

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Ana Cristina D'Oliveira Rocha

Proposta de intervenção terapêutica à criança recém-hospitalizada à luz da
teoria psicanalítica winnicottiana: privacidade e espaço pessoal.

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Ana Cristina D'Oliveira Rocha

Proposta de intervenção terapêutica à criança recém-hospitalizada à luz da teoria psicanalítica winnicottiana: privacidade e espaço pessoal.

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação da Profa., Dra. Marlise Aparecida Bassani.

SÃO PAULO
2007

Banca Examinadora

FICO ASSIM SEM VOCÊ

*Avião sem asa, fogueira sem brasa
Sou eu assim sem você
Futebol sem bola,
Piu-piu sem frajola
Sou eu assim sem você*

*Por que é que tem que ser assim
Se o meu desejo não tem fim
Eu te quero a todo instante
Nem mil alto-falantes
Vão poder falar por mim*

*Amor sem beijinho
Buchecha sem Claudinho
Sou eu assim sem você*

*Tô louco pra te ver chegar
Tô louco pra te ter nas mãos
Deitar no teu abraço*

*Retomar o pedaço
Que falta no meu coração*

*Eu não existo longe de você
E a solidão é o meu pior castigo
Eu conto as horas pra poder te ver
Mas o relógio tá de mal comigo*

Por quê? Por quê?

*Neném sem chupeta
Romeu sem Julieta
Sou eu assim sem você
Carro sem estrada
Queijo sem goiabada
Sou eu assim sem você*

(Abdullah/ Cacá Moraes)

Agradecimentos

Marlise Aparecida Bassani, quero te agradecer por ter depositado confiança em mim, mesmo em meus momentos de maior fragilidade e dor, neste percurso intenso e belo que é a busca e a construção do conhecimento. Nunca nos esquecemos das pessoas que foram base em nossas vidas. Você foi um dos alicerces deste meu percurso, por ter ensinado, com ética e afeto, uma possibilidade de trajetória como pesquisadora, professora e psicóloga, ajudando-me a ampliar meus horizontes.

Maria Fernanda Cunha Cassavia, quero te agradecer por ter me auxiliado a colocar os pés no chão, a olhar a vida através dos olhos da realidade. Você é para mim um modelo de postura e ética. Você foi fundamental em meu percurso na vida adulta e seus ensinamentos me acompanharão em toda minha vida.

Tales Ab´Saber, te agradeço por ter me incentivado a mergulhar, sem medo, em meu trabalho como psicoterapeuta. Compreendi, com sua ajuda, o verdadeiro significado de oferecer à criança um ambiente de acolhimento e afeto, para que ela possa amadurecer.

Agradeço a CAPES, pelo auxílio oferecido através da bolsa de estudos, com a qual foi possível concluir meu trabalho.

Alfredo Naffah Neto, Matilde Neder e Leopoldo Fulgêncio. Agradeço a vocês, por terem me auxiliado em um momento crítico do meu trabalho. Vocês o fizeram com paciência, mas, sobretudo, com ética e sabedoria. O respeito que vocês tiveram para com meu trabalho foi fundamental e incentivador.

Agradeço a meus colegas de trabalho, mas, sobretudo, amigos de vida.

Mireile, você foi amiga presente nestes momentos difíceis e trabalhosos. Pude crescer muito em nossas diferenças, mas, principalmente, pelo respeito que sempre nos acompanhou.

Silene, Otávia, Aidecivaldo e Jorge. É muito gratificante tê-los em meu dia-a-dia de trabalho, pela companhia afetuosa, amiga, mas principalmente, onde reina a troca de conhecimento e de vida.

Kleber, te agradeço por ter me auxiliado em momentos críticos de minha vida. Você foi fundamental em minha história pessoal e profissional, nos momentos em que mais precisei.

Meus colegas do mestrado, especialmente do grupo de orientação: Lílian, Márcia, Ciça, Sílvio, Marina, Eduardo, Alcides, Ida, Bina, Ana Rosa, Melina, Érika, Carol e Celso, o meu carinho e gratidão pelas idéias e sugestões que enriqueceram meu trabalho.

À minha família, minha gratidão e amor.

Mãe, Maria Helena, você me ensinou o significado de se levar o amor até às suas últimas conseqüências, por isso te agradeço. Admiro sua força e sua capacidade de luta.

Pai, Sérgio, obrigada por seu amor. Em seu colo aprendi a brincar. Em minha vida adulta pude reconhecer em você um homem sensato, sábio e incentivador. Você me ensinou as bases para a busca do conhecimento e a curiosidade e a paixão pela vida.

Tia Lourdinha e Tia Tatândia, obrigada pelo carinho, pelo amor e pela entrega maternal. Reconheço em vocês grandes mulheres, lutadoras.

Luisa, Teddy e Tuim, obrigada pela cumplicidade, amizade e apoio que sempre acompanharam nossas vidas. Nossas vidas sempre estarão ligadas, com a intensidade, não do sangue, mas do amor.

Toninho, menininho, em sua simplicidade vejo a sabedoria da criança. Obrigada por ter me ajudado sorrindo, brincando e cantando.

Eliane, uma amizade se faz através de conquistas. Em nossa história, realizamos várias, principalmente a do respeito e da compreensão. Por isto só vejo verdade em nossa amizade. Obrigada pelo apoio e paciência.

Amigas na vida: Lívia, Karina e Camila. A convivência com vocês, em nossa vida social, foi muitas vezes um refresco em meio a tanta luta. Obrigada pelo afeto.

RESUMO

ROCHA, Ana Cristina D'Oliveira. "Proposta de intervenção terapêutica à criança recém-hospitalizada à luz da teoria winnicottiana: privacidade e espaço pessoal." São Paulo, 2007.

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani.

O objetivo da presente pesquisa foi propor e analisar uma intervenção terapêutica de caráter psicanalítico a partir do brincar com a criança recém hospitalizada à luz da teoria winnicottiana. O objetivo específico foi analisar as contribuições da Psicologia Ambiental à proposta de intervenção terapêutica, especificamente os fenômenos de privacidade e espaço pessoal.

Foi realizado o estudo de caso em hospital público com dois sujeitos, sendo eles um menino de 5a6m e uma menina de 4a11m. O método consistiu em: entrevista semidirigida com as respectivas mães e intervenção terapêutica a partir do brincar com cada criança, nos dois primeiros dias de internação.

Com os dados colhidos foi possível realizar a hipótese de diagnóstico psicológico de cada caso, tendo como base a teoria winnicottiana. A hipótese remeteu a qual fase do amadurecimento a criança supostamente se encontrava e como desde bebê ela pareceu se relacionar com a realidade, desenvolvendo formas particulares de brincar.

A forma como cada criança se desenvolveu pareceu consoante às suas reações e ao estabelecimento da interação e do brincar em intervenção junto à pesquisadora. Os fenômenos da privacidade e espaço pessoal foram observados no processo de intervenção também em consonância às formas como cada criança apreendeu desde bebê a realidade, e às expressões de seus sentimentos, emoções e percepções no momento da intervenção.

Pareceu ter sido fundamental ao estabelecimento da interação e à sua continuidade, assim como à continuidade do brincar estabelecido, o conhecimento e o respeito às necessidades e desejos de cada criança por privacidade e às suas formas de demarcação do espaço pessoal.

Percebeu-se, também, que o oferecimento da possibilidade de brincar, que se deu de forma não invasiva e coerente aos desejos e necessidades de cada criança, contribuiu à construção de um ambiente de acolhimento, e assim elas puderam se expressar em consonância a seu verdadeiro *self*.

Concluiu-se que existe a necessidade de desenvolvimento de mais estudos sobre como oferecer à criança hospitalizada um ambiente de acolhimento propício ao brincar, no início da internação. A identificação e as expressões de privacidade e espaço pessoal pelos sujeitos puderam contribuir às propostas de intervenção, inclusive às que se baseiam na teoria winnicottiana.

Palavras-chave: psicologia ambiental; hospitalização infantil; intervenção terapêutica winnicottiana.

ABSTRACT

ROCHA, Ana Cristina D'Oliveira. "A Proposal of therapeutic intervention for a recently hospitalized child in the light of the winnicottian theory: privacy and personal space." São Paulo, 2007.

Adviser: Prof. Marlise Aparecida Bassani M.D.

The objective of this paper is to propose and analyze a therapeutic intervention of a psycho-analytical character by playing with a recently hospitalized child in the light of the Winnicottian theory. The specific objective is to analyze the contributions from the Environmental Psychology to the proposal of therapeutic intervention, specifically the privacy and personal space phenomena.

A study with two subjects was conducted in a public hospital, with a 5-year-and-6-month boy and a 4-year-and-11-month girl. The methodology consisted in: semi-guided interview with the respective mothers and therapeutic intervention by playing with each child in the first two days of hospitalization.

With the collected data it was possible to make a psychological diagnostic hypothesis for each case, utilizing the Winnicottian theory. The hypothesis determined in which developmental stage the child supposedly was and how he or she has seemed to relate to reality since they were babies, developing individual manners of playing.

The manner in which each child has developed seemed consistent with the reactions and the rapport established in playing in intervention with the researcher. The privacy and personal space phenomena were observed during the intervention process and were also coherent with the ways each child developed since babies to the reality, expression of their feelings, emotions and perceptions at the moment of intervention.

It seemed to have been fundamental to the establishment of interaction and its continuity, as well as the continuity of the established playing, the knowledge of and respect for each child's need and desire for privacy and their own ways to mark the personal space.

It was also realized that offering the possibility of playing, that was made in a non-invading way and coherent with each child's desires and needs, contributed for the building of an environment where there was acceptance and, therefore, they were able to express themselves according to their real self.

It was concluded that there is need for more studies to be developed about how to offer hospitalized children a caring environment in which playing is incentivated, in the beginning of hospitalization. The identification and the expressions of privacy and personal space by the subjects could contribute to the

Key words: Environmental Psychology, child hospitalizing, winnicottian therapeutic intervention

SUMÁRIO

| | |
|---|-------|
| INTRODUÇÃO..... | p.001 |
| Colocação do problema..... | p.005 |
| Capítulo 1: A CRIANÇA HOSPITALIZADA: DO CUIDAR AO BRINCAR..... | p.007 |
| 1.1 Formas do pensar dos profissionais acerca dos cuidados e do brincar em hospitalização..... | p.008 |
| 1.2 Formas do agir dos profissionais: compreendendo a criança e desenvolvendo ações terapêuticas..... | p.012 |
| 1.2.1 Com a palavra, a criança..... | p.012 |
| 1.2.2 O processo de interação: a promoção do brincar..... | p.015 |
| 1.3 Sobre os estudos com a criança hospitalizada – considerações e novas propostas..... | p.022 |
| Capítulo 2: A FUNÇÃO DO BRINCAR E O ESPAÇO POTENCIAL: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL DE D. W. WINNICOTT..... | p.026 |
| 2.1 Do objeto subjetivo ao objeto objetivo: o objeto transicional e o espaço potencial..... | p.026 |
| 2.1.1 Os estágios de dependência absoluta: o objeto subjetivo..... | p.027 |
| 2.1.2 Os estágios de dependência e independência relativas: o objeto transicional e o objeto objetivo..... | p.030 |
| 2.2 A comunicação com a criança: o brincar e seus desdobramentos..... | p.037 |
| 2.2.1 O brincar no hospital: ambiente terapêutico..... | p.040 |
| Capítulo 3: ESTUDOS EM PSICOLOGIA AMBIENTAL: PRIVACIDADE, ESPAÇO PESSOAL E O AMBIENTE HOSPITALAR..... | p.044 |
| 3.1 Considerações sobre a psicologia ambiental, psicologia clínica e a teoria psicanalítica..... | p.045 |
| 3.2 A Privacidade..... | p.046 |
| 3.2.1 As dimensões da privacidade..... | p.049 |

| | |
|---|-------|
| 3.2.2 O modelo de privacidade de Altman..... | p.050 |
| 3.3 O Espaço pessoal..... | p.052 |
| 3.3.1 Distâncias interpessoais..... | p.054 |
| 3.3.2 Influências sobre o espaço pessoal..... | p.055 |
| 3.4 Considerações sobre a privacidade, espaço pessoal e o ambiente hospitalar..... | p.056 |
| | |
| Capítulo 4: MÉTODO..... | p.061 |
| 4.1 Considerações metodológicas..... | p.061 |
| 4.2 Sujeitos..... | p.061 |
| 4.3 Local..... | p.062 |
| 4.4 Instrumentos e materiais..... | p.065 |
| 4.4.1 Entrevista semi-estruturada a ser feita com a mãe ou pai, ou parente próximo responsável pela criança..... | p.065 |
| 4.4.2 Prontuário da criança..... | p.066 |
| 4.4.3 Brinquedos não estruturados..... | p.066 |
| 4.4.4 Gravador de áudio e máquina fotográfica..... | p.067 |
| 4.5 Procedimentos..... | p.067 |
| 4.5.1 Primeiro dia de intervenção terapêutica através do brincar..... | p.067 |
| 4.5.2 Segundo dia de intervenção terapêutica através do brincar..... | p.070 |
| 4.5.3 Aplicação da entrevista semi-estruturada com a mãe ou pai, ou outro parente próximo responsável pela criança..... | p.070 |
| 4.6 Devolutiva..... | p.071 |
| 4.7 Cuidados Éticos..... | p.071 |
| | |
| Capítulo 5: RESULTADOS E ANÁLISE DO PRÉ-TESTE..... | p.073 |
| 5.1 As categorias para a análise e seus significados..... | p.073 |
| 5.2 Sujeito 1: Resultados e análise..... | p.079 |
| 5.2.1 O resumo do primeiro dia de intervenção terapêutica e as categorias..... | p.079 |

| | |
|--|-------|
| 5.2.2 O resumo do segundo dia de intervenção terapêutica e as categorias..... | p.082 |
| 5.2.3 Algumas observações acerca da intervenção terapêutica..... | p.086 |
| 5.2.4 Dados da entrevista com a mãe da criança..... | p.087 |
| 5.2.5 Hipótese de diagnóstico psicológico..... | p.090 |
| 5.2.6 Análise..... | p.091 |
| 5.3 Sujeito 2: Resultados e análise..... | p.101 |
| 5.3.1 O resumo do primeiro dia de intervenção terapêutica e as categorias..... | p.101 |
| 5.3.2 O resumo do segundo dia de intervenção terapêutica e as categorias..... | p.104 |
| 5.3.3 Algumas observações acerca da intervenção terapêutica..... | p.109 |
| 5.3.4 Dados da entrevista com a mãe da criança..... | p.110 |
| 5.3.5 Hipótese de diagnóstico psicológico..... | p.113 |
| 5.3.6 Análise..... | p.114 |
| 5.4 Análise dos sujeitos 1 e 2: a compreensão das crianças e as possibilidades de auxílio terapêutico..... | p.120 |
| Capítulo 6: DISCUSSÃO..... | p.125 |
| Capítulo 7: CONCLUSÃO..... | p.141 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | p.144 |
| APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada | |
| APÊNDICE B – Modelo do termo de consentimento | |
| APÊNDICE C – Termo de compromisso do pesquisador | |
| ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética da PUC-SP | |

INTRODUÇÃO

Meu trabalho como psicóloga em um Hospital Escola em uma cidade do sul de Minas Gerais tem abarcado, nos dez anos de atividade, o contato com crianças. Eu observava diferenças em relação ao meu trabalho no consultório. Chamava a minha atenção algumas características delas na internação. As crianças hospitalizadas ficavam por vezes recolhidas em seu leito, não estabelecendo contato visual e verbal com suas mães ou pessoal da equipe, principalmente nos primeiros dias da internação; por outras vezes, encontravam-se diante da televisão localizada na sala de recreação, sem conversar com as demais crianças e pareciam indiferentes aos outros estímulos ali presentes. Outras situações encontradas foram a do choro excessivo e ininterrupto e o brincar monótono e repetitivo. A intervenção terapêutica se fazia necessária, e o que eu buscava era uma troca com estas crianças de forma que eu compreendesse o que estavam sentindo e elas compreendessem o que estavam vivendo. Brincar sempre foi o instrumento para chegar a elas, mesmo quando elas não conseguiam brincar, e este fato eu pude compreender com os estudos na abordagem psicanalítica de Winnicott.

A intervenção junto à criança recém-hospitalizada parecia fundamental, tendo em vista o que observava nos primeiros dias de internação. Era muito comum vê-la no leito, sem dirigir-se à sala de recreação, e observava que estes dias iniciais pareciam fundamentais ao processo da internação assim como críticos, já que ela se deparava com um ambiente estranho ou desconhecido, e se encontrava distante de seus objetos, pertences e espaços os quais se relacionava em seu cotidiano.

Desde 2003, passei a lecionar na Faculdade de Medicina vinculada a este hospital onde trabalhava. As exigências profissionais me levaram ao Mestrado e a um

novo posicionamento profissional: a prática de psicóloga seria revisitada pelo olhar de pesquisadora. O desejo seria o terreno para a construção do conhecimento.

Durante o processo do Mestrado, tive a oportunidade de enriquecer meu aprendizado, entrando em contato com os conhecimentos da Psicologia Ambiental, e com os estudos que já estavam sendo realizados nas áreas da Psicologia Hospitalar e da Psicologia Ambiental com mútuas contribuições. Uma pequena parcela deste processo de construção eu pude acompanhar em grupo de orientação, durante todo o mestrado, o que foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

O objetivo do presente trabalho é propor e analisar uma intervenção terapêutica de caráter psicanalítico através do brincar com a criança recém-hospitalizada à luz da teoria winnicottiana.

A fim de desenvolver o objetivo do presente trabalho, foi feita a revisão bibliográfica acerca da intervenção terapêutica, inclusive através do brincar com a criança hospitalizada. Soares e Zamberlam (2001) estudaram o uso do brincar no incentivo à expressão de sentimentos e fantasias para que a criança hospitalizada pudesse desenvolver recursos e repertório comportamentais e enfrentar a ansiedade, o medo e o sentimento de falta de controle. Oliveira, Dias e Roazzi (2003) propuseram que o brincar auxilia a criança hospitalizada a elaborar conflitos, de forma que a hospitalização seja integrada à vida e se produzam novos significados.

Tendo em vista as possibilidades de superação dos conflitos pela criança hospitalizada quando se intervêm junto a ela através do brincar, busquei, então, os respaldos teóricos em Winnicott, sobre o brincar e os objetos e fenômenos transicionais a constituir outro capítulo.

No brincar pode ocorrer a comunicação, a criatividade e a expressão verdadeira do eu do indivíduo. Por sua vez, os objetos e fenômenos transicionais são os conceitos fundamentais para a compreensão do brincar. Segundo Winnicott [1971] (2005) os objetos e fenômenos transicionais incidem na área da experiência. A criança ou o adulto que estiverem fazendo uso desta experimentação, estão podendo brincar.

Segundo Winnicott [1971] (2005), a partir do relaxamento baseado na confiança o criativo pode emergir. O relaxamento pode propiciar a atividade criativa, física e mental e sua manifestação dá-se na brincadeira. Um ambiente sustentador facilita o processo de brincar e significa fundamentalmente a presença e a ação de uma pessoa inicialmente com funções muito próximas a maternagem.

Com o conhecimento dos estudos em Psicologia Ambiental, e o aprofundamento nos estudos sobre a Privacidade¹ e o Espaço Pessoal², procurei compreender mais profundamente as formas através das quais o ambiente (acolhedor ou invasivo) pode ser fundamental no processo do amadurecimento humano. Eu comecei a questionar como um estudo descritivo poderia auxiliar na compreensão das diferentes formas de expressão da criança, assim como a aproximar da criança, tarefa aparentemente fácil, mas que requer observação minuciosa de seus comportamentos e de suas expressões corporais, de forma que seu espaço não seja invadido. Este conhecimento poderia ser

¹ Privacidade para Altman (1975) citado em Gifford (2002) refere-se ao “(...) selective control of access to the self or to one’s group” (p.211). “(...) controle seletivo do acesso sobre si mesmo ou sobre um grupo.” (Tradução livre da autora).

² Espaço Pessoal, para Sommer (1973), pode ser empregado para definir a zona emocionalmente carregada, que cada pessoa possui à sua volta, e que regula os espaços entre ela e as demais pessoas.

útil no auxílio da diminuição das ansiedades da criança, e também poderia ser facilitador do processo do brincar, e por este motivo irá constituir o terceiro capítulo.

Desta forma, estes estudos irão sustentar a presente pesquisa, possibilitando a análise da intervenção terapêutica às crianças recém-hospitalizadas.

No campo teórico desta pesquisa, procurar-se-á abranger as pesquisas atuais sobre a intervenção terapêutica na hospitalização infantil no primeiro capítulo, estudos sobre o brincar a partir da ótica winnicottiana no segundo capítulo, assim como estudos na área da Psicologia Ambiental a respeito de privacidade e espaço pessoal e que sustentem o significado e implicações de ambiente/ modificações no ambiente no terceiro capítulo.

No campo prático, a partir do respaldo dado pelo levantamento bibliográfico, utilizar-se-á como metodologia o estudo de caso com crianças internadas de forma a estudar o processo de intervenção terapêutica através do brincar assim como analisar as reações emocionais da criança que transparecem em seu processo de brincar no período do primeiro e segundo dia de internação.

Colocação do problema

O objetivo do presente trabalho é:

“Propor e analisar uma intervenção terapêutica através do brincar com a criança recém-hospitalizada à luz da teoria psicanalítica winnicottiana.”

O objetivo específico é analisar as contribuições da Psicologia Ambiental à proposta de intervenção terapêutica, especificamente os conceitos de espaço pessoal e privacidade.

Foi escolhida a intervenção terapêutica através do brincar, tendo em vista os estudos de Winnicott [1971] (2005), que analisa o processo de brincar. O autor propõe e justifica que as diversas possibilidades de brincar são uma característica da saúde e impulsionam o desenvolvimento emocional e a comunicação. Winnicott descreve a evolução da incapacidade de brincar para a capacidade de brincar junto com outras pessoas e compartilhando suas experiências, através de diversos estágios: não conseguir brincar, brincar solitário, brincar na presença de alguém, até o brincar compartilhado.

A intervenção terapêutica através do brincar será uma forma de oferecer à criança hospitalizada o ambiente continente e facilitador do brincar, dos seus aspectos saudáveis e da comunicação. Além disso, os conceitos de privacidade, espaço pessoal e as conseqüências da invasão espacial são importantes aspectos a serem observados durante a intervenção de forma a tornar o ambiente hospitalar favorável à comunicação e à saúde da criança.

Compreendendo a privacidade como um processo dialético, os autores Valera e Vidal (2002) delimitaram a existência de vários vetores envolvendo o fenômeno, como a

pessoa com suas necessidades e expectativas, o contexto sócio-ambiental, a interação em si e sua ocorrência em um tempo específico. Este processo, uma vez compreendido, pode auxiliar na comunicação.

Sommer (1973) colocou que os pacientes do hospital queixavam-se da violação de seu espaço pessoal e tinham dificuldades para afastar os intrusos. Apesar do autor não diferenciar a atitude das crianças, é provável que estas também tenham dificuldades para delimitar seu espaço.

Desta forma, os conceitos da Psicologia Ambiental parecem contribuir à proposta de intervenção terapêutica, por ampliar o significado e a compreensão do que seja um ambiente de respeito às necessidades da criança hospitalizada. Os estudos à luz da teoria winnicottiana parecem fundamentais à compreensão e análise do processo de brincar e embasam teoricamente a proposta de intervenção terapêutica.

Capítulo 1: A CRIANÇA HOSPITALIZADA: DO CUIDAR AO BRINCAR

A hospitalização pode marcar a vida da criança e da sua família de diversas formas, porque cada par criança-família experimentará este período de forma particular, o que poderá gerar mudanças propiciadoras do amadurecimento ou da estagnação em seu processo de amadurecimento. Diversos profissionais da área de saúde com atuação em enfermagem pediátrica têm refletido acerca de possibilidades de ação sobre elas de forma a desenvolver técnicas que possam minimizar seu sofrimento e auxiliar seu bem-estar e conforto.

Sem dúvida, a hospitalização pode marcar também a vida do profissional, uma vez que pode ser geradora de diversos sentimentos e reflexões acerca da vida e da morte, das limitações pessoais e possibilidades humanas. Baseados em seus conhecimentos teóricos, e mobilizados por seus pensamentos e sentimentos, os profissionais têm desenvolvido formas de compreender, avaliar e atuar sobre a criança.

Foi realizado o levantamento bibliográfico obtendo-se pesquisas práticas e teóricas realizadas por profissionais de saúde, no período de 1995 a 2005. Os estudos ora eminentemente teóricos, ora avaliativos, ora de intervenção, focaram a promoção dos cuidados e do brincar³ no contexto da hospitalização.

Desta forma, o presente capítulo trará à tona pesquisas realizadas pelos profissionais da área de saúde que propiciaram conhecimento e análise de intervenções para a melhora do estado emocional da criança, o que poderá representar

³ Que não se desvinculam, uma vez que o oferecimento de cuidados suficientemente bons (neste contexto, o ambiente terapêutico) será a base para a experimentação do brincar, conforme Winnicott [1971] (2005), [1988](1990). O segundo capítulo trará um aprofundamento neste tema.

os sentimentos e pensamentos dos profissionais e das crianças acerca da hospitalização.

1.1 Formas do pensar dos profissionais acerca dos cuidados e do brincar em hospitalização

Para que se introduza o tema das ações terapêuticas junto à criança hospitalizada e família, parece importante que antes se procure compreender os pensamentos dos profissionais acerca do cuidado e do brincar em hospitalização, uma vez que a ação técnica por si só não basta, e só terá significado quando se puder conhecer o que se tem refletido sobre o tema. A hospitalização pode ser geradora de mudanças também no profissional, que só a partir de sua mobilização afetiva e reflexão sobre ela conseguirá agir de forma verdadeiramente terapêutica, uma vez que poderá entrar em contato com suas limitações e possibilidades.

Foram realizadas pesquisas que objetivaram compreender como a enfermagem aceita a presença dos pais em enfermaria, no período de internação da criança. Pai e Soares (1999) trazem em pesquisa realizada por meio de entrevistas, o ponto de vista das enfermeiras e cuidadores acerca da função de cuidar e o papel dos pais no período de internação infantil. Os enfermeiros valorizaram a permanência dos pais em enfermaria, inclusive no sentido de transmitir segurança e proteção à criança durante a internação. Apresentaram dificuldades em objetivar os cuidados que os pais poderiam auxiliar a exercer, também apresentaram dificuldades em valorizar o conhecimento deles acerca dos costumes, hábitos e preferências da criança. Os autores valorizam a importância da aceitação da família com sua visão de saúde e cuidado assim como a permissão da participação efetiva dela na assistência à criança. Silva e Ribeiro (2000)

também valorizam nas considerações finais de sua pesquisa junto a crianças internadas, a inclusão da família nos cuidados oferecidos à criança.

Em pesquisa de campo, Collet e Rocha (2004) tiveram como objetivo verificar em que momentos, em quais cuidados e de que forma as mães são incluídas e como acontece a negociação equipe de enfermagem e mães. Perceberam dificuldade da enfermagem em se organizar para a negociação de cuidados e inclusão das mães, ocorrendo acordos velados e não explícitos. Propuseram a necessidade de inserir a família nos cuidados, mas consideraram existir dificuldade da equipe em possibilitar condições e oferecer recursos para que isto ocorra. Concluem os autores que atitudes compreensivas por parte da enfermagem poderiam auxiliar na criação de um ambiente onde as mães pudessem suportar a hospitalização com mais fortalecimento e segurança.

Pode-se vislumbrar alguns focos de possível tensão entre a equipe de enfermagem e mães. Mesmo sendo valorizadas em sua presença, a internação conjunta mãe-criança força mudanças na estruturação dos cuidados. Apesar de não haver pesquisas citadas a respeito de como o restante da equipe vem lidando com a presença da família no período de internação, pode-se supor que este foco de tensão se amplie para toda a equipe. Provavelmente, tais pesquisas tendem a focar mais a enfermagem porque é ela que passa a maior parte do tempo exercendo os cuidados sobre a criança, e conseqüentemente, junto às mães.

Parece necessário que se amplie o olhar para além dos cuidados sobre a criança, ou seja, para os cuidados também sobre a família, uma vez da existência da internação conjunta criança-mãe. Pinto, Ribeiro e Silva (2005) em pesquisa de campo objetivaram compreender o significado das interações vivenciadas pelas famílias de

crianças hospitalizadas, e propuseram e destacaram a importância da equipe compreender suas expressões de agressividade, dispersão, medo, preocupação e dificuldade de entendimento da situação.

Aqui cabe uma reflexão acerca da necessidade do preparo dos profissionais diretamente envolvidos nos cuidados sobre a criança, que deveria envolver conhecimento e capacidade de reflexão acerca das próprias limitações e possibilidades no trato com o paciente. Não parece uma atitude construtiva apenas apontar as falhas, e sim desenvolver um olhar compreensivo acerca da pressão vivida constantemente por este profissional. Este olhar deveria servir como incentivo à valorização do aprimoramento em pesquisas e assistência psicológica durante a formação acadêmica; assim como a assistência psicológica à equipe, seja através de orientações diretamente junto à equipe, seja colaborando na assistência dada ao paciente.

De uma forma geral, os profissionais de saúde estão atentos e parecem valorizar a assistência emocional à criança internada. Colocam o brincar como uma das formas de se comunicar e auxiliar a criança a amenizar seu sofrimento.

Mitre e Gomes (2004) pesquisaram e analisaram os significados dados para a promoção do brincar pelos profissionais de saúde que trabalham com o brincar no contexto da hospitalização infantil. Os resultados indicaram que a promoção do brincar é sentida como algo que: é prazeroso, possibilita a saída do isolamento propiciado pela internação; repercute de forma positiva nos acompanhantes; pode facilitar a interação entre os profissionais de saúde, as crianças e os acompanhantes, sendo um veículo de comunicação; pode valorizar a experimentação individual, a liberdade de expressão e possibilitar escolhas; e, por fim, é algo que pode possibilitar a elaboração de vivências, com redução da angústia, levando à tranquilização. Os autores concluíram que

promover o brincar não é somente dispor de espaço e brinquedos, mas promover uma forma de aproximação dos profissionais com as crianças de forma a facilitar a continuidade das experiências de vida. Através do brincar, o tratamento pode passar a ser visto não só pelo foco das limitações e incapacidades, mas também pelo prisma dos recursos existentes e resgatando a condição de ser criança também no ambiente de internação.

Mello *et al* (1999) também objetivaram conhecer as concepções dos profissionais pesquisados sobre o brincar na vida das crianças especialmente quando internadas. Discutiram as diferenças dos resultados sobre “pra que serve o brincar na vida da criança” e “pra que serve o brincar no hospital”. Perceberam que os profissionais pesquisados consideraram o brincar como uma atividade contextualizada, tendo uma diferente função conforme o local onde a criança se encontra. De acordo com tais autores, a função do brincar não é vista no hospital em consonância com a função de desenvolvimento como é vista na vida da criança, como se no hospital o profissional desconsiderasse os significados adquiridos prática e teoricamente, assimilando em seu lugar sentidos acerca do sofrimento gerados pela doença e hospitalização.

Neste mesmo artigo, os autores colocam que a atividade do brincar no hospital teria para os profissionais entrevistados o objetivo de distrair a criança, à qual caberia realizar a atividade de brincar desvinculada dos objetos e das pessoas presentes no hospital, já que o hospital seria considerado ambiente gerador de sofrimento. Assim, os adultos estariam tentando eliminar o sofrimento sem perceber que podem estar subestimando a capacidade da criança de elaborar e encontrar recursos para suportar o desconforto. Além disso, os autores perceberam que os profissionais não se sentem em condições de brincar com as crianças. Propuseram, ao contrário das restrições ao

brincar que observaram, que a atividade do brincar poderia ser exercida por qualquer profissional, bastando, às vezes simplesmente um jeito brincalhão ou uma conversa com a criança para que ela entendesse as situações como brincadeiras.

Apesar da valorização do brincar em hospitalização, há divergências acerca de seu uso. Ainda é difícil para o profissional de saúde brincar com o paciente, talvez porque não se compreenda que o brincar pode não ser necessariamente uma atividade em si, que exija conhecimento formal⁴ e estrutura física, mas pode ser também uma atitude que transpareça em gestos, mesmo os mais simples, que objetivem a comunicação com o paciente.

Procurou-se realizar um desenho acerca das formas de pensar dos profissionais, e percebeu-se algumas zonas de conflito: a inserção da família nos cuidados, e a promoção pontual do brincar em hospitalização.

1.2 Formas do agir dos profissionais: compreendendo a criança e desenvolvendo ações terapêuticas

A ação terapêutica com a criança hospitalizada pode ser compreendida de diversas formas, mas um ponto em comum é encontrado: o oferecimento do brincar. Para tanto, parece ser necessário, antes, conhecer suas necessidades, desejos e possibilidades neste espaço de internação.

1.2.1 Com a palavra, a criança.

⁴ Não se pretende desvalorizar o conhecimento e os estudos sobre o brincar, mas valorizar, também, a capacidade do brincar espontâneo e de comunicação que todo profissional, e não apenas o psicólogo, pode desenvolver, fazendo, para tanto, uma reflexão acerca de sua função de cuidador.

Guareschi e Martins (1997) realizaram pesquisa em enfermagem pediátrica, e levantaram pontos positivos e negativos encontrados pelas crianças internadas e seus acompanhantes e profissionais envolvidos. Em seus resultados perceberam que as crianças internadas valorizam as enfermeiras que cuidam delas, conversam, brincam e as compreendem, e também valorizam a recreação e o brincar. Queixam-se da equipe e dos procedimentos invasivos e dolorosos. Neste caso, os autores destacam a importância do estabelecimento da relação de confiança para o enfrentamento de procedimentos invasivos.

Silva e Ribeiro (2000) estudaram as percepções da criança sobre o cuidado oferecido pelo enfermeiro durante a hospitalização. Em sua maioria compreendem que os procedimentos utilizados em internação são formas de cuidado, valorizam o profissional que se esforça para seu bem-estar e que realiza um cuidado afetuoso e carinhoso. Percebem as dificuldades dos enfermeiros em incluí-las no tratamento. Demonstram medo da dor, e o sentimento de solidão quando na ausência de seus pais. Sentem-se restritas no seu ir e vir quando seus movimentos estão limitados, queixam-se dos procedimentos dolorosos e das restrições na alimentação. Mostram insatisfação quanto à alimentação, rotina e ambiente de recreação. Os autores concluíram que o cuidado humanizado, adequado e eficiente pode minimizar o impacto negativo da hospitalização. Destacaram, também, a importância do auxílio à criança para o enfrentamento e elaboração da situação de internação, em particular a atenção a seus sentimentos de dor, medo e solidão, incluindo-a como sujeito atuante no processo de tratamento. Evidenciaram, por fim, a importância da comunicação da criança com a equipe e do esclarecimento dos procedimentos a serem realizados.

A interação do profissional com a criança, portanto, é um aspecto observado e valorizado por ela. Desta forma, quando se dá a palavra à criança, percebe-se que ela não está de forma alguma alheia ao ambiente, ao contrário, está atenta e desejosa de cuidados afetuosos e de compreender o que está acontecendo com seu próprio corpo. Tendo isso em vista, os autores das pesquisas reforçaram a importância da promoção de uma interação eficiente e afetuosa, e da inclusão da criança como sujeito atuante nos procedimentos realizados em prol de sua recuperação.

Pesquisadores também dão a palavra à criança para conhecer como vêem o processo de brincar. Em estudo de Motta e Enumo (2004), é pesquisada a importância dada pela criança hospitalizada ao brincar, e quais atividades podem ser possíveis neste ambiente. A criança gosta de brincar porque através dessa ação sente a possibilidade do divertimento, da alegria e do prazer. Os autores propõem que o brincar é um recurso para lidar com as adversidades da hospitalização, para alterar o ambiente e se aproximar de seu cotidiano, ou seja, para tornar este espaço mais familiar e menos ameaçador. É proposta a intervenção psicológica que insira estratégias de enfrentamento eficazes levando em conta o que já existe no repertório comportamental da criança. São levantados dois pontos importantes para o profissional que faz uso do brincar: o respeito à autonomia da criança na escolha das brincadeiras e o tempo que esta deve ter para interagir com os estímulos com confiança. A base da pesquisa de campo realizada com as crianças foi a Psicologia Comportamental.

Quando se ouve suas preferências, desejos e necessidades, é possível se aproximar de uma intervenção verdadeiramente terapêutica e eficiente, porque neste caso a criança não se submete aos interesses do profissional, mas pode construir junto com ele o processo de brincar.

Aragão e Azevedo (2001) objetivaram investigar junto às crianças hospitalizadas suas preferências por recursos e atividades lúdicas de acordo com a faixa etária, e observar sua efetividade no processo de hospitalização. Perceberam que as crianças com idade entre 3 e 5 anos utilizam com mais frequência materiais de desenho e quebra-cabeças. Para a maioria das crianças, as atividades foram aceitas de forma a favorecer a interação, a expressão de sentimentos e verbalizações, tendo as atividades lúdicas função terapêutica. Também nesta pesquisa utilizou-se como base teórica a Psicologia Comportamental.

Deve-se considerar as diferenças entre as crianças, observando em que momento de seu processo de desenvolvimento elas se encontram, que não necessariamente envolve a idade cronológica, mas a sua capacidade de autonomia na escolha das brincadeiras e no seu desejo ou não de participar delas, além da confiança no ambiente. Apesar de terem sido citados nas pesquisas acima, não foi encontrada uma ligação entre tais aspectos, o que seria possível através de um estudo descritivo do processo de brincar.

1.2.2 O processo de interação: a promoção do brincar

Popovich (2003) estudou em sua pesquisa de campo a importância da inclusão da criança no plano de cuidados da enfermagem, de forma a explicá-la acerca dos procedimentos, facilitar a expressão emocional e respeitar suas necessidades de privacidade quando realizar os procedimentos e necessitar usar o banheiro. Refletiu acerca da inclusão da criança na participação dos procedimentos como sujeito, tendo o cuidado de fazê-lo de forma apropriada conforme suas possibilidades para o entendimento das orientações.

Também com foco na interação profissional-criança, Sadala e Antônio (1995) descreveram a interação da pesquisadora (aluna de enfermagem) com a criança, demonstrando a evolução de seu trabalho, e alertando para a importância de se analisar o processo da relação. Inicialmente, a aluna apresentava-se ansiosa, com dificuldades na aproximação e no desenvolvimento do sentimento de empatia e confiança. Apontaram, no decorrer das interações da pesquisadora com a criança, uma mudança em sua forma de pensar e agir, que passou a ser mais flexível e com menos defesas para com a criança. Em determinada etapa da pesquisa, ocorreu o brincar espontâneo entre ambas, assim como o desenvolvimento da aceitação e confiança mútuas.

Percebe-se, através das pesquisas levantadas, a preocupação cada vez maior sobre a relação do profissional com a criança. Para promover a comunicação, tem sido usado o brincar de diversas formas.

A técnica específica do brinquedo terapêutico é colocada por Ribeiro (1998). Refere-se a um instrumento de intervenção da enfermagem, ou seja, é um brinquedo estruturado que funciona como um recurso para a utilização de procedimentos como curativos e inalação. O autor descreve o uso do brinquedo durante o exercício de procedimentos técnicos por uma aluna de graduação em enfermagem. Foram observadas mudanças no comportamento da criança, assistida que foi através do brinquedo, quanto à aceitação da inalação. A equipe de saúde e a família perceberam as mudanças na criança no sentido de maior colaboração com o procedimento. Apesar de ter destacado a importância do uso do brincar durante os cuidados à criança, a aluna e pesquisadora verificou que a assistência emocional é muitas vezes deixada de lado, em função do tempo escasso para a ação técnica.

Em um estudo sobre o brinquedo terapêutico, Martins *et al* (2001) elaboraram um protocolo contendo procedimentos para o preparo de crianças pré-escolares para a punção venosa e sua eficácia. O trabalho foi realizado de forma que a criança pudesse compreender o procedimento de punção venosa, passo a passo, em linguagem simples e respeitando sua capacidade para o entendimento do que seria feito. As crianças ficaram mais cooperativas, se relacionaram melhor e entenderam a necessidade e técnica da punção venosa.

O trabalho terapêutico facilita a comunicação e diminui o sofrimento da criança. Nestes artigos pode-se perceber que o processo de interação do enfermeiro com a criança, assim como a aproximação não tensa, auxilia a criança a relaxar e a compreender os procedimentos propostos. Pesquisas que venham a descrever o processo de aproximação com a criança e o respeito a seu ritmo para a apreensão das situações a que está submetida⁵ podem ser úteis para um aprofundamento do tema.

Sem dúvida, a criança está submetida a uma diversidade de estímulos, novos, dolorosos, estranhos. Mas que podem ser a matéria prima do brincar, dependendo da forma como são usados pela tríade criança – família – profissionais. Furtado e Lima (1999) propõem a discussão sobre a riqueza de estímulos do ambiente hospitalar. Os estímulos não devem ser negligenciados, e sim, devem ser observados, assim como seus efeitos causados no desenvolvimento infantil, de forma a conduzir a hospitalização de forma menos traumática na vida da criança. Discutiram o uso que a criança pode fazer do ambiente hospitalar: quando ela tem possibilidade, pode transformar os instrumentos hospitalares em brinquedos, elaborando as situações estressantes vividas

⁵ No próximo capítulo irá se aprofundar no tema do processo de brincar, o que poderá auxiliar a compreensão sobre o ritmo da criança para a apreensão da realidade externa a partir do desenvolvimento do espaço potencial.

no ambiente hospitalar. Encontra diversos espaços para brincar que não apenas a sala de recreação, como os corredores, a enfermaria e os refeitórios. Vários objetos viram brinquedos, e espaços não específicos para o brincar são utilizados para tal.

Diversas são as formas pesquisadas para auxiliar a transformação do ambiente hospitalar em um espaço de promoção de saúde. A comunicação com a criança é estudada sob diferentes pontos de vista, e toda tentativa de comunicação com a criança que respeite seu espaço e capacidade de apreensão da realidade poderá ser considerada uma forma de brincar, uma vez que a criança não estará sendo submetida a uma atividade, mas estará participando dela ativamente.

Moreno *et al* (2003) avaliaram a importância da leitura mediada para crianças, acompanhantes e equipe hospitalar, em pesquisa de campo. Chegaram a resultados favoráveis, constatando que a leitura mediada pôde trazer benefícios e influência positiva sobre os pacientes e familiares, ao aliviar tensões e ansiedades, propiciando entretenimento favorável à evolução clínica e ao estimular a participação da família na evolução da criança enferma. Gallicchio (2002) propôs a música como auxílio à criança para superar cada fase de doença terminal, de forma a alcançar a aceitação e serenidade em seu processo. As crianças que participaram da pesquisa em internação puderam encontrar serenidade e melhorar seu estado de ânimo, através de momentos de relaxamento e prazer.

Em estudos sobre o trabalho dos “doutores da alegria”⁶, França *et al* (1998) mostraram uma transformação no ambiente hospitalar a partir da intervenção desses

⁶ Os doutores da alegria são “(...) atores profissionais altamente especializados nas áreas de teatro *clown* e técnicas circenses, que recebem treinamento médico específico para desempenhar, com todo cuidado e eficiência, seu trabalho junto aos jovens pacientes hospitalizados.” (Nogueira, Masseti & Alvarez, 1999, p.53.)

profissionais, de forma a tornar mais freqüentes a informalidade, a descontração e o riso no comportamento das crianças internadas. Os objetos, os sons, as cores do ambiente hospitalar e a movimentação própria da rotina do hospital, junto com a criação dos personagens e das histórias criadas pelos artistas consistiram na matéria prima para incentivar a auto-expressão, o humor e o brincar das crianças. Os autores descreveram as etapas do trabalho, a iniciar-se pelo cuidado na aproximação com as crianças, de modo a respeitar as características de cada caso (tais como crianças ainda muito assustadas) e a pedir, antes do início da interação, a autorização destas para a entrada no quarto.

Nogueira e Masetti (2000) e Nogueira, Masetti e Alvarez (1999) também descreveram a experiência dos “doutores da alegria”, e propuseram igualmente foco na preocupação da equipe com a interação cuidadosa, não invasiva e não impessoal, estando aí incluídos a regularidade das visitas e o respeito na forma de aproximação da criança. Para os autores, o trabalho dos “doutores da alegria” incentiva o cuidar do lado saudável e a expressão direta e espontânea de sentimentos. Embora consista em um trabalho sem intenção terapêutica, os resultados podem ser considerados terapêuticos. Os autores destacaram a importância do humor e do oferecimento de experiências alegres (pura e simplesmente) para ajudar a criança a superar as dificuldades envolvidas na internação e a encontrar recursos e fortalecimento em seu lado saudável. Enfatizaram o valor desse tipo de intervenção por permitir à criança um pouco do controle sobre seu corpo e sua vida e, conseqüentemente, propiciar uma melhora na comunicação com a equipe e maior adesão às orientações e procedimentos.

Considerando os dados das pesquisas sobre o tema brincar x criança hospitalizada, percebe-se uma considerável dissociação entre teoria e prática: de um

lado, estudos que demonstraram a possibilidade, do ponto de vista da equipe e procedimentos, de condições para o brincar da criança durante a sua hospitalização. Por outro lado, percebe-se a pouca valorização desse recurso pelos profissionais de saúde. Talvez esse quadro de dissociação entre teoria e prática venha a modificar-se com a realização de novos estudos e propostas de trabalho multidisciplinar que incorporem o processo do brincar ao leque de procedimentos usuais com crianças hospitalizadas, já que integra a forma de cada criança ver o mundo, desenvolver-se.

Estudaram a importância da união entre o significado teórico e a prática do brincar Oliveira, Dias e Roazzi (2003). Os dados colhidos com as crianças hospitalizadas mostraram que a hospitalização não precisa necessariamente representar uma ruptura no processo de desenvolvimento, já que integra a vida da criança, sendo experiência capaz de produzir significados novos. Observaram que os recursos lúdicos estudados puderam modificar as estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com as emoções de raiva e tristeza, como base de análise utilizaram a Psicologia Cognitiva. Os autores concluíram que o brincar é um instrumento rico em funções potencializadoras, e expressivas, e, sendo utilizado por profissionais especializados, pode ajudar a criança a elaborar conflitos, de forma a dar um salto qualitativo no desenvolvimento.

Souza, Camargo e Bulgacov (2003) utilizaram a abordagem psicológica sócio-histórica e enfocaram o trabalho do psicólogo no hospital geral com a criança. Basearam-se no pressuposto de que a expressão é importante para a compreensão e elaboração simbólica. Ressaltaram que havia uma lacuna nas pesquisas sobre a emoção no contexto de hospital. Nesta pesquisa não objetivaram estudar o controle e a regulação das emoções, mas a expressão contextualizada das emoções em estudo de

caso de criança hospitalizada. Concluíram que o desenho pode ser um meio que a criança utiliza para expressar suas vivências emocionais e que se pode ampliar esta função a outras atividades expressivas como o jogo, as dramatizações e as canções. O psicólogo, ao interagir com a criança, pode compreender o caminho que esta utiliza para modificar, simbolizar e organizar a sua própria história, podendo dar sentido às próprias emoções.

A importância deste estudo encontra-se na valorização do processo de expressão das emoções da criança, e o coloca como único, particular. Entretanto, cada criança tem seu meio de expressão, e não necessariamente a criança vai encontrar no desenho este meio de expressão. O cuidado do profissional ao utilizar a técnica reside no discernimento das diferenças entre as crianças em suas possibilidades de expressão.

Oferecer à criança um ambiente de promoção de saúde pode envolver, portanto, o uso do brincar. Este tema é ampliado por Junqueira (2003), que insere as mães acompanhantes no processo de brincar. Descreveu, em pesquisa de campo, o trabalho psicológico realizado por uma equipe para promover o fortalecimento do vínculo mãe e filho hospitalizado através do brincar, com base em conceitos da teoria de Winnicott como o espaço potencial e a teoria do apego de Bowlby. O foco do trabalho era estudar o nível de segurança básica em que se encontrava a criança, e as possibilidades de fortalecimento desse nível de confiança mediante o trabalho voltado ao estreitamento do vínculo mãe e criança. Destacaram a importância do trabalho sobre as mães, para que, recuperadas em sua saúde, pudessem, mediante o fortalecimento do vínculo, propiciar maior grau de segurança básica para a criança.

O autor descreve a utilização do brincar como um caminho para a mãe elaborar a doença de seu filho e escoar suas ansiedades. Também, através das entrevistas realizadas com as mães, foi possível trabalhar as questões que lhes traziam ansiedade. As mães encontravam-se cansadas porque acompanhavam seus filhos por toda a internação, e na enfermaria estudada, os casos eram de internações prolongadas. Com a pesquisa em questão, foi possível observar uma mudança na qualidade das relações entre as mães e as crianças: estas encontraram condições de se comunicar não só na perspectiva da doença, mas pelo ângulo do saudável e resgataram a relação.

1.3 Sobre os estudos com a criança hospitalizada - considerações e novas propostas

Observa-se que os estudos acima conferem um quadro sobre as diversas atuações dos profissionais de saúde com a criança hospitalizada. Todos valorizam a importância do oferecimento de um ambiente onde o conforto e os cuidados possam minimizar o sofrimento da criança. Os cuidados descritos muitas vezes se assemelham, naquilo em que podem desencadear, no caso, em formas de propiciar meios para que ocorra o processo de brincar. Alguns autores inserem em seus estudos a observação da família, levando em conta, especialmente, a existência comum de internação conjunta mãe-filho, ou de outros responsáveis. Percebe-se o destaque dado ao fortalecimento do vínculo de confiança, seja da criança com os familiares, seja da criança com os profissionais mais diretamente envolvidos nos procedimentos de rotina. Esse destaque ao vínculo tende a ser entendido como muito importante para ampliar o sentimento de segurança da criança hospitalizada. Nessas pesquisas envolvendo o trabalho com vínculos observa-se a importância de uma abordagem que respeite a

criança quanto à abertura para o contato, e o tempo de adaptação às novas situações vividas, muitas vezes geradoras de ansiedade.

De forma geral, os artigos valorizam a compreensão dos aspectos emocionais da criança, além da importância da interação e a sensibilidade do profissional. Compreende-se, aqui, sensibilidade como a capacidade de observação relativa à criança em suas nuances, possibilidades e limitações. Tais estudos mostram que cada profissional envolvido com a criança hospitalizada pode contribuir nesse processo de oferecimento de um ambiente favorável à expressão saudável da criança, com espaço para as diferentes formas do brincar.

No entanto, os estudos acima não são muito claros quanto ao como propiciar o brincar no período de hospitalização, de forma a não resultar em uma técnica padronizada, desvinculada da sensibilidade, ou seja, do discernimento e da reflexão sobre qual momento a criança se encontra em seu amadurecimento e quais seus desejos e necessidades. Como se trata de uma abordagem contextualizada, a criança não teria de se comunicar, ou de brincar, necessariamente. Mas pode ser auxiliada para tanto, sendo este o sentido da sensibilidade e da capacidade de observação do profissional para a avaliação do "quando" e "como" oferecer esse espaço para brincar.

Com base nessa lacuna de informações, tentou-se, através da presente pesquisa, realizar um roteiro para uma descrição passo-a-passo do processo de aproximação com a criança, de forma a estudar os aspectos psicológicos aí incluídos, compreender e sistematizar essas informações e permitir a reaplicação do procedimento, também e eventualmente por outros pesquisadores e profissionais. A proposta de se abordar o início da internação também adveio de uma lacuna encontrada nestas pesquisas, pois também não foi encontrado um trabalho que focasse

esse período crítico e que pesquisasse como a criança pode e consegue se comunicar em seus primeiros dias de internação.

Esta proposta de sistematização das observações da criança e de seu processo de brincar poderá ser útil ao entendimento do processo de brincar e das limitações, facilidades e dificuldades da criança recém hospitalizada em brincar.

Antes de concluir, parece importante analisar mais um ponto: a ação do psicólogo. Soares e Zamberlan (2001) questionaram o papel do psicólogo em hospital, e concluíram que cabe a este auxiliar no trabalho da equipe hospitalar investindo na recuperação física e emocional da criança. Com fundamento na abordagem comportamental, os autores enfatizaram que a intervenção da psicologia deve ir além da facilitação à adaptação da criança neste ambiente. Propuseram a participação da família nos cuidados à criança de forma a tornar o ambiente terapêutico também para os familiares. Enfatizaram o papel da preparação psicológica da criança no rol de procedimentos adotados junto com a proposta de inserção do brinquedo no ambiente do hospital.

Muito tem sido falado sobre humanização do ambiente hospitalar, o que parece ter um sentido muito objetivo: só pode acontecer quando houver clareza quanto aos diferentes papéis de cada profissional da equipe, para que cada um possa atuar de forma mais apropriada e objetiva. Em princípio, todo profissional pode brincar com a criança, seja de forma espontânea ou mediada por determinadas técnicas ou conhecimentos. Mas nem todo profissional tem de fazê-lo de forma sistemática. Sem dúvida, todo profissional deve respeitar o ritmo da criança, e ter sensibilidade sobre o momento do desenvolvimento em que ela se encontra. Mas essa não é uma tarefa fácil, uma vez que exige um certo distanciamento do profissional para com toda a rotina e

exigências as quais está inserido. Enfermeiros e médicos vivenciam cobranças constantes, e estão submetidos claramente a pressões diárias, acerca da vida e da morte do paciente e do estabelecimento de tratamentos, o que muitas vezes exige uma agilidade e agressividade constantes. Parece que neste momento entra a ação do psicólogo, que não estando submetido diretamente a tais pressões, e tendo em mãos o conhecimento acerca do desenvolvimento humano e das relações humanas, pode exercer uma ação pontual sobre as necessidades emocionais da criança. Isto não desvalorizaria de forma alguma a ação sensível de todos os outros profissionais na busca pela relação com a criança, mas poderia acrescentar novas nuances a seu trabalho.

Foi pensando em como aprofundar e enriquecer este tema que surgiu a presente pesquisa, e neste *continuum*, o próximo capítulo teórico tratará o tema do processo do brincar com base na teoria psicanalítica winnicottiana de forma a fundamentar a proposta de intervenção terapêutica e sua análise.

Capítulo 2: A FUNÇÃO DO BRINCAR E O ESPAÇO POTENCIAL: UM ESTUDO À LUZ DA TEORIA DO AMADURECIMENTO PESSOAL DE D. W. WINNICOTT

O presente capítulo tem a função de apresentar o tema da função do brincar e o conceito de espaço potencial de forma a auxiliar a compreensão da atividade do brincar no ambiente hospitalar. Basear-se-á nos conceitos desenvolvidos pela abordagem psicanalítica, à luz da teoria winnicottiana.

Para tanto, a atividade do brincar será o eixo deste capítulo que tratará inicialmente da apresentação da teoria do amadurecimento de forma a situar os conceitos de objeto subjetivo, objeto transicional e espaço potencial e objeto objetivo ao longo das fases do amadurecimento pessoal. E se desenvolverá de forma a estudar os fenômenos da comunicação e aproximação com a criança, o que envolve o respeito ao tempo particular e único para o acontecimento da relação.

2.1 Do objeto subjetivo ao objeto objetivo: o objeto transicional e o espaço potencial

Dias (2003) realiza um estudo acerca da teoria do amadurecimento pessoal proposta ao longo da obra de Winnicott, e apresenta o quadro teórico dos vários estágios a serem percorridos pela pessoa. São eles: estágios de dependência absoluta (pré-natais, experiência do nascimento, primeiros momentos após o nascimento e a “primeira mamada teórica”⁷), estágios de dependência relativa (desilusão – desmame –

⁷ Nome que se dá ao conjunto dos primeiros cuidados que o bebê recebe no estágio de dependência absoluta.

início das funções mentais, transicionalidade, uso do objeto, eu sou) e independência relativa (concernimento, Édipo, latência, adolescência, vida adulta e retorno à origem).

Nos estágios iniciais, o bebê vivencia um estado de dependência absoluta do ambiente e não se diferencia ainda dele (do ponto de vista do bebê não se pode falar em mundo externo, para o bebê ele e o ambiente são um só), nem mesmo consegue compreender seus impulsos vitais como parte de si mesmo. A integração dos impulsos vitais ao *self* é resultado de uma trabalhosa jornada, já significa um ganho em termos de maturidade e uma evolução a estágios mais avançados do amadurecimento. Cada fase superada, portanto, significa a realização de diferentes tarefas no processo de se diferenciar do mundo e pode ter como resultado um *self* integrado capaz de ter experiências, ou seja, que não está à mercê do ambiente, mas que tem condições de se relacionar com este.

2.1.1 Os estágios de dependência absoluta: o objeto subjetivo

Segundo Dias (2003), para Winnicott, a necessidade de ser e continuar sendo é algo presente desde estágios muito precoces e segue por toda a vida. Desde o estágio pré-natal o feto vivencia a possibilidade de seguir com a continuidade do ser (a espontaneidade) e/ou de reagir às invasões ambientais (a reatividade), o que vem a interromper a sua espontaneidade. Esta possibilidade acompanha o bebê na experiência do nascimento e por toda a vida.

“A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode *seguir existindo*. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela em seu interior, a bolha passará a *reagir à intrusão*. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma

interrupção no ser, substituída pela reação à intrusão.” (Winnicott, [1988] (1990), p.148).

Por sua vez, o nascimento só será traumático se ocorrerem complicações no parto além da capacidade de tolerância do bebê, e neste caso, ele pode sentir essa gama de experiências como invasões. Quando a experiência do nascimento ocorrer sem maiores complicações, será somada a outras experiências vividas pelo bebê no período logo após o nascimento e favorecerá um ponto de partida para a conquista de sua confiança, estabilidade e segurança. Após o nascimento, o bebê vivencia a fase da primeira mamada teórica. Este estágio envolve todo o processo inicial da amamentação e não apenas a primeira mamada, ocupando os primeiros três ou quatro meses de vida.

Segundo Winnicott [1988] (1990), durante o período da primeira mamada teórica ocorre o estabelecimento inicial de contato mãe-bebê, alicerce para a construção de um padrão posterior de mamadas e para o relacionamento com a mãe. O oferecimento do seio (cuidados e afetos dedicados na amamentação) conforme as necessidades emocionais do bebê nos momentos mais ou menos certos, ou seja, numa adaptação inicialmente quase total ao bebê, permite que ele tenha a ilusão de que criou o seio. É fato neste período a ilusão de onipotência do bebê, uma vez que a mãe se adapta quase totalmente. A ilusão só poderá ocorrer se o ambiente for de confiança e estabilidade ou, em outras palavras, suficientemente bom.

O bebê está às voltas com a dupla possibilidade: a reatividade ou a continuidade da experiência. Ele não compreende inicialmente as tensões instintuais como parte de si mesmo. A mãe, em seus cuidados dedicados, deverá permitir a continuidade de ser que poderia ser quebrada se ele se sentisse invadido pelas tensões instintuais, além do suportável. “Neste lugar que é caracterizado pela existência de um ambiente

sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade do ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila.”(Winnicott, [1960] 1982, p.47).

Para Winnicott [1988] (1990), é nesta fase que têm início as bases para o relacionamento excitado com o mundo real ou compartilhado (mas só em fases posteriores o mundo será percebido como externo). “Essas experiências excitadas são realizadas contra um fundo de tranqüilidade, no qual existe um outro tipo de relacionamento entre a mãe e o bebê”. (Winnicott, [1988] (1990), p.122)

É sob este fundo de tranqüilidade que o bebê cria os objetos subjetivos (tem a ilusão de que criou, quando vai de encontro aos objetos apresentados), entretanto, “o início da relação objetal – com objetos subjetivos – acontece nos momentos de excitação do bebê.” (Dias, 2003, p.215) É preciso regularidade e previsibilidade dos cuidados maternos nestes momentos de excitação. “*Para encontrar objetos, é preciso existir um mundo, um contexto em que esses objetos possam ser encontrados.*” (Dias, 2003, p.168)

Winnicott [1971] (2005) compreende o primeiro objeto encontrado (e seus primeiros desdobramentos) como o objeto subjetivo. O bebê está vivenciando a continuidade do ser e começando a ter um sentimento de possuir uma identidade, ou sentimento de ser. Neste *continuum*, encontra o primeiro objeto, mas como ainda não compreende a existência de não-eu, o bebê e o primeiro objeto são um só.

A adaptação da mãe ao bebê quase completa modifica-se à medida que a mãe pode se afastar, também em decorrência de um amadurecimento do bebê. O desmame poderá propiciar/ poderá ser propiciado pelo amadurecimento do bebê.

2.1.2 Os estágios de dependência e independência relativas: o objeto transicional e o objeto objetivo

De acordo com Winnicot [1971] (2005), a mãe percebe que o bebê gradualmente encontra-se em condições de tolerar as falhas, conseguindo esperar cada vez mais pelos cuidados da mãe. Por isto a mãe passa a adaptar-se cada vez menos nos cuidados ao bebê e na amamentação.

É um processo gradual e na saúde ocorre conforme as possibilidades do bebê que vai começando a suportar o afastamento da mãe. A desadaptação gradual da mãe ao bebê refere-se, neste momento, ao que Winnicott denominou fase ou estágio do desmame e da desilusão, sendo que ambos ocorrem de forma contígua.

“Imediatamente atrás do desmame encontraremos o tema mais amplo da desilusão. O desmame implica numa amamentação bem sucedida, e a desilusão implica no fornecimento bem sucedido de espaço para a ilusão”.(Winnicott, [1952] (2000), p.307)

De acordo com Winnicott [1988] (1990), o conjunto de experiências de confiança – ou seja, o bebê encontra o que precisa para ser – propicia que o bebê suporte a ausência gradual dos objetos. Isso quer dizer que o bebê só poderá suportar a desilusão se tiver vivido o período necessário de ilusão e de estabelecimento da confiança. Para Winnicott [1952] (2000), entre os mecanismos que o bebê pode utilizar para enfrentar a desilusão estão os processos intelectuais. Também por meio deles, gradualmente, passa a aceitar, compreender e tolerar as falhas previsíveis do ambiente. Para Dias (2003) este enfrentamento será possível também com o início das funções mentais.

Para Dias (2003), à medida que o bebê começa a amadurecer, consegue abandonar a ilusão de onipotência. A ilusão básica será preservada na saúde, pois, “(...) o *sentimento* de que o mundo foi criado pessoalmente, e pode continuar a ser criado, não desaparece. A despeito da compreensão intelectual, o indivíduo retém a capacidade para a ilusão (...)”. (Dias, 2003, p.228)

A área da ilusão não será totalmente abandonada, mas tomará gradualmente nova forma. A ilusão será a base para a experiência na terceira área, intermediária, entre o subjetivo e o objetivo, onde não operam as experiências subjetivas⁸, nem mesmo a realidade compartilhada (uma vez que a realidade só poderá ser apreendida como alteridade em fases mais avançadas). Para Winnicott [1971] (2005), o bebê não será forçado, na saúde, a definir se esta área se refere ao mundo subjetivo ou à realidade compartilhada, e assim ela poderá ser uma área de repouso.

Winnicott [1971] (2005) postula que existe uma área neutra de experiência e que por causa dela, será possível que o bebê e o mundo possam dar início ao relacionamento. A terceira área intermediária é denominada espaço potencial.

“(...) From the beginning the baby has maximally intense experiences *in the potencial space between the subjective object and the object objectively perceived*, between me-extensions and the not-me. This potencial space is an interplay between there being nothing but me and there being objects and phenomena outside omnipotent control.”
(Winnicott [1971] (2005), p.135)⁹

⁸ Mas, de acordo com Dias (2003), as experiências subjetivas são o fundamento das novas experiências.

⁹ “(...) Desde o início o bebê tem experiências maximamente intensas *no espaço potencial existente entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido*, entre extensões do eu e não-eu. Esse espaço potencial encontra-se no entrejogo entre nada haver senão eu e a existência de objetos e fenômenos situados fora do controle onipotente.” (Tradução livre da autora. “Entrejogo” foi utilizado como tradução de “interplay”, seguindo a colocação feita por Naffah Neto em texto não publicado pelo autor).

Mas que experiências ocorrem nesta terceira área? Para Winnicott [1988] (1990), são inicialmente as experiências com a primeira posse, que pode ser um objeto concreto (aos olhos do observador) como a ponta de um cobertor, um brinquedo; mas é o objeto criado pelo bebê (no seu ponto de vista).

A partir da primeira posse o bebê sente que criou os objetos, que os possui e passa a explorá-los numa área neutra ou intermediária. Passa a dotar os objetos de significados, e começa a dar sentido a sua existência.

O bebê está mais amadurecido, e apesar de estar se afastando ou tendo diminuído a ilusão de onipotência, utiliza inicialmente estes objetos como prolongamento do seu controle onipotente. Winnicott [1988] (1990) denominou as primeiras posses de objetos transicionais, e a exploração desta terceira área como fenômenos transicionais, base para a atividade do brincar das crianças e das experiências no campo cultural, religioso e artístico pelos adultos, tema que será abordado mais adiante.

Pode-se dizer, de acordo com Winnicott [1971] (2005), que a importância do espaço potencial reside na construção das bases do verdadeiro *self*. As experiências que se dão nesta área serão consoantes às possibilidades de apreensão da realidade objetiva suportável pelo bebê, ao seu ritmo e tempo, e ele poderá conferir à realidade objetiva seu verdadeiro significado (pessoal e criativo); em outras palavras, o bebê começa a dotar a vida de sentido. Se o ambiente não for suficientemente bom, por haverem falhas na apresentação dos objetos, abre-se espaço para as construções de

falsas experiências que farão parte de um núcleo, que na patologia será cindido do *self* da criança¹⁰: o falso *self*.

Segundo Naffah Neto, em texto não publicado e cedido pelo autor em 2007, a possibilidade da pessoa criar uma história de vida real se dá em total dependência da criação e funcionamento do espaço potencial, uma vez que as verdadeiras experiências só se produzem nele.

Em continuidade às experiências transicionais, têm-se de acordo com Dias (2003), uma nova aquisição em termos de maturidade: a capacidade de usar os objetos. Nesta fase o bebê começa a perceber os objetos como externos, e por isto eles estão fora de seu controle onipotente, quer dizer que ele tem condições de compreender que os objetos existem independentemente dele. Isto significa que o bebê terá condições de apreender a realidade externa e compartilhada, e encontra um novo mundo, que não é nem a realidade subjetiva, nem o espaço potencial. Estes objetos objetivamente percebidos pelo bebê podem ser denominados como objetos objetivos.

Para Winnicott [1971] (2005), as experiências necessárias nesta fase de uso do objeto implicam na destrutividade do objeto enquanto objeto subjetivo, quer dizer que o objeto é colocado fora do *self*. A partir daí é possível que o bebê vá de encontro à realidade, “(...) is the destructive drive that creates the quality of externality.”¹¹ (Winnicott, [1971] (2005), p.125).

Em referência a Dias (2003), a próxima fase a ser vivenciada pela criança denomina-se “eu sou”, e Winnicott sugeria a idade de um ano, um ano e meio. Para

¹⁰ Este tema será destrinchado e situado mais adiante, na fase de integração (eu sou).

¹¹ “(...) é o impulso destrutivo que cria a qualidade de externalidade.” (Tradução livre da autora)

Winnicott [1988] (1990), a integração do *self* é um processo a ser alcançado, onde fatores internos (expressões agressivas) e externos (cuidado ambiental) trabalham para a sua promoção. Na saúde, os fatores trabalham em conjunto. Se o sentimento de integridade aparentemente acontecer mais cedo do que deveria e poderia, pode ser que o bebê esteja se defendendo ou reagindo a fatores externos invasivos, quer dizer que ele não estará experimentando o processo de integração. Neste caso, de acordo com Winnicott [1971] (2005), o falso *self* se forma como uma barreira (ocorre também na saúde) e culmina em uma cisão (patológico) entre o falso *self* e o verdadeiro *self*. A experiência não ocorrerá a partir do verdadeiro *self*, nem mesmo habitará a área do espaço potencial. As falsas experiências poderão ser de submissão à realidade externa e se desenvolver a partir de uma hipertrofia intelectual.

As experiências criativas no mundo compartilhado só poderão ocorrer a partir do verdadeiro *self* e terão como base experiências no espaço potencial.

De acordo com Dias (2003), a criança, agora, terá novas tarefas para seu amadurecimento. No estágio de concernimento ocorrerá a integração da vida instintual ao *self*.

Para a compreensão deste processo, remete-se a Winnicott [1971] (2005). O autor utiliza os termos “elementos femininos” e “elementos masculinos” para designar dois fenômenos da existência humana, ou seja, homens e mulheres vivenciam os dois fenômenos. Inicialmente o bebê experimenta a continuidade do ser, e não compreende as tensões instintuais como parte de si mesmo. O bebê em seus estágios primitivos só compreende em si mesmo os elementos femininos, quer dizer, o sentimento de continuar a existir e os primórdios do sentimento de identidade. Com o amadurecimento, ele consegue compreender as tensões instintuais, ou sua vida

instintiva como parte de si mesmo. Ou seja, ele adquire a capacidade de integrar os elementos masculinos ao *self*. À medida que o bebê se vê como diferenciado dos objetos (objetivamente percebidos), coloca-se no movimento de satisfação dos impulsos, quer dizer, busca a satisfação e vive a frustração. “The male element *does* while the female element (in males and females) *is*.”¹² (Winnicott [1971] (2005), p.109).

Para Winnicott [1988] (1990), a integração da vida instintual ao *self* faz parte de um processo, onde a criança passa a adquirir a capacidade de integrar os estados de tranqüilidade e excitação, quer dizer que pode compreender que ambos estados fazem parte de si mesma. Se por um lado ela compreende como parte de si os impulsos amorosos, também compreende que os impulsos destrutivos a pertencem. O objeto amado é compreendido como objeto externo, e ela percebe que seus impulsos destrutivos podem feri-lo. “A partir daí começa a surgir um sentimento de culpa e de responsabilidade com relação à destrutividade que é inerente à impulsividade instintual.” (Dias, 2003, p.259)

Para Winnicott [1988] (1990), o ambiente suficientemente bom trará o apoio ou suporte para que a criança agüente a intensidade emocional própria a esta fase, e que percebe como parte de si. A criança vivencia as questões: ela se preocupa com as conseqüências do estado de excitação ao objeto amado e também ao próprio *self*.

É importante que seus pais e cuidadores não temam sua destrutividade, mas ofereçam os limites e o apoio necessário para que a criança suporte as intensas vivências e a culpa originada. Este parece ser o significado de um ambiente suficientemente bom neste período.

¹² “O elemento masculino *faz*, ao passo que o elemento feminino (em homens e mulheres) *é*.” (Tradução livre da autora.)

Dias (2003) faz um estudo em seqüência dos estágios edípico, latência, vida adulta, e retorno à origem. Para o que a presente pesquisa se propõe, finalizar-se-á este tópico com os estudos a respeito do estágio edípico. Este estágio remete necessariamente à vivência de um *self* integrado. A criança vivencia intensidades emocionais de amor e ódio pelos seus pais, mas a ansiedade conseqüente pode ser tolerada na saúde, uma vez que a criança já caminhou muito em termos de amadurecimento. A partir daqui, na saúde, o ambiente passa a ser cada vez menos importante no que se refere à estruturação da personalidade da criança. Entretanto, a criança estará sujeita a regressões em casos de privações, perdas ou instabilidade no lar.

A estabilidade do lar parece ser fundamental para que não haja rompimentos no seu processo de amadurecimento. Winnicott (1982) propõe que a criança pequena se torna cada vez mais apta a lidar com os fracassos e frustrações. Por outro lado, é natural que a criança pequena tenha avanços e recuos em sua idade emocional. Uma criança de quatro anos, que no seu cotidiano aja com maturidade, pode portar-se como um bebê de dois anos ao sentir necessidade de ser tranqüilizada devido a uma circunstância como um machucado ou uma queda. Neste momento pode agir necessitando de colo assim como já necessitou do colo da mãe quando bebê. As expressões de imaturidade da criança podem ser resíduos da dependência sadia experimentada em fases primitivas.

Assim, situações de crise como o adoecimento e o distanciamento do lar podem requerer um apoio ambiental, mesmo nos casos onde a personalidade esteja se desenvolvendo com sucesso em seu processo de integração e apreensão e diferenciação da realidade externa.

2.2. A comunicação com a criança: o brincar e seus desdobramentos

Ao compreender o processo de amadurecimento, pode-se dizer que viver na realidade compartilhada pode ser uma questão muito mais ampla que reagir ao ambiente ou realizar atividades de adaptação. A apreensão da realidade exige da criança um longo trabalho em seu amadurecimento e para isso concorrem experiências em diversas esferas: a estritamente pessoal (com *seus* objetos subjetivos), a intermediária (com os objetos transicionais) e a realidade compartilhada (com os objetos objetivamente percebidos). Quando a criança simplesmente reage ao ambiente, não significa que ela esteja tendo uma expressão criativa, ou de experimentações a partir de seu verdadeiro *self*, uma vez que pode estar se sentindo invadida pelo ambiente com o qual não pode se relacionar verdadeiramente.

A partir de Winnicott [1971] (2005), pode-se dizer que quando a criança se comunica verdadeiramente com o ambiente, ela está brincando de forma criativa, e fazendo uso da área do espaço potencial. Ela pode sentir que cria e dota a realidade de significados criativos, e por isto particulares¹³. Ao mesmo tempo ela não dota a realidade de sentidos meramente subjetivos, ela não está impondo sua realidade subjetiva ao ambiente.

O processo de brincar é próprio da saúde, pois é lugar de criação e ao mesmo tempo de um certo encontro com algo fora da criança. Tem suas raízes no uso dos objetos e fenômenos transicionais e permanece durante toda a existência, ainda que de formas especializadas, como as experiências no campo cultural, artístico e religioso.

¹³ Foi usada a palavra particular apenas para conferir um sentido de algo que é próprio à pessoa e que deve ser preservado, cuidado. Não foi intenção dar-lhe um sentido de subjetividade.

Winnicott [1971] (2005) propõe uma evolução na atividade de brincar, onde o bebê tem nos objetos transicionais a primeira posse, e segue evoluindo para o brincar compartilhado, e posteriormente às experiências na dimensão cultural. Descreve, portanto, a evolução da solidão inicial para a capacidade de brincar compartilhando suas experiências com outras pessoas. Para isto compreende que inicialmente a criança vivencia a solidão inicial e nesse sentido, não brinca, depois consegue brincar de forma solitária, então consegue brincar na presença de alguém, até finalmente poder brincar compartilhando suas experiências.

Para tanto é necessário o ambiente suficientemente bom, que tem como tarefas responder às necessidades de proteção da criança:

“(...) protection of the baby-mother and baby-parent relationship at the early stage of every boy or girl child’s development, so that there may come into being the potencial space in which, because of trust, the child may creatively play”¹⁴ (Winnicott, [1971] (2005), p.148).

E apresentar o mundo à criança:

“(...) those who have care of children of all ages to be ready to put each children into touch with appropriate elements of the cultural heritage, according to the individual child’s capacity and emotional age and developmental phase.”¹⁵ (Winnicott, [1971] (2005), p.148).

O ambiente poderá então, acolher suas expressões criativas, e responder a elas de forma não invasiva, ou seja, respeitando seu tempo para a ilusão de criação e de experimentação no espaço potencial. Esta é a função do ambiente que facilita o brincar da criança, que permite que ela brinque e o adicione a seu espaço no momento que

¹⁴ “(...) proteção do relacionamento bebê-mãe e bebê-genitor, no estágio primitivo do desenvolvimento de todo menino ou menina, de forma a que possa ser criado o espaço potencial em que, devido à confiança, a criança brinque criativamente.” (Tradução livre da autora)

¹⁵ “(...) aqueles que cuidam das crianças de todas as idades devem se preparar para colocar cada criança em contato com os elementos apropriados da herança cultural, de acordo com a capacidade individual da criança, sua idade emocional e fase de desenvolvimento.” (Tradução livre da autora)

quiser e puder aceitá-lo como parte de suas experimentações. Então será possível, ao tempo da criança, que suas experiências particulares venham a se tornar compartilhadas na realidade externa. Desta forma, a experimentação no espaço potencial é a base para a comunicação da criança com o mundo “real”, externo, e é brincando que a criança se comunica. Mas não necessariamente suas experimentações criativas serão comunicadas ao mundo externo, pois elas poderão permanecer na área de repouso, na terceira área.

A criança não tem que expressar sua criatividade. Propostas de atividades de brincar que não respeitem esta questão, ou seja, que forcem a criança a se expressar, não parecem propostas de atividades que possibilitem o brincar criativo, mas propostas invasivas.

Mas em relação a isto, o que significa o viver criativo, ou o brincar criativo? A partir de Winnicott [1971] (2005), pode-se colocar que viver de forma criativa possibilita dotar a vida de sentido. Pessoas que vivam a realidade tal como ela é, sem fazer menção ao seu mundo subjetivo, estão vivendo uma patologia: viver torna-se uma forma de reagir. A patologia reside na incapacidade de estabelecer uma linha de continuidade entre viver de forma criativa (na esfera transicional) e viver no sentido propriamente dito (que envolve as experiências com os objetos da realidade compartilhada). Sem esta linha de continuidade, os objetos da realidade compartilhada não poderão ser descobertos, apenas existirão como algo em si, sem nenhuma relação com a pessoa que os observa, mas não os encontra. Ao mesmo tempo, experimentações com os objetos, percebendo-os apenas como objetos subjetivos, podem impossibilitar o contato com os acontecimentos da vida.

2.2.1 O brincar no hospital: ambiente terapêutico

Winnicott [1941] (2000) fez uma proposta para a observação de bebês, por meio da qual seria possível conhecer como o bebê encontra o objeto (o bebê é posto diante da espátula que poderá ser o objeto a ser descoberto por ele), o compreende como posse e o usa por meio de expressões destrutivas (jogando-o no chão), conferindo a ele o caráter de externalidade. Para tanto, ele criou um *setting* terapêutico e padronizou a forma pela qual a observação deveria ocorrer. Sua proposta é terapêutica uma vez que possibilita que a criança viva a experiência total ou completa porque acontece ao longo de seu curso necessário e sem intromissões.

Para Safra (1999), de acordo com Winnicott [1941] (2000), os bebês, nas experiências descritas, tiveram a oportunidade de viver uma experiência completa, com períodos vividos e superados de hesitação, apropriação da espátula, brincar com ela, se desinteressar por ela, e criar uma nova brincadeira com a espátula. Diferentes bebês tiveram diferentes tempos para o período de hesitação. Quando estes tempos podem ser respeitados, é possível permitir o surgimento do gesto criativo do bebê.

Pode se pensar que o ambiente terapêutico é o ambiente que permite o surgimento do gesto criativo da criança, suporta sua agressividade, respeita seu tempo para a expressão e confere os sentimentos de confiança e estabilidade. Parece possibilitar tais gestos criativos porque permite as expressões de continuidade de ser da criança, sem forçá-la a adaptar-se a determinadas situações, e sim caminhando com ela em seu processo criativo.

Para Winnicott [1971] (2005), o ambiente terapêutico deve propiciar o relaxamento e a confiança do paciente no profissional. O movimento de confiança pode

levar à comunicação e expressões criativas, porque o paciente não perde a esperança de comunicar até mesmo o que for caótico e absurdo. Pode propiciar a atividade criativa, sendo esta física e mental, e sua manifestação dá-se na brincadeira. Desta forma o ambiente terapêutico é um espaço onde emerge o processo do brincar.

Para que o oferecimento do espaço terapêutico possa ser adequado às necessidades da criança, parece ser importante conhecê-la, de forma a compreender o que ela tem capacidade ou possibilidade de suportar, em outras palavras, conhecer em qual fase de seu amadurecimento ela se encontra, ainda que a separação das fases e realidades não seja assim tão claramente colocada. Ela conseguiu encontrar seus objetos subjetivos? Ela já constrói suas experiências na área do espaço potencial? Como ela apreende a realidade objetiva, confere significados criativos, ou apenas se submete às suas expectativas? As experiências se darão em qual área: subjetiva, intermediária, compartilhada? A criança compreende as tensões instintuais como parte de si, por haver uma integração, e neste sentido suporta experimentá-las? Ou não, as excitações não são sentidas como parte de si e neste sentido ameaçam o brincar e a continuidade da experiência de ser?

Winnicott (1984) propôs, por meio das consultas terapêuticas, compreender algumas formas de se comunicar com a criança. Inicialmente ele percebia que era visto por ela como um objeto subjetivo. À medida que a criança sentia confiança no ambiente terapêutico, ela podia resgatar a esperança de expressar aspectos verdadeiros do *self*. As consultas descritas não se configuravam em análises longas, ao contrário, às vezes eram suficientes duas ou três consultas.

Pode-se pensar, a partir de alguns autores, qual o significado do ambiente terapêutico. Ab'Saber (1996) descreve o ambiente na perspectiva winnicottiana da seguinte forma:

“Ambiente é o colo do analista, onde a menininha começa a poder experimentar a brincar e ser, são as condições psíquicas da mãe, é *holding*, *handle* e apresentação de objetos, é o *setting*, a situação analítica, e as possibilidades psíquicas do analista, que determinam a tonalidade afetiva do espaço” (p.20).

Ambiente terapêutico seria então um espaço de confiança e de oferecimento de cuidados, que incluiria a figura do analista com suas possibilidades e capacidades afetivas.

Cartocci e Franco (1996), ao estudar a obra winnicottiana, referem que o *setting* terapêutico inclui a figura do analista, assim como representa o cuidado materno, em alguns aspectos. Tem a função de oferecer à pessoa as bases facilitadoras da segurança e da esperança que outrora fracassaram em seu processo de amadurecimento. Também referem acerca da ampliação do conceito de *setting* terapêutico para além do consultório.

Desta forma, ampliam-se as possibilidades de atuação e intervenção profissional além da clínica, mesmo que conservando suas raízes e significados terapêuticos.

Ab'Saber (2005), ao fazer um estudo da obra de Winnicott, refere que os primeiros trabalhos de Winnicott aconteceram em hospital pediátrico. Já neste período, Winnicott destacava a importância da capacidade do médico de acolhimento à criança. Desta forma, ela poderia confiar no profissional, assim como expressar suas fantasias e sonhos. O ambiente a ser oferecido, sem ansiedade por parte do médico, teria um valor terapêutico e seria de sustentação ou apoio da criança. A intervenção nesta área, por sua vez, poderia ser oferecida pelo pediatra, caso este tivesse formação psicanalítica.

Ao ambiente hospitalar são inerentes a tensão, a dor e a angústia pelo afastamento do lar. O acolhimento às expressões de tensão, dor, e sofrimento psicológico da criança e o conhecimento de suas possibilidades de apreensão da realidade, podem conferir um importante espaço terapêutico.

Resgatando a conclusão do capítulo anterior, objetiva-se acrescentar algumas reflexões, advindas da presente teoria. Pode-se compreender que todos os profissionais que lidam com a criança hospitalizada podem exercer a função terapêutica. Por outro lado, o psicólogo pode intervir de forma mais objetiva uma vez que está isento dos cuidados básicos à doença clínica: não tem a função de lidar com cuidados de banho e medicação como a enfermagem, não tem a função de realizar o diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso tal como o médico. Esta isenção pode permitir uma atuação mais objetiva, ou seja, que não ocorre a partir das necessidades do profissional e da instituição, mas a partir das necessidades da criança. Neste ponto retoma-se a importância de incluir a pessoa do profissional ao significado de ambiente terapêutico: quais suas possibilidades humanas e preparo?

No próximo capítulo, dar-se-á continuidade ao tema das mútuas influências pessoa e ambiente. Focar-se-á nos estudos na área da Psicologia Ambiental e que podem favorecer o entendimento acerca das relações estabelecidas no ambiente hospitalar. O sentido de ambiente terapêutico, que deve respeitar o ritmo da criança e as possibilidades inerentes à sua fase de desenvolvimento e que pode propiciar o acontecimento do brincar, configura o ambiente “suficientemente bom” e poderá receber contribuições da Psicologia Ambiental.

Capítulo 3 - ESTUDOS EM PSICOLOGIA AMBIENTAL: PRIVACIDADE, ESPAÇO PESSOAL E O AMBIENTE HOSPITALAR

A Psicologia Ambiental é a área da Psicologia que, de acordo com Bassani (2001), ressalta seu aspecto prático, possibilita contribuições de multiabordagens da psicologia e é interdisciplinar à ecologia humana, à sociologia ambiental e urbana, à arquitetura, entre outras.

Para Corral-Verdugo (1998), a Psicologia Ambiental objetiva o estudo da interdependência entre o indivíduo e o ambiente que o cerca, de forma a propor intervenções sobre os problemas gerados pela ação do ser humano sobre o meio ambiente.

Bassani (2004) refere que o foco de estudo da Psicologia Ambiental está nas inter-relações pessoa e ambiente físico, compreendendo-o como o ambiente natural assim como o ambiente construído pelo ser humano. Na compreensão de ambiente também deve ser incluído o ambiente social, já que o ambiente físico pode facilitar ou dificultar as interações sociais. A autora frisa a utilização do termo pessoa já que se refere ao ser humano como ser de relações que carrega sua identidade e sua história de vida e que vive suas experiências no contexto cultural.

Segundo Wiesenfeld (2003), a Psicologia Ambiental trata dos temas do humano e do ambiente, a serem compreendidos a partir de uma visão holística, contextualizada e interdisciplinar. Analisando a dimensão social, propõe que as pessoas devem ser

compreendidas como ativas em sua comunidade, ou seja, responsáveis pelas transformações em seu ambiente.

Bassani (2004) refere que uma das características da Psicologia Ambiental é a interdisciplinariedade e objetiva a ampla solução de problemas humano-ambientais. As inter-relações pessoa-ambiente são estudadas em suas diferentes dimensões, sejam elas temporais, espaciais e culturais e elas se expressam também em processos psicológicos, tais como privacidade, apropriação de espaço, aglomeração e percepção ambiental, entre outros.

Desta forma, cumpre o presente capítulo a função de compreender os fenômenos estudados pela Psicologia Ambiental, de privacidade e espaço pessoal e que afetam diretamente a experiência das pessoas quando em diversas situações de interação, especialmente em ambiente hospitalar. Basear-se-á em tais estudos que focam a pessoa como sujeito ativo de sua própria história, e desta forma cumprem a função paralela de promoção de saúde.

3.1 Considerações sobre a psicologia ambiental, psicologia clínica e a teoria psicanalítica.

Anthony e Watkins (2002) desenvolveram um estudo a respeito das conexões entre a Psicologia Clínica e a Psicologia Ambiental, de forma a se promover saúde. Para estes autores o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais devem incluir a perspectiva da Psicologia Ambiental, já que as percepções e as relações do paciente são influenciadas pelos ambientes nos quais ele transita, inclusive o espaço de atendimento (o *setting* terapêutico).

Ortiz e del Rey (1998) propuseram em seu estudo, os enfoques teóricos considerados os mais importantes sobre a Psicologia Ambiental, que trouxessem propostas acerca dos problemas ambientais e alternativas de solução. Sobre a Teoria Psicanalítica, referem que os estudos acerca da importância do cuidado materno sobre o desenvolvimento do processo de união e separação no ser humano podem trazer o conhecimento acerca do cuidado inadequado e sua interferência sobre a confiança que a criança tem no mundo e na sua forma de relacionar se com ele. Desta forma, condutas narcísicas e depressivas podem ser expressas em comportamentos de descuido e uso da natureza em detrimento a comportamentos de proteção do meio ambiente. A compreensão acerca destas condutas e dos padrões de relações de objeto subjacentes a elas pode auxiliar na resolução dos problemas humano-ambientais.

A Psicologia Ambiental propõe, entre outros, os estudos dos fenômenos de privacidade e espaço pessoal, e que podem contribuir ao entendimento do desenvolvimento do processo de união e de separação intrínseco aos cuidados maternos.

Os estudos da abordagem psicanalítica e da psicologia clínica podem promover contribuições importantes à área da Psicologia Ambiental assim como conceitos estudados pela Psicologia Ambiental podem ampliar a compreensão acerca das relações estabelecidas entre as pessoas e o contexto ambiental.

3.2 A Privacidade

De acordo com Valera e Vidal (2002), a privacidade é um fenômeno que vem sendo discutido por diversos campos do conhecimento, tais como antropologia, etologia, política, sociologia, direito e psicologia.

"Inicialmente, pueden considerarse dos acepciones comúnmente aceptadas y utilizadas del término privacidad. (...), privacidad puede referirse a la idea de estar solo, alejado físicamente de otras personas o de algunas - ya que el elemento de referencia puede ser la persona o el grupo-. Por otra parte, se considera una situación de privacidad cuando la persona o el grupo puede regular efectivamente la información que ofrece ante los otros". (Valera & Vidal, 2002, p.124).¹⁶

Privacidade também foi estudada por Altman nos anos 70, e na atualidade autores resgatam seus estudos. Gifford (2002) cita o conceito tal qual Altman propôs: "(...) selective control of access to the self or to one's group" ¹⁷ (p.211). Gifford (2002) considera esta a melhor definição para privacidade, e a compreende da seguinte forma. A essência do conceito está na administração ou controle das informações sobre si próprio e nas interações sociais. Também é possível controlar as informações referentes a um par ou a um grupo reservado das demais pessoas. Diferentes canais de comunicação podem estar abertos ou resguardados de forma que a pessoa, ou o par ou o grupo administram o que deve ou não ser projetado e informado aos outros pares da interação. Deve-se levar em conta que todo este processo envolve a sensorialidade ou o uso dos cinco sentidos na percepção das informações e estímulos.

Valera e Vidal (2002) discutem a definição de Altman sobre privacidade, e propõem que o controle se dá na interação, e deve ser analisado sob os dois ângulos da interação, sendo, portanto, bidirecional.

Pedersen (1999) coloca que não é necessariamente o afastamento da pessoa para com as demais que define a privacidade e sim a possibilidade de controle do tipo de relação a ser estabelecida. Além disto, ele propõe a necessidade de se avaliar

¹⁶ "Inicialmente, podem ser consideradas duas concepções comumente aceitas e utilizadas do conceito privacidade (...), privacidade pode se referir à idéia de estar sozinho, isolado fisicamente de outras pessoas ou de algumas - já que o elemento de referência pode ser a pessoa ou o grupo-. Por outro lado, se considera uma situação de privacidade quando a pessoa ou o grupo pode regular efetivamente a informação que oferece para os outros". (Tradução livre da autora.)

¹⁷ "(...) controle seletivo do acesso sobre si mesmo ou sobre um grupo." (Tradução livre da autora.)

fatores como a possibilidade de auto-conhecimento, a autonomia, a criatividade, a confiança nas pessoas para uma expressão livre de seu próprio eu e a auto-proteção, para a compreensão da privacidade.

Para Valera e Vidal (2002), o fenômeno da privacidade compreende o movimento da pessoa, que escolhe ou evita a interação, de forma explícita ou implícita. Assim, no que se refere à interação e à organização social, a privacidade contribui para regular os limites da interação, também para o estabelecimento do controle das informações recebidas e emitidas e permite que a pessoa se mantenha na estrutura do grupo de forma satisfatória.

Gifford (2002) refere sobre a necessidade da privacidade em diversas situações de comunicação, tais como entre amigos, professor-aluno, entre colegas de trabalho. Esta necessidade envolve, entre outras questões, a procura de um ambiente favorável, mais ou menos privativo, conforme a situação em questão.

Desta forma, pode-se refletir que se por um lado há a procura da regulação dos limites da interação, por outro, para que esta ocorra de forma coerente ou harmoniosa, o ambiente físico também deve ser adequado. Caso haja inadequação do ambiente, pode se questionar se a regulação dos canais de comunicação pode se fazer incoerente, de forma que estes não estejam devidamente abertos ou resguardados.

Gifford (2002) refere que privacidade é um aspecto importante da identidade. Assim, a privacidade permite às pessoas o tempo e o espaço necessários para reflexões acerca de si próprias e do mundo que as cerca. Por isto, nos relacionamentos humanos, certas vezes necessita-se de mais intimidade, certas vezes, de mais reserva.

Valera e Vidal (2002) referem que “(...) se contempla la identidad como um conjunto de informaciones, sentimientos y creencias sobre nosotros mismos que se

configuran a través de nuestra interacción con los demás, entonces los mecanismos reguladores de tal interacción – y así actúan los mecanismos de privacidad – resultan decisivos para mostrar y mostrarnos quiénes somos.”¹⁸ (Valera & Vidal, 2002, p.128). Propõem três pontos chave para a compreensão da privacidade contribuindo ao desenvolvimento da identidade:

- a) A auto-identidade, como função psicológica que permite um estabelecimento de identidade pessoal e posicionamento da pessoa nas interações;
- b) A auto-avaliação da pessoa e sua expressão para com os outros ao longo do tempo, e que é necessária para o alcance da auto-identidade;
- c) A autonomia da pessoa em sua relação com o social, como possibilidade que também pode ser garantida pela privacidade.

Desta forma, pode-se compreender que a identidade e a autonomia conservam relação próxima com a interação social. No sentido das possibilidades de procura por reserva ou intimidade, e da escolha da expressão de determinados aspectos de seu próprio eu conforme as relações estabelecidas.

3.2.1 As dimensões da privacidade

Pedersen (1999), em sua pesquisa onde cruzou os temas tipos de privacidade e funções da privacidade, compreende da seguinte forma os tipos de privacidade em seu método de pesquisa: solidão como estar sozinho em situações onde outras pessoas não têm acesso; reserva como o controle das informações a serem passadas

¹⁸ “(...) compreende-se a identidade como um conjunto de informações, sentimentos e crenças sobre nós mesmos que se configuram através de nossa interação com os demais, então os mecanismos reguladores de tal interação – e assim atuam os mecanismos de privacidade – resultam decisivos para mostrar e mostrar-nos quem somos.” (Tradução livre da autora).

verbalmente a outras pessoas; isolamento como o distanciamento físico das demais pessoas; anonimato como o ato de manter-se desconhecido perante aos estranhos; intimidade com a família como ficar isolado com a família e excluindo outras pessoas; e intimidade com os amigos, como idêntico ao anterior exceto que o isolamento dá-se com os amigos.

Valera e Vidal (2002) discorrem sobre os tipos de privacidade como as dimensões, ou manifestações, ou formas de privacidade.

Em Valera e Vidal (2002) é colocada uma reflexão sobre as dimensões da privacidade. Solidão e isolamento proporcionam o controle da interação social por parte da pessoa. Já as dimensões intimidade com a família e intimidade com os amigos, enfocam a interação endogrupal e a redução da interação exogrupal. As dimensões anonimato e reserva relacionam-se ao controle das informações que irão vir à tona na interação social, e de forma seletiva.

Para Gifford (2002), o tema das necessidades de privacidade na infância ainda é um estudo a ser mais pesquisado. Levanta a hipótese que se por um lado, a criança necessita de pouca solidão, reserva ou anonimato, por outro ela deve necessitar de outras formas de privacidade. A partir de pesquisas de outros autores, ele propõe que as necessidades de privacidade aumentam conforme a idade da criança.

Tendo em vista tais estudos, pode-se propor que o aprofundamento em pesquisas na área da infância poderia propiciar um entendimento sobre como a criança consegue utilizar e compreender cada dimensão. Isto beneficiaria a intervenção sobre as necessidades da criança de interação social, de intimidade com a família e de reserva, por exemplo.

3.2.2 O modelo de privacidade de Altman

Valera e Vidal (2002) estudam o modelo de privacidade de Altman, compreendendo-o como um processo dialético e tridimensional e perfazendo uma perspectiva teórica das interações sociais.

Aprofundando-se na privacidade como processo dialético, Valera e Vidal (2002) compreendem a existência de vários vetores, que incluem a pessoa, suas necessidades e expectativas, o contexto sócio-ambiental, a interação em si e sua ocorrência em um tempo específico. Assim, compreende o movimento da pessoa, que escolhe ou evita a interação.

Gifford (2002) faz um estudo sobre o modelo de Altman e a compreensão da privacidade como um processo tridimensional. Primeiramente refere-se ao controle ou regulação dos limites, também ao grau ótimo de acesso da pessoa aos demais e por fim, aos instrumentos utilizados para o alcance da privacidade

Valera e Vidal (2002) compreendem estes aspectos estudados por Gifford (2002) da seguinte forma:

- a) A pessoa busca a interação, não apenas a exclusão. A ponte entre o *self* e o mundo funciona por meio das duas vias.
- b) A privacidade é um fenômeno que vai além da solidão, da reserva e do anonimato, tendo em vista que a pessoa tem determinados objetivos a serem alcançados em suas interações sociais, podendo estar ou não em companhia das demais pessoas. As dimensões temporais, sociais e ambientais devem ser incluídas.

c) Para alcançar a privacidade, a pessoa lança mão de diversos mecanismos, entre eles os verbais, não verbais, ambientais, e sócio- culturais. Os autores analisam cada um:

- Verbais – Primeiro é importante ver-se as dissonâncias entre o que se deseja como privacidade e o que se tem na realidade. Pode-se observar o ritmo, a entonação, a pronúncia, o conteúdo da fala e o tempo para a resposta.
- Não Verbais – Expressão corporal e facial assim como o contato por meio do olhar.
- Mecanismos ambientais – forma de se vestir, espaço pessoal e demarcação e defesa da territorialidade.
- Mecanismos sócio-culturais – normas sociais e formas culturalmente aprendidas de se lidar com os mecanismos de interação.

Outra importante colocação de Valera e Vidal (2002) é a dissonância entre a privacidade desejada e a real. A pessoa pode perceber como sendo invadida em seu espaço se a privacidade desejada for superior à real, e ter a percepção de isolamento se a privacidade desejada for inferior.

Portanto, pode-se propor que a privacidade advém do movimento de cada pessoa, em sua particular maneira de se relacionar com o mundo e consigo mesma. Ou seja, se expressa na interação social, por meio de diversos mecanismos a serem utilizados em tempo e espaço particulares e com diferentes pessoas. Entre estes mecanismos, encontra-se o espaço pessoal.

3.3 O Espaço Pessoal

Os estudos de Valera e Vidal (2002), propõem o espaço pessoal como um mecanismo ambiental necessário para o alcance da privacidade. Aqui seguem as definições do conceito necessárias para a compreensão de tal dinamismo.

Espaço Pessoal, para Sommer (1973), pode ser empregado de duas formas. Primeiramente, para definir a zona emocionalmente carregada, que cada pessoa possui a sua volta, e que regula os espaços entre ela e as demais pessoas. Também pode ser usado para definir o processo de demarcação e personalização dos espaços utilizados pelas pessoas.

De acordo com Torvisco (2002), “El espacio personal se refiere al área situada alrededor del cuerpo humano donde no se puede entrar sin causar malestar.”¹⁹ (p.101).

Gifford (2002) propõe que o fenômeno de espaço pessoal deve ser compreendido como o espaço interpessoal e que este modifica de acordo com as situações vividas pela pessoa, sendo também alusivo da experiência subjetiva. Envolve inclusive a percepção das pessoas sobre as distâncias estabelecidas.

Torvisco (2002) propõe que o espaço pessoal pode ser compreendido “(...) como um mecanismo de regulación de los limites interpersonales y de mantenimiento del nivel de respuestas a la invasión del próprio espacio”.²⁰ (p.107).

Torvisco (2002) analisa a função do espaço pessoal de autoproteção contra as ameaças físicas e emocionais que advém das interações humanas, tendo em vista a possibilidade de regular a quantidade e qualidade dos estímulos sensoriais por meio da

¹⁹ “O espaço pessoal se refere à área situada ao redor do corpo humano onde não se pode entrar sem causar mal estar.” (Tradução livre da autora.)

²⁰ “(...) como um mecanismo de regulação dos limites interpessoais e de manutenção do nível de respostas à invasão do próprio espaço.” (Tradução livre da autora.)

permissão ou controle do que poderá ou não adentrar a zona emocionalmente carregada de cada pessoa. Por meio do espaço pessoal, é possível dominar as agressões advindas nas relações.

Outra função do espaço pessoal também analisada por Torvisco (2002) refere-se à comunicação e regulação da intimidade. Por meio do espaço pessoal, cada pessoa comunica para as demais as informações e o tipo de interação e intimidade a serem estabelecidas.

Sommer (1973) discorre sobre a invasão do espaço pessoal, referindo-se ao desrespeito às fronteiras do eu da pessoa. Desta forma, só ocorre de pessoa para pessoa, ou de pessoa para quem é percebido como pessoa. As invasões também podem ser analisadas em aspectos da comunicação não verbal.

De acordo com Gifford (2002), quando ocorre a invasão, advém na pessoa que se sente invadida, uma eclosão de sentimentos negativos. Por outro lado há diferenças entre os sentimentos que advém na pessoa em situações envolvendo amigos e em situações envolvendo estranhos.

Por outro lado, Sommer (1973) propõe que a defesa do espaço pessoal envolve gesto, postura e localização, e deve trazer um sentido claro para outras pessoas.

3.3.1 Distâncias interpessoais

Torvisco (2002) propõe que a distância pessoal implica a existência de variáveis tais como as características das pessoas e a relação entre estas. A proximidade tem relação direta com a amizade e ao sentimento de gostar da outra pessoa. Outro fator a ser considerado é a diferença cultural, de forma que diferentes culturas compreendem a

distância interpessoal e o toque de diferentes formas, podendo causar mal estar ou não.

Desta forma, estudos a respeito do espaço pessoal podem ser úteis à intervenção do profissional da área de saúde, haja vista a possibilidade de compreensão das particularidades ou diferenças individuais sobre a percepção de mal estar ou bem estar nas relações estabelecidas. Estas diferentes percepções a respeito dos toques, formas de aproximação ou de abordagem, podem levar a uma comunicação mais ou menos harmoniosa junto aos pacientes, aos familiares, e demais profissionais.

3.3.2 Influências sobre o espaço pessoal

Segundo Gifford (2002) as influências sobre o espaço pessoal envolvem quatro vertentes: pessoais, sociais, físicas e culturais. A vertente pessoal envolve, por sua vez, características como sexo, idade, personalidade, transtornos psicológicos e tendência à violência.

Também é proposto pelo autor em questão que é difícil mensurar o espaço pessoal em crianças, tendo em vista sua pouca mobilidade. Percebem-se diferenças entre as crianças, havendo aquelas que se sentem à vontade com o abraço e aquelas que resistem ao contato. São poucas as pesquisas desenvolvidas sobre este tema. De qualquer forma o autor coloca que o espaço pessoal aumenta conforme a idade.

Günther e Cunha (2004) realizam um estudo do manual *Environmental Psychology* em suas várias edições, e salientam pesquisas acerca do espaço pessoal na infância. Colocam que o espaço pessoal se estabelece por volta de 45 e 63 meses, e antes dos cinco anos a criança não possui um padrão estável.

Novas pesquisas poderiam destrinchar este tema baseando-se em teorias acerca do amadurecimento humano, em especial a abordagem winnicottiana. Pensando nas fases mais primitivas do amadurecimento como as de maior dependência ambiental, a sensibilidade da criança ao ambiente deve ser, portanto, maior neste período. Talvez por isso a criança experimente maior sofrimento quando submetida a ambientes invasivos, sem que por isso consiga se expressar de forma objetiva e verbal, mas a partir de expressões subjetivas e não verbais; ou seja, será que ambientes sentidos como invasivos a levam a uma maior necessidade (e não necessariamente expressão) de afastamento? A criança ainda está aprendendo as funções de autoproteção, e ao mesmo tempo, para que elas estejam bem desenvolvidas, será necessário um ambiente não invasivo, de tranquilidade, daí a inconsistência em seus padrões?

As vertentes sociais, de acordo com Gifford (2002) referem-se à atração, à amizade e ao conhecimento do outro; ao medo e à segurança; à cooperação e à competição; e ao poder e ao *status*. As vertentes físicas, por sua vez, envolvem as influências do contexto físico na interação. Por último, as vertentes culturais e religiosas, donde propõe-se que diferentes culturas e crenças religiosas exercem diferentes influências sobre as distâncias interpessoais, conforme também já colocado anteriormente.

3.4 Considerações sobre a privacidade, espaço pessoal e o ambiente hospitalar

Segundo Martinez, Andeane e Rodríguez (2002) os pacientes hospitalizados encontram-se em um ambiente estranho, vivenciam a despersonalização, assim como a

falta de controle sobre si mesmos e o ambiente. Desta forma seu estado emocional encontra-se alterado. Determinadas variáveis ambientais podem prolongar a enfermidade e ameaçar a evolução do paciente. Em seu estudo os autores avaliam as variáveis que afetam o conforto físico tais como a iluminação, decoração, umidade, temperatura, ruído e cheiro. Corroboram que estas variáveis são potenciais fontes geradoras de estresse, quando inadequadas, incômodas ou desagradáveis.

Com isto, pode-se propor que se a pessoa tiver a percepção do hospital como um ambiente estranho, ou hostil, e vier a vivenciar a despersonalização, isto implica em uma importante alteração de sua percepção sobre a privacidade, identidade, e conseqüentemente na delimitação de seu espaço pessoal. O cuidado sobre as necessidades do paciente pode minimizar o sofrimento inerente à hospitalização, entre suas necessidades encontram-se o respeito à privacidade e ao espaço pessoal. As crianças parecem enxergar tais necessidades a partir de suas particularidades.

Günther e Cunha (2004) referem sobre estudos da Altman e Wohlwill nos anos 70 que aludem ao maior imediatismo das respostas das crianças às condições ambientais, estando elas mais sujeitas aos impactos negativos do ambiente. Günther e Cunha (2004) realizam estudos sobre o manual *Environmental Psychology* onde frisam os efeitos negativos dos estímulos ambientais (como ruídos) no desenvolvimento infantil, e sugerem que as crianças mais ansiosas são as mais afetadas.

Pode-se considerar o hospital como um espaço rico em estímulos, inclusive geradores de estresse, como os excessos de ruídos. As crianças são muito sensíveis ao ambiente, assim como se encontram mais ansiosas no ambiente de hospitalização. Os profissionais de saúde que lidam com a criança nestas condições devem estar atentos a estes aspectos, de forma a propor soluções que minimizem seu sofrimento, e

considerem os estímulos ambientais como parte do tratamento; os estímulos podem ser, por exemplo, matéria prima do brincar como já aludido no primeiro capítulo.

White (1978) desenvolveu estudos acerca das necessidades das crianças que vivem em apartamentos. Observou a falta de espaço para que as crianças pudessem brincar não só dentro do próprio apartamento, como também em áreas comuns de lazer estruturadas especificamente ao brincar. Propõe o desenvolvimento de projetos que levem em conta suas necessidades, para uma melhor qualidade de vida.

Pode-se pensar que o hospital, seja por dias, semanas ou meses, torna-se a casa da criança. Ela continua a ter necessidades de brincar e de espaço, que podem ou não ser expressas, conforme as características da interação criança-ambiente. É importante que este aspecto seja valorizado na estruturação do espaço físico do hospital.

Estudos acerca do processo de hospitalização e possibilidades de minimizar o sofrimento gerado têm sido feitos por pesquisadores da área da Psicologia Ambiental, objetivando soluções dos problemas da esfera humano-ambiental.

Corrêa (2006), em sua dissertação de Mestrado, pesquisou a qualidade de vida e o bem estar da criança ao lidar com os ambientes naturais em hospitalização, perfazendo também um estudo teórico-prático acerca da hospitalização e Psicologia Ambiental. Demonstrou que as crianças apresentavam comportamentos que sugeriam bem-estar quando em contato com o jardim do hospital, assim como apresentavam necessidade de interação com outras crianças.

Alves (2005) desenvolveu a pesquisa teórico-prática em espaço hospitalar baseando-se na Psicologia Ambiental. Buscou, com sua dissertação de Mestrado, uma compreensão acerca das formas de apropriação de espaço vivenciadas pelos pacientes

hospitalizados, de forma a estabelecer parâmetros de reflexão aos profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes, assim como aos profissionais que lidam com o planejamento dos hospitais.

Souder *et al* (1978) propõe que o ambiente hospitalar deve ser um espaço agradável, cômodo, que satisfaça as necessidades pessoais dos que trabalham e permanecem no ambiente, oferecendo segurança, proteção, facilidade de movimento e proporcionando a privacidade e descanso.

São pesquisas que colocam o paciente internado como foco de seu estudo, e que refletem acerca de mudanças ambientais que possam ser úteis à promoção de saúde em ambiente hospitalar.

Segundo Wiesenfeld (2003), é importante que se atue sobre a educação, e a conscientização, entre outros fatores, para se atingir os objetivos da Psicologia Ambiental de contribuir na compreensão e solução de problemas nas esferas humana e ambiental. Também deve ser considerada a participação dos atores sociais para a articulação de suas necessidades.

A presente pesquisa irá estudar possibilidades de relação do profissional de saúde com a criança hospitalizada, de forma a considerar a criança como sujeito ativo de sua própria história, facilitando para que alcance a consciência de seu próprio corpo e do espaço onde se encontra. Assim, é uma proposta de estudo que aprofunda acerca da privacidade e espaço pessoal da criança hospitalizada de forma a auxiliar na comunicação com a criança, e colocá-la como sujeito no processo de hospitalização.

Muitos estudos ainda devem ser feitos abordando as contribuições da Psicologia Ambiental à promoção da saúde no processo de amadurecimento infantil. Conforme abordado no capítulo anterior, o ambiente é fundamental como estrutura ao processo

de amadurecimento e nele e com ele é possível estabelecer relações de confiança que sustentem o amadurecimento tranquilo. Este estudo se propõe a auxiliar o desenvolvimento de pesquisas na área, e é uma proposta que compreende que o ambiente só poderá oferecer segurança e confiança à criança quando respeitar sua identidade, proporcionar autonomia e respeitar seu espaço e desejo para a interação.

Capítulo 4: MÉTODO

4.1 Considerações metodológicas

O objetivo do presente trabalho é propor e analisar uma intervenção terapêutica por meio do brincar com a criança recém-hospitalizada à luz da teoria psicanalítica winnicottiana. O objetivo específico é conhecer e analisar as contribuições da Psicologia Ambiental à proposta de intervenção terapêutica, especificamente os conceitos de espaço pessoal e privacidade.

Será usada a metodologia qualitativa por meio de estudo de caso, o que possibilitará analisar as experiências particulares e condições ambientais onde as crianças se encontram impossibilitadas de brincar e aquelas nas quais conseguem brincar com espontaneidade e continuidade.

Segundo Cozby (2003), o estudo de caso possibilita a descrição da realidade particular de um indivíduo, sendo que este pode ser uma pessoa ou um ambiente. De acordo com d'Allonnes (2004), este método tem a função de informar e ilustrar um raciocínio clínico ao descrever pessoas em situações específicas, de forma a possibilitar correlações teórico - práticas acerca de uma problemática.

4.2 Sujeitos

Foi realizada a coleta de dados com duas crianças nos dois primeiros dias de internação em enfermaria de Pediatria de Hospital Escola e seus respectivos pais ou parentes.

As crianças estavam internadas por meio do SUS e tinham a idade entre 3 e 6 anos. Foram excluídas como sujeitos as crianças que tivessem comprometimentos neurológicos que interferissem em seu desenvolvimento psicomotor e as que tivessem como acompanhantes adultos que não parentes próximos. Não foram considerados como critério de exclusão o diagnóstico médico, nem a expectativa de tempo da internação.

Optou-se pela faixa etária porque a criança já adquiriu controle sobre sua musculatura voluntária e desenvolvimento da linguagem, o que possibilitou a aplicação dos instrumentos. Salienta-se também que, de acordo com Dias (2003), a integração da personalidade alcança maior estabilidade por volta dos dois ou três anos.

a) Sujeito 1:

Nome: G. ;sexo: masculino; idade: 5anos e 6meses; quarto: 503.

Diagnóstico: Pneumonia Lobar. Houve investigação de derrame pleural, que no dia seguinte foi descartado após exame.

Procedência: cidade B. onde havia ficado internada por um dia. A cidade B. é vizinha da cidade I.

b) Sujeito 2:

Nome: B.; sexo: feminino; idade: 4anos e 11meses; quarto: 503.

Diagnóstico: Pneumonia.

Procedência: cidade P. A cidade P. é vizinha da cidade I.

4.3 Local

A coleta de dados foi realizada no andar referente à pediatria e à maternidade, devidamente separadas, de um Hospital Escola da região do sul de Minas Gerais (cidade I.). Ocorreu especificamente na enfermaria de pediatria.



Figura 1: planta baixa da enfermaria de pediatria.

O espaço da enfermaria de pediatria é composto da seguinte maneira, sendo que alguns nomes foram modificados em relação à planta baixa por causa de reformas que ocorreram no setor no período de coleta de dados. Os espaços que se encontram em negrito são de acesso livre aos pacientes e às mães, com exceção do banheiro dos acompanhantes que é de acesso apenas das mães:

- a) 6 quartos referentes aos atendimentos de SUS: **2 quartos com 3 leitos cada, 2 quartos com 4 leitos cada** sendo que ocorrem modificações na colocação de leitos, ou seja, são retirados ou colocados os berços e as camas conforme a necessidade das internações; 1 quarto isolado para a semi-intensiva (quarto 504) e 1 quarto individual (quarto 507). Ocorrem mudanças com retirada ou colocação de leitos e berços conforme a necessidade. As crianças e as mães têm conhecimento sobre os quartos nos quais não podem entrar na medida que estes ficam com as portas fechadas, esta informação também é dada informalmente pela equipe quando necessário ou pelos pacientes;
- b) **1 sala de recreação** onde se encontram o armário de brinquedos, televisão, sofá e mesa de altura própria às crianças;
- c) **1 banheiro para os pacientes (sala de banho ao lado do quarto 505)**; 1 sala de banho e 1 banheiro para os acompanhantes (W.C.) que se encontra no andar da enfermaria, mas atrás da porta de entrada. As crianças aprendem que quando suas mães colocam que irão ao banheiro, elas se deslocarão atrás da porta de entrada, ou seja, para um ambiente que não está acessível nem mesmo visualmente;

- d) 1 sala própria aos procedimentos de punção venosa (na planta baixa está denominada rouparia);
- e) Posto de prescrição médica onde se encontram os prontuários e as papeletas dos pacientes; atrás dele se encontra o posto de enfermagem para a organização dos medicamentos;
- f) 2 salas de aula (uma delas está denominada como depósito ao lado da outra sala de aula);
- g) 1 quarto próprio aos residentes (na planta baixa está descrito como depósito, ao lado da sala de recreação);
- h) 1 quarto próprio aos internos (na planta baixa está descrito como quarto, ao lado da sala de banho ao fim do corredor);
- i) **lactário** onde se prepara o leite, aqui não são preparadas as refeições dos pacientes.
- j) Expurgo

4.4 Instrumentos e materiais

4.4.1 Entrevista semi-estruturada realizada com a mãe ou pai, ou parente próximo responsável pela criança

Este instrumento encontra-se no apêndice A.

A função deste instrumento é a coleta de dados sobre como a criança vem se relacionando desde bebê com os objetos, situações e pessoas.

Esta entrevista se refere a um estudo sobre como desde bebê foi feito uso da terceira área intermediária da experiência onde, de acordo com Winnicott [1971] (2005),

incidem os objetos e fenômenos transicionais.

4.4.2 Prontuário da criança

Para a obtenção de dados sobre sexo, idade, diagnóstico, data da internação e comprometimentos orgânicos (na fala, visuais, auditivos ou motores) que impossibilitassem a comunicação.

4.4.3 Brinquedos não estruturados

Quatro bonecos de pano que sugiram adultos e crianças de ambos os sexos; blocos de construção em plástico e madeira; três carrinhos de metal; quatro esponjas (em forma de peixe, pé, coração e flor); animais em borracha (em forma de cachorro, cavalo, carneiro e vaca); duas colheres em metal; dois pedaços de madeira devidamente lixados e envernizados; três chocalhos (com sons próximos ao arroz em lata); folhas sulfite; um lápis número dois; uma caixa de doze cores de lápis de cor, uma borracha, dois apontadores (um com caixinha e o outro sem), uma prancheta azul clara em acrílico; um suporte de papelão coberto com papel cartão preto para colocar sobre a caixa como tampo de mesa.



Figura 2: Fotos dos brinquedos e da caixa.

4.4.4 Gravador de áudio e máquina fotográfica

Gravador Olympus Pearlorder –S701 e 6 fitas microcassete Sony.

Máquina Fotográfica Digital Sony DSC-S85.

4.5 Procedimentos

Os procedimentos deveriam ocorrer necessariamente nos horários entre 10h e 12h, ou entre 13h e 15h, ou entre 17h e 18h, ou ainda entre 19h e 22h porque são os períodos onde normalmente já ocorreram as visitas médicas, o banho, o almoço, as visitas de familiares, o café da tarde e o jantar. O período de horários proposto foi seguido na coleta de dados.

4.5.1 Primeiro dia de intervenção terapêutica por meio do brincar

Winnicott [1971] (2005) propõe uma indicação para o procedimento terapêutico, de forma que este possa dar oportunidade à experiência criativa. Descreve as experiências sensoriais como a matéria prima do brincar. Assim, brincando, o indivíduo pode experimentar a própria vida na área dos fenômenos transicionais, área intermediária entre a realidade compartilhada ou externa – e a realidade interna, ou entre a observação objetiva e a subjetividade.

Para justificar o procedimento, remete-se à Winnicott [1971] (2005). A criança evolui de uma incapacidade de brincar para o brincar compartilhado. A intervenção foi registrada para que se pudesse avaliar a capacidade de brincar da criança e a função de sustentação do brincar oferecida pela pesquisadora.

Tendo como base esta teoria, propôs-se a intervenção terapêutica, que deveria ocorrer da seguinte forma, no primeiro dia de internação de cada criança. A mãe ou pai ou parente próximo responsável pela criança seria informado a respeito dos objetivos da pesquisa, assim como seria feita uma apresentação da pesquisadora. O procedimento deveria ter início assim que o responsável aceitasse. Ele seria convidado a conversar com a pesquisadora do lado de fora do quarto da criança. Seria questionado a respeito de como estava a criança. Seria esclarecida a importância que ficasse aguardando do lado de fora do quarto, de forma que seria avisado quando o procedimento terminasse. Caso houvesse uma negativa neste momento, a pesquisadora agradeceria ao responsável, explicaria que não haveria qualquer interferência em sua internação e encerraria os procedimentos da pesquisa com este caso específico.

Se o responsável concordasse com a participação da criança, continuar-se-ia da seguinte forma. A criança (que necessariamente deveria estar em seu leito no horário da intervenção) seria convidada a participar da pesquisa. Seria feita à criança uma apresentação da pesquisadora, e de seus objetivos de forma que a criança compreendesse.

A instrução deveria ser dada conforme o texto seguinte: *“estou te convidando para participar de uma atividade dos meus estudos, para que eu possa conhecê-la melhor e às crianças que precisam ficar no hospital. A mamãe (ou o papai ou o nome do responsável) já sabe que vamos brincar e deixou. Nós podemos conversar sobre como está sendo este dia e você pode brincar com os brinquedos que eu trouxe aqui no quarto. Eu irei gravar, e isto vai ser importante para que eu não esqueça nada das coisas sobre as quais falaremos. Você quer brincar? Posso começar a gravar?”*

Caso a criança não aceitasse o convite, a pesquisadora agradecerá à criança, explicaria que não haveria problemas e encerraria os procedimentos de pesquisa com este caso específico. Se a criança concordasse, os procedimentos teriam continuidade.

Algumas situações foram previstas, como a dificuldade da criança de se separar dos pais ou parente próximo responsável por ela. Se esta dificuldade fosse muito grande, e após alguma insistência, poder-se-ia deixar o responsável voltar ao quarto, desde que não viesse a intervir no procedimento, e isto deveria ser esclarecido pela pesquisadora. As reações (como troca de olhares, expressões faciais, ou qualquer tentativa de interferência) deste e da criança deveriam ser registradas.

No quarto, os brinquedos deveriam estar em uma caixa, posta em altura compatível ao leito e ao lado deste. Seria dito à criança que poderia escolher qual ela quisesse. A pesquisadora deveria brincar junto com a criança se ela a convidasse, assim como a conversa deveria fluir inicialmente conforme o desejo da criança.

A intervenção deveria durar em média 30 minutos. Caso o tempo fosse mais longo ou mais curto em dez minutos ou mais, este seria um novo dado a ser avaliado. Esta média de tempo foi escolhida devido às condições clínicas que a criança hospitalizada normalmente se encontra e às necessidades emergentes no hospital, desta forma deveria ser um tempo inferior ao tempo padrão de 50 minutos utilizado no consultório particular.

Se após o período da intervenção a criança não tivesse falado espontaneamente sobre como tem sido seu dia no hospital e do que gosta de fazer e brincar dentro e fora do hospital, deveria ser feita uma pequena entrevista que abordasse estes pontos. Objetiva-se com a pequena entrevista conhecer quais os objetos aos quais a criança comumente se liga, quais os seus interesses e preferências ao brincar e relacionar-se

com as outras pessoas, sendo estas informações importantes para a compreensão de seu processo de brincar.

Os procedimentos de pesquisa aplicados em cada caso poderiam ser encerrados a qualquer momento se este fosse o desejo da criança ou do responsável. Caso a criança viesse a se sentir muito cansada, viesse a se queixar de muitas dores ou sono, ou se houvesse qualquer necessidade de interrupção por parte da equipe médica e de enfermagem, deveria ser feita uma pausa no procedimento. Só haveria continuidade se a criança quisesse e/ou estivesse em condições de participar. Caso contrário seria encerrada a participação desta criança.

Desta forma a intervenção teria a função avaliativa e terapêutica (à medida que houvesse necessidade e possibilidade no setting descrito).

A intervenção ocorreu a partir da forma proposta com os dois sujeitos, em dias diferentes e separadamente. No capítulo 5 está descrito em detalhes como a intervenção ocorreu com os sujeitos 1 e 2, sendo que algumas dificuldades previstas ocorreram.

O material lúdico foi desinfetado com álcool ou lavado com sabão próprio a procedimentos hospitalares antes e ao final de cada dia de observação, devido a questões de assepsia. A observação foi gravada com gravador de áudio.

4.5.2 Segundo dia de intervenção terapêutica por meio do brincar

A intervenção terapêutica foi repetida da mesma forma, no segundo dia de internação para a avaliação da evolução de cada criança.

4.5.3 Aplicação da entrevista semi-estruturada com a mãe ou pai, ou outro parente próximo responsável pela criança

Foi realizada no segundo dia de internação de cada caso. O responsável foi encaminhado a uma das salas de aula da enfermaria, sem a criança, para a aplicação da entrevista. A entrevista foi gravada em áudio após a permissão do responsável.

Foi tomado o cuidado com cada criança, que ficou aguardando a mãe em seu leito. Se a criança não estivesse em condições de ficar sem o responsável, por motivos clínicos, ou por dificuldade em se separar, a pesquisadora deveria retornar em outro momento, em que as condições estivessem favoráveis à criança.

4.6 Devolutiva

Terá a função de informar aos participantes da pesquisa seus resultados.

Os pais ou parente próximo responsável e crianças participantes da pesquisa foram convidados para a participação da devolutiva por meio de telefonema e foram dadas as informações sobre a data, local e função da devolutiva. O local da devolutiva será o ambulatório de pediatria - psicologia deste mesmo hospital.

O horário já está agendado junto aos pais dos pacientes, e a devolutiva será realizada em breve.

4.7 Cuidados Éticos

Os sujeitos da pesquisa terão seus nomes resguardados, assim como o Hospital Escola onde a pesquisa foi realizada e sua localização. Estes dados não serão revelados.

A probabilidade de que o indivíduo sofresse algum dano como consequência imediata ou tardia desta pesquisa era de risco baixo. Os procedimentos da pesquisa foram elaborados de forma que a criança e o acompanhante sofressem minimamente qualquer espécie de desconforto, e a participação delas na pesquisa poderia finalizar a qualquer momento conforme o desejo de ambas.

As fitas de áudio ficarão aos cuidados apenas da pesquisadora por 20 anos, quando então serão incineradas. Neste período de 20 anos apenas a pesquisadora poderá ter acesso ao material. As transcrições das fitas de áudio foram feitas pela pesquisadora e será garantido o sigilo das informações.

Os Comitês de Ética em Pesquisa da PUC-SP e da Faculdade de Medicina-Hospital Escola aprovaram o projeto. Após a aprovação deu-se início à pesquisa, com o pré-teste (sujeito 1) e com a coleta de dados com o sujeito 2.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo pesquisador foi enviado aos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC-SP e da Faculdade de Medicina-Hospital Escola onde foi realizada a coleta de dados.

Os responsáveis pelos sujeitos 1 e 2 receberam o Termo de Consentimento e o assinaram. (O modelo do Termo de Consentimento está incluído no apêndice B.) Os sujeitos 1 e 2 foram convidados a participar verbalmente, conforme as instruções previstas nos procedimentos, e seus consentimentos foram verbais.

Capítulo 5: RESULTADOS E ANÁLISE

A proposta do presente capítulo é apresentar os resultados obtidos com os sujeitos 1 e 2 assim como analisá-los. Para tanto, será realizado o seguinte processo:

- 1) Para uma melhor visualização apresentar-se-ão os dados e as categorias propostas em quadro. As categorias foram propostas de acordo com os acontecimentos observados e colhidos nas intervenções terapêuticas, sendo que sua base teórica já foi apresentada no primeiro, segundo e terceiro capítulo.
- 2) Serão apresentadas algumas observações acerca das intervenções terapêuticas e os dados da entrevista.
- 3) Será realizada a hipótese de diagnóstico psicológico para os casos.
- 4) A partir desta hipótese será construída a análise dos casos.

5.1 As categorias para a análise e seus significados

- a) Sobre a privacidade e o espaço pessoal:

Reserva: Dimensão da privacidade que, de acordo com Pedersen (1999), se refere ao controle de informações a serem passadas verbalmente a outras pessoas. Será registrada quando a criança se calar, ou seja, não demonstrar interesse ou desejo de falar sobre um assunto. Ou quando a criança parar de falar de forma a não dar continuidade a uma determinada história, ou brincadeira que tenha surgido na

intervenção terapêutica. Não significa a quebra da continuidade do brincar, mas de uma brincadeira específica.

Isolamento: Dimensão da privacidade que, de acordo com Pedersen (1999), se refere ao distanciamento físico das demais pessoas. Será considerada toda vez que a criança vier a se afastar fisicamente da pesquisadora e das demais pessoas que a acompanham. Pode ser que a criança venha a se manter no mesmo lugar, mas comece a focar seu olhar para qualquer ponto sem buscar outra forma de relação, não mantendo mais seu foco nos brinquedos, brincadeiras construídas ou na relação com a pesquisadora, de forma que com isto ela leve a intervenção terapêutica a uma pausa, ou mesmo ao término, naquele dia.

Intimidade com a família: Dimensão da privacidade que de acordo com Pedersen (1999) se refere a ficar isolado com a família e excluindo outras pessoas. Será considerada quando a criança exigir a presença de alguém de sua família no momento específico da intervenção. Esta exigência poderá se dar através da fala, do choro, ou de movimento de olhar que foque a pessoa da família (ou a procura por ela), de forma a excluir a pesquisadora e tudo que se relaciona à intervenção. Coloca-se como exigência, uma vez que a criança paralisa a situação de intervenção até alcançar o que deseja, ou seja, quebra a continuidade do brincar até que ocorra alguma forma de aproximação de seu familiar.

Importante destacar que as dimensões solidão e intimidade com os amigos não foram incluídas neste estudo, já que tais dimensões da privacidade não se mostram compatíveis com a rotina hospitalar. A criança hospitalizada deve estar constantemente sob supervisão de algum adulto, ou seja, não deve ficar sozinha. Também se deve levar em consideração que entre os 3 e 6 anos a criança normalmente não faz uso de

tal dimensão, haja vista que mesmo em casa ela deve se encontrar supervisionada por um adulto. A dimensão intimidade com os amigos também se exclui, devido à impossibilidade da criança levar para o ambiente hospitalar seu grupo de amigos. O que é possível ser encontrado é o desejo de estar junto aos amigos, desejo este a ser considerado, assim como a impossibilidade de concretização, ainda que mesmo no horário de visitas, elas são proibidas, devido ao risco de infecção. O contato com outras crianças às vezes é permitido através de cartas, fotos ou notícias, mas não pela presença física concreta.

Espaço pessoal: Fenômeno que Sommer (1973) conceitua como a zona emocionalmente carregada que cada pessoa possui à sua volta, e que Torvisco (2002) refere que tem a função de regular os limites interpessoais. Será considerada como categoria quando a pesquisadora realizar algum movimento para se aproximar da criança e, dessa forma, a intervenção possa ser iniciada. Ou possa ter continuidade, resgatando-se a relação que por algum motivo tenha se rompido. Esta categoria poderá ser observada na relação quando a criança vier a realizar algum gesto que objetive a quebra da continuidade do processo de brincar, como o choro ininterrupto ou o desinteresse por continuar a brincar; em contrapartida, do ponto de vista da pesquisadora, serão observadas a mudança de lugar, o auxílio para pegar os brinquedos que estejam longe da criança, ou o toque na criança que visem a aproximação física e a expressão emocional. Este movimento da pesquisadora em direção à criança terá de respeitar seu desejo. Caso contrário, será considerado como “espaço pessoal – invasão”, aspecto que implicará, na interação com a criança, em uma quebra definitiva de continuidade do processo de brincar, isto é, em perda de condições para a sua retomada após a invasão.

b) As manifestações de tensão:

Hesitação: A categoria hesitação é proposta conforme Winnicott [1941] (2000), a partir da análise do tempo em que os bebês de seu estudo demoravam ao dirigir-se ao objeto de seu interesse. Será considerada toda vez que a criança observar os brinquedos, com intenção de pegá-los, mas demorar a concluir. Ou, quando a criança demorar a dirigir a palavra à pesquisadora, apesar de mostrar interesse em conversar e pelo que está sendo falado. A avaliação do tempo através do qual a criança se direciona aos brinquedos e pessoas é subjetiva, ou seja, não se propõe a ser quantificada. Também se considera e registra como hesitação as situações em que a continuidade do brincar possa ser rompida pela demora da criança em dirigir-se aos brinquedos e pessoas.

Excitação: O sentido dado à categoria excitação deve ser compreendido de acordo com Winnicott [1971] (2005), que considera os riscos que a excitação corporal pode trazer à continuidade do brincar, e valoriza, assim, o ambiente não invasivo, que respeite o tempo de criação da criança e a experimentação no espaço potencial, que sustenta o processo do brincar. Parece importante frisar esse aspecto, uma vez que a criança hospitalizada é constantemente estimulada, em especial, na região da pele sujeita à aplicação do soro (quase sempre necessário). Será considerada, nesta categoria, qualquer demonstração de agitação da criança que venha a romper ou a interromper a continuidade do processo de brincar. Por exemplo, o choro, gritos, tosse, excesso de movimentos com o corpo, expressões de dor pela fala ou através de caretas e movimentos corporais. Esta categoria deverá ser analisada em conformidade com a fase do amadurecimento na qual a criança parece se encontrar, com base na

hipótese de diagnóstico psicológico. Será compreendida de acordo com cada caso, ou seja, será diferente o seu sentido no caso da criança já ter alcançado a capacidade de integração das tensões instintuais ao *self*, em comparação com a que ainda vivencia as tensões como “algo fora de si mesma”.

Excitação não deverá ser compreendida como sinônimo de impulsividade, uma vez que esta poderá ser a forma natural e espontânea da criança se expressar no cotidiano, sem necessariamente interromper o processo de brincar.

c) O processo do brincar²¹ :

Não consegue brincar: - Esta categoria será considerada em seu sentido extremo, quando a criança não expressar qualquer movimento em relação à pesquisadora, aos brinquedos, a qualquer objeto que esteja sobre a cama (lençol, travesseiro, soro), ou a qualquer parte de seu próprio corpo. Também se considera quando a criança não vier a estabelecer qualquer desejo de relação, nem mesmo através do olhar, seja com a pesquisadora, seja com alguém que se encontre por perto.

- Esta categoria também deve ser considerada caso a criança vier a repetir movimentos de forma estereotipada, podendo até mesmo submeter-se a uma atividade proposta, mas sem conferir a ela nenhum sentido particular. A criança, nesse caso, estaria respondendo às solicitações tanto verbalmente, como através de movimentos, a partir do desejo do outro, sem

²¹ O sentido dado ao brincar deve ser compreendido conforme Winnicott. Um estudo detalhado é encontrado no segundo capítulo.

acrescentar algo de si mesma, resultando na não continuidade da atividade ou da conversa.

Brincar sozinha: Esta categoria será considerada caso a criança venha a mostrar interesse pelos brinquedos da caixa, ou por algum objeto que esteja sobre a cama, ou mesmo alguma parte de seu corpo; ou venha a falar sozinha, cantar, ou a movimentar-se de forma a expressar suas emoções, pensamentos ou sentimentos. Neste caso, ainda que procure expressar-se, a criança ainda se mostrará voltada para si mesma, e quer dizer que ainda não chamará a pesquisadora a participar, seja pela fala, movimentos ou contato visual.

Brincar junto: Será considerada caso a criança venha a introduzir a pesquisadora em seu processo de brincar e a se comunicar com ela, podendo expressar, na relação, seus sentimentos, emoções e pensamentos, ainda que de forma pouco elaborada. Os gestos mais simples devem ser considerados.

Não quer brincar: Quando a criança não quiser mais brincar, após já ter conseguido anteriormente. Esta categoria também se aplica caso a criança não quiser brincar com a pesquisadora, preferindo comunicar-se de outras formas, seja com as demais pessoas, seja com a pesquisadora.

d) Continuidade do brincar e reatividade:

Continuidade do brincar: Esta categoria será considerada caso o brincar tiver continuidade, ao observar-se que a criança não parou de se expressar mesmo ocorrendo uma mudança de interesse quanto ao brinquedo, construção de uma história ou brincadeira. Também pode ser observada a continuidade, na ocasião do término da intervenção do dia, no caso em que uma abertura para o retorno da pesquisadora no

dia seguinte for possível. Como exemplo, pode ser que, na intervenção do dia seguinte, a criança venha a continuar sua história, ou mostrar um sentido mais elaborado para uma brincadeira, contar um sonho ou desenhar algo que tenha surgido durante a intervenção anterior.

Reatividade: Esta categoria é observada quando a criança realizar uma pausa no processo de brincar, e manifestar alguma forma de tensão como reação a um estímulo externo. A sua reação se dará a partir de um acontecimento externo por si próprio. Por exemplo, a criança poderá reagir a um barulho, entrada ou saída da mãe no quarto, cheiro, calor. Por conta da reação aos estímulos do ambiente ocorre uma quebra na continuidade do brincar.

A dimensão acima será considerada também no caso da criança reagir às tensões instintuais como se fossem externas a si mesma, o que quer dizer que, no caso, não foi possível a ela integrar sua vida instintiva ao *self*. A criança poderá sentir dor, mas dependendo da sua imaturidade (ou regressão), ela poderá sentir esta dor como externa a si mesma, e com isto poderá paralisar-se o processo de brincar.

5.2 Sujeito 1: Resultados e análise

Nome: G. ;sexo: masculino; idade: 5anos e 6meses; quarto: 503.

Diagnóstico: Pneumonia Lobar. Houve investigação de derrame pleural, que no dia seguinte foi descartado após exame.

Procedência: cidade B. onde o menino havia ficado internado por um dia. A cidade B. é vizinha da cidade I.

5.2.1 O resumo do primeiro dia de intervenção terapêutica e as categorias

O resumo da intervenção terapêutica está descrito na seqüência dos acontecimentos.

Quadro 1 – O resumo do primeiro dia de intervenção e as categorias

| Resumo | Categorias |
|---|---|
| <p>a) Horário: 18h50. G. é encontrado no berço, acabando de acordar, e a mãe está ao seu lado. A pesquisadora convida a mãe a sair do quarto para lhe pedir o consentimento para pesquisa. No meio da leitura do termo de consentimento, apesar de estarem em uma posição na qual a criança pudesse vê-las, G. começa a chorar e a chamar pela mãe. Mãe retorna ao quarto.</p> | <p>Intimidade com a família. Excitação. Reatividade</p> |
| <p>b) Após 5 min. a pesquisadora retorna, sentando-se em uma cadeira que estava posicionada em frente ao sofá, sem a caixa e com o termo de consentimento em mãos. A mãe direciona seu olhar à pesquisadora e diz que acha que não vai dar. A pesquisadora levanta-se, guarda o Termo e pega a caixa de brinquedos. A criança olha direto para caixa, já parando de chorar e olha para a pesquisadora. A pesquisadora cumprimenta e sorri à criança. A mãe pergunta se ele quer brincar e ele diz que sim.</p> <p>G. se acalma, permitindo o início da intervenção. A pesquisadora pede à mãe para se sentar em lugar mais afastado, mas onde a criança pudesse vê-la. Ela se afasta e a criança permanece calma, sem chorar.</p> | <p>Intimidade com a família. Espaço pessoal.</p> |
| <p>c) A criança está sentada próxima a uma das extremidades do sofá. A pesquisadora senta-se ao seu lado, e lhe mostra a caixa de brinquedos, deixando-a no chão. A criança se interessa e pergunta sobre o que tem na caixa, e conversa durante todo o tempo com a</p> | <p>Espaço pessoal.</p> |

| | |
|--|---|
| pesquisadora. A pesquisadora arruma a posição do braço da criança para que a veia não se perca. | |
| d) O primeiro brinquedo pelo qual a criança se interessa é o chocalho de palha, o qual segura e balança, de forma a ouvir seu som. Diz que é uma “belezinha” e pergunta o que tem dentro dele. | Brincar sozinha. |
| e) A criança murmura. A pesquisadora o acompanha, conversando com ele à medida que ele fala, em uma linguagem simples, com poucas palavras e em um tom suave. | Brincar sozinha. Continuidade do brincar. |
| f) A criança se interessa pelos carrinhos de metal, os quais movimenta sobre o sofá de um lado para o outro. Diz que é uma “belezinha”, e murmura. A pesquisadora continua conversando, e também ri. | Brincar junto. Continuidade do brincar. |
| g) A criança deixa os carrinhos sobre o sofá e prontamente se interessa pelos lápis de cor, diz que os lápis são uma “beleza” e os conta. | Brincar junto. Continuidade do brincar. |
| h) A pesquisadora convida a criança a desenhar, e a auxilia segurando o material para ela. A criança realiza um rabisco com lápis amarelo, quase imperceptível em sua visualização. Ele é destro, mas pinta com a mão esquerda, já que a direita está sem mobilidade devido ao soro. A pesquisadora o orienta a ficar com a mão (que tem o soro) parada e diz que o lápis que ele escolheu é “amarelinho”. | Brincar junto. Continuidade do brincar. |
| i) A criança conversa com a pesquisadora sobre o apontador e a borracha. G. diz que o apontador é uma “belezinha”. A pesquisadora continua conversando com a criança da mesma forma e novamente ri. | Brincar junto. Continuidade do brincar |
| j) A criança pára, pergunta se “tem mais coisa ainda”, vê os blocos de montar em madeira e começa a montar sobre o sofá, sempre conversando com a pesquisadora, dizendo que vai montar, e murmurando. | Brincar junto. Continuidade do brincar. |
| l) Durante o procedimento a mãe sai do quarto e vai ao banheiro, a | Excitação. Intimidade com a |

| | |
|--|--|
| <p>criança não percebe logo que ela sai. Aos 7min25s da intervenção, a criança percebe e pergunta pela mãe, dizendo querer ir com ela. A pesquisadora diz que ela volta “daqui a pouquinho”, o que não adianta, pois ele continua perguntando pela mãe.</p> | <p>família. Reatividade</p> |
| <p>m) Assim que a mãe retorna, G. continua a brincadeira, diz que irá montar a “casinha” e a monta. A pesquisadora continua a conversar com a criança, dizendo que a casinha será “bem linda”, “a mais linda”, ele confirma, dizendo que será “bem linda” e “uma belezinha”.</p> | <p>Brincar sozinha. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>n) A criança coloca as peças de madeira em volta do carrinho. A pesquisadora está mais afastada, e entre a pesquisadora e a criança há um espaço, neste espaço há um buraco no sofá. Quando a criança movimenta o carrinho de lá para cá, ele cai no buraco do sofá. A pesquisadora continua a conversar com a criança que fala durante todo o tempo.</p> | <p>Espaço pessoal. Brincar sozinha. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>o) A criança vê a caixa de blocos de plástico, e pede por ela. Com o brinquedo em mãos encaixa algumas peças sem montar nada específico. Pergunta se na caixa tem “hominho” e começa a tossir. A pesquisadora continua a conversar com a criança.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>p) A criança pede à pesquisadora o pedaço de madeira em forma de cilindro, e fica com ele em mãos durante todo o restante da intervenção.</p> | <p>Brincar sozinha. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>q) A criança tosse mais que anteriormente. Continua a conversa entre a criança e a pesquisadora.</p> | <p>Excitação.</p> |
| <p>r) Piora a intensidade de sua tosse. A pesquisadora faz um sinal para a mãe com a cabeça, ela se aproxima e o põe no colo. A pesquisadora guarda os objetos na caixa e a criança larga o pedaço de madeira. A mãe e a criança estão mais calmas.</p> | <p>Espaço pessoal.</p> |

5.2.2 O resumo do segundo dia de intervenção terapêutica e as categorias

O resumo da intervenção lúdica está descrito na seqüência dos acontecimentos.

Quadro 2 – O resumo do segundo dia de intervenção e as categorias

| Resumo | Categorias |
|--|---|
| <p>a) Horário: 14h20. G está na Sala de Recreação, no colo de sua mãe, recebendo o soro na veia, que já está no final. A pesquisadora retorna após o soro acabar. Quando o soro acaba, a criança já se levanta e procura por brinquedos na Sala, se interessando por um tapete de borracha, com letras grandes. A pesquisadora retorna mais tarde.</p> | <p>Espaço pessoal. Intimidade com a família</p> |
| <p>b) Horário: 17h10. A criança e a mãe se encontram no sofá do quarto, ao lado do berço. A pesquisadora se aproxima, agora com a caixa em mãos, e logo a mãe se levanta, indo para o sofá que se encontra atrás do terceiro berço, de forma que a mãe não fica em posição muito visível para a criança. A mãe só pode ser vista atrás das grades do outro berço, que no momento estava vazio.</p> | <p>Espaço pessoal.</p> |
| <p>c) A pesquisadora coloca a caixa sobre a cadeira que está posicionada bem em frente à criança, e se senta ao seu lado. A pesquisadora reapresenta a caixa de brinquedos à criança, que está com mais mobilidade, já que está sem o soro. A criança se interessa pelos carrinhos, tira-os da caixa e os movimenta sobre o sofá. G conta os brinquedos e a pesquisadora o acompanha, conversando de forma simples, no mesmo tom que usou no dia anterior.</p> | <p>Espaço pessoal. Brincar sozinha.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>d) A criança continua a mexer na caixa e vê os lápis de cor, a borracha e os apontadores, segura-os, observa-os e pergunta detalhes sobre eles. Ele percebe a existência de dois apontadores. Percebe que tem “um monte de lápis”, e os conta, por sugestão da pesquisadora. Diz querer pintar, mas foca seu interesse em mexer no material. A pesquisadora continua conversando com a criança. A criança diz querer guardar os lápis e pergunta onde a pesquisadora guarda a “borrachinha” e o apontador.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>e) A criança pede para montar com os blocos de madeira, enfatizando que quer os de madeira. Continua a conversa entre a pesquisadora e a criança. Como estava difícil de tirar da caixa, a pesquisadora despeja as peças sobre o sofá de forma a auxiliar a criança.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar</p> |
| <p>f) A criança chama pela sua mãe assim que o bebê do primeiro berço chega para ser internado. Ele vê o movimento no quarto e a chama após 5min de intervenção. Chora, pedindo pela mãe e dizendo querer ir com ela, já que ela havia saído do quarto. A pesquisadora fala que ela já volta e pergunta se ele está com saudade e se quer que a chame. Ele diz “quero”, mas a mãe logo em seguida retorna. Quando a mãe chega, a criança se volta novamente à montagem com peças de madeira. A pesquisadora fala à criança sobre como a mãe é importante.</p> | <p>Excitação. Reatividade.</p> |
| <p>g) A criança empilha as peças, e faz “a casinha”. Diz “montar a casinha”, “fazer a casinha”. A pesquisadora oferece o papelão para que monte sobre ele. Ele mexe nas peças e diz “Co...co... óia o que eu tô fazendo”, as derruba (aparentemente sem querer), diz “êêê”.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>h) A criança diz querer fazer um caminho, a pesquisadora pergunta se é um caminho, e ele diz: "É. Fazê um caminho. Fazê a estradinha, fazê a estradinha. Quero montar tudinho". A pesquisadora o auxilia trazendo as peças ao seu lado e retirando o papelão.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>i) A criança, aos 11min45s, pergunta pela mãe (que está no quarto), quando a vê diz que quer ir embora, mas continua a montagem.</p> | <p>Excitação (passa rapidamente). Reatividade.</p> |
| <p>j) A pesquisadora fala que o caminho é para o carrinho passar. O estimula a continuar dizendo que está bonito, e ele conversa sempre a chamando para olhar o que está fazendo. Durante a montagem do caminho, a criança diz que o caminho "vai vir", e direciona as pecinhas para o lado. A pesquisadora o acompanha em sua fala.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>l) O que ele chama de "caminho" é um círculo montado com as peças de madeira maiores. Dentro do círculo coloca as peças pequenas. Ele diz o que quer e o que não quer, e escolhe entre os "toquinhos", como ele mesmo chama, e as maiores. A criança continua a montagem, murmurando, e quando monta e as peças caem, fala em som de quase canto "êêê" .</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>m) A criança, aos 17min26s, pergunta pela mãe que estava no sofá e a vê. Continua a brincadeira.</p> | <p>Excitação (passageira). Reatividade.</p> |
| <p>n) A criança começa a montar e desmontar, derrubando as pecinhas, as quais chama de "marvadinha".</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>o) Depois de desmontado, a pesquisadora pergunta o que era, se era uma cerca ou um caminho que virou cerca. Ele se afasta, e sobre onde estava sentado, monta "o caminho". Ou seja, ele se senta na beirada do sofá, de forma que coloca as peças</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |

| | |
|---|--|
| sobre onde estava sentado. Ele diz que vai fazer outro caminho, e à medida que monta, diz “vou fazer um caminho bem grande”. | |
| p) A criança dirige-se à mãe e pergunta pelo avô, aos 20min14s. Diz não querer mais brincar. | Excitação (passageira). Reatividade. Não quer brincar. Reserva. |
| q) Começam a guardar os brinquedos, mas ele olha e segura novamente o carrinho verde, não deixando a pesquisadora guardá-lo. A pesquisadora, enquanto isso, pergunta sobre seu dia, e sobre suas brincadeiras preferidas, mas a criança fala muito pouco a respeito, apenas dos amiguinhos da escola. | Brincar sozinho. |
| r) A criança olha para o carrinho, observa os detalhes, e conversa sobre a porta, o volante e suas cores. | Brincar junto. Continuidade do brincar. |
| s) Fala em guardá-lo. A pesquisadora pergunta sobre como foi seu dia, e a criança não diz nada. | Não quer brincar. Reserva. |
| t) A pesquisadora chama a mãe, fazendo um sinal para ela. A mãe se aproxima e terminam. | Espaço pessoal. |

5.2.3 Algumas observações acerca da intervenção terapêutica

A intervenção do primeiro dia durou 18min30s. A do segundo dia durou 23min02s.

Durante as duas intervenções houve muita movimentação no quarto, com entrada e saída de pessoas. Na gravação, o excesso de ruídos mostrou-se marcante. Em alguns momentos, tais ruídos dificultaram o entendimento da gravação.

Nos dois dias, o menino dirigiu-se prontamente aos brinquedos, sem demora.

No primeiro dia, durante a intervenção, a criança tossiu muito, o que interferiu em sua comunicação e concentração. A mãe chegou, naquele dia, a levantar-se para conferir se o soro estava pingando corretamente, e isso ocorreu logo no início da

intervenção propriamente dita. A criança, naquele momento, não chegou a desviar o olhar para a mãe, o que pareceu significar que a intervenção não havia sofrido interferência. Também no primeiro dia, a criança estava com os movimentos limitados pelo soro, o que fez com que a pesquisadora o auxiliasse e pegasse os objetos de seu interesse.

O desenho feito pelo menino no primeiro dia de intervenção foi um rabisco pequeno, amarelo e sem forma definida, localizado bem próximo à margem inferior da folha. Por ter sido feito em traço muito leve, quase imperceptível em sua visualização, não foi possível reproduzi-lo através da digitalização de imagem do computador.

No segundo dia, já com maior mobilidade das mãos, o menino precisou de ajuda apenas para alcançar alguns brinquedos mais difíceis de retirar da caixa. Naquela ocasião, G. chamou por sua mãe ou a procurou com o olhar algumas vezes, mas sem que a brincadeira fosse interrompida. A exceção deu-se na vez em que a mãe não se encontrava no quarto, conforme já descrito no resumo.

5.2.4 Dados da entrevista com a mãe da criança

Horário: 16h20

A pesquisadora dirige-se à mãe da criança com a intenção de entrevistá-la, no horário de visitas. Dessa forma, poderiam conversar e a criança não ficaria sozinha. A mãe refere não ser possível a entrevista no momento, e fica no quarto acompanhando as visitas, entre elas, o avô da criança.

Horário: 21h

A criança está dormindo, e sua mãe aceita ser entrevistada. Foi combinado com a mãe de outra criança, que também estava no quarto, que batesse à porta, no caso de G. acordar chamando pela mãe. A pesquisadora e a mãe de G. dirigem-se, então, à sala de aula que fica ao lado do quarto, para realizar a entrevista. A pesquisadora explica-lhe novamente no que consiste a pesquisa, esclarecendo-a sobre a liberdade de parar caso quiser. A mãe concorda em dar continuidade à entrevista.

O tempo total foi de: 11min33s

A mãe relata que, naquele dia, a criança demonstrou interesse pelo brincar no hospital, tendo ido brincar na “salinha” (sala de recreação). Refere que, naquele dia, “ele ficou mais animadinho”. Observa que o menino ainda se assusta quando a enfermeira chega para pegar sua veia. A mãe utiliza a palavra “apavorado” para descrever o estado emocional de G. nessas situações, e diz que, quando ninguém está por perto, ele fica “calminho”. No hospital refere que o menino “tem dormido e acordado durante toda noite”; também de acordo com suas palavras, “de dez em dez minutos ele está acordando”.

Sobre sua história de vida, relata que G. é filho único. Foi um bebê bem agitado, chorou muito até os três meses, e seu sono era inconstante nesse período. Diz que desde os quatro meses de idade ele só não dorme se estiver doente. O apetite da criança é variável, mas a mãe não relaciona isso a acontecimentos específicos. Desde bebê, G. sempre teve dificuldade de ficar com outras pessoas que não a mãe. Nas palavras da mãe, “ele sempre foi grudado comigo, ele só começou a se desgrudar de mim quando eu comecei a trabalhar”. Refere que começou a trabalhar “há um ano e meio”. Diz que o menino, quando não está na escola, fica na casa do avô materno (por

quem G. chamou durante a intervenção conforme consta no resumo). Com o avô materno ele fica bem, “mas com o pai ele não fica de jeito nenhum”.

De acordo com a mãe, a criança deu, no início, muito trabalho para aceitar ficar na escola. Até hoje, o menino não gosta, e às vezes a mãe tem de ser firme e insistir para que ele vá, chegando a ameaçar com “umas chineladas”. Quando o menino volta da escola, chega contando com quem brincou, com quem brigou, o que fez.

Refere que o filho tenta “mandar nos amiguinhos”, e, quando chega para brincar com eles, quer mudar a brincadeira, mostrando um comportamento agitado. Diz ter criança que não gosta de estar perto de G. por esse motivo. Para ela, o filho “gosta de fazer folia”, e não costuma esperar para agir: quando quer algo já faz prontamente. E, quando o menino enfim percebe a impossibilidade de conseguir o que tanto quer, ele acaba cedendo. Este comportamento se dá tanto na relação com os amigos, como na relação com a mãe.

Em família, G. costuma fazer “umas birrinhas”, e mostrar-se teimoso. A mãe tenta corrigir isso, ora através de chineladas, ora através de ameaça; já o pai não é de bater. A criança adora dormir na casa do avô, desejo que surgiu a partir dos quatro anos de idade. Relata que moravam antes longe do avô e mudaram depois para perto de sua casa (não define há quanto tempo). A mãe diz que, quando tem aula, o menino não pode dormir na casa do avô, já que estuda cedo. Refere que colocou como rotina para a criança permitir que durma na casa do avô somente nos finais de semana. É uma restrição à qual muitas vezes G. reage com “birra”. Nas palavras da mãe: *"Ele teima, teima, mas aí eu falo, fico teimando com ele o dia todo"*. São nestas situações em que a criança não quer deitar-se, nem apagar a luz ou ficar quieta para dormir, e só pára quando a mãe ameaça dar umas chineladas. Suas birras manifestam-se até o

ponto de esparramar as coisas pela casa. Costuma chorar muito nas situações em que limites lhe são postos.

Ainda segundo a mãe, G. não tem medos, mas é “muito agitado”. O menino gosta de bola, carrinho e bicicleta. Frisa que ele adora bicicleta, e foi com três anos que ele pediu e ficou muito feliz quando a ganhou. Apresenta desinteresse pela escola, e muitas vezes vai para a escola chorando, preferindo “ficar no avô”. Chegando na escola, a criança se acalma, “não dá trabalho”, mas a professora também percebe seu desinteresse e desligamento pelas coisas. O menino também não gosta de T.V. ou desenho.

A entrevista acaba assim que a mãe de outra criança bate à nossa porta, porque G. havia acordado e estava chamando por sua mãe.

5.2.5 Hipótese de diagnóstico psicológico

A criança amadureceu com diversos rompimentos em sua continuidade de ser, ou seja, encontrando o ambiente e depois se relacionando com ele, sempre através da reatividade. Até os quatro meses a criança tinha dificuldades para dormir. Foi um bebê agitado, tendo chorado muito até os três meses, e desde então não aceitando a presença de outra pessoa que não fosse a mãe. Considera-se que o processo de desilusão tenha acontecido com falhas, pois não parecia haver um fundo de tranqüilidade no qual a criança pudesse começar a experimentar a separação gradual da mãe. Com isto, toda separação da figura materna parece ter sido sentida pela criança como assustadora, prejudicando o estabelecimento da confiança no ambiente. Até hoje, a criança apresenta dificuldades de separação da mãe.

Com tantas quebras em sua continuidade de ser, a criança alcançou a fase da transicionalidade apresentando muitas dificuldades. Assim, consegue viver na área intermediária do espaço potencial, mas com falhas importantes. O menino sonha, brinca, tem capacidade de criação, mas o faz através de muitos rompimentos, e com dificuldades de manter uma continuidade. Daí pode-se compreender sua dificuldade em se concentrar e de interessar-se pelas atividades da escola, que exigiriam dele maior tranqüilidade, e necessitariam de uma continuidade para que o aprendizado pudesse acontecer.

Muitas vezes, exceto quando experimenta o ambiente externo como assustador, o menino consegue compreender os objetos como externos a ele, ou seja, diferencia os objetos subjetivos dos objetivos, e se enxerga como alguém diferenciado do ambiente. Em seu processo de amadurecimento, conseguiu alcançar a fase de integração do *self*, ainda que com muita dificuldade. Constantemente exige a presença da mãe, ou do avô. Em determinadas situações, só junto com eles sente-se inteiro e diferenciado do ambiente. Ou seja, a criança ainda está voltada à questão da integração do *self*. Como consequência, oscila entre momentos em que parece ter integrado sua vida instintual ao *self*, e momentos onde ainda compreende as tensões instintuais como externalidade, principalmente quando os compreende como assustadores (não confiar): estar internado, experimentar as cobranças naturais do processo de socialização (escola, amigos).

Dessa forma, ainda não foi possível para a criança incluir a figura paterna (com todos os seus significados) como presença real e diferenciada da figura materna, com suas funções e significados na relação (a mãe diz em entrevista que com o pai ele não fica de jeito nenhum; em nenhum momento a criança chama pelo pai). A presença do

avô não parece vir como uma figura masculina que poderia estar assumindo o papel paterno, uma vez que parece estar vinculada e misturada à figura materna.

5.2.6 Análise

Manifestações de tensão. G. chega a um ambiente desconhecido, e nos primeiros dias seu processo infeccioso está em fase mais aguda, por isso tosse muito e o soro precisa ser colocado constantemente. O ambiente tem ruídos e movimentações constantes, tanto no quarto como na sala de recreação. É nesse contexto em que G. se encontra, com o agravante da tosse e da dor gerada pelas picadas do soro, que tanto o apavoram, conforme sua mãe coloca na entrevista.

Outro agravante é que G. apresenta uma grande dependência das condições ambientais, especialmente da figura materna (ou do avô, figura vinculada à mãe). Dessa forma, estar internado e ser submetido a diversos procedimentos, alguns dolorosos, significa para o menino invasões marcantes e, em alguns momentos, prejudiciais ao processo de integração. G. apresenta dificuldades em manter seu sono, assim como em manter uma interação, sem a presença da mãe. Suas manifestações de excitação são constantes e sempre interrompem a continuidade do brincar ou da relação que começou a ser estabelecida. Às mudanças ambientais, portanto, G. reage prontamente.

No primeiro dia de intervenção, logo no início, situação a), G. chora quando a mãe sai do quarto por 5 minutos, apesar de poder vê-la pela janela do quarto. Nesse momento, o menino está exigindo que pesquisadora e mãe aceitem seu mundo subjetivo, tal como ele é. A realidade está ali: sua mãe pode ser vista concretamente,

mas ele parece não admitir a realidade, ou mesmo tê-la encontrado. Não seria uma forma de controle das atitudes da mãe, pois bastaria vê-la pela janela para acompanhar e controlar seus movimentos. E nesse caso, se sua atitude fosse apenas de controle, estaria sendo considerado que G. estivesse vivenciando a fase edípica de forma plena, onde a figura paterna já estivesse inserida como função e presença. Mas suas questões ainda são outras, o movimento de integração de *self* e de integração de sua vida instintual ao *self*, como já proposto na hipótese diagnóstica.

Nas outras situações em que chama pela mãe, o menino vai de encontro à realidade, mas de forma reativa, e sua excitação paralisa o processo de brincar na forma como estava acontecendo. Ver a mãe quando esta retorna ao quarto, mesmo sentando-se longe, já é suficiente para seu relaxamento (retorno à experiência de continuidade de ser) e para que se atenuem suas tensões, de forma que logo em seguida ele já retorna à brincadeira. Mas ele sente as tensões instintuais como externalidade²², e à medida que a intervenção acontece, mais rapidamente retorna à brincadeira e menos suas tensões prejudicam o brincar. Por exemplo, no segundo dia, situação f), G. já consegue conversar com a pesquisadora, dizendo querer ver a mãe. Demonstra reatividade, mas o fato de conversar e de dizer o que quer, já pressupõe integração de *self*. Também no segundo dia, na situação p), a criança já modifica sua forma de lidar com a excitação, que já foi se tornando cada vez mais passageira, e o fato de querer ver o avô torna-se parte da brincadeira; na situação q), logo após chamar pelo avô, retorna à brincadeira segurando o carrinho em suas mãos, e talvez o carrinho

²² A criança ainda não demonstra uma integração da vida instintual ao *self*, uma vez que suas tensões ainda rompem o processo de brincar, e não demonstra preocupação com suas atitudes e conseqüências delas aos outros, mesmo de forma mais simples, como um "obrigado" ou uma despedida ao final da intervenção.

possa representar uma forma de voltar para junto dele, assim como expressa a sua capacidade de simbolização.

Ele também estabelece esse padrão nas relações sociais. As quebras são constantes, especialmente quando cobrado a ir à escola, pois isso significa afastar-se da mãe ou do avô. Chora, faz birra, esparrama as coisas pela casa. Muitas crianças não gostam de brincar com ele, pois exige que aceitem seu mundo subjetivo, sua forma de brincar, tendo dificuldades em compartilhar suas experiências, por que isso também significaria aceitar regras e formas de ser e brincar das outras crianças.

Em uma situação, sua condição física foi vivenciada como uma excitação, mas não como reatividade, já que os estímulos não vieram do ambiente externo, mas de seu próprio corpo; na situação q) de primeiro dia a criança tossiu muito mais que anteriormente. Mas, apesar da tosse e do mal-estar, o menino manteve o contato e a conversa com a pesquisadora, ou seja, continuou compartilhando suas experiências. Percebeu-se uma nova forma de se relacionar, provavelmente propiciada pelas experiências em ambiente de acolhimento²³.

Privacidade e espaço pessoal. Só espera e busca a privacidade quem se diferencia do mundo externo, ao passo que o respeito à privacidade da criança pode ser facilitador do seu amadurecimento.

G. vivenciou o processo de integração de *self* com muitas falhas, e ainda está às voltas com essa questão. A principal exigência relativa à privacidade na intervenção foi de manter intimidade com a família, o que demonstra sua dificuldade de diferenciação e

²³ Mais adiante será discutido sobre estas descobertas (ou redescobertas) de novas formas de se relacionar em intervenção, e as contribuições do ambiente de acolhimento para tanto.

separação acentuada pelo ambiente experimentado como hostil. Mas no segundo dia, na situação s), percebe-se uma nova forma de se relacionar, quando G. faz uso da reserva, e pede para guardar os brinquedos, e em seguida, se cala. Nesta situação, já se percebe em G. uma certa autonomia na sua relação com o ambiente, pois não está exigindo a reserva, mas demonstrando, dentro de uma relação, qual o seu desejo²⁴.

Parece importante que se desenvolvam pesquisas que compreendam o acontecimento do fenômeno de privacidade e as dimensões reserva e isolamento na interação da criança hospitalizada com as demais pessoas, de forma que se possa conhecer o movimento saudável da criança no sentido de seu desejo de separação e distanciamento. A privacidade, enquanto ponte entre o mundo externo e o *self*, parece fundamental para a compreensão de quais cuidados ambientais (os profissionais, sua sensibilidade no trato com a criança e tudo o que se refere ao espaço físico, ou seja, o oferecimento de estímulos) podem ser propiciadores e facilitadores da confiança da criança no ambiente. Uma vez respeitado o desejo de privacidade da criança, será possível a abertura para a interação com ela, entendendo-se interação também como o acontecimento do brincar. Quando se estabelece a interação não se fala mais em exigências e submissões, mas em trocas e tentativas de aceitação mútua, mesmo que de formas bem simples e pouco elaboradas.

Em sua interação, a dimensão da privacidade que G. mais exige é intimidade com a família. Nesse caso, o excesso de exigências, apesar de ter um aspecto saudável, ou seja, a esperança do reencontro com sua mãe, também expressa a dificuldade familiar, especialmente materna, quanto à separação e desilusão.

²⁴ A palavra "desejo" está sendo usada no sentido de suas expectativas, e preferências coerentes ao seu verdadeiro *self*. Não se objetiva uma discussão referente a impulsos e desejos, no âmbito da psicanálise tradicional.

Pode-se supor que a tranqüilidade da mãe (ou do cuidador que exerce a função materna) seja fundamental para um amadurecimento saudável. A mãe suficientemente boa demonstra-se tranqüila no oferecimento suportável da desilusão. E se o hospital potencializa as dificuldades de separação, por ser intrínseca à hospitalização a vivência de excitabilidade e tensão diante de um ambiente desconhecido, é este um aspecto de fundamental importância a ser conhecido e analisado. Dessa forma, pode-se compreender porque é tão difícil para G. perceber o afastamento de sua mãe, considerando a sua dependência das condições ambientais, dificuldades maternas e percepção do ambiente como hostil.

Para G., em várias situações a integração está ligada diretamente à presença da mãe. Estando em sua presença pode relaxar e se arriscar a viver um outro tipo de relação, neste caso, junto à pesquisadora. E por alguns momentos ele parece não perceber a ausência da mãe, assim como o excesso de estímulos que se encontra no quarto não parece interferir em seu processo de brincar. Assim, a busca pela intimidade com a família, vai se transformando em uma busca pela intimidade que passa a incluir outras pessoas além da família.

Observa-se que, durante as intervenções, houve respeito ao espaço pessoal da criança, sendo que a aproximação da pesquisadora para com G. ocorreu de forma gradativa, até que ele aceitasse sua presença. O respeito ao espaço pessoal da criança, ou seja, uma aproximação que ela não sentisse como invasiva e que só ocorreu à medida que houve permissão, foi fundamental para o estabelecimento de um ambiente de acolhimento.

Essa aproximação não invasiva do espaço pessoal da criança deu-se concretamente por meio do tom de voz da pesquisadora; do acompanhamento do movimento da criança até a escolha do brinquedo; do tempo de espera para que a criança o escolhesse; e da ajuda para pegar os brinquedos quando a criança não conseguia fazê-lo sozinha. A aproximação também se deu por meio da espera para que a criança pegasse os objetos e os sentisse através do toque, observando detalhes de cada um deles. Outro ponto importante foi o cuidado de não tocar a criança com as mãos e procurar aproximar-se dela de outra forma, através de tons de voz que expressassem carinho e acolhimento da criança. Existem crianças que ficam muito à vontade com pequenos toques em suas mãos ou com simples gestos carinhosos. Com G. parecia ser diferente, pois ele não ofereceu à pesquisadora nenhuma dica para que ela se aproximasse mais, e não fez menção a querer se aproximar.

À medida em que se sente acolhido, G. consegue expressar aspectos de seu verdadeiro *self*. No segundo dia, consegue brincar e expressar na brincadeira seu desejo de voltar para casa, ou seja, manifestar o plano em que estão seus pensamentos e desejos, o que pressupõe a integração, o que também implica em não-quebra do brincar. G. consegue expressar pela construção que faz de um “caminho” e com os carrinhos que o percorrem, o desejo de voltar para casa, assim como o espaço para o qual gostaria de ir. Ele transforma sua tensão em brincadeira e expressa o desejo de privacidade e de demarcação de seu espaço pessoal através do brincar, operando na terceira área intermediária da experiência, ou espaço potencial, conceito este já abordado no segundo capítulo teórico.

O processo do brincar. Para que pudesse brincar, e que a cada quebra da brincadeira fosse possível o resgate de forma a dar continuidade ao brincar, G. precisou confiar no ambiente e se sentir acolhido. G. precisava de um suporte ambiental constante. Tal suporte foi oferecido por meio do respeito a seu espaço pessoal. Respeitados seu ritmo e tempo de encontro dos objetos e realidade, poderia ocorrer a facilitação de seu processo de integração.

De forma geral, a criança não se expressa de forma linear, nem mantém uma só forma de se expressar e experimentar as relações com o ambiente. Parece que vai descobrindo e redescobrando outras formas de relação com o mundo à medida que este lhe vai sendo apresentado.

Por essa razão, a caixa de brinquedos foi construída de forma a oferecer à criança um pouco do mundo externo, a realidade a ser descoberta ou redescoberta. Para tanto foram escolhidos nesta pesquisa, na construção da caixa, brinquedos pequenos, possíveis da criança pegar com as mãos, porque leves, portando diferentes cores e materiais, de forma a oferecer variadas sensações táteis (materiais como metal, espuma, madeira, plástico e algodão). Além disso, a escolha dos chocalhos procurou oferecer a possibilidade de experimentar diferentes sons. O método de pesquisa também foi construído a partir da proposição de que a criança poderia ir de encontro aos objetos. A pesquisadora não deveria impô-los, mas apresentá-los.

O contato, o toque e a curiosidade pelos brinquedos foram importantes para que a criança pudesse conhecê-los e escolher, dentre eles, os que seriam a matéria-prima do seu brincar e, em alguns momentos, do nosso brincar.

No primeiro dia de intervenção, parecia ser mais importante para a criança conhecer o material, mexer com ele, testar o rabisco sem forma, pequeno e em cor

quase imperceptível. O que o menino pôde expressar de seu *self* naquele momento foi algo minúsculo, muito pequeno e disforme. O respeito a isso no momento mais agudo de sua doença, sem invasão que sugerisse um desenho específico, foi fundamental. A identidade e autonomia podem se expressar a cada vez que houver um ambiente sustentador à expressão verdadeira do *self*²⁵ da criança, mesmo que sejam gestos mais simples e pouco elaborados, como este desenho feito por G. em primeiro dia.

Na passagem do primeiro para o segundo dia, foram observados fios de continuidade entre as brincadeiras. No primeiro dia, durante a situação f), observou-se o início do interesse pelos carrinhos, ocasião em que a criança os movimentava “de lá para cá”; a continuidade dessa brincadeira foi resgatada na situação n), quando a criança já elaborou mais a história, movimentando o carrinho de lá para cá e o derrubando no buraco do sofá. Na situação c) do segundo dia, interessou-se novamente pelos carrinhos, movimentando-os sobre o sofá. Durante as situações q) e r) do segundo dia, a criança resgatou o carrinho, tendo agora observando seus detalhes e expressado aspectos de *self*. Conseguiu uma expressão importante da privacidade através da reserva, e conseguiu demonstrar sua autonomia, ao ter falado em parar de brincar, ou seja, já mostrou um movimento de integração e de expressão de identidade, ainda que de forma muito primitiva.

Outro importante fio de continuidade observado foi em relação ao brincar com as peças de madeira. No primeiro dia, durante as situações j), m) e n), a criança construiu a “casinha”, e demonstrou a excitação gerada pela percepção da saída da mãe, sendo que, durante a situação l), isso foi rapidamente superado, com o retorno ao processo de

²⁵ Sempre compreendendo que G. ainda está no processo de integração, e fala-se aqui nos primórdios de seu verdadeiro *self*. Identidade aqui também deve ser entendida como algo em formação.

brincar. Parece que a construção da casinha trouxe um aspecto importante da expressão do desejo de G. voltar para casa, e a construção do muro em volta do carrinho pareceu simbolizar a proteção que este ambiente poderia lhe oferecer. Durante tais situações, a expressão de seu *self* já pressupunha a existência de integração, não se mostrando caótico como quando chorava de forma ininterrupta. Durante as situações e), g), h), j), l) e o) do segundo dia, esse mesmo tema foi novamente abordado, assim como o período de excitação gerado em f) pela percepção da saída da mãe foi novamente superado pelo processo de brincar. No segundo dia, o tema do caminho transformou-se em “estradinha”, e a criança já começou a conseguir importantes expressões de seu *self*, agora de forma brincalhona, onde já conseguia falar em tom de canção e brincar de derrubar as pecinhas.

Ao final dos dois dias, ocorreu algo que pareceu expressar o movimento da criança em direção à integração. No primeiro dia, quase ao final da intervenção, na situação p), a criança segurou o pedaço de madeira em forma de cilindro e ficou com ele em mãos até o final da intervenção. No segundo dia, também ao final da intervenção, nas situações q) e r), a criança ficou com o carrinho verde em mãos e não deixou a pesquisadora guardá-lo. Seu movimento já se diferenciava um pouco, pois além de tê-lo em mãos, também passou a conversar com a pesquisadora e a introduzi-la na brincadeira. A partir da posse de objetos que lhe foram apresentados, a criança passou a habitar a terceira área intermediária da experiência, brincando, e se redirecionando à integração.

Observou-se o processo de brincar acontecendo. Inicialmente, a criança não conseguia brincar pelo excesso de tensão; depois, brincava sozinha; então brincava com a pesquisadora, até se cansar da brincadeira e apresentar tranquilidade. As

expressões da criança que permitiram observar o brincar criativo e que ocorreu com a pesquisadora foram diversas. Alguns aspectos de sua fala como “marvadinha”, “beleza”, “belezinha”, “êêê” em tom de música e canção, e os diversos acontecimentos concomitantes, a curiosidade pelos brinquedos e a criação de uma pequena história ao final das intervenções demonstraram as possibilidades quanto ao potencial de expressão criativa da criança.

5.3 Sujeito 2: Resultados e análise

Nome: B.; sexo: feminino; idade: 4anos e 11meses; quarto: 503.

Diagnóstico: Pneumonia.

Procedência: cidade P. A cidade P. é vizinha da cidade I.

5.3.1 O resumo do primeiro dia de intervenção terapêutica e as categorias

O resumo da intervenção lúdica está descrito na seqüência dos acontecimentos.

Quadro 3 – O resumo do primeiro dia de intervenção e as categorias

| Resumo | Categorias |
|---|-----------------|
| a) A pesquisadora vai conversar com a mãe, durante o horário de visitas, por volta de 16h40. Ela aceita participar da pesquisa, e retorna ao quarto (onde há familiares visitantes). | Espaço Pessoal. |
| b) Horário: 17h10. Após a família ir embora, a pesquisadora se dirige ao quarto. A enfermeira entra no local antes do início da intervenção, para a troca de leito da criança. A mãe fica sentada em uma cadeira próxima ao leito e a intervenção tem início. | Espaço pessoal. |

| | |
|--|--|
| <p>c) A criança se encontra deitada no berço e em seus pés estão um sapo de brinquedo e uma boneca. A pesquisadora se apresenta, fala sobre a pesquisa e lhe explica que irá gravar a conversa.</p> | <p>Espaço pessoal.</p> |
| <p>d) A pesquisadora lhe mostra os brinquedos da caixa, os nomeando, em tom pausado e em ritmo lento. A criança observa atentamente. Olha atentamente todos os brinquedos e os segura por longo tempo. Demora algum tempo para, após observar os brinquedos, pegá-los. Depois que os segura, novamente os observa e, durante esse processo, não fala nada. A mãe está ao lado do leito e faz algum comentário que não foi possível compreender através da gravação. À medida em que a pesquisadora começa a apresentar o material para a criança, a mãe se afasta e se senta na cadeira.</p> | <p>Brincar sozinho.</p> |
| <p>e) A pesquisadora fala à criança sobre como o hospital é diferente e como nota que ela está observando tudo. Então lhe pergunta sobre o que gosta de brincar. A criança fala que gosta de escrever e lhe é apresentada prancheta com as folhas. Os lápis ficam nas mãos da pesquisadora que vai lhe mostrando e entregando conforme a cor escolhida pela criança.</p> <p>A pesquisadora fala enquanto apresenta o material, conversando com a menina em uma linguagem simples, e em um tom suave.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>f) A criança está deitada no leito e quer mudar de posição. Por isso, diz que a mãe precisa ajudá-la, para que possa se sentar no próprio berço, mas não a chama. A pesquisadora intervém, auxiliando a criança a chamar a mãe. A mãe arruma a criança em posição confortável para escrever, faz um comentário sobre</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>a criança, diz que há duas semanas ela não vai à escolinha, que a menina adora desenhar; diz, ainda, que as paredes de sua casa estão todas escritas; ri e retorna à sua cadeira.</p> | |
| <p>g) É retomada a brincadeira. A criança começa a desenhar. A pesquisadora auxilia-a entregando o material. Conversa com ela. Frisa que vai ficar enquanto a menina quiser. Depois que ela desenha (figura 1), a pesquisadora diz pausadamente, dando um tempo entre uma frase e outra: "Sabe, será que é um gatinho? Hum! Pode ser um gatinho. Pode ser um bichinho. Pode ser um dodói, um machucadinho, não é? Às vezes um machucado fica vermelhinho. O que será que é? Quer que a tia guarde, quer ficar com a folhinha para você? Ou eu posso levar?" A criança diz : "Pode levar".</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>h) A criança se queixa de dor. A pesquisadora pergunta onde e se foi por isso que parou de desenhar.</p> | <p>Excitação.</p> |
| <p>i) A mãe se aproxima da criança. Então, a mãe lhe dá o sapo e a criança aperta a barriga dele, que faz um barulho parecido com o coachar de um sapo (a barriga tem uma luzinha vermelha que acende quando apertada). A pesquisadora pergunta se é por causa da dor que ela estava com a mão na barriga (por dentro da blusa). A pesquisadora aperta a barriga do sapo, que faz o barulho. A mãe retorna à sua cadeira, à medida que a criança começa a conversar com a pesquisadora.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>j) Inicia uma conversa sobre o sapo o qual fica nas mãos da criança, que o olha e segura. A criança fala que sua tia que foi visitá-la a emprestou.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>l) Inicia uma conversa sobre a boneca, que fica nas mãos da criança, que também a olha e segura. A pesquisadora fala sobre</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>a boneca, pergunta de onde veio. A criança diz que a trouxe, a pesquisadora diz que a boneca e o sapo podiam ser amigos, a criança diz que a boneca tem muitos amigos que são as outras bonecas. A pesquisadora pergunta se ela tem amigos como tem a boneca, ela diz que sim, na escolinha. E que na escolinha a tia dá folha para ela escrever, e que faz muitos desenhos.</p> | |
| <p>m) A pesquisadora diz: “Nossa, B, acho que eu descobri um monte de coisa bacana de você hoje, então. Que você tem muitas bonecas, que você gosta muito desta bonequinha que você trouxe, que a tia emprestou um sapinho para você, que você tem bastante amigos lá na escolinha, que você adora desenhar, rabiscar, não é? E também, que você tá com uma dorzinha na sua barriga, não é? Na sua barriguinha. E que esta dorzinha tá te deixando cansada, não é? Por isso que você fica o tempo todo com a mãozinha na barriga, né?</p> <p>Tá bem, meu amor. A tia vai deixar você dormir. Tô vendo que você tá fechando os olhinhos, né? Vou voltar amanhã, tá bom? Posso? (A criança responde que sim com a cabeça.) Que bom! Amanhã eu trago a caixinha. Se você quiser, você brinca com os brinquedinhos; senão, você brinca com a sua bonequinha e com o seu sapinho. Aí a gente vê, tá bom? Então, amanhã a tia volta. Tchau B.” A criança diz: Tchau.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Reserva. Espaço pessoal.</p> |



Figura 1 – desenho da criança B. O desenho está em seu tamanho original, foi feito no centro da folha, em sua metade inferior.

5.3.2 O resumo do segundo dia de intervenção terapêutica e as categorias

O resumo da intervenção lúdica está descrito na seqüência dos acontecimentos.

Quadro 4 – O resumo do segundo dia de intervenção e as categorias

| Resumo | Categorias |
|---|--|
| a) Horário: 14h. A mãe pede que a pesquisadora retorne mais tarde, pois a criança ainda ia tomar o medicamento e o banho. | Espaço pessoal. |
| b) Horário: 17h20. A criança se encontra no sofá ao lado do berço, sem o soro. A mãe fica o tempo todo do lado de fora do quarto, mas em posição visível para a criança, de acordo com a sugestão da pesquisadora. A pesquisadora senta-se à frente da menina em cadeira e com a caixa entre ambas, no chão. Inicia a conversa com a criança. A menina diz que ficou acordada o dia inteiro e que nem teve jeito de dormir por causa da tosse. A pesquisadora conversa com ela sobre o sapo que está em sua mão, e a criança aperta a barriga, fazendo-o cochar. | Espaço pessoal. Brincar junto. |
| c) A criança diz que irá escrever. Posiciona-se por conta própria de forma a escrever, mostra que tirou o soro. A pesquisadora lhe oferece o papelão preto para servir como mesa, e a auxilia com os materiais. Vai fornecendo os lápis à medida em que a criança escolhe. Ela escreve seu nome e faz um rabisco (figura 2); depois faz dois desenhos em outra folha (figura 3). B. pede para brincar com outro brinquedo, mas antes a pesquisadora lhe | Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal. Reserva. |

| | |
|--|--|
| <p>pergunta o que fez. A criança responde “a montanha russa” referindo-se à figura 3. Relata que não havia andado de montanha russa, mas já havia visto na televisão. Diz que “é muito alto”. A pesquisadora pergunta se dá medo, e ela não diz nada. A pesquisadora pergunta sobre o outro desenho, ela diz não saber. Depois pergunta sobre o rabisco da figura 2, e ela diz que é um “nozinho”. Sobre a montanha russa a pesquisadora comenta que é quando a gente vai lá para cima e para baixo.</p> | |
| <p>d) A criança se interessa pelo chocalho de palha e o balança muito durante todo o tempo que o tem em suas mãos, de forma a escutar o seu som. A pesquisadora diz que “vai para cima e para baixo”, em tom lento e suave; depois de um tempo comenta que esse ritmo parece música, e então, diz que também lembram os movimentos das ondas do mar e da montanha russa. A criança está balançando por todo o tempo o chocalho, e só pára para pedir outro brinquedo.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>e) A pesquisadora oferece os chocalhos de plástico e a menina novamente os balança, passa agora a interessar-se pelo que tem dentro. Pergunta se têm “bolinha”. A pesquisadora diferencia o chocalho que tem bolinhas grandes (de madeira) do que tem bolinhas pequenas (de plástico). Fala sobre as cores dos objetos e a criança não diz nada.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |
| <p>f) A pesquisadora se senta ao seu lado, e põe a caixa sobre a cadeira, de forma a ficar fácil para a criança pegar os brinquedos. A criança diz: “Que brinquedo que tem aqui dentro?”</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>g) A criança se interessa pelo balde com as peças de montar de plástico. Ela empilha as peças mais compridas em separado das mais curtas. Acaricia as peças enquanto as observa, sente-as</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>pelo toque. A pesquisadora pergunta sobre o que ela quer montar, e, à medida em que B. as monta, apresenta-lhe outras peças. A pesquisadora diz: "Você tá sentindo como é, entre as pecinhas, é gostoso, né? Parece que gruda o dedo da gente, né? Dá a impressão que o dedinho da gente vai grudar. Vai grudar, grudar na pecinha."</p> | |
| <p>h) A criança pede outro brinquedo e lhe é apresentado o jogo com peças de montar em madeira. Ela separa as compridas, as curtas e as triangulares. Empilha as compridas. A pesquisadora pergunta se é um prédio, e sobre o que está lá em cima e lá em baixo da pilha. A criança diz que está caindo, e a pesquisadora diz que está balançando. Quando as peças quase caem, B. passa a separá-las em dois montes, rapidamente, sem deixar cair. As peças triangulares ficam separadas das demais. São as "cadeirinhas", nas palavras de B., que as coloca arrumadas uma do lado da outra.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>i) A criança se desinteressa pelas peças e procura por outro brinquedo, procurando então as peças de espumas, que chama de "buchinhas". A pesquisadora apresenta as quatro peças, o coração, o peixe, o pé e a flor. A criança escolhe o peixe, acaricia o rabo do peixe, fazendo movimento ondular. A pesquisadora comenta que isso parece um carinho que ela está fazendo no peixe, e que ele é fofinho e macio. A criança murmura algo, e a pesquisadora fala sobre seus movimentos com os dedos sobre o peixe, o alto e baixo e o sobe e desce, e que dá para ouvir o barulhinho do toque.</p> | <p>Brincar junto. Continuidade do brincar. Espaço pessoal.</p> |
| <p>j) A criança pede outro brinquedo e, independentemente de pesquisadora lhe mostrar outros brinquedos, escolhe o pedaço</p> | <p>Brincar sozinha. Continuidade do brincar.</p> |

| | |
|--|---|
| de madeira em formato de cilindro e o segura. | |
| l) A criança olha para fora buscando a mãe (que está em posição visível) e pára de olhar para os brinquedos. A pesquisadora chama sua mãe. A criança queixa-se para a mãe da dor na barriga, ela se aproxima e começa a fazer massagem na protuberância que se formou em sua barriga. | Excitação. Intimidade com a família. |
| m) A pesquisadora diz: "Parece uma montanha russa, né? Olha, B., igual à montanha russa. Aqui é alto e baixo. Alto e baixo. Né, a barriginha, né". A pesquisadora aponta para o movimento de sobe e desce próprio da massagem que a mãe faz na protuberância em sua barriga. A mãe fala algo sobre cólica. A pesquisadora diz em tom lento e pausado: "Nossa B., igual ao desenhinho, a montanha russa, a pelotinha que vem para cima e para baixo. Igual o carinho que você ficou fazendo no peixinho." | Brincar junto. Continuidade do brincar. Reserva. |
| n) A mãe está por perto, conversando e fazendo massagem em sua barriga. A pesquisadora mostra os brinquedos da caixa para a mãe, quando a criança consente. É finalizada a intervenção, após a pesquisadora se despedir e guardar o material. | Espaço pessoal. |



Figura 2: Desenho da criança B. O desenho está em seu tamanho original, foi feito no centro da folha, em sua metade inferior.

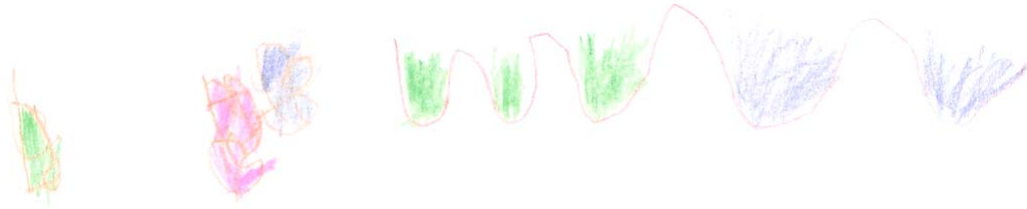


Figura 3: Desenho da criança B. O desenho está em seu tamanho original, foi feito no centro da folha, em sua metade inferior.

5.3.3 Algumas observações acerca da intervenção terapêutica

A intervenção de primeiro dia durou 19min4s, e a de segundo dia, 37min38s.

No primeiro dia, a mãe ficou durante todo o tempo sentada em uma cadeira por perto, e a pesquisadora preferiu não interferir nesse comportamento, uma vez que percebeu uma preocupação excessiva com o soro.

A criança observou o quarto durante todo o tempo. Durante toda a intervenção, ficou com a mão na barriga e só a retirou para desenhar. Quando a mãe foi até ela para arrumar a cama, para que sentasse, retirou a sua mão da barriga para que pudesse escrever. Antes da internação, a mãe havia ensinado a menina a fazer a massagem para que a dor passasse. A mão da criança ficava sobre sua barriga, logo abaixo de seu pulmão, exatamente em cima da protuberância (como consequência da pneumonia e da tosse, a criança tem uma protuberância na barriga.)

A mãe chegava algumas vezes para verificar o soro, mas não interrompia o processo.

A mãe fez duas queixas depois da intervenção: a de que não cuidaram da criança na sua cidade antes da internação e de que a criança estava com dificuldade para desenhar por causa das picadas no braço.

Em determinado momento, a pesquisadora tocou o braço da criança e pôs seus braços sobre a grade do berço, à medida que conversavam. Na gravação, percebeu-se um ruído intenso de movimentação no quarto, e o de uma tosse que não era dela.

Depois que a pesquisadora foi embora, a menina cochilou.

O ritmo da fala da pesquisadora foi pausado, ou seja, cada colocação foi feita de forma a dar à criança a possibilidade de tempo de resposta.

No segundo dia, a sala de recreação estava em reforma, cheirando a tinta. Dessa forma, a criança ficou no quarto o dia todo. No mesmo quarto também se encontrava outra criança (um menino de 6anos), a qual a pesquisadora também estava acompanhando em sua função de psicóloga hospitalar.

A pesquisadora ajudou a criança a pegar os brinquedos. B. parou e demorou a escolhê-los, mas conseguiu fazê-lo. Entre observá-los, escolhê-los e pegá-los, a criança demorou a agir. Segurava os brinquedos, acariciava, observava seus detalhes atentamente e ouvia seus sons. Algumas vezes, a pesquisadora tentou sugerir um brinquedo, mas estes tendiam a ser escolhidos pela criança independentemente das sugestões.

5.3.4 Dados da entrevista com a mãe da criança

Horário: 16h20

A entrevista com a mãe foi realizada durante o horário de visitas, na sala de aula ao lado do quarto 503, e seu tempo de duração foi de 12min 49s.

B. é filha única. Seus pais se casaram há 5 anos, e sua mãe tem 47 anos.

No dia da entrevista, a criança mostrava-se “mais caidinha”, nas palavras da mãe. Ela só brincou com o sapo de brinquedo, e não pôde ir à sala de recreação por causa da reforma e do cheiro de tinta e da poeira. Mas no dia anterior, apesar da mãe ter levado a menina à sala de recreação, ela não ficou muito tempo (a reforma teve início no dia da entrevista). A mãe se mostrou muito atenta ao tratamento e observou que o pulmão de B. ainda estava muito cheio, mostrando-se ansiosa por resultados. Relatou que B. tinha conseguido dormir, apesar da dor e acordava durante a noite.

De acordo com a mãe, B. desde bebê sempre foi esperta e teve facilidade para aprender. Ao mesmo tempo, sempre foi muito calma e tranqüila. Em casa, costuma dormir a noite inteira e não é de ter pesadelos ou de acordar assustada. Começou a dormir sozinha em seu quarto este ano, porque sua casa é muito fria (moram na roça) e não é forrada. Os pais costumavam fazer uma espécie de “cabana” com os lençóis. B. sempre dormiu em cama separada dos pais.

A menina sempre foi muito esperta, e, conforme o entendimento da mãe, isto lhe parecia surpreendente, já que moram praticamente em um recanto, sem vizinhos próximos, sem crianças para ela brincar. A menina praticamente só tem a convivência com os pais, com pouco contato com os primos. Quando os vê, interage facilmente. Os pais sempre envolveram a criança nos trabalhos na roça, como uma brincadeira. Muitas vezes, quando B. era menor, a mãe ia ao pomar bem cedo para mexer nas plantas e B. ia atrás dela, sem a mãe chamar, e, para isso, fugia do pai. A menina conhece toda a região e a mostra às visitas, e explica, por exemplo, como se faz o suco.

A convivência com os pais sempre foi tranqüila, mas, depois da entrada na escola no começo do ano (estão no mês de junho), parece ter mudado. Segundo a

mãe, está querendo mandar, “dominar” os pais. A mãe acha que a convivência com as outras crianças tem levado a menina a mudar. Os pais têm procurado colocar limites, mas sem precisar chegar ao ponto de bater, porque ela logo obedece. Quando dão o limite, “ela retruca um pouquinho, a gente leva por um outro caminho, disfarça, vai para outro lado, outra atividade”. Os pais então começam a lhe oferecer outros interesses e ela se acalma.

B. não chama os pais de mãe ou pai, mas pelo seu nome, assim como os avós (mas durante toda a intervenção a criança falou “mãe”, “tia L.”, “tia G.”)

Com os colegas de escola, B. tem uma boa convivência e gosta muito da professora. Quando os colegas vão à sua casa, ela já age de outra forma, querendo dominá-los. Não aceita que mexam em suas coisas, “é ridica” (pão - dura). Quando vê que as crianças estão chegando, ela guarda seus brinquedos. Por sua vez, não é apegada aos brinquedos, ela gosta de ter, mas não é de brincar com eles. Mas, quando vai à casa dos colegas, ela quer brincar com os brinquedos deles. Em casa, sua brincadeira é com as coisas da roça, gosta de plantar, por exemplo. “Ela não tem aquelas fantasias de conversar com os brinquedos, aquelas coisas não”.

As crianças gostam de brincar com ela, mas quando ela vai entrar em uma brincadeira, vigia as crianças (mesmo as de seu tamanho), para não fazerem arte. E conta para os adultos e diz a eles para baterem nas crianças que estiverem fazendo arte. “Ela é aquele tipo que parece que quer ser uma mãe protetora ali, exigir que eles não fazem arte.” “E ela enturma mais com as mães das crianças, do que pra brincar com as crianças. Parece que quer nivelar com as mães.” Mesmo assim, a mãe reforça que as crianças gostam dela, de brincar com ela.

A mãe refere que B. gosta de cachorro, gato e coelho, mas não pode brincar com eles por causa da bronquite. Quando vai à casa de outras pessoas, como a avó paterna, ela quer passar a mão no cachorro, mas sua mãe não deixa.

Gosta muito de escrever, e tentava escrever mesmo antes de entrar na escola. A mãe dava folhas para ela e ela a enchia de desenhos.

5.3.5 Hipótese de diagnóstico psicológico.

B. teve um amadurecimento tranquilo, desde bebê, e pôde experimentar aspectos de reatividade e continuidade de ser com harmonia, sem rompimentos prejudiciais à integração de *self*. Mostrou-se também, desde bebê, calma e tranqüila, e até hoje não tem muitos pesadelos nem acorda assustada durante a noite. Consegue viver na área do espaço potencial, é criativa, brinca. Parece diferenciar objetos subjetivos e objetivos, e pôde ir de encontro à realidade, criando-a e não se submetendo a ela. São várias as suas expressões criativas durante as intervenções e em brincadeiras com pais e colegas. Parece ter integrado sua vida instintual ao *self*, uma vez que não se percebe rompimentos que ameacem a sua integração.

Pôde ir de encontro ao ambiente, com expressões criativas e possibilidades de trocas com ele. Os objetos da realidade que mais lhe interessam são principalmente os relativos à roça, plantas e terra, uma vez que foi com eles que ela estabeleceu os primeiros encontros. Entretanto, com sua entrada na escola, isso está se modificando um pouco, já que novas descobertas estão sendo feitas. É possível, portanto, compreender porque esconde seus brinquedos das outras crianças e não quer emprestá-los, uma vez que os está descobrindo à medida em que se relaciona com as outras crianças. Precisa de tê-los como posse nessa fase de adaptação à vida escolar.

Ou seja, a posse é mais importante que o objeto em si. A mãe diz que ela não brinca com eles, mas o fato de tê-los, escondê-los quando as crianças chegam, já parece uma outra forma de brincar que começou a ser estabelecida.

B. está experimentando a fase edípica com sua intensidade emocional. Suas atitudes de controle sobre os pais parecem ter relação com a forma particular de vivenciar esta fase, mas faltam dados para uma compreensão mais aprofundada, principalmente sobre a figura e o papel do pai. Identifica-se com a figura materna, e imita seus comportamentos, inclusive no contato social. Transformou em uma brincadeira copiar as atitudes da mãe, exercer uma imitação do papel materno quando junto aos colegas. Parece uma brincadeira, já que não quebra a relação com os colegas, que gostam de se relacionar com ela, mesmo quando ela "brinca de ser a mãe".

5.3.6 Análise

O processo do brincar. Durante a intervenção observou-se a continuidade do processo de brincar, sendo que cada brincadeira teve sua continuidade mantida na atividade seguinte. O segundo dia foi uma continuação do primeiro, em termos do comportamento observado no brincar. Tal fato parece apontar para a presença de integração de *self* da criança, assim como para sua capacidade de brincar.

No primeiro dia, situação d), os objetos foram apresentados à criança, que os observou atentamente. Acariciava as peças, e as conhecia em seus detalhes. Esse tempo foi necessário para que B. fosse de encontro aos objetos da realidade. E à medida em que segurava e acariciava os objetos, conferia significados particulares aos

objetos da realidade compartilhada. Em seus desenhos, na situação g), ela pôde expressar um pouco de seu mundo subjetivo. Na ocasião, a pesquisadora perguntou-lhe se seu desenho era o de um machucado, com o propósito de auxiliar a criança a compartilhar suas experiências. Apesar da menina não ter dito nada naquele momento, logo em seguida queixou-se de dor, o que sugeriu à pesquisadora a ressonância do que havia sido dito sobre seus sentimentos. Na situação h), a criança parou de desenhar e disse sentir dor, tendo em seguida retomado a brincadeira com a introdução de aspectos que estava vivenciando no hospital. Já na situação i), a criança brincou de apertar a barriga do sapo que "coachava" e acendia uma luz. A criança sentia dor exatamente em sua barriga, e mantinha suas mãos sobre a barriga sempre que sentia dor. Repetiu esse mesmo movimento no sapo, só que mediante o brincar. Isso permitiu que B. passasse a enfrentar melhor seu desconforto. Tal superação pareceu ter ocorrido pela maior integração psicossomática o que também facilitou uma outra forma de lidar com a dor.

Na situação l), a pesquisadora procurou auxiliar a integração das brincadeiras com os afetos, e a criança compartilhou aspectos de sua ilusão. Então foi estabelecida uma conversa sobre a boneca e o sapo: a boneca teria amigos, assim como ela, e resgataria suas experiências na escola, local em que B. se mostra com saúde, brinca e desenha. Está "vivendo" na área intermediária da experiência. Importante destacar, que, no caso, os objetos-alvo das brincadeiras foram os trazidos pela criança, e não os oferecidos pela pesquisadora. Na situação m), a criança abre espaço para o retorno da pesquisadora, que já fazia parte de seu espaço para o brincar. A vida lá fora e a vida aqui dentro já estavam sendo integradas: não estava mais havendo rompimento, suas

vivências fora e dentro do hospital estavam na mesma linha de continuidade das experiências de vida.

No segundo dia, foi dada continuidade ao brincar de B.. A menina retomou o desenho, e, como já havia sido falado pela mãe, era um importante meio de expressão para a criança. Na situação c), a menina desenhou e expressou aspectos de seu mundo subjetivo. Diante do encontro com objetos subjetivos, ela usou do tempo para refletir e compreender²⁶ sua situação e, dessa forma, integrar essa experiência ao *self*. O encontro com objetos subjetivos, no transcorrer da intervenção, logo seria transformado em brincar com objetos transicionais, daí a continuidade do brincar. A conversa com a pesquisadora e a reserva possibilitaram que a criança pudesse “caminhar para” a zona intermediária da experiência. Seus desenhos, que têm um grande significado para ela, foram expressivos de sua rica vida interior, não compartilhada. O “nozinho”, e a “montanha russa” expressaram aspectos seus, os quais, ao serem abordados e principalmente acolhidos, foram compartilhados de forma a facilitar o processo de internação.

Assim, a internação não se tornou persecutória, e a criança pôde ter encontros com a realidade, de forma não submissa. A criança pode compartilhar esta experiência com a pesquisadora, sem estar mais apenas no mundo subjetivo, mas transitando agora no mundo compartilhado. Assim, a experiência de estar internada ganhou um novo significado, seu, particular, o que a auxiliou a suportar o processo de internação com menos rompimentos e maior conforto.

²⁶ Compreendendo que o processo de reflexão não será meramente intelectual, mas será principalmente, um encontro com sua vida subjetiva, com seus objetos subjetivos.

Nas situações d), e), g), h) e i), a criança brincou, primeiro conhecendo e acariciando os objetos, e depois balançando-os para cima e para baixo, ou os acariciando de forma a fazer um movimento ondular, também para cima e para baixo. Tais movimentos de balanço, e a forma de tocar e acariciar os brinquedos, lembraram os toques que sua mãe fez em sua barriga para que a dor cessasse e diminuísse o desconforto e a criança também aprendeu a fazer. É possível que os desenhos da montanha russa e do nozinho também conservem o mesmo significado, já que também remetem aos movimentos ondulares, para cima e para baixo. A pesquisadora falou sobre isso com a criança, que a ouviu atentamente. Tal observação, ao contrário de quebrar ou modificar sua forma de brincar, pareceu ter possibilitado a sua continuidade. A criança expressou a integração, brincou com os brinquedos em consonância com o que sentia ou experimentava no corpo. Novamente, foi possível compreender, a partir dos dados observados, que, de modo geral, a criança esteve dotando a realidade e brincando com ela a partir de sua ilusão, de seu mundo subjetivo, mas também podendo compartilhar sua experiência.

Em seguida, na situação j), a menina teve em mãos o pedaço de madeira em forma de cilindro, o qual segurou por algum tempo, de forma diferente, uma vez que não o acariciava, mas o segurava. Esta seria a última brincadeira do dia, e pareceu representar a posse do objeto e demonstrar seu processo de integração.

Privacidade e espaço pessoal. No primeiro dia, ao final da intervenção, situação m), foi possível observar a expressão da criança em busca da reserva. A pesquisadora conversou com a criança a respeito do processo de brincar. A criança manteve-se calada, observando a pesquisadora, e apesar de não falar, demonstrou que

estava atenta e participativa quando se despediu. Mostrou pela fisionomia que estava cansada, e a busca pela reserva foi coerente com seu mal-estar e também demonstrou sua integração. A pesquisadora respeitou sua vontade de se calar, uma vez que observou o cansaço da criança.

No segundo dia, situação c), a menina desenhou, expressando seu mundo subjetivo, e após a conversa com a pesquisadora, recorreu novamente à busca da reserva. Foi possível compreender a importância que o respeito à reserva da criança teve para possibilitar a continuidade do brincar. Ela precisava desse tempo de silêncio para ir de encontro aos objetos subjetivos. Nessa situação, e com esta criança, a busca pela reserva e o encontro com os objetos subjetivos derivaram da mesma raiz.

Neste segundo dia, na situação l), a criança expressa o desejo de intimidade com a família, pela primeira vez. Houve coerência entre a busca pela intimidade com a família e seu mal-estar. Ela soube dirigir-se à mãe para pedir maior conforto. A presença da mãe confortava a criança, porque ela tinha condições de acolher sua tensão.

Logo em seguida, na situação m), assim que chamou pela mãe, a criança se calou, porque, naquele momento, tudo de que precisava realmente era do conforto da presença da mãe, (já que estava sentindo muita dor e cansaço) o que foi respeitado pela pesquisadora.

O respeito ao espaço pessoal da criança foi realizado em toda a intervenção, de forma a facilitar o processo de brincar da criança, mas foi mais acentuado no início, de forma a propiciar a relação. No final das intervenções, foi também enfatizado, para respeitar os momentos vividos pela criança em meio à rotina de tratamento e respeitar seu mal-estar.

A pesquisadora teve cuidado com o próprio tom de voz e o tempo de espera para que a criança escolhesse os brinquedos, os segurasse e observasse seus detalhes. Foi preciso que a pesquisadora esperasse que a menina fosse de encontro aos objetos. Parecia ser importante para a criança ter um tempo para conhecer os brinquedos, e ela não o fez de pronto, mas aos poucos.

B. não pareceu ter muitas dificuldades para estabelecer o brincar. Aceitava e pedia a presença da pesquisadora. Permitia que a pesquisadora tocasse suas mãos e se aproximasse do berço. Houve proximidade entre B. e a pesquisadora, e em nenhum momento essa proximidade pareceu invasiva, ao contrário, foi facilitadora do brincar, uma vez que não houve rompimentos importantes durante as intervenções. O cansaço da criança, sua dor e o desejo de estar ao lado da mãe foram considerados e acatados.

O respeito a seu espaço pessoal e à privacidade auxiliaram no estabelecimento de um ambiente de acolhimento. Mas B. não pareceu ser totalmente dependente do ambiente, ou seja, o ambiente de acolhimento não foi fundamental para seu processo de integração, mas facilitador do brincar, de forma que a criança criasse sentidos próprios para esta nova realidade.

Manifestações de tensão. Em seu dia-a-dia, B. tem suas manifestações de tensão que são logo superadas, à medida que seus pais lhe trazem outros interesses, outras atividades. Manifesta desejo de controle, uma certa teimosia, de forma que as situações ou atividades aconteçam conforme sua vontade. Mas logo suas exigências são modificadas e é superada sua teimosia, à medida que a relação se desenvolve. Com isso, suas manifestações de tensão não rompem o processo de brincar, apenas o

interrompem por algum tempo, sendo que o resgate logo é feito. Com isso, percebe-se uma integração da vida instintual ao *self*.

Essa forma de se relacionar também foi observada nas intervenções. Não se perceberam rompimentos em seu processo de brincar. As expressões de excitação sempre se relacionaram à dor, como no primeiro dia, na situação h). No segundo dia, na situação l), a criança parou de brincar e buscou a presença de sua mãe, pois estava sentindo dor. Houve a presença de excitação e o processo de brincar deste dia foi interrompido. A criança foi acolhida pela mãe, e sua presença a confortou. Houve coerência entre a manifestação de tensão e o sentir a dor.

5.4 Análise dos sujeitos 1 e 2: a compreensão das crianças e as possibilidades de auxílio terapêutico

A proposta desta pesquisa é um estudo da intervenção terapêutica no início da internação da criança. Ou seja, pretende-se com esta pesquisa maior entendimento do início da hospitalização de uma criança, quando esta chega a um ambiente, muitas vezes desconhecido, já que pode estar sendo internada pela primeira vez.

Cada criança irá vivenciar esse período de forma particular, de acordo com suas condições físicas naquele momento específico e de sua forma de experimentar as relações, ou seja, da fase de amadurecimento em que se encontra. As crianças irão experimentar maior ou menor dependência às condições ambientais, que podem ser sentidas até mesmo como assustadoras e propiciadoras de um rompimento em sua continuidade de ser.

Os sujeitos 1 e 2, ou G. e B., vivenciaram a intervenção de formas muito diferentes, apesar da proposta ter sido a mesma e da proximidade de sua idade cronológica. Elas encontram-se em fases do amadurecimento diferentes.

O profissional deve ter sensibilidade para compreender as diferenças e possibilidades de cada criança, ou seja, o que ela suporta e necessita para enfrentar a hospitalização com maior conforto e possibilidades de integração.

Para G., o ambiente de acolhimento foi fundamental para possibilitar sua integração, levando em consideração os rompimentos e interrupções constantes em seu processo de brincar e continuidade de ser. Para B., o ambiente foi facilitador da integração, mas não fundamental. Ou seja, G. mostrou-se mais dependente das mudanças ambientais.

Por isso, cada criança estabeleceu seus limites de formas diferentes. B. aceitava a proximidade da pesquisadora, enquanto G. resistia. Com B., a pesquisadora podia estabelecer conversas mais longas, tocá-la, aproximar-se mais. Para G., as colocações da pesquisadora foram mais curtas, quase monossilábicas, e a aproximação com a criança deu-se principalmente através do tom de voz, e não da proximidade física.

Outro ponto observado foi a forma como cada criança se aproximou dos brinquedos. G. já ia de pronto aos objetos, não esperava muito, já pegava em suas mãos e construía uma pequena história ou acontecimento. G. ia de encontro aos objetos através de sua impulsividade, o que não significava necessariamente reatividade. Mas em diversas situações tinha um caráter reativo, conferindo um estabelecimento frágil do brincar, que muitas vezes era rompido. B. observava mais os detalhes, segurava os brinquedos, os acariciava, escutava seus sons e se permitia várias experiências sensoriais. B. pôde ir de encontro a eles conferindo um caráter

particular, subjetivo, ao mesmo tempo compartilhado. A intervenção da pesquisadora facilitou que a criança compartilhasse suas experiências.

As características das mães também influenciaram. Enquanto a presença ou ausência da mãe de G. rompia o brincar e gerava excitação, a presença da mãe de B. propiciava o conforto. Diante da mesma instrução, elas se comportaram de formas diferentes. Quando a mãe de G. saía do quarto, não ficava visível a ele, e não procurava confortá-lo quando voltava. A mãe de B., mesmo quando saía do quarto, procurava ficar visível e quando retornava lhe propiciava o conforto.

Houve uma coerência entre a busca pela privacidade e as características de cada criança. B. já apresentava uma maior integração de *self*, expressou o desejo de reserva por várias vezes. Só buscou a intimidade com a família quando sentiu muita dor e precisava de conforto. G. não parecia diferenciado ainda da mãe e exigia sempre a intimidade com a família. Já B. estabelecia uma troca espontânea com a pesquisadora e sua busca pela reserva era natural, estava em harmonia com as situações vividas. A busca pela reserva por B. teve uma relação também com o encontro de objetos subjetivos, e veio em um *continuum* com o processo de brincar, uma vez que levava os objetos subjetivos à expressão em seus desenhos, e possibilitava que fossem compartilhados.

Pode-se propor ou sugerir que quando a criança tem maior clareza de quem é e se vê como única, como indivíduo, as expressões de desejo pela privacidade são mais naturais e espontâneas. Quando a criança não se vê como única e diferenciada, parece mais haver uma exigência do que uma troca com o ambiente, sendo mais difícil uma harmonia entre o comportamento e o que está sendo vivido.

O respeito ao espaço pessoal e à privacidade auxiliou no estabelecimento do ambiente de acolhimento e conforto necessários ao processo de brincar. Para tanto, o conhecimento das características individuais foi fundamental. Tal conhecimento, longe de ser apenas teórico, envolve aspectos que vêm à tona na relação. Perceber as possibilidades da criança não é somente subjetivo, envolve uma percepção objetiva de seus movimentos: se a criança olha para a pesquisadora, permite a continuidade de uma fala; se ela aproxima espontaneamente, ou se prefere fechar-se em si mesma nas próprias histórias, e não está permitindo o envolvimento da pesquisadora nelas.

As experiências referentes ao início da internação de B. foram facilitadas pelo ambiente de acolhimento, para promover o movimento de integração. Ou seja, viver lá fora e viver aqui dentro puderam ter um caráter de continuidade, sendo vividos como pertencentes a uma mesma linha de continuidade. Por isso as brincadeiras de B. se relacionaram. Ela trouxe objetos e experiências vividas fora do hospital para dentro, fazendo parte do processo de brincar dentro do hospital.

Para G., as experiências deste início de internação, foram vividas como quebras constantes, sendo que a excitação e a tensão permearam todo o processo de brincar. Para que o ambiente fosse de acolhimento, seria necessária uma constante adaptação do ambiente à criança para que se resgatasse o seu processo de brincar. Estando no processo de brincar, a adaptação já tinha o caráter de trocas. Mas tais trocas eram constantemente rompidas, e novamente o ambiente tinha de readaptar-se aos seus desejos.

A apresentação da análise foi propositadamente feita de forma diferente. Para que se pudesse compreender o processo de brincar de G., foi necessário, primeiro, compreender suas manifestações de excitação e suas necessidades de espaço pessoal

e privacidade. Já, no caso de B., apresentou-se primeiro o processo de brincar, em sua linha de continuidade, para que daí se avaliasse suas necessidades de espaço pessoal e privacidade e as manifestações de tensão.

Este estudo, portanto, propiciou um recorte acerca da compreensão sobre como a criança que chega em hospital pode estabelecer seus limites (ou tentar) e como o respeito a estes limites pode ser fundamental na expressão de seu verdadeiro *self* e propiciador de seu processo de brincar.

Capítulo 6: DISCUSSÃO

O objetivo da presente pesquisa foi o de propor e analisar uma intervenção terapêutica de caráter psicanalítico através do brincar com a criança recém-hospitalizada à luz da teoria winnicottiana. O objetivo específico foi o de analisar as contribuições da Psicologia Ambiental à proposta de intervenção terapêutica.

Para fundamentar a intervenção terapêutica foi realizado o estudo teórico através de três capítulos. No primeiro capítulo, foi feito o levantamento bibliográfico de pesquisas realizadas com as crianças hospitalizadas. No segundo capítulo, foi realizado o estudo acerca da função do brincar e espaço potencial com base na teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott. No terceiro capítulo, foram apresentados os estudos de Psicologia Ambiental acerca dos fenômenos da privacidade e espaço pessoal.

Nos capítulos 4 e 5, foi apresentada a proposta de intervenção, os resultados da pesquisa aplicada às crianças recém-hospitalizadas, e a análise destes resultados.

O presente capítulo, por sua vez, irá desenvolver a discussão acerca dos resultados obtidos e da análise feita, e, para tanto, serão retomados os capítulos teóricos.

Participaram desta pesquisa duas crianças, uma menina de 4a11m (B.) e um menino de 5a6m (G.). Cada criança experimentou o início da hospitalização e a intervenção terapêutica de forma diferente. O conhecimento das características individuais pareceu fundamental para a compreensão do seu processo de brincar e estabelecimento da interação.

A razão fundamental pela opção de intervenção no início da internação é que a criança estaria em um período adaptativo, e desta forma o trabalho pudesse ser pontual. Supôs-se que seria possível conhecer como a criança apreende uma realidade totalmente nova (quase sempre) e como se relaciona com ela, se de forma submissa, ou se com excessos de exigências, e com que alcance nas trocas com o ambiente. Daí também o valor terapêutico, pois o início da internação parece ser o período mais crítico da hospitalização, levando em conta o fato de que a grande parte das internações de crianças, no hospital onde foi realizada a pesquisa, não costumam ser prolongadas.

Para compreender as formas de interação de cada criança com a pesquisadora no período inicial da internação, deve-se considerar que cada uma percorreu as fases do amadurecimento de formas particulares e em ambientes diferentes e mais ou menos suficientemente bons ao longo dos anos.

O acontecimento dos fenômenos da privacidade e do espaço pessoal também se deu de diferentes formas entre cada criança durante a interação com a pesquisadora. Tais diferenças pareceram se relacionar com a forma através da qual a criança apreendeu a realidade objetiva, desde bebê até durante a intervenção. Retomar-se-ão, a seguir, suas definições, de modo a se procurar compreender como tais fenômenos podem ou puderam acontecer em intervenção.

O fenômeno da privacidade é compreendido por Gifford (2002) como a administração ou controle das informações sobre si próprio e nas interações sociais. Valera e Vidal (2002) propõe que este controle só é possível na interação. Durante a intervenção, percebeu-se que as crianças da pesquisa estabeleceram a forma de abertura ao contato, de acordo com suas possibilidades, desejos e necessidades, quer dizer, administraram as informações do ambiente, assim como o controle e regulação da interação com a pesquisadora.

Sommer (1974), define o espaço pessoal como a zona emocionalmente carregada que regula os espaços entre a pessoa e as demais, e que demarca e personaliza os espaços físicos utilizados pelas pessoas. Gifford (2002) conceitua o espaço pessoal como o espaço interpessoal, que se modifica conforme as experiências vividas, e alude à experiência subjetiva. Nesta pesquisa, cada criança regulou e demarcou os espaços de diferentes formas. B. permitiu uma aproximação física e o toque em suas mãos. A aproximação entre a pesquisadora e G. deu-se principalmente através do tom de voz da pesquisadora, que não percebeu a existência de espaço para uma maior proximidade física, nem mesmo algum toque ou gesto carinhoso. Ou seja, as crianças puderam se expressar e, nesse sentido, a alusão à experiência subjetiva poderia auxiliar a compreender diferenças tão claras entre crianças de idades tão próximas.

Mas, afinal, como se deu esse controle, ou seja, como cada criança controlou a interação? Pode-se sugerir genericamente que a criança controla, permite ou impede a interação, a partir da forma como apreende a realidade e a experimenta.

Para tanto, retomar-se-ão Winnicott e os conceitos de objetos subjetivos, objetos transicionais e objetos objetivos, de forma que se busquem sinais indicativos de como a

criança hospitalizada pode estar se relacionando ou se relacionou com o mundo, e de como está se relacionando com o processo e o ambiente de hospitalização.

Nos primórdios de sua vida, o bebê experimenta a continuidade do ser. De acordo com Winnicott [1971] (2005), quando suas experiências podem se dar em um ambiente de confiança e a relação mãe-bebê se dá com tranquilidade e previsibilidade, o bebê pode ir de encontro aos seus primeiros objetos, denominados de objetos subjetivos. Para o bebê, os objetos subjetivos são passíveis de seu controle onipotente.

A criança pode experimentar o período de hospitalização como um bebê que compreende a realidade como passível de seu controle onipotente. Dessa forma, não se fala em realidade externa, mas em realidade subjetiva, pois a criança não compreende ou diferencia o mundo externo e o mundo interno, ela ainda não compreende plenamente a existência de externalidade. A criança pode se encontrar em uma busca contínua de controlar a realidade que a cerca, em detrimento da realidade que se impõe. A criança, nessa situação, tenta impor sua vontade, mas de uma forma em que não há relação com o ambiente e por isso, não há interação. Não é uma disputa, uma vez que para esta criança não existem outras pessoas, o mundo conhecido e experimentado é somente subjetivo. Essa forma de relação pode se dar em algumas situações, ou mesmo ao longo de toda a internação.

Retomando a teoria winnicottiana, à medida de seu amadurecimento, o bebê sai de um processo de dependência absoluta e caminha em direção à dependência relativa. Para este processo, é importante que o bebê abandone a ilusão de onipotência, mas a área de ilusão não será totalmente abandonada. Para Dias (2003), as experiências subjetivas serão o fundamento das novas experiências. Essas novas experiências se darão na área do espaço potencial, a área intermediária da experiência.

Às primeiras posses vividas, Winnicott [1988] (1990) denomina os objetos transicionais. Winnicott [1971] (2005) propõe que o bebê tem nos objetos transicionais a sua primeira posse e segue evoluindo para o brincar compartilhado e posteriormente, para as experiências na dimensão cultural.

A criança hospitalizada que estiver estabelecendo trocas a partir das experiências transicionais pode estar brincando sozinha, ou junto à outra pessoa, de forma livre e criativa. A criança expressa aspectos de seu verdadeiro *self* e pode ou não incluir outras pessoas em suas brincadeiras. Nesse caso, não se vê a criança em situações repetitivas ou estereotipadas.

Ainda remetendo à teoria winnicottiana, o bebê dá continuidade ao processo de amadurecimento da seguinte forma: de acordo com Dias (2003), após a fase de transicionalidade, o bebê estabelece uma nova aquisição em termos de maturidade, que se manifesta pela capacidade de usar os objetos. Ele começa a perceber os objetos como externos e tem condições de apreender a realidade externa e compartilhada. Os objetos objetivamente percebidos pelo bebê são denominados por Winnicott como objetos objetivos.

Na saúde, o encontro com os objetos objetivos terá como base as experiências transicionais. Caso contrário, de acordo com Winnicott [1971] (2005), pode ser que o bebê tenha vivido uma cisão de *self*. Neste caso, falsas experiências se estabelecem e se caracterizam como submissão à realidade externa.

A criança hospitalizada que tenha alcançado fases de amadurecimento mais avançadas vai de encontro à realidade, mas de forma criativa e pessoal. É natural que se assuste com procedimentos invasivos, mas poderá abrir espaço para o diálogo acerca destes, assim como seu medo pode ser confortado e acolhido.

Por sua vez, se a criança vier a se submeter à realidade, pode parecer adaptada, e até mesmo se calar e não chorar durante os procedimentos invasivos e dolorosos. Entretanto, não se percebe a criança confortada, nem mesmo brincando livremente. Nessas situações pode não se ver expressões de alegria nem de tristeza, o que parece indicar uma falsa adaptação.

Os profissionais de saúde, ao identificarem as características de cada criança, podem compreendê-la melhor, e dessa forma, estabelecer intervenções pontuais ao longo dos procedimentos técnicos necessários. Isso poderia significar, por exemplo, um cuidado maior ao interagir com as crianças aparentemente adaptadas, mas que na realidade estejam vivenciando um sofrimento insuportável e não expresso claramente, porque contido. O propósito de conhecer a criança poderia levar, também, à compreensão e à paciência com aquelas que viessem a manifestar excessos de exigências, ao gritar e chorar de forma ininterrupta, por exemplo. Nessas situações, uma aproximação que viesse a se dar de forma gradativa poderia auxiliar o profissional a estabelecer a interação com a criança. Parece que, estabelecida a interação, ficaria mais fácil, por exemplo, esclarecer à criança acerca de intervenções consideradas fundamentais e passíveis de gerar dor, tais como a colocação do soro e a cirurgia. Esse pode ser um caminho para o estabelecimento da confiança, primordial à relação profissional-paciente.

Na presente pesquisa, as hipóteses de diagnóstico psicológico foram realizadas com cada caso, para que se pudesse compreender quem era a criança, de que forma ela naturalmente desenvolvia suas relações, assim como para observar o acontecimento de mudanças em início de hospitalização. As hipóteses serão rerepresentadas, de forma a auxiliar a compreensão sobre como a criança apreendeu e

se relacionou com o ambiente hospitalar e tudo o que se referia à hospitalização: o quarto e o espaço físico, os profissionais envolvidos, a presença ou ausência de sua mãe, a pesquisadora e o material oferecido para a criança.

Retomando a hipótese de diagnóstico psicológico de G., pode-se dizer que ele viveu desde bebê diversos rompimentos em sua continuidade de ser, e alcançou a fase de transicionalidade com muitas dificuldades. Apesar de sua capacidade de brincar e sonhar, também o faz com diversos rompimentos. Alcançou a fase de integração de *self*, mas ainda oscila em suas expressões de integração, já que em muitos momentos apresenta uma dependência acentuada da figura materna. Ainda está voltado à questão da integração da vida instintual ao *self*, e em diversas situações parece vivenciar suas tensões instintuais como externalidade.

Retomando a hipótese de diagnóstico psicológico de B., por sua vez, pode-se dizer que seu amadurecimento foi tranqüilo e parece não ter experimentado excessivos rompimentos prejudiciais à integração de *self*, nem da vida instintual ao *self*. Brinca, consegue ter experiências criativas na terceira área intermediária da experiência, e seus encontros com a realidade externa parecem ser de trocas e não de submissões. Está experimentando a fase edípica com suas intensidades emocionais.

Tendo clareza sobre tais hipóteses, é possível compreender como a intervenção se estabeleceu e de que forma ela pôde ser útil ao processo de amadurecimento da criança, de forma a auxiliá-la a superar esse período de forma mais tranqüila, prazerosa e talvez até mesmo menos traumática.

A criança G. vivenciou em intervenção momentos onde impunha aspectos de seu mundo subjetivo e não conseguia relacionar-se com a realidade tal como ela se mostrava. Deve-se levar em consideração, de forma geral, que a criança normalmente

não se desenvolve linearmente, as fases do amadurecimento são vivenciadas em idas e vindas. Pode-se dizer que G. se via como uma criança com identidade própria e diferenciada do mundo externo. Em contrapartida, quando tomado por muitas tensões, e principalmente quando temia pela ausência de sua mãe, ele não agia mais como uma criança de cinco anos, com capacidade para enxergar a realidade externa e se relacionar com ela: ele agia como um bebê indiferenciado da mãe e chorava e chamava por ela até que pudesse vê-la novamente. Ou seja, ele impunha o seu mundo subjetivo e impedia qualquer forma de relação com a pesquisadora até que sua mãe retornasse, ou até que ele pudesse confirmar sua presença. Em outras situações, G. conseguia brincar, ir de encontro aos objetos transicionais e estabelecer trocas. Mas havia uma grande fragilidade: suas brincadeiras eram constantemente rompidas pela sua tensão.

Nas situações em que havia o rompimento do brincar, rompimento esse gerado pelas tensões, a pesquisadora procurava acolhê-las e agir de forma não-invasiva, ou seja, não exigia determinadas atitudes, e esperava que G. estivesse pronto novamente para admitir sua presença e inseri-la em alguma forma de interação²⁷. Isso significa que a pesquisadora não forçava o brincar da criança, permanecia presente, até que G. pudesse ou tivesse condições e vontade de inseri-la novamente nas brincadeiras. Com isso, a pesquisadora procurava conferir à criança um ambiente de confiança.

Com B. foi possível observar a troca através do brincar de forma contínua e por toda a intervenção. A criança ia de encontro aos objetos, os tocava, sentia cada objeto através do tato, ouvia seus sons. Conversava com a pesquisadora. Com a menina era

²⁷ Pode-se compreender interação neste contexto, como “entrejogo”, ou seja, a interação entre duas pessoas que estão estabelecendo trocas e através do brincar.

possível estabelecer um diálogo, de forma contínua. A pesquisadora buscava a continuidade e a manutenção de um ambiente de confiança.

Também, as formas de acontecimento dos fenômenos de privacidade e espaço pessoal foram diferentes conforme as características de cada criança.

B. estabeleceu a interação de forma mais tranqüila e harmoniosa, e assim, quando demonstrava que precisava de reserva, por exemplo, o fazia de forma compreensível, e prontamente a pesquisadora agia conforme as suas necessidades.

G. estabeleceu a interação através de muitas quebras em sua continuidade. Muitas vezes agia de forma abrupta e desconsiderava a existência da pesquisadora, estando, nessas situações, totalmente voltado para si mesmo. Então chorava ininterruptamente até que seus desejos fossem acatados. Parecia exigir da pesquisadora determinadas atitudes, como chamar a mãe.

As formas de estabelecimento da interação e o acontecimento dos fenômenos de privacidade e espaço pessoal deram-se, portanto, em conformidade com a forma como cada criança apreendia a realidade. Nos momentos em que G. negava a existência de uma realidade externa e só a enxergava em conformidade com seu mundo subjetivo, exigia determinadas atitudes da pesquisadora. Quando B. brincava de forma livre e espontânea junto à pesquisadora, mostrava suas necessidades de privacidade de forma tranqüila e espontânea.

Para compreender melhor as diferenças entre as formas das crianças se relacionarem com a pesquisadora, faz-se necessário retomar Torvisco (2002). O autor analisa que o espaço pessoal tem como função a autoproteção contra as ameaças físicas e emocionais advindas da interação humana, de forma a dominar as agressões surgidas das relações. Quando G. sentia o ambiente como invasivo, de forma

insuportável, não permitia a aproximação da pesquisadora. É importante destacar que, em sua história de vida, G. vivenciou, provavelmente, invasões importantes que quebraram a continuidade de ser, estabelecendo desde bebê um padrão reativo de interação com o ambiente. Seria natural sua reatividade ao ambiente de hospitalização e a qualquer forma de mudança, uma vez que percebia constantemente o ambiente como invasivo ou agressivo. B. não parecia perceber o mundo externo como ameaça, ou agressivo, e, dessa forma, aceitou de forma tranqüila a presença da pesquisadora.

As crianças, portanto, puderam regular a intimidade e a comunicação, sendo que as funções do espaço pessoal também são de regulação da intimidade e comunicação, conforme Torvisco (2002). A pesquisadora identificou, entendeu e respeitou as demarcações de espaço realizadas pelas crianças.

De forma a aprofundar a análise sobre o fenômeno da privacidade, serão retomadas as definições de Pedersen (1999) para as dimensões da privacidade. Reserva refere-se ao controle das informações a serem passadas verbalmente para as outras pessoas. Intimidade com a família se refere ao isolamento com a família e excluindo as demais pessoas.

A intimidade com a família foi exigida por G. por quase toda a intervenção e se pressupõe que este fato se deu devido à sua imaturidade, uma vez que, nessas situações, não agia como diferenciado de sua mãe e se expressava de forma extremamente regredida. Essa dimensão foi solicitada por B. quando pediu pelo conforto de sua mãe, em um momento onde estava cansada e com dores.

A necessidade de reserva foi demonstrada por B. por quase toda a intervenção, e de forma tranqüila e natural. Por outro lado, G. conseguiu demonstrar sua necessidade de reserva por uma vez e de forma tranqüila, e isto se deu durante o

processo de brincar, em um momento em que se mostrava voltado ao brincar e com aceitação da presença da pesquisadora.

A demonstração da necessidade de reserva pareceu ocorrer em conformidade à demonstração que cada criança fazia de sua autonomia e de seu sentimento de ser única ou de possuir uma identidade. Em consonância com tal colocação, retoma-se Gifford (2002). O autor refere que a privacidade é um aspecto importante da identidade, uma vez que ela permite reflexões sobre si mesmo e o mundo externo.

Salienta-se que as crianças demonstraram, em intervenção, a necessidade de privacidade quando em meio ao processo de brincar. Por outro lado, as exigências de privacidade ocorreram quando houve uma quebra do processo do brincar prejudicando a relação, conforme se percebe com G.

Não se deve fazer uma relação entre a necessidade de intimidade com a família e os comportamentos extremamente regressivos da criança. Ou seja, não se pode inferir que a criança hospitalizada (quando está sentindo dor, cansaço e necessitando de conforto e por isso chamando a mãe) esteja agindo como um bebê que exclui a presença da realidade externa tal como ela é. A criança pode demonstrar a necessidade de intimidade com a família de forma espontânea, dentro de uma relação, sem quebrar a relação de forma abrupta, quando vier a necessitar de conforto, tal qual aconteceu com B. Mas pode-se supor um vínculo entre a forma como a criança demonstra suas necessidades de privacidade e um comportamento extremamente regressivo. Pode-se dar como exemplos, as situações em que G. exigia a intimidade com a família.

As crianças puderam estabelecer relações mais harmoniosas quando em meio ao processo de brincar²⁸, ou seja, quando se percebeu a continuidade do brincar, sem expressões reativas. Desta forma, as suas necessidades de privacidade e de demarcação de espaços deram-se de formas mais claras, objetivas e harmoniosas.

Baseando-se em tais fatos, pode-se supor que, quando se procura conhecer a fase de amadurecimento a qual a criança se encontra e as formas dela demarcar seu espaço, sendo elas subjetivas e objetivas, é possível que o profissional de saúde lide com a criança de forma verdadeiramente pontual, possibilitando o ambiente de acolhimento, ou suficientemente bom, ou ainda, terapêutico.

Na intervenção, para possibilitar ou facilitar o processo de brincar, as atitudes da pesquisadora deveriam propiciar um ambiente terapêutico. O conhecimento das necessidades de privacidade e espaço pessoal das crianças e uma ação coerente às tais necessidades poderiam ilustrar o que significa ambiente terapêutico. Para Winnicott [1971] (2005), o ambiente terapêutico deve propiciar o relaxamento e a confiança do paciente no profissional. Cartocci e Franco (1996), remetem à teoria winnicottiana e se referem ao *setting* terapêutico. Para os autores, ele inclui a figura do analista, e sob determinados aspectos, representa o cuidado materno.

Ressalta-se que o estabelecimento da confiança parece fundamental para que se constitua o ambiente terapêutico. O início da internação parece ser um período crítico, sendo fundamental que o profissional auxilie a criança a entrar em contato com o novo ambiente, muitas vezes estranho e assustador. Supõe-se que entrar em contato com o novo ambiente, através do brincar, auxilie para que a nova realidade apreendida

²⁸ A partir de Winnicott [1971] (2005) pode-se dizer que a criança que se comunica verdadeiramente está podendo brincar de forma criativa e fazendo uso da área do espaço potencial.

pela criança seja suportável, ou seja, menos assustadora, porque será dotada de aspectos criativos da própria criança. Por exemplo, o menino G., em momentos posteriores da internação que não foram mencionados nesta pesquisa, comportou-se da seguinte forma tal como observado: brincava com o soro, mexendo seu braço, e ria quando via as gotas de soro descendo, de forma a criar uma história (a criança não perdeu a veia, houve um cuidado para que isto não ocorresse).

Supõe-se que o estabelecimento da confiança possa acontecer quando as necessidades da criança venham a ser conhecidas e respeitadas, assim como o tempo que cada criança necessita para ir de encontro ao ambiente e aos objetos da realidade externa. B. e G. tiveram oportunidade de conhecer os objetos concretos e conferir-lhes significados particulares, criando histórias ou brincadeiras coerentes ao seu verdadeiro *self*.

O ambiente suficientemente bom pareceu ter uma importância fundamental para que G. pudesse se relacionar com o ambiente de hospitalização de forma mais tranqüila e com menos rompimentos nas relações. Para B. foi facilitador de expressões verdadeiras de *self*, e do processo de brincar.

Pode-se inferir que os conhecimentos gerados pela Psicologia Ambiental e pela teoria winnicottiana podem ser úteis de forma a auxiliar o profissional da saúde que lida com a criança hospitalizada a desenvolver ações pontuais e verdadeiramente terapêuticas.

Em um primeiro caminho, o psicólogo pode auxiliar a equipe multidisciplinar/interdisciplinar através de sugestões e descrições acerca de quem é a criança, e suas possibilidades de entendimento e enfrentamento da hospitalização. Neste sentido, o trabalho do psicólogo, longe de ser desvinculado do trabalho da equipe, pode ser

integrado, tendo como pólo de ligação o brinquedo, os conhecimentos acerca de seu uso e a riqueza de informações possíveis de serem adquiridas sobre a criança. Tal conhecimento é possível de ser adquirido através da relação permeada pelo brincar e por sua vez o brincar é facilitador da interação entre os profissionais, com a criança e com a família.

Em um segundo caminho, o psicólogo ambiental pode planejar ambientes facilitadores da integração psicofísica. Para tanto, pode-se levar em consideração a necessidade que a criança hospitalizada tem de espaços propícios ao brincar ou facilitadores deste. Também podem ser levadas em consideração as necessidades inerentes da internação conjunta mãe-criança, de forma que possa ser possibilitada a proximidade entre ambas. Por exemplo, percebeu-se que espaços amplos e com janelas grandes facilitavam a locomoção da mãe, porque possibilitavam que a criança a visse mesmo quando a mãe precisasse sair, ou caminhar sozinha quando a criança estava impossibilitada para acompanhá-la.

Enfim, esse é um campo a ser aprofundado em pesquisas. No primeiro capítulo da presente pesquisa, foi possível conhecer diversas pesquisas com a criança hospitalizada, tais como Popovich (2003); Sadala e Antonio (1995); Ribeiro (1998); Martins *et al* (2001); Furtado e Lima (1999); entre outros. Provavelmente, os pesquisadores e os profissionais pesquisados tiveram cuidado e sensibilidade para com a criança, haja vista os resultados terapêuticos nas intervenções propostas. Provavelmente souberam estabelecer um ambiente terapêutico, onde a criança pudesse apresentar confiança no profissional cuidador.

Assim como as crianças da presente pesquisa (G. e B.), as crianças das pesquisas trazidas no primeiro capítulo teórico pareceram suportar os estímulos

invasivos e o processo de hospitalização de forma mais tranqüila e coerente às suas verdadeiras necessidades, desejos e expressões.

Também podem ser dadas como exemplo, as pesquisas referentes ao trabalho dos “Doutores da Alegria” e realizadas por Nogueira e Masetti (2000) e Nogueira, Masetti e Alvarez (1999). Tiveram como objetivo um trabalho artístico e não terapêutico. Demonstraram um cuidado com a sensibilidade e com uma aproximação não invasiva, porque gradativa e que ocorria conforme os desejos de cada criança. Estas pesquisas ilustram na prática, o que é proposto na teoria, acerca do significado de um ambiente suficientemente bom, e também as propostas da Psicologia Ambiental sobre a questão do conhecimento e respeito das necessidades de privacidade de cada criança.

Tais pontos indicam a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que enfoquem diretamente as questões de relação e interação com a criança hospitalizada.

Por um lado, parece haver um pequeno número de pesquisas focando diretamente ao processo de interação com a criança de forma clara e pontual. Poucas explicitam passo a passo este processo. Por outro lado, parece haver uma escassez de pesquisas realizadas com base na teoria winnicottiana e que aludem ao processo de hospitalização infantil. E por fim, também não parecem ser muitas as pesquisas na área de Psicologia Ambiental que demonstrem suas contribuições à prática clínica e à prática clínica com a criança.

O valor heurístico da presente pesquisa se encontra na proposição de contribuições mútuas nas áreas da Psicologia Ambiental e Psicologia Hospitalar. Também na alusão a um trabalho prático, que objetivou preencher lacunas nessas áreas de conhecimento.

Espera-se que esta pesquisa possa gerar como frutos reflexões sobre o trabalho com a criança hospitalizada e novas pesquisas que aprofundem esta área. E, também, que insiram o psicólogo clínico e o psicólogo ambiental na equipe interdisciplinar de forma integrada, ou não-desvinculada em sua atuação.

A presente pesquisa pode ser ampliada, de forma a aplicar a proposta de intervenção a um maior número de crianças e generalizar os resultados. É possível, ainda, adaptar o material proposto a outras faixas etárias, perfazendo uma compreensão mais ampla acerca das necessidades, desejos e possibilidades da criança hospitalizada.

Capítulo 7: CONCLUSÃO

O amadurecimento da criança, longe de ser um processo linear, dá-se com regressões e mudanças em sua forma de lidar com a realidade. A criança, ao experimentar a realidade através do brincar, pode compartilhar seu mundo subjetivo, ao mesmo tempo em que pode descobrir a realidade (com seus estímulos sensoriais, conhecimentos a serem apreendidos e impressões afetivas). Quando este processo se dá de forma criativa, a criança pode suportar viver a realidade, sem excessos de quebras em sua continuidade de ser, mesmo em situações de sofrimento.

O profissional de saúde tem buscado propiciar o brincar à criança hospitalizada, objetivando a diminuição de seu sofrimento e melhor adaptação ao novo ambiente. A introdução do brincar no processo de hospitalização pode auxiliar a criança a suportar o sofrimento inerente à internação. Entretanto, longe de ser um processo simples, brincar não é oferecer brinquedos para a criança se distrair. Ao mesmo tempo, longe de ser complicado, não é um processo a ser aprendido como algo teórico em si e que siga determinadas regras pré-estabelecidas. De toda forma, através do brincar, é possível estabelecer a interação com a criança, e ocorrem expressões de emoções nela e no profissional, sejam elas medo, ódio, amor ou pena.

É natural que o profissional de saúde se sensibilize pela dor da criança, dado à diversidade de situações e vivências a qual vem a observar e sobre a qual tem de intervir. E ao se sentir tocado por tal diversidade de situações e emoções consoantes, o profissional pode atuar de forma a confortar e compreender a criança, mas também vivencia o risco de agir de forma iatrogênica. Dessa forma, faz-se necessário que o profissional de saúde possa refletir acerca de sua prática clínica, sobre suas relações com as crianças e acompanhantes e sobre as possibilidades de intervenção pontuais junto a elas.

Foi pensando nisso que se buscou nos conhecimentos da Psicologia Ambiental (que auxiliassem a compreender o fenômeno da interação humana) e nos conhecimentos da Psicanálise Winnicottiana (que auxiliassem a compreensão do processo de amadurecimento humano), contribuições para que o psicólogo pudesse refletir acerca da sua prática em hospital.

Com a presente pesquisa, que propôs uma intervenção terapêutica através do brincar com a criança recém-hospitalizada, pôde-se chegar a determinadas conclusões que podem auxiliar a ação do psicólogo e da equipe.

Pareceu ter sido fundamental ao estabelecimento da interação e à continuidade do brincar estabelecido, o conhecimento e o respeito às necessidades e desejos de cada criança por privacidade e às suas formas de demarcação do espaço pessoal.

Percebeu-se, também, que o oferecimento da possibilidade de brincar, que se deu de forma não-invasiva e coerente aos desejos, possibilidades e necessidades de cada criança, contribuiu à construção de um ambiente de acolhimento, e assim elas puderam se expressar em consonância a seu verdadeiro *self*.

Propõe-se que o psicólogo pode auxiliar a equipe multidisciplinar/ interdisciplinar através de sugestões e descrições acerca de quem é a criança, e suas possibilidades de entendimento e enfrentamento da hospitalização. Para tanto, a presente pesquisa propôs uma forma de intervir e conhecer a criança hospitalizada, a partir de um processo descritivo e analítico, mas acima de tudo, que visasse o estabelecimento da relação e do brincar com a criança, por se ter como suposição básica que o brincar é um instrumento eminentemente terapêutico.

Por sua vez, o psicólogo ambiental pode planejar ambientes facilitadores da integração psicofísica, e os dados da presente pesquisa puderam trazer sugestões a esse planejamento em questão, em especial sobre a promoção de espaços propícios ao brincar e facilitadores da relação criança-mãe.

Tais atuações propostas têm um ponto em comum: são propiciadoras do conforto para a criança, sendo essa a base para o brincar e para um amadurecimento tranqüilo e harmonioso. Perfaz-se, dessa forma, a ação terapêutica e facilitadora da adaptação da criança ao ambiente de forma não submissa, mas compartilhada.

Percebeu-se, também, a necessidade de desenvolvimento de mais estudos sobre como oferecer à criança hospitalizada um ambiente de acolhimento propício ao brincar, no início da internação, auxiliando-a no período crítico.

Buscou-se ampliar, com a presente pesquisa, o campo de investigação e conhecimento acerca da criança hospitalizada e da ação psicológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AB´SABER, T.A.M. **O sonhar restaurado. Formas do sonhar em Bion, Winnicott, e Freud.** São Paulo: Editora 34, 2005.

_____.Um jogo de Winnicott. **Percurso**, São Paulo, n.17, p.18-26, 1996.

I-

ALVES, M.C.L. **Apropriação de espaço: vivências dos pacientes hospitalizados.**

São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ANTHONY, K.H.; WATKINS, N.J. Exploring pathology: relationships between clinical and environmental psychology. In: BECHTEL, R.B.; Arza Churchman.

Handbook of Environmental Psychology. John Wiley & Sons, Inc, 2002.

ARAGÃO, R.M. & AZEVEDO, M.R.Z.S. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos usados com crianças. **Estudos de psicologia**, v.18, n.3, p. 33-42, 2001.

BASSANI, M.A. Psicologia Ambiental: contribuições para a educação ambiental. In: HAMMES, V.S. (ed. técnica) **Proposta metodológica de macroeducação, v.2 / Embrapa.** São Paulo: Ed. Globo, 2004.

BASSANI, M. A. Fatores psicológicos da percepção da qualidade ambiental. In: MAIA, N.B.; MARTOS, H.L.; BARRELLA, W. (orgs.) **Indicadores ambientais: conceitos e aplicações.** São Paulo: EDUC, 2001

CARTOCCI, L.; FRANCO, M.M. Winnicott: contribuições de uma clínica para a atualidade. **Percurso**, São Paulo, n.17, p.7-10,1996.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12 n.2, p.191-197, mar./abr. 2004.

CORRAL-VERDUGO, V.C. Aportes de la psicología ambiental en pro de una conducta ecológica responsable. In: MARTÍNEZ, J.G.; ORTIZ, A.M.L.; DEL REY, A.T.A.(coord.) **Estudios de Psicología Ambiental en América Latina.** México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Mexicano de Investigaciones Psicosociales – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – Proyecto 2250 PH, 1998.

CORRÊA, M.L.T. **Psicologia Ambiental em um hospital infantil: uma análise comportamental enfatizando a qualidade de vida e bem-estar.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento,** São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

D'ALLONNES, C.R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: D'ALLONNES, C.R. et al. **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas,** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DIAS, E.O. **A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 2003.

FRANÇANI, G.M. *et al.* Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Revista latino-americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.27-33, dez. 1998.

FURTADO, M.C.C.; LIMA, R.A.G. Brincar no hospital- subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP,** v.33, n.4, p. 364-369, dez. 1999.

GALLICCHIO, M.E.S.S. Criança e música versus câncer e morte. **Revista de medicina PUCRS,** Porto Alegre, v.12, n.4, p.356-362, out./dez.2002.

GIFFORD, R. **Environmental Psychology: principles and practice.** Optimal Books, 2002.

GUARESCHI, A.P.D.F.; MARTINS, L.M.M. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Revista da escola de enfermagem da USP,** v.31, n.3, p.423-436, dez. 1997.

GÜNTHER, I. A.; CUNHA, L.F. Onde encontrar os jovens na psicologia ambiental? In: GÜNTHER, H.; PINHEIRO, J. Q.; GUZZO, R.S.L. **Psicologia ambiental: entendendo as relações do homem com seu ambiente.** Campinas: Editora Alínea, 2004.

JUNQUEIRA, M.F.P.S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estudos de psicologia (Natal),** v.8, n.1, p.193-197, jan./abr. 2003.

MARTÍNEZ, L.M.R.; ANDEANE, P.O.; RODRÍGUEZ, C.E. Componentes psicológicos, ambientales y fisiológicos generadores de estrés en una sala de espera. In MARTÍNEZ, J.G.; DOMÉNECH, S.M. (coord.) **Temas selectos de Psicología Ambiental,** UNAM-GRECO- FUNDACIÓN UNILIBRE, 2002.

MARTINS, M.R. *et al.* Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa com a utilização do brinquedo terapêutico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.9, n.2, p. 76-85, mar. 2001.

MELLO, C.O. *et al.* Brincar no hospital - assunto para discutir e praticar. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 15, n.1, p. 65-74, jan./abr. 1999.

MITRE, R.M.A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto de hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.9, n.1, p.147-154, 2004.

MORENO, R.L.R. *et al.* Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. **Pediatria (São Paulo)**, v.25, n.4, p.164-169, 2003.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital - estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.19-28, jan./abr. 2004.

NAFFAH NETO, A. A noção de *experiência* no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. Texto não publicado e cedido pelo autor em 2007.

NOGUEIRA, W.; MASETTI, M. Os doutores da alegria – um relato de experiência. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.24, n.4, p.264-267, jul./ago. 2000.

NOGUEIRA, W. ; MASETTI, M.; ALVAREZ, R. Doutores da alegria. **Diagnóstico & tratamento**, v.4, n. 4, p. 49-55, 1999.

OLIVEIRA, S.S.G.; DIAS, M.G.B.B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.16, n.1, p.1-13, 2003.

ORTIZ, A.M.L.; DEL REY, A.T.A. Teorías psicológicas y conducta ambiental. In: MARTÍNEZ, J.G.; ORTIZ, A.M.L.; DEL REY, A.T.A.(coord.) **Estudios de Psicología Ambiental en América Latina**, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Mexicano de Investigaciones Psicosociales – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – Proyecto 2250 PH, 1998.

PAI, M.M.; SOARES, M.A. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiras e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.33, n.3, p.231-235, set.1999.

PEDERSEN, D. M. Model for types of privacy by privacy functions. **Journal of Environmental Psychology**, n.19, p.397-405, 1999.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, R.C.; SILVA, C.V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.13, n.6, p.974-981, nov./dez.2005.

POPOVICH, D.M. Preserving Dignity in the Young hospitalized child. **Nursing Forum**, v.38, n. 2, p.12-17, abr./jun. 2003.

RIBEIRO, C.A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Revista escola de enfermagem da USP**, v.32, n.1, p.73-79, abr.1998.

SADALA, M.L.A.; ANTÔNIO, A.L.O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p. 93-106, jul.1995.

SAFRA, G. A clínica em Winnicott. **Natureza Humana: Revista internacional de filosofia e práticas clínicas**, São Paulo, v.1, n.1, p.91-101, 1999, EDUC.

SILVA, C.C.; RIBEIRO, N.R.R. Percepções da criança acerca do cuidado recebido durante a hospitalização. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p. 311-323, abr./jun. 2000.

SOARES, M.R.Z.; ZAMBERLAN, M.A.T. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Revista Estudos de Psicologia, PUC Campinas**, v.18, n.2, p.64-69, maio/ago. 2001.

SOMMER, R. **Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. São Paulo: EPU Ed. Pedagógica e Universitária, 1973.

SOUDER, J.J. *et al.* Marco de referencia conceptual para la planificación de hospitales. In PROSHANSKY, H. M.; ITTELSON, W.H.; RIVLIN, L.G. **Psicología Ambiental – el hombre y su entorno físico**. México: Editorial Trillas, 1978.

SOUZA, S.V.; CAMARGO, D.; BULGACOV, Y.L.M. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.8, n.1, p.101-109, jan./jun. 2003.

TORVISCO, J.M. Espacio personal y ecologia del pequeño grupo. In ARAGONES, J.I.; AMÉRIGO, M. (coord.) **Psicología Ambiental**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2002.

VALERA, S.; VIDAL, T. Privacidad y territorialidad. In ARAGONÉS, J.I.; AMÉRIGO, M. (coord.) **Psicología Ambiental**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2002.

WHITE, L.E. El juego en el exterior, de los niños que viven en departamentos: investigación sobre el uso de patios como campos de juego. In PROSHANSKY, H. M.; ITTELSON, W.H.; RIVLIN, L.G. **Psicología Ambiental – el hombre y su entorno físico**. México: Editorial Trillas, 1978.

WIESENFELD, E. La Psicología Ambiental y el desarrollo sostenible. Cual psicología ambiental? Cual desarrollo sostenible. **Estudios de Psicologia**, v.8, n.2, p.253-261, 2003.

WINNICOTT, D.W. Psicoses e Cuidados Maternos. In: **Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas**. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora, [1952] 2000.

_____. Observação de bebês numa situação padronizada. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago editora, [1941] 2000.

_____. **Natureza Humana**. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Editora, [1988] 1990.

_____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

_____. **A criança e seu mundo**. Tradução de Álvaro Cabral. 6^a. ed. Rio de Janeiro: LTC editora, 1982.

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, [1960]1982.

_____. **Playing and reality**. London and New York: Routledge Classics, [1971] 2005.

APÊNDICE A
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro da entrevista semi-estruturada

1. Como está seu filho hoje? Apresentou algum interesse em brinquedos, T.V., contato com outras crianças ou adultos?
2. Qual era o jeito de seu filho quando bebê (agitado, calmo, assustado)? Pesquisar sono, alimentação, controle de esfíncteres, higiene, tiques, hábitos e reações do bebê quando a mãe se afastava.
3. Como ele se comporta em casa (pais, irmãos, avós) ?
Relação com a família.
4. E na creche, na escola, com os amigos?
Timidez, indiferença, impulsividade, agressividade, liderança.
5. Costuma(va) brincar só ou com outras crianças? As crianças o procuram, ou se afastam? Ele se sente querido pelos colegas?
6. Quais atividades interessam mais ao seu filho? Quais brincadeiras brinquedos, desenhos, vídeo-game, personagens de história ele mais gosta?
7. Coerência das expectativas da mãe sobre a criança, assim como sua forma de estimular e conter (limites).

APÊNDICE B

**MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO DA MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL
PELA CRIANÇA**

PONIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Nome:

Documento de identidade no.:

Sexo:

Data de nascimento: / / . Telefone()

Endereço:

No.

Apto.

Bairro:

Cidade:

CEP.:

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título da Pesquisa: A criança hospitalizada, a intervenção psicológica e o processo de brincar.

2. Pesquisadora responsável: Ana Cristina D'Oliveira Rocha

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia N. CRP: 04- 14266

Instituição: PUC-SP, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, Nível Mestrado.

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani

3. Avaliação do risco da pesquisa: A probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia desta pesquisa é de risco baixo.

4. Forma de participação: intervenção psicológica através do brincar com a criança e entrevista com a mãe, ou pai ou parente próximo responsável.

5. Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer e compreender a criança hospitalizada em seu processo de brincar junto à pesquisadora, nos 2 primeiros dias de internação. Poderá ajudar outras crianças que no futuro possam vir a ser hospitalizadas e auxiliadas através do processo de brincar.

6. Duração da pesquisa: 4 meses na instituição e 12 meses no total.

7. Publicação da pesquisa: As informações oferecidas e os materiais produzidos ao longo da pesquisa serão publicados no meio científico, sendo preservados os dados de identificação do participante.

III. ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA

1. O participante da pesquisa pode ter acesso, sempre que desejar, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;

2. O participante da pesquisa tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa. Não haverá qualquer mudança ou interferência em seu atendimento na internação se o paciente não quiser participar da pesquisa;

3. Será garantido que o nome do participante da pesquisa não será revelado a ninguém;

4. O participante da pesquisa poderá ser atendido pela psicóloga tanto durante como após a internação, caso seja necessário em consequência da pesquisa;

5. É oferecida uma devolutiva ao final do trabalho que será agendada com os participantes envolvidos, criança e responsável. Esta devolutiva se refere a uma explicação sobre os resultados da pesquisa;

6. As cópias por escrito dos conteúdos das fitas cassete serão feitas pela pesquisadora ou por membro de sua equipe, garantindo que as informações não serão ouvidas por mais ninguém. As fitas cassete e as fichas com os nomes dos participantes ficarão aos cuidados apenas da pesquisadora, por 20 anos, quando então serão incineradas, quer dizer, queimadas.

IV. ENDEREÇO E TELEFONES DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL, CASO HAJA NECESSIDADE

Ana Cristina D'Oliveira Rocha
Praça Adolfo Olinto, 125 – Centro
CEP: 37500-034 Itajubá- MG
Fone: (035) 36220233

V. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que foi explicado, concordo e dou meu consentimento para que(nome da criança) participe da presente pesquisa.

Itajubá, de de .

Assinatura do
responsável pela criança

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C
MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

FUNDAÇÃO SÃO PAULO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC/SP

Eu, Ana Cristina D'Oliveira Rocha, pesquisadora responsável pelo projeto de estudo intitulado "A criança hospitalizada, a intervenção psicológica e o processo de brincar" declaro conhecer a *Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* e comprometo-me a seguir todas as suas normas e orientações. Comprometo-me também a dar conhecimento destas normas e exigir a co-responsabilidade de todos os outros participantes do estudo.

São Paulo,

Nome: Ana Cristina D'Oliveira Rocha

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC-SP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

Protocolo de Pesquisa Nº 102/2006

Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Marlise A. Bassani

Autor(a): Ana Cristina D'Oliveira Rocha

Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado *A criança hospitalizada, a intervenção psicológica e o processo de brincar*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado elaborado pela Sr. Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, o parecer do Comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 28 de novembro de 2006.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP