também pela formação moral e social das crianças e, nesse sentido, um importante aliado das famílias, apontando outra forma de relacionamento entre adultos e crianças. Os pais passaram a acompanhar seus filhos mais de perto, começaram a se interessar pelos seus afazeres, acompanhando sua evolução nos estudos, não os deixando mais sob os cuidados de outras famílias. A criança começou a ser parte importante do núcleo familiar, passando a ser considerada como um ser único, insubstituível e, portanto, perdê-la passou a ser algo doloroso.

Mediante essa nova percepção da infância, como algo frágil, dependente e incapaz, social e juridicamente, a criança passou a ter maior espaço no seio da família, sendo objeto de proteção e repressão dos adultos.

Todavia, no século XIX, a disciplina escolar começou a perder sua rigidez e um novo sentimento de infância começou a surgir a partir de um novo olhar que não mais enfatizava a fraqueza da criança, nem via com tanta veemência a necessidade de sua constante humilhação.

Com isso, pode-se perceber que os traços desse modelo de formação ainda exercem influência sobre os dias atuais, haja vista que vivemos em uma sociedade coercitiva, punitiva e que tem olhos voltados, especialmente para o mau comportamento, deixando de reforçar e, assim, estimular as boas ações.

De acordo com essa perspectiva, a educação demarcou o conceito de infância, visto que a aprendizagem e a leitura eram imprescindíveis à passagem da infância para a fase adulta. Por conseguinte, através da educação, a criança passou a ter um lugar na sociedade que a colocava como diferente do adulto, passando a ser vista como um ser possuidor de necessidades especiais. Com isso, compreende-se que a educação se configura como um divisor e, ao mesmo tempo, um elo entre esses dois mundos: do ser adulto e do ser criança.

É importante recorrer a Leite (2011), quando alerta para o fato de que, na Idade Média, o privilégio de frequentar uma escola, a oportunidade de estudar, aprender, bem como sentir a infância, contemplava apenas uma minoria das crianças da época, os filhos da aristocracia e da burguesia. As crianças camponesas, todavia, permaneceram misturadas ao mundo adulto por um longo período de tempo, já que não faziam parte das pesquisas e estudos da época, e não lhes era dada importância e destaque, demonstrando a insignificância das crianças de famílias pobres.

Torna-se interessante citar Rousseau (1995), considerado um pedagogo pioneiro por sua contribuição perante a transformação da imagem da criança. Na sua concepção, a criança deveria ser amparada por uma educação infantil onde tivesse mais liberdade para pensar e exercer sua criatividade. Este autor colaborou também para a transformação da função do Estado, trazida pela Revolução Francesa, e que passou a ter responsabilidade e interesse no bem-estar e na educação das crianças.

“Nascemos fracos, precisamos de força; nascemos desprovidos de tudo, temos necessidade de assistência, somos estúpidos, precisamos de juízo. Tudo o que não temos ao nascer, e de que precisamos adultos, é nos dado pela educação” (ROUSSEAU, 1995, p. 10).

Apesar de considerar as crianças como seres inferiores, o que já foi mencionado, Platão (2010) compartilhava a ideia de que elas fossem seres em potencial, cuja educação seria capaz de ensinar-lhes virtudes e conduzir-lhes a uma vida adulta prudente. Kohan (2003, p. 18) aponta que “É fundamental, diz-nos Platão, que nos ocupemos das crianças e de sua educação, não tanto pelo que os pequenos são, mas pelo que deles virá, pelo que se gerará em um tempo posterior”.

Para Platão (2010), a educação oferecida às crianças seria uma forma de proteger as leis e, conseqüentemente, a polis. Homens virtuosos construiriam uma cidade virtuosa. Nessa perspectiva, de acordo com o filósofo, para que o homem alcance a eficiência em qualquer atividade, é necessário se dedicar a ela, especialmente, desde a infância, utilizando de todos os recursos possíveis.

Platão (2010) aponta o brincar como o modo principal de se desenvolver e conhecer a aptidão do adulto quando ainda criança, afirmando que

[...] Por exemplo, o homem que pretende ser um bom construtor, necessita (quando menino) entreter-se brincando de construir casas, bem como aquele que deseja ser agricultor deverá (enquanto menino) brincar de lavar a terra. Caberá aos educadores dessas crianças supri-las com ferramentas de brinquedos moldadas segundo as reais.

Além disso, dever-se-á ministrar a essas crianças instrução básica em todas as matérias necessárias; sendo por exemplo: ensinado ao aprendiz de carpinteiro, sob a forma de brinquedo o manejo da régua e da trena, àquele que será um soldado, como montar e coisas pertinentes. E assim, por meio de seus brinquedos e jogos, nos esforçaríamos por dirigir os gostos e desejos das crianças, para a direção do objeto que constitui seu objetivo principal relativamente a idade adulta (PLATÃO, 2010, p. 91-92).

Nesse ponto de vista, observa-se o brincar inserido enquanto algo que está para além de uma diversão, capaz de atuar na formação do indivíduo, como via de reconhecimento das aptidões da criança. Os jogos e as brincadeiras assumiriam uma função essencial na primeira educação, inclusive social.

2.4 Breves considerações sobre a criança na contemporaneidade.

Bona (2010) realizou um estudo com o objetivo de analisar as representações sociais da criança na sociedade contemporânea a partir do pressuposto de que a cultura contemporânea, fortemente ancorada no uso de tecnologias, de maneira especial a digital, tem influenciado o olhar da sociedade para a criança, tendo as ações diárias desta, direta ou indiretamente, influenciadas por essa tecnologia.

Ainda tomando (BONA, 2010, p. 08) como referência, esta autora destaca que em relação à definição de criança, alguns aspectos parecem se perpetuar, dentre os quais o brincar, ir a escola e os bons sentimentos. Contudo, adverte que “surgem alguns elementos que apresentam a criança como conhecedora das tecnologias, possuidora de uma sabedoria natural que orienta seu envolvimento com as mesmas”.

Pode-se demarcar a partir do desenvolvimento do presente estudo, a diferença no olhar para a criança na contemporaneidade e o olhar para a criança na Idade Média. A criança na Idade Média era destituída de saber e até considerada como alguém que não se afetava por conteúdos “impróprios”. No entanto, a criança contemporânea parece ser concebida como detentora de um saber natural, especialmente por, muitas vezes, mostrar-se mais habilidosas no que se refere ao uso de novas tecnologias.

Postman (1999) aponta para um declínio que pode culminar no fim da infância. Em sua obra *“O Desaparecimento da Infância”* (1982), o autor faz uma análise, trazendo uma importante reflexão com relação ao avanço tecnológico e as informações sem controle que são repassadas pela mídia e chegam à criança, ‘igualmente’ como ao adulto. De acordo com esse autor, a infância foi marcada, enquanto grupo social, pela segregação desta em relação ao mundo adulto e seus segredos, com esse acesso indiscriminado ao mundo

eletrônico, onde as imagens falam e a escrita se apresenta em declínio. A infância se torna cada vez menos perceptível e as crianças tendem voltar a se comportar como adultos em miniaturas.

Com relação a isso,

[...] a televisão destrói a linha divisória entre a infância e idade adulta de três maneiras, todas relacionadas a sua acessibilidade indiferenciada: primeiro, porque não requer treinamento para apreender sua forma; segundo porque não faz exigências complexas nem à mente nem ao comportamento; e terceiro porque não segrega seu público (POSTMAN, 1999, p. 94).

Entende-se, em meio à dinâmica familiar contemporânea, um paradoxo: de um lado as crianças parecem estar mais próximas dos pais, ou dos adultos em geral, por terem acesso mais cedo às ideias do mundo adulto e por se mostrarem mais habilidosas com as novas tecnologias, como já colocado.

Em contrapartida a essa aproximação, ocorre um processo de distanciamento nas relações entre pais e filhos, proporcionado pelo uso indiscriminado dos meios de comunicação. Nessa acepção, Benjamin (2002) chama atenção para o fato de que os novos modelos de brinquedos também vêm influenciando esse novo arranjo familiar, como veremos mais adiante.

De acordo com Fiaux e Clen (2008), a lógica da família contemporânea tem como referência o discurso capitalista, uma cultura onde a economia é quem rege os papéis sociais. Sendo assim, o consumismo é o imperativo, onde o sujeito vive uma busca desenfreada por uma suposta completude, mantendo com objetos de consumo uma relação não apenas de consumidor, mas também de ser consumido.

As autoras chegam a afirmar que a família, na atualidade, vive, de certa forma, um retrocesso com relação aos cuidados com os filhos que, frequentemente, estão sendo delegados, até certo ponto, a terceiros, como ocorria no período da idade média.

Aliás, nos dias atuais, essa configuração acarreta em outros desdobramentos, onde a crescente dificuldade em ter que deixar os filhos sob os cuidados de outras pessoas, como também alguns fatores que em nossa cultura leva a uma constante busca por uma “perfeição”, uma suposta completude, como supracitado, vem modificando valores, e os objetos de consumo estão, em muitos contextos familiares, exercendo a função de preencher nos filhos a falta dos pais. O que as autoras assinalam como um prejuízo para os laços sociais e para a subjetividade da criança.

Contudo, apesar do discurso do ‘diálogo aberto’ ser frequentemente defendido na atualidade, ainda se percebe a permanência de grandes dificuldades em se escutar e falar com a criança e desta poder se expressar de forma livre.

Com relação a aspectos que envolvem a comunicação com a criança, Nascimento, Brancher e Oliveira (2008) concordam que ver e ouvir a criança, levando em consideração o seu poder de imaginação, são atitudes fundamentais em qualquer estudo sobre a infância.

Esse olhar e esse ouvir ficam ainda mais pertinentes quando leva em consideração o princípio de toda e qualquer infância: o princípio de transposição imaginária, do real, comum a todas as gerações, constituindo-se em capacidade estritamente humana. É preciso levar em consideração uma concepção modificada da mente infantil (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA 2008, p. 16).

Essa proposição dos autores remete à questão da importância do uso do brincar como instrumento na comunicação com as crianças, assunto que será abordado posteriormente. Entende-se, então, que seja primordial para a criança usufruir de um ambiente onde tenha sua singularidade respeitada, com direito a ser escutada através da sua fala e dos recursos que possa dispor. Para isso, é imprescindível que possua um lugar na família, na escola, nos demais grupos sociais, que tenha espaço para expor seus sentimentos, suas angústias, seus medos, sonhos e esperanças.

3 A CRIANÇA HOSPITALIZADA.

A construção desse capítulo busca fazer uma breve descrição do contexto hospitalar, bem como de algumas questões que permeiam a situação da criança hospitalizada, sua família e a equipe de saúde, com ênfase no trabalho da Psicologia, em meio ao contexto hospitalar.

3.1 A instituição hospitalar.

Apesar das transformações históricas e estruturais, pelas quais passara a instituição hospitalar, esta ainda se configura como um aglomerado de doenças, além de um espaço permeado e legitimador da morte. No que tange à hospitalização infantil, a literatura clássica aponta efeitos nocivos tanto para o desenvolvimento, quanto para as relações afetivas de crianças submetidas a longos períodos de hospitalização (SPITZ; BOWLBY apud ROMANO, 1999).

Freitas (2008) ressalta que, mesmo com todas as transformações tecnológicas, o surgimento das especialidades médicas e o conhecimento sobre as doenças, observa-se que, no que se refere aos aspectos que dizem respeito à relação com o paciente, no contexto hospitalar, ainda prevalece a dificuldade em escutá-lo, especialmente quando esse paciente é criança. Neste sentido, é interessante citar Ferreira (2000) quando diz que

[...] Para a instituição o paciente tem que ser passivo, dependente de normas e regras pré estabelecidas e que não se questiona. Quando isso comparece sinaliza uma indicação: o choro é depressão; perguntar sobre os procedimentos é não ter adesão ao tratamento; reagir a uma intervenção dolorosa é ser agressivo. Essas outras situações deixam bem claro o não poder falar daquilo que o inquieta, que o incomoda (FERREIRA, 2000, p. 44).

Percebe-se com isso, a existência de um cuidar mecanizado, onde o sujeito, em sua complexidade e singularidade é desconsiderado. Infere-se que a dinâmica do hospital traz em si um movimento onde o saber médico prevalece e, ao paciente, resta se comportar de maneira submissa às regras que lhes são impostas, e ainda demonstrar gratidão pelos cuidados recebidos, vivenciando, assim, um processo de despersonalização e falta de autonomia.

Em se tratando da criança hospitalizada, é importante que ela seja escutada, que exista enquanto alguém que necessita de cuidados especiais, não sendo reduzida a um órgão doente ou a um número de prontuário e que não tenha o foco de seu tratamento direcionado

para a doença, mas seja ela, enquanto sujeito que se encontra em estado de adoecimento, representando mais que um corpo com um aparato biológico precisando ser considerado em sua singularidade.

Segundo Santa Roza (1997), na perspectiva do contexto institucional hospitalar, o humano é desconsiderado, assim como os sentimentos que as estimulações físicas e as intervenções violentas possam desencadear. Com relação à criança, a referida autora aponta que tal contexto submete esta a uma sucessão de perdas, como o convívio familiar, os seus objetos pessoais e tudo o que fazia parte de sua vida cotidiana. A partir disso, a criança assiste suas atividades naturais de infância serem substituídas pela passividade imposta pelo ambiente hospitalar e seus ‘agentes’, que privilegiam o discurso “clínico-laboratorial”, o que pode trazer consequências adversas para o seu desenvolvimento.

Sendo assim,

Para a criança, a atmosfera hospitalar é, além de tensa, ao mesmo tempo hipo e hiperestimulante. Faltam estímulos adequados ao período da infância e necessários à continuidade do desenvolvimento psíquico e sensorio-motor; excedem os estímulos gerados pela necessidade da intervenção médica [...] Muitas vezes solicita-se à criança que não reaja, que não chore, que seja "boazinha", que se entregue àquilo que, distante de uma compreensão possível, lhe é estranho e ameaçador. Podemos considerar como violentas as tentativas de normatização e dessubjetivação, justamente no contexto que se pretende terapêutico. Sob a perspectiva do fazer médico, o corpo é sistematicamente violentado, controlado e codificado. O relacionamento da equipe com a criança e seus acompanhantes, e mesmo intra-equipe, é fiel a este modelo: burocrático-científico, nunca pessoal (SANTA ROZA, 1997, p. 166-167).

A autora questiona o que seria eficácia para a medicina e se os modelos atuais da prática da pediatria hospitalar poderiam ser considerados eficazes, uma vez que a concepção de saúde abrange o bem-estar biopsicossocial que, por definição, envolve os aspectos físicos, psicológicos e ambientais da condição humana.

Também alerta para o fato de que, caso seja lançado um olhar mais atento sobre o paciente internado, poderão se delinear uma série de fenômenos e efeitos colaterais surgidos durante o tratamento hospitalar. Sintomas da esfera mental, que são atribuídos a problemas orgânicos como a anorexia, os vômitos, a insônia, não fazendo parte da análise e da prescrição terapêutica da moderna pediatria.

A partir disso, a autora é enfática ao afirmar que a pediatria hospitalar não funciona como agente produtor de uma atmosfera curativa, tendo em vista os efeitos danosos que gera. “Este modelo é calcado na visão do corpo como uma máquina com defeitos a serem

corrigidos. [...] Trata-se de um modelo pontual, restrito a uma mecânica simplista e, portanto, precário” (SANTA ROZA 1997, p. 163).

Tal modelo, mesmo que promova a cura para o corpo, não pode ser considerado eficaz, haja vista os efeitos que podem ser suscitados dessa cura advinda de estimulações e intervenções que ignoram as dimensões do ser humano.

No contexto hospitalar também podem ser delineadas situações em que o saber puramente médico é questionado, apontando para a existência de outros saberes, dos aspectos subjetivos que envolvem o adoecer e que não podem ser desconsiderados, desvinculados do físico, pois, para além do conhecimento sobre as doenças, está o ser que adoece, o singular, o sujeito, que não pode ser ignorado.

Não se deve desmerecer o saber do especialista, este é extremamente importante, mas há algo que está para além dele. “É preciso também considerar que os efeitos produzidos pelas marcas traumáticas, não se restringem à esfera mental, podendo alterar aspectos da própria organização biológica” (SANTA ROZA, 1997, p. 171). Sendo assim, físico e psíquico se relacionam.

Com relação às situações mencionadas, pode ser citado como exemplo, o fragmento de um caso clínico, cuja paciente será denominada de Mariana¹, uma menina de 04 anos de idade, que estava hospitalizada em uma das enfermarias do hospital materno infantil, devido a uma leucemia. A criança vivia uma rotina no hospital bem peculiar, tinha como acompanhantes o pai e a mãe que ficavam em tempo integral com ela e, por vezes, também, o seu irmão passava alguns dias, pois a família não residia em São Luís. O pai, devido ao tratamento de saúde da filha, que necessitava ser internada constantemente, abandonou o emprego. Eles moravam em uma cidade do interior do estado do Maranhão, localidade perante a qual afirmaram ser bastante precário o atendimento médico, não dispondo de especialista para acompanhamento clínico da filha. Em virtude disso, a mãe constantemente-relatava as situações aflitivas que a família passava em busca de tratamento para a filha e ressaltava que, sempre que o número de plaquetas de Mariana estava baixo, a criança passava por “crises” e precisava voltar a ser internada com urgência. Percebia-se que os resultados dos hemogramas, em alguns períodos realizados diariamente e, quando necessário, mais de uma vez por dia, eram esperados pelos pais e, de certa forma, pela criança, com muita expectativa.

¹ Nome fictício. Essa paciente foi atendida no estágio do curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, em clínica hospitalar, realizado na unidade hospitalar Materno Infantil.

Ao receber a notícia de alta hospitalar, a mãe se recusava a deixar o hospital sob a alegação de que sua filha ainda não tinha condições clínicas de ir para casa. Falava que: “Se, da outra vez, o número de plaquetas ‘tava’ maior e ela teve uma crise, ‘rapidim’, imagina agora?”. Justificava seu temor em voltar para casa, reafirmando que, na cidade em que residiam, os recursos eram muito escassos, não havendo a mínima possibilidade para tratamento de sua filha. Sempre que necessitava, tinha que ser encaminhada para São Luís, o que, segundo ela, era algo que além de gerar muito transtorno, causava-lhe temor pela vida de sua filha. Após algumas avaliações, a equipe médica que cuidava da menina decidiu manter a alta e Mariana retornou com seus pais para a sua cidade. Contudo, em poucas horas após chegar em casa, apresentou sinais consideráveis de um agravamento em seu quadro clínico e teve que retornar ao hospital, para ser hospitalizada novamente. Uma das primeiras frases da mãe ao chegar ao hospital foi: “Eu não disse? Foi só a gente chegar em casa que tivemos que voltar de novo”. A escuta dessa frase despertou entre os estagiários de Psicologia que estavam cientes do caso, reflexões sobre, o peso e a importância que a ‘palavra da mãe’ pode assumir para a criança.

Tomou-se conhecimento de que, na última internação de Mariana, após a família ser informada sobre a alta hospitalar, a pequena apresentou um quadro persistente de hipertermia² sem nenhuma explicação clínica plausível que fundamentasse tal situação. No entanto, esse sinal clínico foi analisado através de vários exames e reavaliações do seu estado de saúde e, mesmo assim, não se conseguiu chegar a uma conclusão que o justificasse.

Chama-se atenção para isso, de algo que a equipe médica, pautada no positivismo, vê-se incapaz de dar uma resposta. Porém, a partir desses questionamentos, pode-se ter acesso a um caminho cuja direção se volte também para outras questões que envolvem o adoecer, para a influência dos aspectos subjetivos do paciente e, por mais que não sejam percebidos, ou mesmo levados em consideração, em algum momento, o corpo dará sinal dessa influência.

Como no fragmento apresentado, algumas situações podem ser mencionadas, dentre as quais, apesar do paciente estar, notadamente, ansioso para sair do hospital e voltar às suas atividades rotineiras, quando se vê diante dessa possibilidade e é anunciada a notícia da alta hospitalar, começa a apresentar alguns sintomas ou sinais, como uma febre no caso Mariana, para os quais não se encontram qualquer explicação em seu quadro clínico.

Todavia, esse fato acaba mudando os planos da equipe, que se vê impelida a retardar a alta hospitalar do paciente. Como assinar a alta hospitalar de um paciente e ter que

² Elevada temperatura corpórea (febre).

suspendê-la ou adiá-la sem haver, para isto, uma explicação clínica plausível? Como estipular um período de tempo mínimo para o retorno de um paciente em tratamento e se este precisar voltar muito antes da data prevista? Ou até mesmo horas depois da alta hospitalar? Fatos estes muito recorrentes entre os pacientes com problemas crônicos de saúde. Vários são os casos que chamam atenção por esse caráter, de algo que a equipe médica chega a se questionar, vendo-se impossibilitada de dar uma resposta. Destarte, é imprescindível que ao se tratar de um ser humano, tenha-se o cuidado de considerá-lo como tal: possuidor de uma subjetividade, um humano que mesmo em busca de cura para o corpo, representa mais que isso.

Nesse sentido, julga-se interessante sublinhar a necessidade dos profissionais de saúde em atentarem para os aspectos sociais e psicológicos dos pacientes, buscando sua compreensão, para que possam, assim, estar atentos aos fatores psíquicos que interferem nos quadros clínicos, de maneira especial.

Faz-se pertinente destacar aqui uma pesquisa realizada por Monteiro (2007) acerca da percepção sobre doença e hospitalização entre crianças hospitalizadas na faixa etária entre sete e doze anos. A autora percebeu, na fala das crianças portadoras de doenças crônicas, a existência de uma familiaridade positiva com relação ao hospital, embora essas crianças convivessem no hospital com inúmeras situações e estimulações consideradas aversivas.

Monteiro (2007) observou que a maioria das crianças que participaram da pesquisa, reconheciam a instituição hospitalar como um ‘lugar bom’, onde pessoas se encontram em busca de algo a ser realizado. “[...] Tudo faz crer que suas internações anteriores não resultaram em experiências traumáticas, ao contrário teriam outra percepção do ambiente hospitalar [...]” (MONTEIRO, 2007, p. 74). Para essas crianças, o hospital se apresenta como um espaço no qual elas e seus pais podem trocar experiências com outras pessoas que enfrentam situações semelhantes e, além de perceberem que sentimentos como angústia, medo e impotência com relação à doença são vivenciados não apenas por elas, neste ambiente, elas têm a oportunidade de vivenciar uma troca de apoio mútuo, onde se evidenciam a solidariedade e a construção de novas amizades.

Percebeu, ainda, que as crianças que já conheciam o hospital e os profissionais, colocavam-se como responsáveis por mostrar o hospital e apresentar os profissionais, os pacientes novatos que chegavam, gerando “[...] um momento de acolhimento, de troca e espontaneidade [...]” (MONTEIRO, 2007, p. 74).

Igualmente relevante, diante dos achados da referida autora, consiste na forma subjetiva do vivenciar cada situação e a importância de um atendimento que leve em consideração a singularidade de cada um. Pois, mesmo vivenciando situações consideradas hostis, algumas crianças tinham uma representação positiva desse contexto.

O estar diante da dor, o confronto com a mesma, pode trazer também o aconchego de um colo. Talvez, alguém que se coloque no lugar de cuidador, ocupe-se da criança e esteja disposto a caminhar junto, no sentido de lhe dar importância, passar a confiança que ela precisa para ir adiante. Algumas crianças podem se sentir amadas, importantes, cuidadas, no ambiente hospitalar e, por conseguinte, manterem uma relação de harmonia com situações muitas vezes consideradas como aversivas, vividas nesse espaço. Com relação a isto, ressalta-se o que afirma Romano (1999), quando diz que

Quem vai às unidades de internação infantil em hospitais brasileiros surpreender-se-á ao se deparar com crianças que gostam de estar internadas. Lá, elas têm a privacidade de uma cama só para elas, comida, outras crianças, algumas pinturas na parede, alguns brinquedos e pessoas que lhe dão atenção - não ficam à mercê de sua própria sorte (ROMANO, 1999, p. 30).

A conclusão que chegou a autora me remete, mais uma vez, à experiência do estágio em Psicologia clínica hospitalar, sendo específica, ao fato de que além da doença, talvez, algo impelisse algumas crianças a estarem ali, algo que caminhasse na direção do hospital como um espaço agradável, no sentido de ser para as mesmas. O lugar que elegiam, ou “foram levadas” a eleger, como sendo sua “casa”. Pode ser que pela frequência de internações dessas crianças, o hospital já fosse um ambiente comum a elas ou, nele, talvez, elas se considerassem ocupando um “lugar”, mesmo diante da dor, do medo, das limitações e de tantas estimulações consideradas aversivas no contexto hospitalar.

Com relação a isso, faz-se pertinente trazer aqui um recorte da experiência no referido estágio. Enquanto estagiários de Psicologia interagem com algumas crianças na brinquedoteca, uma delas falou: “já vou pra minha casa” e rapidamente, corrigindo, disse: “oh! pro meu leito”. Não houve elementos suficientes para afirmar os atributos dessa ‘casa’ para a criança em questão, visto que não se pôde compreender, em um primeiro momento, qual a representação de casa para ela, como se dão seus relacionamentos em sua casa com sua família, por exemplo. O fato é que, os estagiários que ouviram essa frase dessa criança, apontaram para questões como a representação do hospital para a criança.

Voltando-se às questões da relação da criança hospitalizada com o hospital, destaca-se o caso “Érica”³, uma paciente de nove anos internada devido a uma doença renal crônica. Ela relatara certa vez comer sal por não poder: “eu como porque não pode”. “Érica” precisava ser internada constantemente, mas, segundo o tio que era quem sempre a acompanhava: “dessa vez foi mais rápido”, bem antes da data prevista pelos médicos. Pode-se dizer que Érica fazia movimentos que acabavam indo no sentido de retorno ao hospital, pois, não seguia a dieta prescrita. Entretanto, ela demonstrava odiar o hospital, não aceitava qualquer procedimento e se portava com bastante agressividade com relação à equipe de enfermagem. Por vezes, observava-se que ela parecia feliz em estar no hospital, em poder brincar ali e, algumas vezes, queixava-se por não possuir brinquedos em casa, por sentir a ausência do pai e do seu relacionamento com a mãe e a irmã que, segundo a própria criança, envolvia constantes conflitos.

Dessa maneira, entende-se que várias questões podem se colocar para cada criança, de maneira singular, nesse ambiente considerado e evidenciado, em sua maioria, como hostil, despersonalizante, engessado por suas normas e regras, mas que também pode ser um lugar da vivência de um acolhimento, cuidado e esperança de uma cura.

3.2 A criança no contexto hospitalar.

Santa Roza (1997), Mitre e Gomes (2007), Collet e Rocha (2004), dentre outros autores, corroboram com a noção de que a situação de hospitalização, quando ocorre durante a infância, pode se configurar em uma experiência potencialmente traumática, aflorando sentimentos como culpa e medo, o que pode refletir em seu desenvolvimento, especialmente, se a hospitalização requerer um longo período de tempo ou constantes reinternações, como é o caso de pacientes com doenças crônicas.

Freitas (2008) entende que esse sentimento de culpa, que pode suscitar à criança hospitalizada, provém do fato dela acreditar que poderia ter evitado a situação que ocasionou sua doença, o que contribui para que se sinta a causadora de sua dor, de se separar do pai ou da mãe, de separá-los um do outro, como também de seus trabalhos e afazeres domésticos, além de todos os transtornos causados à família com os inconvenientes da sua hospitalização.

³ Nome fictício. Essa paciente foi atendida no estágio do curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, em clínica hospitalar, realizado na unidade hospitalar Materno Infantil.

Segundo o autor, estar hospitalizada, os procedimentos médicos e a própria doença, surgem na cabeça da criança como uma punição, um castigo.

De acordo com Souza e Barros (1999), apesar da culpa implicar numa manifestação de dor e desamparo, ainda assim, o que ela tenta é silenciar outra dor, inerente à angústia de castração, isto é, da perda e separação que se apresentam em situações nas quais o sujeito se vê limitado ou impotente, como no caso da hospitalização, cuja certeza da morte se torna evidente. Colocando-o diante do medo da perda e separação total.

Em virtude disso, para a criança, a hospitalização pode se configurar em uma experiência causadora de um forte conflito interno, psicológico, afetivo, emocional, não obstante toda a dor física, uma vez que a internalização dessa culpa, dessa agressividade, pode ser ainda mais prejudicial ao estado de saúde da criança. Dessa forma, faz-se necessário que os cuidados com a criança hospitalizada, como com todo ser humano, estendam-se para além do tratamento da patologia que a mantém institucionalizada. Assim, os aspectos emocionais e afetivos que se encontram fragilizados devem ser observados.

De acordo com Crepaldi (2006), as condições biológicas e sociais, nas quais a criança se desenvolve, podem se constituir tanto em fatores de proteção quanto em fatores de risco para o seu desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional. Continuando esse pensamento, a autora assinala que o adoecimento e a hospitalização podem representar fatores de risco para a criança, devido à mudança em sua rotina e conseqüente descontinuidade em suas experiências sociais.

Santa Roza (1997) também concorda que hospitalização seja um fator de risco para a criança e ressalta que uma terapêutica hospitalar pediátrica para ser eficaz deveria, paradoxalmente, considerá-la assim, uma situação geradora de estresse para a criança e, dessa forma, encaminhar ações fundamentalmente no sentido da identificação dos agentes estressores, para que possam reduzi-los ao mínimo, possibilitando então a manutenção da individualidade da criança, o que conseqüentemente permitiria as manifestações de sua subjetividade.

Segundo Freitas (2008), há um despreparo da criança no que se refere à experiência hospitalar e aos procedimentos correlatos, causando medo diante do desconhecido, o que provoca exacerbação da fantasia. O hospital é para a criança, comumente, um ambiente ignorado. Devido ao fato de, por exemplo, em nossa cultura, haver restrições à sua entrada nesses espaços, devido aos riscos de contaminação, salvo nos casos em que a mesma necessite de cuidados clínicos. Percebe-se também que, além do hospital ter

em sua representação o estigma de um lugar legitimador da morte, não raro, o adulto se vale deste como meio de coagir a criança ou de puni-la, por exemplo, ameaçando-a de levá-la ao hospital para tomar injeção caso desobedeça às ordens que lhe são impostas, utilizando-se, para isto, de brincadeiras ou alegações de cunho punitivo, reforçando a concepção do hospital como um lugar apenas de dor e sofrimento.

Com relação ao atendimento à criança, o referido autor ressalta que este vem passando por transformações e destaca que um aspecto importante foi a mudança do próprio conceito de criança, que passou a ser vista como um ser em desenvolvimento e crescimento, possuidora de necessidades especiais que vão além das biológicas, sendo imprescindível atender também suas demandas psicológicas e sociais.

Assim, é possível estimar que haja, na evolução deste conceito, a absorção do próprio conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é ampla e que contempla a totalidade do ser humano, concebendo a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença.

Nessa perspectiva, verifica-se que existe uma preocupação com os impactos emocionais e sociais causados pela doença e, conseqüente hospitalização, que afetam a criança e sua família.

3.3 A família e a criança hospitalizada.

A literatura é clara em afirmar que a família, em especial os pais, exerce papel crucial durante o período de hospitalização da criança, visto que são referências para ela e funcionam como um suporte emocional, transmitindo-lhe segurança. Assim, é na figura familiar significativa, em sua maioria na figura materna ou paterna, que a criança busca apoio e proteção, especialmente quando se sente ameaçada.

Winnicott (2008, p. 33) avalia os processos afetivos estabelecidos na infância como elementos de fundamental relevância, pois, influenciam e servem de base para o desenvolvimento da criança, afirmando que “Todo o processo físico funciona precisamente porque a relação afetiva emocional se está desenvolvendo naturalmente”. Sendo assim, para este autor, os vínculos afetivos exercem importância na formação estrutural e saudável do indivíduo em todos os seus aspectos (físico, social, emocional e psicológico). Vínculos estes criados na relação mãe-bebê, conforme veremos no capítulo seguinte.

Além de ser importante para que a criança se sinta mais segura e protegida no ambiente hospitalar, como mencionado, a família pode exercer um importante papel como mediadora na relação que se estabelecerá entre a criança e a equipe profissional durante o período de internação, bem como se tornar um elo bastante significativo entre a criança e o mundo fora do hospital, já que faz parte das relações que foram estabelecidas na história de vida daquele sujeito.

A família pode contribuir também para que os efeitos do impacto causados pela mudança na rotina da criança sejam minimizados, distraíndo-a, resgatando lembranças e fazendo companhia, brincando. Para Gomes e Erdmann (2005),

A presença da família junto à criança, além de possibilitar condições emocionais mais satisfatórias para ambas, tem uma série de outras vantagens: cria um relacionamento mais próximo e intenso com a equipe; é fonte de informação direta sobre a evolução da doença; previne acidentes na enfermaria; permite a participação ativa no cuidado à criança. Desta forma, a criança pode ser mais prontamente atendida e ter seu período de internação reduzido. Tanto para a família como para a criança, o estresse e a ansiedade podem ser reduzidos se um familiar acompanhá-la no hospital. Sua presença, permite à criança elaborar melhor seus sentimentos e emoções, controlar sua ansiedade, medos, temores e fantasias, organizando melhor o seu mundo interior. A família, além de fonte de afeto e segurança, age como mediadora e facilitadora da adaptação da criança ao hospital (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 24).

Mesmo assim, Andraus, Minamisava e Munari (2004) destacam que, até a década de 1970, nas instituições hospitalares brasileiras, não havia a prática do acompanhamento integral às crianças hospitalizadas. De acordo com os autores supracitados, esse fato aumentava o sofrimento, tanto da criança quanto da família, visto que, tornava a internação um momento severo de ruptura entre a criança e suas relações anteriores. Situação amenizada apenas nos horários de visitas, porém, ao fim desse período, a criança passava, diariamente, pelo estresse da despedida e de enfrentar, novamente, a solidão em seu leito, e à família, a dor de deixá-la sob os cuidados apenas de estranhos. Circunstância compreendida como capaz de suscitar problemas tanto ao tratamento como ao desenvolvimento da criança.

Com relação a isto, Crepaldi (2006) esclarece que, até as décadas de 1940 e 1950, a equipe de saúde avaliava que a presença dos pais era prejudicial à criança hospitalizada, pois, julgava-se que, além de oferecerem riscos de contaminação e infecções, os pais dificultavam a adaptação da criança ao hospital por trazerem lembranças de casa.

Sendo assim, somente em 1990, mediante a instituição do Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), já mencionado neste trabalho, a infância passou a ter assegurada por lei, dentre outros, o direito à internação hospitalar com o acompanhamento permanente de um

responsável, sendo este uma pessoa significativa para a criança. O ECA reafirma em seu Capítulo I que à criança estão resguardados todos os direitos fundamentais da pessoa humana, que são o direito à vida e à saúde, e em seu Art. 12º versa que “[...] os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente [...]” (BRASIL, 1990, p. 9).

Concorda-se com esse pensamento de Oliveira e Collet (1999) e, acrescenta-se que, a referida lei, especialmente quando trata a questão do atendimento à saúde, marca um avanço relativo, não apenas a humanização, ao cuidado de forma universal, visto que, caso seja cumprida tal qual instituída, essa lei promove um avanço também, no cuidar individualizado. Portanto, tem-se a criança sendo amparada no ambiente institucional de tratamento à saúde, por uma pessoa que lhe é significativa, não limitando o acompanhamento apenas ao responsável legal, reduzindo desta forma a pressão negativa ocasionada pelo distanciamento familiar e social como um todo. Com isso, a garantia de permanência de um acompanhante com a criança, durante todo seu período de internação, configura-se como um grande aliado do seu tratamento.

Entende-se que tal medida vem resguardar e complementar os direitos à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e, conseqüentemente, garantir o direito de uma participação mais ativa da família no processo de tratamento da saúde da criança, podendo os pais acompanhar integralmente seus filhos enquanto hospitalizados, prestando maior e melhor assistência aos pequenos pacientes.

Quanto a isso, pesquisadores como Andraus, Minamisava e Munari (2004), Cardoso (2010), Brassolatti e Veríssimo (2013), Melo et al. (2014), dentre outros, apontam ser de extrema importância para o bem-estar da criança por reduzir a sensação de fragilidade que a acomete, assim como a seus pais, além de consolidar os laços afetivos.

São Paulo foi o primeiro estado brasileiro a garantir a participação da família no cuidado à criança hospitalizada com o programa “mãe-participante”, instituído através da resolução 165, em 1988, após serem constatados os benefícios que o acompanhamento materno trazia para as crianças na faixa etária de 0 a 3 anos, 11 meses e 29 dias, submetidas à cirurgia eletiva de queiloplastia e palatoplastia⁴. No pós-operatório, as crianças acompanhadas pelas mães, apresentaram menor incidência de náuseas e vômitos, menos febre, menor frequência de irritação (observado também durante e após a hospitalização),

⁴ Cirurgias reparadoras primárias de lábio (queiloplastias) e palato (palatoplastias).

como também a hidratação oral pôde ser significativamente maior. Sendo assim, essas crianças apresentaram menos complicações, necessitaram de um menor período de tempo para recuperação (MONDIN; FONTES, 1999).

O acompanhante da criança, na maioria das vezes, é a mãe, a qual assume integralmente essa tarefa, seja por não ter o apoio ou a disponibilidade de outra pessoa, por recusar dividir tal tarefa, seja por não confiar a outrem os cuidados para com o filho, relutando em se afastar dele.

Durante o estágio, no atendimento às mães, pode-se observar entre as mesmas, talvez, a existência de um sentimento de onipotência, na crença de que, além delas não existia outra pessoa capaz de cuidar de seu filho, e que sua presença seria capaz de amenizar as dores desse filho ou mesmo que, se elas se afastassem, algo de ruim poderia acontecer, como um agravamento no estado de saúde da criança (*“Se eu for, minha cabeça fica aqui”, “Eu tenho medo de sair e acontecer alguma coisa com ele, então fico logo aqui”*). Frases como estas, ditas por algumas mães acompanhantes na UTI pediátrica, deixaram algumas questões, as quais apontaram para um sentimento de onipotência nas mães com relação aos filhos, como já colocado, ou para a existência de um temor que lhes sobrevém, ao cogitar a possibilidade de ter que *“abrir mão de seu filho”*. As falas destacadas podem ser um indicativo da importância desses filhos para essas mães, do quanto poderia ser doloroso para elas não poder estar junto a eles. *“Podemos avaliar a importância que tem para a criança a natureza do vínculo que estabelece com a mãe, e a dificuldade de uma mãe ao ter que abrir mão, mesmo que temporariamente, deste vínculo”* (OLIVEIRA; COLETT, 1999, p. 98-99).

Deve-se ressaltar o fato de que, para algumas mães, acompanhar seu filho hospitalizado não representa, necessariamente, apenas um direito, mas um dever, que elas se impõem por sentirem uma exigência social nesse sentido, por serem mães. O que demanda do próprio modelo tradicional de organização familiar, que ainda predomina nos dias atuais, apesar das mudanças significativas que vêm ocorrendo, onde ao pai continua sendo delegada a função de provedor, responsável pelo sustento físico da família, ficando a cargo da mãe, os cuidados gerais de cada um, bem como de oferecer-lhes suporte emocional.

Geralmente, para a sociedade, e para a própria mãe, ela deve ser um *“modelo de sacrifício e devoção”*, assumindo toda a responsabilidade do cuidado com o filho. Diante disso, a doença pode representar para ela uma falha em relação à maternidade, o que pode gerar um sentimento de culpa, segundo Oliveira e Collet (1999).

O pai, comumente, não pode permanecer no acompanhamento integral da criança por conta do emprego, por falta da habilidade em cuidar da criança ou pelos motivos aqui citados com relação à mãe. No entanto, é possível observar pais acompanhantes que se empenham em dividir seu tempo entre o seu emprego e as horas no hospital acompanhando seu filho, ou que abdicam de seu emprego com esta finalidade, não apenas pais biológicos ou responsáveis legais, mas outros familiares que se colocam nesse lugar.

Para acompanhar o filho no hospital, pais e mães passam por situações delicadas, pois, além das dificuldades em lidar com esse momento, do desamparo emocional, de estar com o filho hospitalizado, de questões como compromissos com o trabalho, tendo que reorganizar toda sua rotina, na maioria das vezes, têm outros filhos e, sendo assim, precisam delegar a outros a função de cuidar dos mesmos. Outras vezes, a única opção é deixá-los sozinhos em casa, o que causa sofrimento a esses pais, especialmente quando a internação demanda um longo período, como a fala de uma mãe que estava com um filho hospitalizado há seis meses, sem expectativa de alta hospitalar: *“Eu sinto como se eu tivesse abandonado meus outros filhos”*. Assim, compreende-se que a hospitalização é um evento causador de conflito interior para a criança enferma, que repercute também na família, podendo ter implicações diversas, tais como desenvolvimento de culpa, ansiedade e depressão (COLLET; ROCHA 2004).

De acordo com Crepaldi (1998), vários são os sentimentos que acometem os pais frente à doença e consequente internação de um filho. Alguns sentimentos ambivalentes que podem ser expressos de diversas formas, como aceitar a doença, desejando saber sobre a mesma, no intuito de ajudar a criança em seu tratamento, mas, por outro lado, negar a doença, seja ela grave ou não. Em caso de doença crônica grave, como referido, a situação se torna ainda mais delicada, tendo em vista que o paciente, geralmente, necessita de um tempo mais longo de internação e de um constante acompanhamento especializado. E, se por um lado, a família tem esperanças no restabelecimento da criança, por outro, é impelida a admitir um possível agravamento do caso e a possibilidade de morte.

A doença pode provocar situações como revolta nos pais, que buscam uma explicação e, muitas vezes, atribuindo a culpa ao cônjuge ou à sua família. Podem também considerar o sofrimento como uma provação que, de uma forma ou de outra, teriam que passar, pois, *“Assim, Deus determina o destino, mas pode dar força para enfrentar a dificuldade”* (CREPALDI, 1998, p. 89). A crença em um Deus que detém o poder da vida,

segundo a autora, configura-se em uma forma de consolo, esperança e alívio para os conflitos emocionais.

Oliveira e Collet (1999) consideram a hospitalização de uma criança como uma mudança que ocorre de forma repentina e, assim, nem ela, nem a família, encontram-se preparadas para enfrentar a situação. Para os autores,

Para a criança, a hospitalização representa medo do desconhecido, sofrimento físico com os procedimentos e sofrimento psicológico relacionado a todos os sentimentos novos que passa a vivenciar. Para a família significa o sentimento de perda da normalidade, de insegurança na função de progenitores, de alteração financeira no orçamento doméstico, de dor pelo sofrimento do filho (OLIVEIRA; COLLET, 1999, p. 99).

Em conformidade com Silveira, Ângelo e Martins (2008), o sofrimento físico da criança está entre os aspectos da hospitalização que mais afeta a família. Os procedimentos terapêuticos, em sua maioria, são interpretados pelos familiares como assustadores, agressivos, dolorosos e emocionalmente insuportáveis, o que requer da família, habilidade para lidar com os rituais hospitalares, como os exames, informações sobre diagnósticos, bem como o tratamento da criança e, ao mesmo tempo, desenvolver estratégias que lhe permitam suportar tanto o sofrimento do pequeno paciente, quanto dos demais familiares. Segundo as autoras, entre as famílias que apresentam uma estrutura fragilizada, baixo status socioeconômico e nível educacional, as dificuldades são maiores, pois, aumentam as necessidades de se desenvolverem habilidades para lidar efetivamente com as demandas da doença.

Apesar do entendimento sobre a importância da família no tratamento da criança hospitalizada e da presença de um acompanhante junto a essa criança ser um direito garantido por lei, de acordo com Gomes e Erdmann (2005),

Ainda vemos, em muitos hospitais, a área física ser organizada em função apenas da criança; à família não são destinadas acomodações adequadas sob várias desculpas. O processo de trabalho, as normas e rotinas das unidades, geralmente, são elaborados em função das necessidades dos serviços e não dos clientes. Horários de visita, de alimentação e outros não são adequados de modo a favorecer ao familiar cuidador e sim a conveniência dos serviços (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 27).

Infere-se, assim, que, em muitos hospitais, ainda são grandes as dificuldades enfrentadas pelas famílias. Para as referidas autoras, talvez isso ocorra, devido ao fato das instituições hospitalares não ‘enxergarem’ a família como clientes, mas, apenas como mão-de-obra adicional junto à criança.

No entanto, a família tem sua parcela no cuidado com a criança hospitalizada, sobretudo, no que diz respeito à afetividade, ao apoio como suporte emocional e, dependendo de suas potencialidades e desejo, podem ser úteis também auxiliando a equipe junto à criança.

3.4 O psicólogo e a equipe multiprofissional no cuidado à criança hospitalizada.

Diante da ampliação do conceito de saúde, que contempla o ser humano de forma integral como exposto no primeiro capítulo, as ações da assistência hospitalar, em sua maioria, têm avançado no sentido da busca por um novo modelo de atenção que, além do biológico contemple os demais aspectos que envolvem o ser humano.

A inserção de equipes multiprofissionais nos hospitais propõe um olhar para o ser humano que ultrapassa o velho modelo biomédico mecanicista, uma vez que o diálogo entre profissionais é capaz de ampliar o olhar para o fenômeno e ir além da visão centrada no saber exclusivamente médico que, não raramente, mantém a concepção da doença como restrita ao corpo.

De acordo com Mesquita, Silva e Júnior (2013),

[...] trazer para o tratamento a história de vida e doença do paciente para entendê-lo, trazer a família, cuidadores, equipe de saúde como colaboradores do processo de cura do paciente, é entendê-lo como um ser biopsicossocial, considerando, também, fatores espirituais e ambientais. (MESQUITA; SILVA; JÚNIOR, 2013, p. 92).

Com relação à criança hospitalizada, Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), ressaltam que a atenção da equipe hospitalar precisa estar voltada não somente para a criança, pois, é um cuidado que a ultrapassa e deve se estender à família, que fica ansiosa com relação ao estado da criança e com os cuidados que ela irá receber.

Para tanto, essas autoras apontam que os profissionais de saúde precisam estar capacitados para lidar com situações em que a família, utilizando-se muitas vezes de mecanismos de defesa contra a ansiedade, projeta na equipe, sentimentos negativos.

A partir disso, o psicólogo como membro da equipe, pode auxiliá-la a compreender melhor e a lidar com esses episódios de crise, ou mesmo de resignação, haja vista que “É fundamental que a equipe de saúde conheça os efeitos da doença e consequente hospitalização da criança sobre sua família, caso queira prestar-lhes uma assistência eficaz” (CREPALDI, 1998, p. 91).

A Psicologia, dessa maneira, é inserida no ambiente hospitalar, como um

importante instrumento para a humanização dos serviços, sendo um facilitador das relações do paciente com a equipe, família e seu próprio adoecer. Levando em consideração, não apenas os aspectos biológicos, mas, a relevância de outros aspectos como os psíquicos e sociais.

A psicologia hospitalar também é o renovar da esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana. E de que os profissionais da saúde possam aprender a escutar a angústia, sofrimento, ansiedade, medo, etc. (ANGERAMI-CAMON, 1984, p. 25).

Para esse autor, a Psicologia no contexto hospitalar tem como principal objetivo a minimização do sofrimento advindo da hospitalização. Assim, “[...] O processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e sua implicação na vida do paciente” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 24).

Ainda de acordo com Angerami-Camon (1984), Matilde Neder e Bellkiss Wilma Romano Lamosa foram os grandes expoentes da Psicologia hospitalar no Brasil. Em 1954, convidada para realizar um trabalho de acompanhamento psicológico junto à pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia de coluna, na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP, atual Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Matilde Neder deu início à Psicologia hospitalar no Brasil, promovendo um trabalho para o qual adaptou a teoria à situação institucional. Bellkiss Romano foi responsável por implantar o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do mesmo hospital, em 1974.

Quanto à Psicologia hospitalar, especificamente na pediatria, em conformidade com Mença e Sousa (2013), o termo ‘Psicologia Pediátrica’ surgiu em 1968, quando profissionais interessados no cuidado da saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, passaram a realizar uma avaliação e intervenção diferenciada.

Para Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), a Psicologia pediátrica tem o objetivo de proteger e promover o desenvolvimento de crianças em situação de risco orgânico, hospitalizadas ou não.

As referidas autoras apontam que as possibilidades de intervenção do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar têm como foco a atenção à criança ou adolescente, ao acompanhante, à família e à equipe de saúde, sendo necessário um reconhecimento prévio da unidade específica e da demanda a ser atendida. Devendo o psicólogo, no contexto hospitalar, agir de forma diretiva, com foco de atuação na doença e internação.

Contudo, Mesquita, Silva e Júnior (2013, p. 92) concordam que “É fundamental que em sua atuação o psicólogo não tenha por foco os diagnósticos das mais variadas doenças que lhe apresentarão, mas sim, o que a doença representa simbolicamente para cada paciente”. Pois, à medida que o psicólogo tem como foco a doença, estará corroborando com o velho modelo biomédico de atuação, deixando de acolher, priorizar e contemplar o ser humano em sua totalidade e singularidade.

No hospital, onde o risco de vida e a possibilidade da morte estão presentes, o psicólogo pode facilitar e/ou favorecer o curso da vida. A isto, pode-se denominar promoção de saúde e de qualidade de vida. Neste sentido, a Psicologia Hospitalar está além do trabalho de humanização da instituição, oferecendo tratamento específico para as questões do ser humano no decorrer da sua história de vida (LAZZARETTI, 2007).

Algerami-Camon (1996) aponta a Psicologia hospitalar como um exemplo do avanço da Psicologia na direção das camadas, economicamente, mais carentes da população, embora ainda haja um grande distanciamento. Entretanto, é perceptível que, mesmo lentamente, esse distanciamento vem sendo reduzido, pois, ainda que venha se apresentando de forma incipiente, sua abrangência social tem se feito crescente.

Em se tratando do relacionamento entre a equipe de saúde e o paciente, Boizonave e Barros (2003) concluíram que, além da maneira como cada sujeito responde aos estímulos, o modo como a equipe hospitalar se comporta com relação a esse sujeito também influencia em sua adaptação ao hospital e, conseqüentemente, em seus comportamentos durante o período de internação.

Em uma pesquisa com pacientes hospitalizados, as autoras puderam identificar que, apesar dos comportamentos emitidos mediante o adoecer e a hospitalização não serem determinados por sentimentos padronizados, mas, pela subjetividade de cada um, de forma geral, se, no processo de hospitalização, o sujeito é destituído de sua identidade, ele, conseqüentemente, tende a se desinteressar em implementar esforços na adaptação ao ambiente hospitalar.

Para Chiattonne e Sebastiani (2002), as dificuldades do tratamento dos pacientes sob um enfoque holístico da saúde, ainda subsiste sob a influência da divisão cartesiana, logo não contempla o ser humano como multideterminado, ficando o tratamento focado no corpo, ou melhor, em partes desse corpo, desconsiderando aspectos psicológicos, sociais e ambientais relacionados ao adoecimento.

A divisão cartesiana influenciou a Medicina em vários aspectos. Primeiramente, dividiu a Medicina em dois campos distintos onde os médicos ocupam-se do tratamento do corpo e os psiquiatras e psicólogos ocupam-se da cura da mente. Esse hiato, entretanto, resultou em grande desvantagem para a compreensão das doenças. Além disso, a tendência reducionista, ao fixar-se no corpo doente, transformou-o em máquina que deve ser analisada em termos de suas peças e engrenagens alteradas. Assim, ao concentrar-se em partes de uma máquina disfuncionante - o corpo, a Medicina perdeu de vista o paciente como ser humano; grave erro da abordagem biomédica. (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 14).

Em meio a essa discussão, observa-se que as dificuldades em lidar com o singular contribuem para que a doença seja o foco do tratamento, restando ao paciente um cuidar técnico. Dessa forma, observa-se que no hospital ainda predomina o cuidar mecanizado, onde o sujeito, em sua complexidade e singularidade, é desconsiderado.

Com relação à criança, isso se torna ainda mais vigente, já que em relação à mesma, frequentemente, é conferido pelo adulto, um não saber, o que contribui para o aumento das dificuldades. O que se verifica, em muitos casos, que a criança é levada ao hospital sem ao menos ser comunicada, sem ser ouvida ou, ao menos, ter a mínima noção dos procedimentos aos quais será submetida. Nem mesmo quando, de fato, está sendo submetida.

Compreende-se que, quando hospitalizada, a criança pode perder sua identidade à medida que é reduzida a um número de leito ou diagnóstico, despida da sua singularidade, confrontada pelo medo ou angústia do desamparo, pela fantasia da possibilidade de afastamento ou perda de seus pais, frente ao desconhecido.

Quanto a isso, Silva et al. (2011) concordam que é necessário que haja credibilidade e sensibilidade na relação entre o profissional e a criança durante o processo de hospitalização. Para esses autores, reações psicológicas como a ansiedade são potencializadas quando a dor é acompanhada da falta de entendimento. Percebe-se também, como apontam Calvett, Silva e Gauer (2008), que faltar com a verdade para com a criança, por exemplo, dizendo a ela que uma punção ou injeção não irão doer ou se manter distante durante os procedimentos, torna a relação superficial e empobrecida

Destarte, sublinha-se que torna-se imprescindível que o profissional se mostre empático e desenvolva um clima de confiança com a criança e a família, devendo o cuidado “[...] ir além do que os olhos podem ver; é necessário permitir que haja um verdadeiro encontro entre quem cuida e a criança” (SILVA et al., 2011, p. 317). Esses autores ressaltam que o estabelecimento de um clima de confiança e empatia, favorece a expressão de emoções e sentimentos tanto positivos quanto negativos, por parte da criança, e que se faz importante mantê-la sempre informada, levando em consideração sua idade e situação geral.

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O BRINCAR E SEU LUGAR NO HOSPITAL.

O presente capítulo abordará, primeiramente, algumas concepções sobre jogos, brinquedos e brincadeiras, a partir de uma dimensão histórica e cultural. Por conseguinte, relevantes contribuições teóricas sobre o brincar serão apresentadas para, assim, realizar considerações acerca do lugar do brincar no contexto hospitalar, sobretudo dessa atividade como instrumento na intervenção psicológica de crianças hospitalizadas.

4.1 O brinquedo, o jogo, a brincadeira e o brincar.

De acordo com Kishimoto (2001), é de suma importância que se façam demarcações quanto aos conceitos de jogo, brinquedo e brincadeira, uma vez que estes não podem ser usados de maneira indistinta. A autora destaca a dificuldade em conceituar o jogo, haja vista que uma mesma conduta pode ser ou não considerada um jogo, dependendo da cultura e do significado atribuído à atividade.

Kishimoto (2001) explica que

Se para um observador externo a ação da criança indígena, que se diverte atirando com arco e flecha em pequenos animais, é uma brincadeira, para a comunidade indígena, nada mais é que uma forma de preparo para a arte da caça necessária à subsistência da tribo (KISHIMOTO, 2001, p. 15).

Por conseguinte, segundo a mesma autora, os jogos podem ter vários sentidos, enquanto o brinquedo supõe sempre uma conotação com a criança, pois, estabelece-se como uma relação e uma abertura, estimulando seu imaginário e permitindo a ela várias formas de brincadeiras, estando ausentes as regras que organizam sua utilização. O brinquedo tem relação direta com a representação de aspectos da realidade, onde a criança é livre para manipulá-los. É o lúdico em ação. Já os jogos como xadrez, por exemplo, para jogá-los são necessárias certas habilidades definidas, devido às estruturas do próprio jogo e o uso de regras (KISHIMOTO, 2001).

Figura 05: Crianças e adultos em um jogo de xadrez.



Fonte: RODRIGUES et al (2016, p. 03).

Faz-se pertinente assinalar que, como a infância, o brinquedo e as brincadeiras também possuem uma dimensão histórica e cultural. De acordo com Ariès (1981), no início do século XVII, parecia não haver uma distinção rigorosa como hoje, entre os jogos e as brincadeiras reservados a crianças e a adultos, talvez reflexo da falta de um sentimento de infância característico da Antiguidade, como foi assinalado anteriormente. Porém, à proporção que a infância foi sendo reconhecida, as brincadeiras também foram tomando novos contornos.

Conforme o autor, a maioria das brincadeiras na Idade Média era as que são praticadas de forma coletiva e envolviam adultos e crianças. Para além de simples momentos de diversão, configuravam-se nos principais meios que a sociedade utilizava para estreitar os laços sociais.

Essas brincadeiras estavam relacionadas, de maneira especial, às grandes festividades religiosas e às festas sazonais. No entanto, Ariès (1981, p. 47) nos diz também que “[...] com o tempo, a brincadeira se libertou do seu simbolismo religioso e perdeu seu caráter comunitário, tornando-se ao mesmo tempo profana e individual. Nesse processo, ela foi cada vez mais reservada às crianças [...]”.

Figura 06 – Brincadeira de roda.



Fonte: RODRIGUES et al (2016, p. 03).

Figura 07 – Brincadeira de cabra-cega.



Fonte: RODRIGUES et al (2016, p. 03).

Ainda segundo Ariés (1981), nesse período não havia rigor na diferenciação entre brinquedos de menino e de meninas, como na modernidade, e alguns tipos de brinquedos tinham em sua estrutura traços de imitação aos adultos, como o cata-ventos, o cavalo-de-pau e a boneca, reservados, geralmente, a “criancinhas”, isto é, a crianças de até os quatro anos de idade. Período em que ainda dependiam muito do adulto e não tinham autonomia o suficiente para participar das brincadeiras tradicionais. Os cata-ventos, segundo o autor, refletem a

conservação da cultura através da criança, uma vez que permanecem, mesmo os grandes moinhos tendo sido extintos, há tempos.

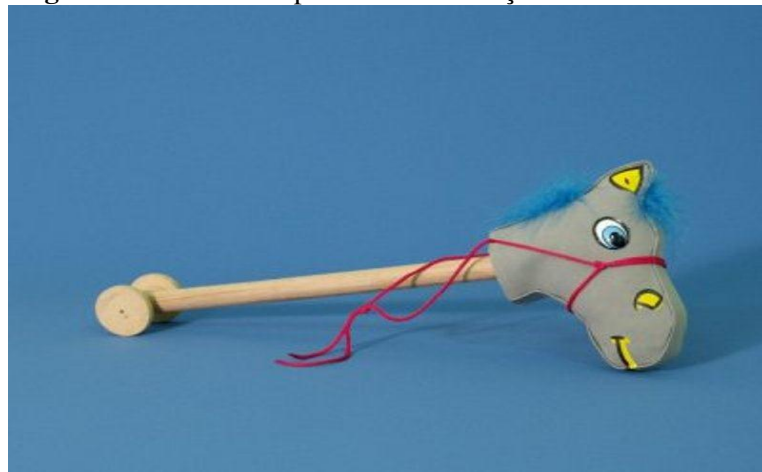
Figura 08 – Cata-ventos, brinquedo que atravessou épocas e gerações.



Fonte: REVISTA CRESCER (2008, p. 02).

O autor sublinha que seriam os brinquedos, além de objetos culturais, criações novas, visto que, outros brinquedos não pareciam ter origem da imitação aos adultos e sim, serem construções da própria criança. Talvez, essa conclusão a que chegou o autor, aponte para a hipótese do brincar como algo inerente à criança. Com relação a isto, Benjamin (2002) destaca que todo brinquedo é fruto de uma oferta ou imposição do adulto à criança, muitas vezes, objetos que a criança, graças a sua imaginação, transformara em brinquedos, o que também reforça tal hipótese.

Figura 09 – Cavalo de pau fruto da imitação ao adulto.



Fonte: SOARES (2012, p. 04).

Figura 10 – Boneca de pano.



Fonte: SOARES (2012, p. 04).

No entanto, os objetos de brinquedos também não eram exclusividades das crianças e não serviram, desde sempre, ao brincar, a exemplo das miniaturas de objetos religiosos de cultos domésticos ou funerário que, na antiguidade, ao serem utilizadas pelas crianças, passaram a ter uma nova função.

Todavia, Kishimoto (1997) afirma que o brinquedo tem uma dimensão material, uma particularidade do brinquedo, é sê-lo, dependendo de seu uso. Por exemplo, a boneca é brinquedo para a criança que brinca de “mamãe e filhinha”, mas para algumas tribos indígenas é símbolo de divindade, objeto de adoração.

Benjamin (2002) ressalva que, com relação a sua produção, o brinquedo também passou por transformações, pois, nem sempre fora fabricado por indústrias especializadas, tendo se originado das sobras de materiais, sobretudo em oficinas de entalhadores em madeira, fundidores de estanho e outros elementos.

Antes do século XIX, a produção de brinquedos não era função de uma única indústria, assim, animais de madeira poderiam ser encontrados com marceneiros, soldadinhos de chumbo com os caldeireiros, bonecas de cera com fabricantes de vela, figuras de doce com confeitadores e outros. “[...] o brinquedo, representava antigamente um produto secundário das diversas indústrias manufatureiras as quais restringidas pelos estatutos corporativos só podiam fabricar aquilo que competia ao seu ramo” (BENJAMIN, 2002, p. 90). Sendo assim, era proibido ao marceneiro, por exemplo, até mesmo pintar as bonequinhas que construía. Dessa forma, os brinquedos podiam passar por várias indústrias até serem concluídos. A

comercialização dos brinquedos seguia os mesmos critérios, porém, existia o comércio intermediário, que funcionava como um grande distribuidor dessa mercadoria.

Conforme Almeida (2006), apenas a partir do século XVIII, os brinquedos passaram a despontar no mercado de fabricantes especializados. Porém, o autor afirma que, a primeira expressão do brincar da criança, dá-se em seu próprio eu, sendo o corpo da criança, o seu primeiro brinquedo.

O que remete a teoria do “estádio do Espelho”, elaborado pelo psicanalista Jacks Lacan (1998) para explicar como se dá o processo de identificação da criança, que culmina na constituição do seu eu, “[...] ela experimenta ludicamente a relação dos movimentos assumidos pela imagem com seu meio refletido, e desse complexo virtual com a realidade que ele reduplica, isto é com seu próprio corpo e com as pessoas, ou seja, com os objetos que estejam em suas imediações” (LACAN, 1998, p. 96-97). O autor destaca o brincar da criança com seu corpo, sua imagem, como elemento de grande relevância nesse processo de identificação, de reconhecimento do seu nome, momento em que seus investimentos estão direcionados a um só objeto, o seu corpo.

Com relação às transformações ocorridas na produção do brinquedo, é importante frisar uma questão crucial, para a qual Benjamin (2002) chama atenção, para as consequências do avanço da indústria especializada, cujo foco está centralizado meramente em fins lucrativos, o autor alerta que, quanto mais avançam na produção e especialização desses objetos, mais os afastam de seu valor real, enquanto estimulante da imaginação da criança e elo entre pais e filhos.

Para Benjamin (2002), o brinquedo deixou de ser um artigo que agregava famílias, uma vez que passou a não exigir mais a presença de um adulto junto à criança, de maneira mais próxima. Uma questão que permeia o modelo de dinâmica da família na contemporaneidade, como já apontado. Nessa perspectiva, o brinquedo infantil foge do controle da família e passa a beneficiar, especialmente, as grandes indústrias.

Jerusalinsky (2009) alerta sobre o fato de que brinquedos excessivamente estruturados podem influenciar a criança no sentido de seguir ‘rituais lúdicos’ e, sendo assim, inviabilizar a transformação, a criação por parte da criança que se mantém guiada, seguindo apenas instruções fixas. “O valor dos brinquedos é tanto maior pelas metáforas que possibilitam do que pelo achatamento sobre suas características reais” (JERUSALINSKY, 2009, p. 198).

Kishimoto (2001) destaca que o brinquedo representa um pedaço de cultura ao alcance da criança, sendo seu parceiro na brincadeira. A brincadeira tradicional infantil é filiada ao folclore, logo, corresponde a uma forma de expressão da mentalidade de um povo, imortalizada, transmitida pela oralidade e capaz de ultrapassar os tempos.

Assim, segundo registros, as brincadeiras existem desde a antiguidade, influenciando e, sendo transformadas, ao longo dos tempos. Pode-se citar a Grécia antiga como exemplo de civilização que continua influenciando os jogos e brincadeiras da humanidade.

4.2 Breves considerações teóricas sobre o brincar.

Esse momento tem como finalidade discorrer, de forma sucinta, sobre algumas concepções teóricas com relação a estudos sobre o brincar na perspectiva de Sigmund Freud, Melanie Klein e Donald W. Winnicott, estudiosos representantes da teoria psicanalítica, que chegaram a importantes conclusões acerca desta temática.

4.2.1 O brincar na perspectiva de Freud.

Sigmund Freud (1920) abriu caminho para análise de crianças a partir do brincar, ao considerar sua função simbólica, para esse autor o brincar da criança é envolto de significações, configurando-se em uma forma de linguagem da criança, um meio de expressão de seu psiquismo. O autor também compreende que a brincadeira da criança corresponde à fantasia no adulto e em *“Escritores criativos e devaneios (1908)”* afirma que,

Acaso, não poderíamos dizer que ao brincar, toda a criança se comporta como um escritor criativo, pois cria um mundo próprio, ou melhor, reajusta os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrada? [...] O escritor criativo faz o mesmo que a criança que brinca. Cria um mundo de fantasia que ele leva muito a sério [...] (FREUD, 1996, p. 135).

Freud (1920) compreende também o brincar como fundamental para a criança constituir-se enquanto sujeito, sendo assim, para esse autor, essa atividade é inerente ao infantil, como concorda Jerusalinsky (1999, p. 199) ao afirmar que “Brincar, portanto, não é simplesmente chafurdar sem direção no gozo da infância. Brincar é o próprio trabalho de constituição do sujeito na infância”.

Assim sendo, para falar sobre as contribuições de Freud com relação ao brincar, destacaremos seu trabalho em *“Além do princípio do prazer (1920)”*, no qual o autor descreve sobre o “fort dá”, que marcou a descoberta do brincar simbólico.

Ao observar seu neto, um menino de um ano e oito meses, Freud (1920), percebera que ao ver a mãe partir, a criança não expressava descontentamentos como birra ou choro, apesar de ser muito apegado a ela. Segundo o autor, mesmo sendo bem comportada, a criança tinha o hábito de jogar longe os objetos, de maneira que, encontrar seus brinquedos não era tarefa tão fácil, porém, Freud percebeu haver aí uma satisfação e suspeitou se tratar de um jogo, cujo objetivo para a criança seria o de brincar de ir embora com seus brinquedos.

Freud (1920) relatou que, posteriormente, observou a criança brincando de forma a executar um jogo que ocorria de forma que ela segurava um carretel com um cordão, arremessando-o por sob a borda do acortinado de seu berço e assim o carretel desaparecia. Quando isso ocorria, a criança emitia um som do tipo ‘o-o-ó’. Depois, com o auxílio do cordão, puxava de volta o carretel desaparecido e comemorava alegremente ao revê-lo, dizendo: ‘ali’.

Freud, levando em consideração a atribuição que a mãe dera a esses sons, nomeou-os como sendo representante da palavra alemã “fort” (ir), o som “ooó”, produzido pela criança quando o carretel desaparecia e “da” (‘ali’) o som emitido por ela ao rever o carretel.

De acordo com Freud (1920), a brincadeira seguia de maneira que o menino repetia esse jogo, numa sequência que se apresentava de forma incansável. Assim, a partir desses elementos observados, o autor concluiu que a criança estava passando por um processo de elaboração das ausências da mãe, utilizando-se do brincar para sair da angústia que essas ausências lhe causavam. Assim,

[...] A criança não pode ter sentido a partida da mãe como algo agradável ou mesmo indiferente. Como então a repetição dessa experiência aflitiva, enquanto jogo, harmonizava-se com o princípio do prazer? Talvez se possa dizer que a partida dela tinha de ser encenada como preliminar necessária a seu alegre retorno e que, neste último, residia o verdadeiro propósito do jogo (FREUD, 1920, p. 25).

Conforme essa perspectiva, ao estabelecer esse jogo, a criança produzia uma realização cultural, a renúncia a uma satisfação pulsional, abrindo mão do seu objeto de amor, a mãe, renunciando ao prazer de tê-lo a todo momento, abrindo-se, assim, à possibilidade da satisfação pelo seu retorno. Tal realização permitia à criança buscar no jogo o exercício de um

papel ativo, uma forma de tentar preencher a falta da mãe. E, uma vez que quando a mãe partia, a criança ficava em uma situação passiva. No brincar, ela assumia um papel ativo.

Pode-se evidenciar que, de acordo com a leitura de Freud (1920), no brincar, a criança observada pôde simbolizar, de maneira que não era a mãe que ia embora, mas era ela quem permitia a sua saída, quem mandava a mãe ir e, quando queria, trazia-a de volta. Assim, através do ato de brincar, a partir das idas e vindas da mãe, era possível à criança ir se constituindo em um ser único, separado dessa mãe.

É interessante registrar que, conforme Freud (1920), a primeira parte do jogo, que estaria simbolizando a partida, era encenada como um jogo em si mesmo, sendo praticado com mais frequência que o episódio total.

Talvez, esse tempo do primeiro ato tenha sido o tempo necessário à criança para que ela saísse da angústia que a dominava, devido ao afastamento da mãe, uma vez que do ponto de vista psicanalítico, o bebê inicialmente vive uma sensação de completude com a mãe, ou com quem esteja nesse lugar, exercendo para ele a maternidade, como se ambos formassem apenas um.

Destaca-se que, para esse autor, a possibilidade de simbolizar da criança depende também da mãe ou de quem esteja nesse lugar exercendo a maternidade, que precisa dar espaço para a criança, abrindo mão da relação simbiótica⁵ que é vivida inicialmente entre ambos.

Percebe-se, mediante o exposto, que se configura de suma importância que a mãe marque o filho também com sua ausência, tornando possível esse processo de presença/ausência para que a criança perceba que é um ser separado dela, o que constitui a primeira simbolização. O que se pode observar que, para Freud, apresenta-se como a principal importância do brincar.

4.2.2 O brincar segundo Melanie Klein.

Melanie Klein, pioneira na prática clínica da Psicanálise com crianças, trouxe importantes contribuições para essa clínica com o uso do brincar na análise infantil, a partir dos fundamentos e caminho indicados por Freud.

Ainda segundo Klein (1997), a motivação da criança para o brincar consiste em um processo de descarga de fantasias masturbatórias, “[...] que operam na forma de uma

⁵ Relação inicial vivida entre mãe e bebê, de acordo com a Psicanálise. Para a mãe, o bebê é o que lhe completa, e para o bebê, ele e a mãe são um, o corpo da mãe é extensão de seu corpo.

contínua motivação para o brincar [...]” (KLEIN, 1997, p. 29). Logo, a inibição no brincar, segundo a autora, pode se apresentar como um sintoma que se originou da repressões a essas fantasias, um sintoma neurótico. Tais repressões, segundo a autora, afeta todo o processo de imaginação da criança

Por outro lado, a autora aponta que é raríssimo acontecer de uma criança, por mais inibida que seja em seu brincar, não fazer, pelo menos, um movimento em direção ao brinquedo, lançar um olhar, mesmo que rapidamente, ou até pegar um ou outro brinquedo. Mesmo que, inicie uma brincadeira e rapidamente, pare de brincar, de uma forma ou de outra, através de sua relação com o brinquedo, a criança certamente encontrará meios de se expressar (KLEIN, 1997).

É interessante sublinhar que, tendo se dedicado ao trabalho de observação e análise de crianças pequenas, a autora afirmava que o conflito edípico e a formação do superego se instalam desde muito cedo, já na segunda metade do primeiro ano de vida, ponto em que discorda de Freud, já que este acreditava que tal conflito se instaurasse um pouco mais tarde. Como esclarece Segal (1973, p. 13), “Pensava-se que o complexo de Édipo tinha início em torno dos três ou quatro anos de idade, mas ela observou crianças de dois anos e meio que manifestavam fantasias e ansiedades edípias que já tinham claramente uma história”.

A autora, através da análise de crianças pequenas, também pôde atentar para a impossibilidade de se empreender o modo tradicional de “associação livre”⁶ com elas, como também perceber algumas diferenças existentes entre a mente da criança e a do adulto, sobretudo com relação à forma de acesso acerca de seus conteúdos.

Melanie Klein defendia o brincar enquanto linguagem e principal modo de expressão da criança, assim, capaz de assumir a função de “associação livre” no trabalho de análise, pois, “[...] enquanto brinca, a criança também conversa e diz toda a sorte de coisas que tem o valor de genuínas associações” (KLEIN, 1997, p. 27-28). Ressalta que o brincar se configura em um meio de acesso ao inconsciente da criança porque mantém todos os princípios e elementos da Psicanálise e, dessa forma, leva aos mesmos resultados da técnica tradicional empreendida na análise de adultos, a “associação livre”, como mencionado. A diferença está nos recursos técnicos, que são adaptados à mente da criança.

Com relação a ponto,

⁶ Regra fundamental do método psicanalítico.

A criança expressa suas fantasias, seus desejos e suas experiências de um modo simbólico, através de brincadeiras e jogos. [...] A análise de crianças muito pequenas tem mostrado repetidamente quantos significados diferentes pode ter um único brinquedo ou um único segmento de uma brincadeira e que só podemos inferir e interpretar o seu significado quando consideramos suas conexões mais amplas e a situação analítica em que se inserem (KLEIN, 1997, p. 27-28).

Em conformidade com a autora, ao brincar, a criança age mais do que fala, então esse agir, na brincadeira, funciona como seus pensamentos, isto é, são seus pensamentos, representados de uma forma simbólica, pois, assim, a criança transfere suas experiências, fantasias, desejos para a brincadeira que, não apenas se transforma em um discurso, mas é o próprio discurso, indo além de seus atos conscientes.

Nesse sentido, para Klein (1997), a condução de uma escuta analítica com a criança pequena só é possível se desempenhada tal qual Freud demonstrou como deveria ser abordada a linguagem dos sonhos, sem se prender a simbolismos, por mais interessantes que pareçam. Não escutar de maneira isolada, mas se atentar para todas as associações do paciente e suas relações em geral. Sendo assim, durante o trabalho de análise, o analista deve estar sempre atento a todo o processo, pois tudo se torna relevante, a maneira como a criança muda de brincadeira, a escolha do brinquedo, que não é qualquer um, mas o escolhido por ela e, sendo assim, diz algo dela.

Klein (1926) chama atenção para a brincadeira de faz de conta e compreende que, embora pareça simples, abrange um processo ‘universal e essencial’, pois, assume uma importância considerável para o desenvolvimento da criança, onde estão envolvidas identificações que agem dentro dela.

Assim, Klein (1996) evidencia que

Através da divisão de papéis, a criança consegue expelir o pai e a mãe que absorvera para dentro de si mesma, na elaboração do complexo de Édipo, e que agora a atormentam em sua severidade. O resultado dessa expulsão é uma sensação de alívio que contribui em muito para o prazer despertado pela brincadeira (KLEIN, 1996, p. 157-158).

Essa sensação de alívio, de acordo com a autora, provém do fato da criança introjetar os pais de diversas formas e, na maioria das vezes, como dotados de muita severidade, o que é proveniente de um sentimento de culpa. Então, para a autora, esse brincar dá possibilidades à criança de identificar e separar os ‘verdadeiros papéis’, atribuindo-lhes valores e, conseqüentemente, assumindo uma identificação com eles.

4.2.3 O brincar segundo Winnicott.

Donald W. Winnicott era psicanalista infantil e, quanto ao brincar, apresentou uma proposta de estudo que difere das concepções de Melanie Klein, que assegura que o brincar da criança tem relação com a sublimação⁷. Quanto a isso, recorreremos a Franco, que nos esclarece que

Há uma raiz funda na história da psicanálise que relaciona a brincadeira infantil com a sublimação. A brincadeira se sustenta a partir de uma fantasia que se oculta dentro de si; é tarefa do analista de crianças interpretar esta fantasia. [...]. O que propõe Winnicott é algo diferente, ele olha para o brincar em si como um objeto de estudo (FRANCO, 2003, p. 46).

Segundo Winnicott (1975), o brincar é próprio da saúde, anterior, universal e provido de uma importância própria, especialmente pelos benefícios que proporciona. Um meio criativo, através do qual a criança utiliza para lidar com sua realidade. Segundo este autor,

[...] é a brincadeira que é universal e que é a própria saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser a forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (WINNICOTT, 1975, p. 63).

Sua teoria tem foco direcionado para as vivências ocorridas na relação mãe e bebê. Winnicott (1975) apresenta conceitos como espaço potencial, fenômeno transicional e objetos transicionais que, segundo ele, contribuem para uma melhor compreensão sobre o brincar. Playground, também é outro termo que o autor utiliza para explicar sua teoria, como se observa na discussão adiante.

O espaço potencial, conforme assinala Winnicott (1975), é onde o bebê tem oportunidade de vivenciar suas primeiras experiências com a mãe. Um espaço de possibilidades, no qual o bebê exerce sua criatividade e brinca, experimentando as primeiras vivências de satisfação, mas também a angústia pelas primeiras ausências da mãe. Situa-se entre a realidade psíquica do bebê e a realidade externa.

⁷Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontraria o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo objetivo não sexual e em que visa objetos socialmente valorizados.

Em se tratando dos fenômenos transicionais para Winnicott (1975), são os objetos transicionais que fornecem um suporte para o bebê, não se restringindo a objetos, mas, uma canção, um repertório que o bebê executa antes de dormir, um maneirismo, auxiliando-o a lidar com as angústias e ansiedades causadas pelo afastamento da mãe, pois, como já mencionado, de acordo com a teoria psicanalítica, em suas primeiras experiências, o bebê vivencia uma dependência absoluta com relação a ela, concebendo-a como sendo extensão do seu próprio corpo.

Dessa forma, para que o bebê escolha um objeto, é necessário que a mãe lhe permita, dando-lhe essa possibilidade e tome o filho como “transicional” também para ela.

Winnicott (1975) afirma que o objeto transicional é o primeiro objeto de domínio para o bebê, sobre o qual este exerce uma certa autonomia, um certo controle, algo “projetado” como capaz de estar no lugar, encobrendo a falta causada pela ruptura da relação vivida, inicialmente, com a mãe. Nessa dinâmica de presença e ausência, a carga emocional é deslocada para o objeto. Assim, conforme o autor, esse objeto é uma parte interna ao bebê, pois entra como um substituto da mãe, pertencendo, também, à realidade externa.

É interessante ressaltar quando Winnicott (1975, p. 19) sublinha que o fato do objeto transicional “[...] não ser o seio (ou a mãe), embora real, é tão importante quanto o fato de representar o seio (ou a mãe)”. Em meio a isso, na visão deste autor, a importância no objeto transicional não está apenas no seu valor simbólico, mas, também, em seu valor enquanto “realidade”. Pois se faz importante, não apenas o valor que a criança atribui ao “objeto”, mas o fato da criança ter possibilidade de se dirigir a algo que não apenas a mãe.

Winnicott (1975) aponta que a possibilidade de criação do bebê é assegurada por um ambiente favorável, um clima de confiança que, necessariamente, é motivado pela mãe ao dar-lhe suporte. Essa situação está relacionada com tempo entre sua presença e sua ausência, suas idas e vindas e o oferecimento desse objeto transicional, passando-lhe a segurança de sua disponibilidade, de alguém que está lá sempre que for lembrada. Assim, a partir do investimento dessa mãe, o bebê vive a experiência com uma sensação de onipotência. Um processo que, de acordo com o autor, é complexo e totalmente dependente da mãe ou da ‘figura materna’.

Quanto a isso, Winnicott (1975, p.71) pontua que a confiança na mãe cria, nesse contexto, um playground intermediário, onde a ideia da magia se origina e que o autor denominou de “[...] playground porque a brincadeira começa aqui. O playground é um espaço

potencial entre mãe e o bebê, ou que une a mãe e bebê” (WINNICOTT, 1975, p. 71). Portanto, o “playground” é o próprio espaço onde flui a brincadeira.

Entre os teóricos citados, é indiscutível o lugar de grande relevância que asseguram ao brincar. Em razão disso, destaca-se aqui o simbólico que, para Freud, representa o cerne da atividade do brincar da criança. Melanie Klein segue esse entendimento, enquanto Winnicott assegura que o valor do objeto não está apenas em seu simbolismo, onde a criança pode se expressar e elaborar seus conflitos internos, mas, no seu valor enquanto realidade, como mencionado, uma vez que, para este autor, além do significado que possa ter o objeto para a criança, é de extrema importância o fato dela ter recursos psíquicos para se dirigir a algo que não sua mãe.

Desta forma, de acordo com as perspectivas desses teóricos, entende-se, que criança é capaz de transformar qualquer objeto em brinquedo, e, a partir dele, envolver-se em um universo simbólico.

4.3 O lugar do brincar no hospital: instrumento de intervenção psicológica.

Como foi apresentado no capítulo três, a hospitalização é uma situação delicada, que pode trazer várias implicações, tanto para o paciente quanto para a família. Embora o hospital seja uma instituição que, em sua atual conjuntura, traga como escopo o restabelecimento da saúde e a esperança de cura, é culturalmente visto de forma negativa, haja vista ser um ambiente onde a exposição acerca de situações conflitivas não é rara. Ou seja, um contexto que fomenta reflexões relacionadas à dor, à perda, a fragilidade e a finitude do ser humano (ÁVILA, 2015).

Sendo uma experiência reconhecidamente dolorosa, em qualquer fase da vida, a hospitalização quando ocorre na infância, tem suas particularidades, podendo repercutir de maneira negativa no desenvolvimento da criança. “A internação hospitalar é uma fratura do dia-a-dia da criança. Se até adultos têm dificuldades para lidar com o desconhecido, imagine uma criança doente e sem família” (BATISTA, 2003, p. 25).

Em continuidade a esse pensamento, autores como Santa Roza (1997), Mitre (2000), Batista (2007), Mitre e Gomes (2007), dentre outros, destacam o papel da brincadeira à medida que a consideram importante durante o período de hospitalização para que, através dessa atividade, a criança possa elaborar essa nova experiência. Os autores citados compreendem a brincadeira como um instrumento de domínio e conhecimento para a criança,

o que evidencia a inserção do brincar como um recurso fundamental na promoção da saúde da criança hospitalizada.

Brincar é um direito da criança, reconhecido pela legislação brasileira e, mesmo com as restrições do ambiente hospitalar perante as atividades lúdicas, há um reconhecimento de sua importância no acompanhamento de crianças hospitalizadas. Pode-se dizer que a lei federal 11.104/2005 de 21/03/2005 que torna obrigatória a instalação e manutenção de brinquedotecas nas unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação, represente tal reconhecimento, uma vez que se propõe assegurar à criança hospitalizada, o direito de desfrutar, mesmo nesse ambiente, de um espaço que facilite a brincadeira.

Contudo, para além de um reconhecimento, faz-se necessário que se torne algo verdadeiramente efetivo, tendo em vista que esse espaço, em unidades hospitalares, tem a sua importância para as crianças, pois permite a estas um ambiente com uma maior possibilidade, para que elas se sintam acolhida durante o processo de hospitalização.

Para Mitre (2000), o brincar aparece como uma possibilidade da criança expressar seus sentimentos, preferências, receios e hábitos, podendo se configurar como uma mediação entre o mundo familiar e as situações novas e ameaçadoras. Essa autora assinala que a oportunidade de brincar numa situação adversa pode ressignificar a experiência de adoecimento e hospitalização de uma criança, dando a esta possibilidade de elaborar a experiência e modificar seu comportamento, independentemente de sua faixa etária.

Em uma pesquisa feita em três hospitais de diferentes regiões do país que prestam atendimento à criança com o uso do brincar como suporte em diversos procedimentos clínicos, Mitre e Gomes (2007) buscaram analisar as diferentes formas que o lúdico pode assumir no contexto da hospitalização de crianças. Esses autores, na busca por compreender qual o significado dessa atividade para os profissionais de saúde que assistem crianças, concluíram que, dentre outras asserções, para os mesmos, o lúdico se torna um contraponto às experiências dolorosas, permitindo a criação de uma nova rede social e a possibilidade de sair do isolamento, apresentando também algo positivo em meio a perdas, sendo capaz de devolver à criança a alegria do convívio familiar e a sua própria condição de criança, trazendo o resgate de um contexto familiar, ao criar uma relação de carinho durante as brincadeiras entre pais e filhos. Fazendo do brincar um espaço de afeto e emoção.

Os autores também puderam perceber esse espaço de afeto e emoção com relação aos profissionais, os quais podiam ter a possibilidade de estabelecer outro tipo de relação com

seus pacientes e com seu trabalho, a partir da possibilidade de privilegiar o prazeroso, o saudável, pois, em sua rotina lidam, constantemente, com a incapacidade e as limitações, o que favorece o estresse.

Ainda no estudo mencionado, os autores compreenderam também o brincar como uma via de encorajamento para a criança, podendo agir diretamente em seu sistema imunológico, sendo a brincadeira um espaço onde podem surgir, dentre outras, situações que possibilitam a criança estar diante de escolhas.

Conforme Batista (2007), uma forma de a criança expressar seus sentimentos é provocando nos bonecos os processos que sofreu passivamente. É nessa direção que a autora assegura que, dirigindo-se ao boneco, há uma maior possibilidade da criança falar sobre pensamentos e emoções difíceis de expressar. A criança começa a entender que também pode assumir outra posição, não sendo sempre a vítima. Como consequência, o sofrimento pode ser dominado, não vindo a desencadear um trauma.

Além disso, a autora afirma que bonecos podem ser utilizados também para que se estabeleça uma comunicação com a criança e para que se esclareçam para ela algumas dúvidas sobre a hospitalização. Como exemplo, os bonecos podem ser vestidos como crianças hospitalizadas, usando o uniforme do hospital, gorros e máscaras para que se explique a importância e o porquê da utilização desses materiais acessórios nesse ambiente.

Como implicação, a criança adquire domínio de um fato ou situação através da brincadeira e da fantasia. O brincar se insere, nesse contexto, como uma tentativa de transformar o ambiente das enfermarias, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e adolescentes internados.

Batista (2007) destaca que a partir da expressão de sentimentos podem se conhecer os temores e as preocupações da criança, e dessa forma ajudá-la a reduzir seus medos, ressaltando os aspectos positivos da hospitalização, evitando-se, assim, que aquela viva a experiência no hospital como um castigo. Como mencionado no capítulo anterior, esse autor sugere que o uso do brincar na assistência às crianças, não se restrinja a determinado profissional, mas, sim a todo procedimento no atendimento a elas, podendo-se aliar atividades de brincadeira e o uso do brinquedo.

Todavia, percebe-se que o brincar no tratamento a crianças hospitalizadas pode ter seus resultados ampliados se, além de seu uso comum, oferecido a ela apenas como forma de entretê-la, de garantir sua colaboração nos procedimentos, ou mesmo sua adaptação ao hospital, esse instrumento possa ser direcionado por um profissional que o utilize como tal,

funcionando como facilitador da expressão da fala, pensamentos e sentimentos da criança e, conseqüentemente, como um auxiliar em seu tratamento.

O ato de brincar é considerado por teóricos como Freud, Melanie Klein e Winnicott como inerente ao infantil, uma vez que se apresenta como necessário para que a criança venha se constituir enquanto sujeito separado da mãe, como abordado no capítulo anterior.

Nesse sentido, é interessante citar Soares e Zamberlam (2013) quando fazem referência à importância do trabalho do psicólogo na pediatria junto à criança hospitalizada, ao afirmarem que

A intervenção da psicologia em instituições hospitalares deve ir além dos objetivos prescritivos de facilitador do processo de adaptação da criança e da família à situação de hospitalização. [...] O psicólogo pode auxiliar crianças lidarem com aspectos negativos da hospitalização através do incentivo ao brincar. Nessa condição, tal atividade deve servir como proposta para permitir a compreensão de um ambiente não familiar além de lidar com conteúdos emocionais. (SOARES; ZAMBERLAN, 2001, p. 66).

Portanto, inserida em um ambiente onde geralmente não há espaço para a fala, a Psicologia hospitalar na pediatria vem contribuindo para oferecer à criança a possibilidade desse espaço.

São vários os estudos que apontam o quão prejudicial pode ser para a criança a experiência de estar hospitalizada, porém, no mesmo sentido, muitos deles apontam o brincar, como um instrumento de intervenção psicológica, podendo corresponder a um lugar de palavra para a criança, especialmente para aquela em que a fala ainda seja insuficiente, no caso de crianças muito pequenas ou mesmo de outras que não se encontrem com essa possibilidade.

A partir dos fundamentos de teóricos que estudam a infância, pode-se afirmar que a criança fala por meio do brincar, um instrumento de seu domínio.

Motta e Enumo (2004) concordam que o brincar no hospital possui a configuração de uma estratégia de enfrentamento para a criança e uma atividade terapêutica em si mesma. Os autores buscaram compreender a importância desse recurso na ótica da própria criança e, a partir de observações e dados colhidos, frutos de uma pesquisa, alegaram que o

[...] brincar constitui-se de fato em um recurso viável e adequado para o enfrentamento da hospitalização e pode ser mais utilizado quando a criança encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim (MOTTA; ENUMO, 2004, p. 26).

Pedro et. al. (2007, p. 07) pontuam a importância do brincar em hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação, porém enfatiza que o foco seja também direcionado aos ambulatorios, “[...] considerando que a organização do cuidado à saúde da criança deve contemplar os diferentes cenários”.

De acordo com a visão desse autor, exigir que crianças permaneçam acomodadas, aguardando ociosamente para serem atendidas, é algo que pode estar além de suas possibilidades.

Dessa forma, tanto as crianças podem se sentir desmotivadas para as próximas consultas, como a qualidade da assistência oferecida a elas pode ser prejudicada. Chegou-se à conclusão de que brincando, as crianças podem expressar e trabalhar diferentes emoções e ter a possibilidade de exercer um papel ativo em seu tratamento, “[...], pois, quando se abre espaço para que a criança faça suas escolhas e mostre do que gosta e sabe, ela se torna agente de suas transformações. [...]” (PEDRO et al. 2007, p. 02).

Apreende-se assim, a importância de permitir que a criança tenha um lugar de palavra, que sua fala seja acolhida, para que ela possa ser capaz de se implicar quando for convocada, confrontar-se com o que é seu. Portanto, tendo possibilidade de elaborar o momento que vivencia ou vivenciou.

O trabalho psicológico com crianças envolve certo dinamismo, como por exemplo, brincadeiras, jogos e desenhos que são acompanhados da fala.

Apesar do ambiente hospitalar não se apresentar como propício ao desenvolvimento dessas técnicas, ou mesmo do próprio trabalho de intervenção,

[...] Muitas vezes, o espaço físico do hospital é tumultuado, as condições de privacidade são precárias e as interrupções são frequentes. Entretanto, o psicólogo, onde quer que esteja inserido, tem como principal função a promoção de saúde mental, em nível primário, secundário ou terciário (LAZZARETTI, 2007, p. 26).

Cabe destacar que as dificuldades podem surgir também do lado do paciente, pelo seu estado de saúde, ou pela forma dele vivenciar o adoecer e as questões nele envolvidas, como a dor, a limitação, a finitude. Porém, o que se coloca como impedimento para o trabalho psicológico nesse sentido, é o que também pode servir de estímulo à sua promoção e, conseqüentemente, contribuição para que este ambiente possa ter outra configuração, especialmente para a criança.

No entanto, na maioria das vezes, não é possível se trabalhar com todos os recursos que se gostaria de ter, mas, percebe-se que até algo ‘simples’ como um único lápis

ou um lápis com um papel, o ouvir uma estorinha, pode ser o suficiente para que a criança inicie a brincadeira e, a partir dela, às mais variadas associações.

As estorinhas infantis e os desenhos são recursos utilizados com muita frequência entre as crianças hospitalizadas, especialmente entre as que precisam permanecer no leito. Na maioria das vezes, por alguma limitação física, dependência de aparelho fixo, restrição médica ou mesmo por optarem não sair do seu leito.

Essas crianças frequentemente solicitam papel e lápis de escrever e pintar, e criam desenhos que se tornam para elas palco das mais variadas histórias que, não raro, fundem-se e se entrelaçam com as suas histórias de vida. Assim, elas encontram uma forma de expressá-las.

Batista (2003) ressalta a importância desses recursos para que a criança possa elaborar sentimentos como raiva, medo, angústias, entre outros.

Conforme Vitorino, Linhares e Minardi (2005), as histórias infantis permitem que as crianças transcendam do seu contexto atual. De acordo com uma pesquisa sobre interação, as autoras puderam observar que “[...] na medida em que as crianças hospitalizadas tiveram oportunidades de brincar e aprender mediadas por profissional especializado apresentaram, apesar de doentes e submetidas a procedimentos médicos frequentes, um conjunto de comportamentos saudáveis [...]” (VITORINO; LINHARES; MINARDI, 2005, p. 23).

Com relação a esse assunto, enfatiza-se o papel da direção de um profissional para que a criança possa encaminhar, elaborar suas angústias.

Enquanto brincam, contam uma estorinha, desenham e/ou falam livremente. É possível observar a criança hospitalizada se envolver e “misturar-se” à brincadeira, à estorinha, ao desenho, deixando, por vezes, escapar algo que diz de si, o que pode estar (ou não) relacionado diretamente com sua condição de saúde ou doença.

Ou seja, através da brincadeira pode se identificar um colocar-se como personagem de um conto infantil, assim como o não querer se colocar, o nomear os demais personagens, a criação de uma estorinha em torno de um desenho e a transferência, para o brinquedo, de sentimentos que são seus, ao afirmar, por exemplo, o estado de ânimo de um boneco, se está com dor, se está triste, alegre, o que ele está pensando ou desejando. O que também pode ser algo que não tenha uma ligação direta com sua situação de internação ou seu estado de saúde.

Identifica-se que o brincar, na intervenção psicológica da criança hospitalizada, pode também auxiliá-la a entender algumas situações, como os motivos pelos quais ela tem

que se submeter afim de que alguns procedimentos sejam realizados. Ao brincar exercendo a função de um médico ou enfermeiro, por exemplo, a criança tem a possibilidade de entender que certos procedimentos se fazem necessários para seu tratamento e cura.

A partir disso, poderá também compreender que, naquele momento, faz-se necessário o processo pelo qual está passando. Tendo, a partir dessa compreensão, a possibilidade de participar de forma ativa em seu tratamento.

Neste sentido, remete-se a Freud (1920), quando assinala que por intermédio da brincadeira, a criança pode construir e reconstruir sua própria realidade, repetindo na brincadeira tudo que lhe causou grande impressão, mesmo uma situação desagradável. No entanto, o autor ressalta que no jogo, a criança pode mudar de posição, passando da passividade para atividade.

No brincar de-faz-de-conta, por exemplo, a criança pode, através da fantasia, vivenciar uma situação que almeja para o futuro. Assim, a brincadeira pode funcionar como uma maneira da criança lidar com os desejos impossíveis de serem realizados no momento. Ela sabe que no momento não lhe é possível a posição ou o lugar que deseja, então, vivencia-o na brincadeira, sendo o que quiser, mãe, pai, médico, professora. “De fato, o brincar da criança é determinado pelo desejo de ser adulto, ela imita em seus jogos o que conhece da vida dos mais velhos, colocando muita emoção nesse mundo de brinquedos” (ISAÍAS; ALBUQUERQUE, 2016, p. 05).

De acordo com essa perspectiva, no que se refere à criança hospitalizada por exemplo, enquanto brinca, ela pode sair de sua condição passiva para assumir a posição ativa do médico que a examinou, que dá as ordens e, assim, vivenciar outra posição.

Se o médico examina a garganta de uma criança ou faz nela alguma pequena intervenção, poderemos estar completamente certo de que essas assustadoras experiências, serão tema da próxima brincadeira (FREUD, 1920, p. 27).

Seguindo essa linha de discussão, é interessante citar um fragmento de um dos casos clínicos já referido neste trabalho, o da ‘Mariana’⁸, que era constantemente submetida à coleta de sangue para exame do número de plaquetas e, partindo-se do pressuposto de que essa situação não se apresenta como uma experiência agradável, especialmente para a criança,

⁸ Nome fictício. Essa paciente foi atendida no estágio do curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, em clínica hospitalar, realizado na unidade hospitalar Materno Infantil.

sendo questionável o fato da pequena paciente não relutar ou demonstrar maior incômodo diante de tal procedimento.

Uma das brincadeiras mais frequente, e notadamente divertida para Mariana, era a com uma seringa de “aplicar injeções” em sua mãe e em suas bonecas, dizendo ser médica. O que remete à relação da passagem de passivo para ativo, referida por Freud (1920), como mencionado acima e assim, através da brincadeira, a criança pode viver o que está além de suas possibilidades reais e assim controlar o que está fora.

Verifica-se que à Mariana, mediante o brincar, talvez, seja possível experimentar um ‘outro lugar’, desempenhando a função de médico, podendo sair de uma angústia ao vivenciar outros papéis, expressando sentimentos e pensamentos através da fantasia no brincar, como lhe era possível. Algo que também não deixava de passar pelo investimento da mãe, o que teóricos como Freud e Winnicott consideram de grande relevância, a qual afirmava repetidas vezes que, quando a Mariana crescesse iria ser uma médica, pedindo à Mariana que confirmasse isto, reforçando: “Ela ainda vai trabalhar aqui, nesse hospital”.

Nesse sentido, cabe também trazer Melanie Klein para nortear a discussão, quando nos diz que só poderemos conduzir uma escuta com a criança pequena se pudermos fazê-la, como Freud demonstrou, devendo ser abordada a linguagem dos sonhos, sem estar preso aos simbolismos, por mais interessantes que sejam. Não escutar de maneira isolada, mas, estar atento às associações, às relações em geral apresentadas pelo paciente, pois, “A criança expressa suas fantasias, seus desejos e suas experiências reais, de um modo simbólico, através das brincadeiras e dos jogos” (KLEIN, 1997 p. 27).

No atendimento psicológico à criança, deve-se levar em consideração a atenção mediante todo o processo, pois, um olhar pode se tornar relevante, como também a escolha de um determinado brinquedo e não outro, por exemplo, uma vez que o escolhido, certamente diz algo sobre a criança que escolhe, assim como a mudança de brincadeira e a fala durante esse processo. Para Jerusalinsky (2009), o brincar no atendimento a crianças,

[...] assume na clínica a dimensão de sustentar a produção de atos de criação da criança diante de uma palavra que, por sua condição de infante, ainda se revela insuficiente. Dar lugar ao brincar na clínica com a criança implica a possibilidade de sustentar a condição para que ela possa vir a ser autora de atos criativos, sustentado seu lugar de sujeito ali onde a fala ainda se revela insuficiente, mas que podem ser exercidos na esfera protegida do brincar (JERUSALINSKY, 2009, p. 260).

Visualiza-se através do exposto, a importância de se oferecer um lugar à criança, onde ela possa criar, exteriorizar o seu sentimento e, assim, ter a possibilidade de elaborar o

momento que vivencia. As crianças podem ter várias reações durante e após alguns procedimentos médicos para a realização de exames ou administração de medicamentos, ou pode ser também que não exteriorizem nenhuma reação neste sentido. E o brincar pode entrar nesse lugar, como algo que dê suporte a essa criança, para que ela possa dar vazão aos seus sentimentos e emoções.

Verifica-se, portanto, que o brincar se configura como um instrumento na intervenção psicológica com crianças, uma vez que, como mencionado, permite-lhes expressar seus sentimentos, sua subjetividade, no entanto precisam ser escutadas, para que se dê uma direção a suas questões e elas possam continuar falando, haja vista que a fala, como já abordado, também é promotora de saúde. E, independentemente de fatores, como o contexto em que ela está inserida, bem como os vários aspectos comuns partilhados no nesse contexto, a experiência se dá para cada um. Na hipótese do brincar, como inerente à criança, considera-se que tal direito não pode lhe ser negado, uma vez que assim considerado, são inseparáveis e, caso não sejam disponibilizados brinquedos cuja utilização e manuseio se achem culturalmente convencionados, ela certamente se valerá de quaisquer objetos que estejam acessíveis como meio para brincar.

Como ressalta Almeida (2006, p. 542), “A capacidade da criança de escolher e adaptar objetos multiformes – restos desprezados pelos adultos como ‘inúteis’ e ‘inadaptados’ –, com a finalidade de implementá-los em suas brincadeiras, segue como representação de sua fantasia e de sua auto-expressão”.

Assim, de acordo com essa concepção, compreende-se que, quanto mais tais brinquedos exijam da criança sua criatividade, maiores serão as possibilidades de representação simbólica.

O que não exime a responsabilidade de se oferecer às crianças, a possibilidade de usufruírem o brincar da maneira mais livre possível, à maneira de cada uma, possibilitando assim, mesmo no hospital, a construção de um espaço em que possam se sentir verdadeiramente inseridas e não apenas, como na maioria das vezes, reduzidas a um número ou um diagnóstico.

Diante do exposto, pode-se afirmar que apesar do reconhecimento de que o hospital, de um modo geral, não se apresenta como um ambiente que favoreça a atividade lúdica, como supracitado, é compreensível que, quando se trata de criança, torna-se difícil negar a presença do brincar, tendo em vista que o mesmo faz parte de sua forma de estar no mundo, interagir com ele e, conseqüentemente, possibilita que se escute algo da criança.

Seguindo esse sentido, a prática do psicólogo permite que ele realize um trabalho de assistência psicológica, mesmo que o ambiente não lhe ofereça as melhores condições para isso, pois, “[...] O que mais importa é que o psicólogo esteja disposto a prestar atendimento àquele que necessita e queira falar” (DOMINGUES et al., 2013, p. 20).

Assim, considera-se de extrema relevância o lugar que o Psicólogo pode dar a cada um. Lugar no sentido de acolhimento, de oferecimento de uma escuta, uma vez que, “A palavra cura o sofrimento emocional e espiritual, bem como a dor provocada pelo sofrimento físico” (ANGERAMI-CAMON, 1996, p. 25).

Conforme tudo o que foi apresentado, compreende-se que, em relação à criança hospitalizada, estando ela na brinquedoteca, enfermaria, leito, corredor ou em qualquer outro setor do hospital, é possível ao psicólogo lhe oferecer um acolhimento, para que ela possa falar desse adoecer, de suas relações, sem necessariamente se remeter a esse adoecer. Simplesmente falar.

E o brincar pode se inserir nesse contexto, pois, por meio dele, a criança encontra uma forma de dizer de si e, tal qual reza a lei, como mencionado no primeiro capítulo, possibilita à criança hospitalizada condições para que usufrua de um cuidado que vise sua saúde de forma integral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise acerca do uso do brincar enquanto espaço de fala para a criança hospitalizada. Pôde-se refletir quão o brincar, como instrumento de intervenção psicológica, faz-se relevante no atendimento à criança em situação de internação hospitalar.

O trabalho deu abertura para uma discussão sobre o lugar do brincar no hospital e, com base na literatura vigente, apresentaram-se pesquisas que proporcionaram reflexões acerca da importância desta atividade no atendimento à criança no contexto hospitalar. Nesse percurso, mediante a literatura consultada, buscou-se analisar a influência do brincar na vida da criança, bem como as implicações dessa atividade em sua subjetividade.

Para isso, partiu-se da própria conceituação de termos como criança e infância que, em sua etimologia, referem-se ao que não fala, que não tem voz. Percebeu-se haver uma dificuldade histórica e cultural em se conceituar criança e infância, e, consoante à dificuldade em se buscar as bases etimológicas destes termos, identifica-se a dificuldade do adulto em escutar a criança.

Do ponto de vista histórico e cultural, viu-se que a infância não é algo de cunho natural, nem sempre existiu. Trata-se de uma construção social cuja concepção, ao passar por transformações, foi sendo modificada e ocupando um lugar, de acordo com o olhar do adulto.

Nessa perspectiva, viu-se que a educação, mais especificamente a escola, foi um agente de transformação social para a criança. Com a criação da tipografia, as informações passaram a ser divulgadas não apenas através da oralidade, como antes, mas também da escrita, o que restringia alguns conteúdos aos adultos. Portanto, a criança recebeu o status de “incompetência de leitura” e passou a ser reconhecida como possuidora de necessidades especiais. Assim, foi destinado a ela um ambiente de aprendizagem, a escola, e dessa forma, a criança passou a ter na sociedade um lugar que a diferenciava do adulto.

Em meio a esse contexto, também se identificou que a função dos jogos e das brincadeiras como importante para o processo de aprendizado da criança. Seguindo essa linha de pensamento, observou-se que o brinquedo e as brincadeiras também possuem uma dimensão histórica e cultural passando, portanto, por transformações ao longo dos tempos.

Nesse percurso, em busca de atingir o objetivo proposto, ao analisar a importância do brincar para a criança em situação de hospitalização, com base na literatura consultada e no trabalho do estágio, refletiu-se sobre a relação da criança com o hospital, onde, dentre

outros pontos, pôde-se identificar que, embora o contexto hospitalar seja permeado por questões as quais, geralmente, afetam as pessoas de uma forma negativa, apresentando-se como um ambiente hostil, onde se evidenciam emoções e situações dolorosas, para algumas crianças, esse ambiente pode ter uma representação positiva, que se desdobra de forma singular.

Compreendeu-se que o estar diante da dor, pode ser amenizado e até não levado em consideração, mediante a presença de alguém que esteja disposto a cuidar, a acolher. Em virtude disso, há a possibilidade de algumas crianças, nesse ambiente, possam se sentir amadas, importantes, cuidadas e, por conseguinte, aprenderem a lidar de uma forma particular com fatores convencionados como aversivos.

Todavia, verificou-se que, a maioria dos autores pesquisados, autores estes voltados ao estudo sobre a criança no contexto hospitalar, apontam a culpa como um sentimento recorrente que, em razão da hospitalização, acomete tanto a criança quanto a seus pais.

Este estudo também possibilitou algumas reflexões sobre questões que envolvem a família da criança hospitalizada. Assim, discorreu-se sobre a sua importância no cuidado à criança, assinalou-se para a importância de uma equipe multiprofissional, bem como a construção da relação que se estabelecerá entre a criança e essa equipe, visto que tal relação influencia na adaptação da criança ao hospital e em seus comportamentos.

Nesse contexto, apontou-se para situações em que a equipe de saúde não consegue encontrar diagnósticos de ordem biológica que deem conta de explicar o quadro clínico de alguns pacientes. Dessa maneira, vislumbrou-se um caminho onde os profissionais possam considerar a influência dos aspectos psicológicos e sociais para o estado de saúde do paciente.

Esse estudo destacou o trabalho do psicólogo hospitalar na equipe multidisciplinar como um canal para a humanização do atendimento à criança no contexto hospitalar, estendendo-se à sua família.

Quanto ao brincar no hospital, a literatura aponta que sua relevância excede os benefícios produzidos diretamente à criança hospitalizada, tendo em vista que essa atividade pode se transformar em um elo capaz de formar ou restaurar vínculos afetivos, seja entre a criança e a família, através da interação com o brinquedo e da brincadeira, seja entre a criança e o profissional que a assiste, o que pode trazer benefícios para toda a equipe hospitalar em geral, ao tornar o ambiente mais alegre e, conseqüentemente, menos propício ao estresse.

O brincar em hospitais quando utilizado, na maioria das vezes é empregado como forma de ocupar o tempo ocioso da criança, distraí-la ou fazê-la aderir aos procedimentos correlatos. No entanto, de acordo com a concepção de teóricos que se dedicaram ao estudo sobre o tema, bem como sobre a infância, infere-se que o brincar faz parte da linguagem da criança, consistindo em uma forma de expressão de sentimentos e pensamentos. O que possibilita a essa atividade ter seus resultados ampliados, ao ser utilizada como instrumento de intervenção psicológica, uma vez que no brincar é possível à criança se expressar e, assim, dar vazão a sentimentos, pensamentos e angústias, como aludido, e que para ela, não podem alcançados de outra forma.

Com fundamento no exposto, concluiu-se que o brincar contribui para o tratamento da criança hospitalizada, sendo um auxiliar na promoção da saúde da criança e imprescindível para que se estabeleça uma comunicação com ela, dando-lhe a possibilidade de participar ativamente do seu tratamento. A oportunidade de brincar no hospital, segundo o estudo apresentado, pode até reduzir o tempo de internação da criança, por favorecer a sua imunidade.

Observou-se também que se torna imprescindível o fato de a criança hospitalizada ser escutada por um profissional. E que este faça uso desse instrumento como principal meio de expressão de sua subjetividade e possa dar um lugar à fala dela para que assim, essa criança, esse sujeito, tenha possibilidade de continuar falando, de elaborar suas questões e também de participar do seu tratamento, viabilizando ou preservando, desse modo, sua saúde integralmente.

Há, portanto, a importância de uma escuta singularizada para que a criança tenha um espaço que a possibilite falar sobre seu processo de adoecimento e internação, ou seja, como ela interpreta esse momento, o lugar que ela se coloca em relação a esse processo, o lugar que o hospital representa para ela, enfim, como esta percebe e vivencia essa experiência e, dessa forma, possa criar possibilidades que lhe ofereçam um melhor atendimento. E o brincar comparece como esse instrumento, através do qual a criança diz de si, como visto no desenvolvimento deste trabalho.

Ressalta-se também que alguns autores apontam o brincar como uma atividade terapêutica em si mesma, configurando-se como uma forma de enfrentamento para a criança. E nessa discussão, demarca-se aqui a importância de estudos sobre o brincar, dentre outros fatores, por sua relevância no cuidado com a saúde mental e no desenvolvimento da criança,

assim como pelo leque de possibilidades de estudo que ele apresenta, fomentando o aperfeiçoamento de outros estudos envolvendo o tema.

Por compreender que o psíquico e o físico exercem influência entre si, este trabalho pretende trazer contribuições no que tange ao tratamento da criança hospitalizada, dispondo-se a oferecer subsídios que colaborem para a ampliação do olhar para os aspectos que envolvem o adoecer, contemplando o sujeito que adoecer, que é único e tem suas próprias questões. Mostrando, de alguma forma, o que é possível, mesmo em um ambiente institucional. Levando-se em consideração as especificidades de tal ambiente, da clínica e da situação como um todo, pois, embora o contexto hospitalar seja permeado por questões que afetam a todos os envolvidos, as representações e repercussões desse ambiente, como de qualquer outro, apresentam-se de forma subjetiva, visto que o vivenciar se dá para cada um.

A discussão da problemática em questão tem sua relevância intelectual e prática. Com esse estudo visou-se também provocar reflexões que possam ressignificar o atendimento à criança hospitalizada, incentivar ações no que diz respeito ao cuidado com a saúde desse sujeito, estimular o despertar para a relevância de um olhar mais atento para o cuidado com a criança hospitalizada à medida que se compreende o brincar como instrumento de intervenção psicológica; trazer à tona as repercussões que essa experiência pode ter em sua vida e a responsabilidade do trabalho do psicólogo hospitalar nesse universo.

Verifica-se que um trabalho não pode abranger todas as questões. Observar e escutar crianças hospitalizadas, especialmente pacientes com doenças crônicas, e perceber um pouco de sua relação com o hospital, com sua família, com a equipe de saúde e com seu adoecimento, apontou para várias direções e implicações, com relação tanto à criança hospitalizada quanto ao brincar, uma vez que, falar do brincar sempre remete a criança, a infância e vice e versa. Sendo assim, algumas das questões que surgiram, serão prospectos para futuros trabalhos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. **Ludicidade como Instrumento Pedagógico**. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br>>. Acesso em 20 out 2016.

ANDRADE, L. B. P. de. Tecendo os fios da infância. In: **Educação infantil: discurso, legislação e praticas institucionais**. (online). São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-06.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2016.

ANDRADE, P. K. A. de. **De objeto a sujeito: a criança entre a medicalização e o brincar**. Universidade Estadual da Paraíba – Campus I, Campina Grande, 2016. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11960/1/PDF%20-%20%20Patr%C3%ADcia%20K%C3%A1cia%20Aves%20de%20Andrade.pdf>>. Acesso em: 11 nov 2017.

ANDRAUS, L. M. S., MINAMISAVA, R. F.; MUNARI, D. B. **Comunicação com a criança no pré-operatório**. *Pediatria Moderna*, v. 40, n. 6, p. 242-246, ano 2004. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia2846&fase=imprime>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. **História social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATTONE, H. B. C. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: teoria e pratica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ÁVILA, E. M. M. **Comportamento de brincar e o relato de eventos encobertos relacionados à hospitalização: uma análise a partir da interação com duas crianças hospitalizadas**. Monografia (Curso de graduação em Psicologia), Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015.

BATISTA, C. V. M. **BRINCRANÇA: A criança enferma e o jogo simbólico**. Universidade Estadual de Campina, 2003. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/112/cleidemussini.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2016.

_____. O lugar do brincar no hospital: o faz-de-conta. In: **VII Congresso Nacional de Educação e V Encontro Nacional de atendimento ao escolar hospital**, 2007, Curitiba. VII Congresso Nacional de Educação e V Encontro Nacional de atendimento ao escolar hospital, 2007. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/martaeline/o-brincar-no-hospital>>. Acesso em 05 jun. 2016.

BEATRIZ, M. **O Traje das Crianças (2012)**. Disponível em: <<http://estudodainfancia.blogspot.com/2012/08/o-traje-das-criancas.html>>. Acesso em 05 jun. 2016.

BENJAMIN, W. **Reflexões sobre o brinquedo, a criança e a educação**. São Paulo: Ed. 34, 2002.

BOIZONAVE, L. F.; BARROS, T. M. **Ansiedade e Depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados**. Aletheia. n. 17-18, p. 135-143, dez/jan 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013455013.pdf>>. Acesso em 28 Mai 2017.

BONA, V. de. **Tecnologia e infância: ser criança na contemporaneidade**. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/3812?show=full>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

BRASIL. Lei Federal nº. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 29 mar. 2017.

_____. Lei Federal nº. 11.104, de 21 de março de 2005. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111104.htm>. Acesso em 05 mai. 2016.

_____. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/518231>>. Acesso em: 04 set. 2016.

BRASSOLATTI, M. M.; VERÍSSIMO, R. de L. Ó, M. A presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança hospitalizada: análise de literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 1, n. 13, p. 37-45, ano 2013. . Disponível em: <<https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/167-a-presena-dos-pais-e-a-promoo-do-desenvolvimento-da-criana-hospitalizada-anlise-da-literatura.html>> Acesso em: 28 nov. 2016.

Brincadeiras: Brincar com cata-vento. **Revista Crescer** (2008). Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI716-10528,00-BRINCADEIRAS+BRINCAR+COM+CATAVENTO.html>> Acesso em: 28 nov. 2016.

BURKER, P. **Testemunha ocular: O uso de imagens como evidência histórica**. 1 ed. Bauru, SP: EDUSC, 2004. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=MHw6DwAAQBAJ&pg=PA203&lpg=PA203&dq=banquete+de+casamento+camp%C3%B4nes&source=bl&ots=TOHSRQaiNp&sig=fD-u8FOwAbyNaXFgx5DNNbQVoqA&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwj29b704abcAhWtuFkKHenWC6YQ6AEIQTAG#v=onepage&q=banquete%20de%20casamento%20camp%C3%B4nes&f=false>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CALVETTI, P. U.; SILVA, L. M.; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. PSIC – **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 9, n. 2, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2017.

CARDOSO, A. C. de A. **Experiência dos pais na hospitalização da criança com doença aguda**. 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CASARIM, S. E. L. **Infância e imagem: filme publicitário escola e modos de ser criança**. Unesp. Rio Claro: 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90132/casarim_sel_me_rcla.pdf?sequenc e=1>. Acesso em: 20 set. 2017.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. A ética em Psicologia Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON. Valdemar Augusto (org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.N. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a07.pdf>>. Acesso em 31 jan. 2017.

CREPALDI, M. A.; RABUSKE, M. M.; GABARRA, L. M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____. **Programas de hospitalização conjunta: integrando os pais em enfermarias pediátricas**. 1999. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n2/v7n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CUNHA, F. A.; CREMASCO, G. S. da; GRADVOHL, S. M. O. O papel do psicólogo hospitalar segundo os pacientes hospitalizados, p.34, 2016. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v.7,n.2, p34-40. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3823/4546>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. **Famílias de crianças acometidas por doenças crônicas: representações sociais da doença**. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X1998000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 fev. 2017.

DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. O.; CARMO, P. H. S, do.; GALVÃO, S. S.; TEIXEIRA, S. S.; BALDOINO, E. F. **A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares**. *Psicol. hosp.* v. 11. n. 1. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002>. Acesso em: 20 jul. 2017.

FERREIRA, M. C. F. Psicanálise no hospital: o mais além do somático. In: _____ **Revista da Escola de Psicanálise do Maranhão**. São Luís, n. 3, p. 33-48, dez. 2000.

FIAUX, C.; CLEN, O. O "não-dito" e o compreendido: qual o lugar da criança? In: **Formação de profissionais e a criança-sujeito**. 2008. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100024&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FRANCO, Sérgio Gouveia de; O brincar e a experiência analítica. **Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica**, vol.6 nº1, p.45-59. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100003>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FREITAS, P. G. de. **O desenho da figura humana e o desenho da pessoa doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas**. 136-p. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-09062008-161059/pt-br.php>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

FREUD, Sigmund. Para além do princípio do prazer (1920). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol 18. Rio de Janeiro: Standart Brasileira; Imago, 1996.

_____. Escritores criativos e devaneios (1908). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol 09. Rio de Janeiro: Standart Brasileira; Imago, 1996.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), abr, v. 26, n. 1, p.20-30, ano 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4537>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

HEYWOOD, C. **Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ISAÍAS, R. F.; ALBUQUERQUE, K. M. de.; **O uso do brincar na escuta psicológica de crianças hospitalizadas: contribuições psicanalíticas**. V. 03, n. 6. Rio de Janeiro: Scientia, 2016. Disponível em: <http://flucianofejiao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/12/O_USO_DO_BRINCAR_NA_ESCUTA_PSICOLOGICA_DE_CRIANCAS_HOSPITALIZADAS_CONTRIBUICOES_PSICANALITICAS.pdf>. Acesso em 10 mar. 2018.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo**. Tese (Doutorado), PUC. São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/15847>> Acesso em jan. 2015.

_____. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. 2. ed. (D. Lichtenstein et al, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 1999.

KISHIMOTO, M. T. **Jogos, brinquedos e brincadeiras na educação**. 5ed. São Paulo: Cortez, 1997.

KLEIN, M. **Amor culpa e reparação e outros trabalhos 1921 1945**. Rio De Janeiro Imago: EDITORA, 1996.

_____. **Psicanálise da criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KOHAN, W. O. Infância e educação em Platão. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 11-26, jan/jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n1/a02v29n1.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

KRAMER, S.; LEITE, M. I. (orgs.). **Infância e produção cultural**. 5 ed. São Paulo: Papirus, 2006.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

LAJOLO, M. Infância de papel e tinta. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAZZARETTI, C. T. **Manual de psicologia hospitalar**. Curitiba: Unificado, 2007.

LEITE, M. L. M. A Infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: FREITAS, M. C. de. (Org). **História social da infância no Brasil**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARCHI, R. C. Trabalho infantil: representações sociais de sua instituição em Blumenau/SC. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 47, p. 249-265, jan/mar. 2013. Editora UFPR. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602013000100013>. Acesso em: 13 jun. 2017.

MARCÍLIO, Maria Luíza. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. In: FREITAS, Marcos Cezar de. **História social da infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, T. F. M. de M.; KUBOTA, A. M. A.; ALMEIDA, P. H. T. Q. de; PONTES, T. B. **Influência da educação integral na prevalência de transtorno do desenvolvimento da coordenação em crianças em idade escolar**. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Denize/Downloads/798-2386-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MENÇA, V. B.; SOUSA, S. S. P. S. **A criança e o processo de hospitalização: os desafios promovidos pela situação da doença**. Disponível em: <<http://studylibpt.com/doc/2795212/a-crian%C3%A7a-e-o-processo-de-hospitaliza%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

MESQUITA, D. A. de; SIVA, E. P. da; JUNIOR, J. R. R. O psicólogo atuando junto a criança hospitalizada. **Cadernos de Graduação** – Ciências Biológicas e da Saúde Fits, Maceió, v. 1, n. 2, p. 89-96, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/621>>. Acesso em: 09 ago. 2017

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A. Perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção de brincar em hospitais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva (on line)**. v. 12, n. 5, ano 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025>. Acesso em 20 out. 2015.

_____. **Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3550>>. Acesso em: 01 dez 2016.

MONDIN, C. C. da S. D.; FONTES, C. M. B. **Programa “mãe-participante.** 1999. Disponível em: <<http://text-br.123dok.com/document/nq7gw3rq-programa-mae-participante.html>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

MONTEIRO, L. F. L. M. **Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar: Percepções de crianças sobre a doença.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2007. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado/tde_arquivos/5/TDE-2008-09-16T072915Z-1421/Publico/LucianaFLMM.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2015.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil** Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004. *Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2015

MOTTA, X. F. da; SILVA, R. D. Um olhar possível sobre a infância. **Revista eletrônica do instituto humanidades**, v. 10 n. 35, p. 36-50, 2011. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/reihm/article/view/1579/888>>. Acesso em: 20 out. 2016.

NASCIMENTO, C. T. do; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. de. A construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. **Revista Linhas:** Florianópolis. v. 9, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1394/1191>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança família. **Rev. Latino Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

PEDRO, I. C. da S.; NASCIMENTO, L. C.; POLETI, L. C.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F.; LUIZ, F. M. R. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil a perspectiva de crianças e seus acompanhantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2. p. 111-119, mar.abr.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PLATÃO. **As leis, ou da legislação e epinomis.** Tradução: Edson Bini. 2. ed. Bauru-SP: Edipro, 2010.

POSTMAN, N. **O Desaparecimento da Infância**. Tradução: Suzana Menescal de A. Carvalho e José Laurenio de Melo. Rio de Janeiro: Graphia Editorial, 1999.

RODRIGUES, A. C.; OLIVEIRA, A.; SANTOS, E. V.; NASCIMENTO, J.; SANTOS, J. **Jogos, brincadeiras e esportes na Idade Medieval (2016)**. Disponível em: <<http://horizontesludicos.blogspot.com/2016/06/jogos-brincadeiras-e-esportes-na-idade.html>>. Acesso em: 19 de set 2017.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou da educação**. 3. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SANTA ROZA, E. R.; REIS, E. S. **Da análise na infância ao infantil na análise**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1973. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/danielaeuclides3/introduo-a-obra-de-melanie-klein-hanna-segal-1?qid=aecd3620-e69b-4a1a-a693-fa0e352f3178&v=&b=&from_search=1>. Acesso em 24 fev. 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. S.; PINTO, M. A.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev Dor**, 2011 out-dez; 12 (4), 314-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>> Acesso em: 21 de abril de 2014.

SILVEIRA, A. O.; ANGELO, M.; MARTINS, S. R. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 212-7, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a12.pdf>> . Acesso em: 15 dez 2016.

SOARES, A. **Os brinquedos artesanais do nordeste brasileiro (2012)**. Disponível em: <<https://paperjimum.blogspot.com/2012/10/os-brinquedos-artesanais-do-nordeste.html>> . Acesso em: 15 dez 2016.

SOARES, M. R. Z.; ZAMBERLAN, M. A. T.; **A inclusão do brincar na hospitalização infantil**. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 18, n. 2, p. 64-69, maio/agosto 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v18n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SOUZA, E. M. do C. D. de; BARROS, M. de L. G. A. O mal-estar da culpa. In: MOURA, M. D. de. **Psicanálise e hospital: a criança e sua dor**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

VITORINO, S. C.; LINHARES, M. B. M.; MINARDI, M. R. F. L. Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. **Estud. psicol.** Natal, v. 10, n. 2, May/Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200014>. Acesso em: 18 mai. 2016.

VORCARO, A. M. R. **A criança na clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

WEINMANN, A. O. **Infância: um dos nomes da não razão.** Tese de pós graduação (Doutor em educação). Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14826/000668496.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

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

_____. **A criança e seu mundo.** Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2008.