
LIDANDO COM A MORTE E O LUTO POR MEIO DO BRINCAR: A CRIANÇA COM CÂNCER NO HOSPITAL¹

FABIANE DE AMORIM ALMEIDA

Instituto de Psicologia da USP

Grupo de estudos do brincar (GEBRINq) do Núcleo de Assistência à criança e ao adolescente (NECAd), Centro de estudos para o desenvolvimento da pesquisa no campo social e da saúde (CEPES).

RESUMO

Refletindo sobre como as crianças com câncer lidam com as perdas simbólicas e concretas na hospitalização, a autora utilizou o brincar terapêutico com o objetivo de compreender como elas vivenciam o luto e qual o significado que atribuem à morte. A amostra constituiu-se de 33 relatórios de sessões de brincar terapêutico realizadas com crianças de dois a cinco anos, entre 1997 a 1999. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin, sendo identificadas quatro categorias de significados: as perdas sofridas com a hospitalização, a percepção da hospitalização como uma nova situação de vida, a capacidade de dominar a situação através do brincar e a presença da morte concreta na brincadeira. Constatou-se, também, a inabilidade das crianças para compreenderem a morte como irreversível e peculiar aos seres vivos.

Palavras-chave: Brinquedos e jogos, brincar terapêutico, criança hospitalizada, morte e luto.

ABSTRACT

DEALING WITH DEATH AND MOURNING THROUGH PLAY: CHILDREN WITH CANCER IN HOSPITAL

Reflecting upon the way children with cancer deal with symbolic and concrete loss due to hospitalization, the author made use of therapeutic play in order to understand the process of mourning experienced by children and to identify their conceptions about death. The research was based on 33 reports of therapeutic play sessions with 2 to 5-year-old children, conducted from 1997 to 1999. The data were submitted to Bardin's technique of content analysis and 4 categories of meanings were identified: losses experienced by children during the hospitalization, the perception of hospitalization as a new situation in life, the ability to cope with the situation through play and the presence of death on it. It was also observed the inability of these children to understand death as an irreversible and peculiar fact inherent to life.

Key words: Play and games, therapeutic play, hospitalized child, death and mourning.

1. Trabalho apresentado na sessão de pôsteres do II Simpósio Internacional de Enfermagem, em São Paulo (2003).

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, é difícil para a criança compreender a morte como algo natural, pois não lhe é dado o direito de poder conviver com ela dentro de sua própria família. Segundo Ariés (1977), a família foi destituída de seu papel como principal responsável pelo cuidado da saúde de seus membros, em favor da instituição hospitalar, que passou a assumir essa função. Assim, a presença dos familiares em momentos cruciais de mudança familiar tornou-se cada vez menos freqüente e pouco incentivada, principalmente para as crianças, cuja visita a pessoas doentes ou moribundos não é habitualmente permitida nos hospitais, sendo também pouco comum a sua presença em velórios e cemitérios.

Além do mais, os adultos costumam omitir-se frente aos questionamentos próprios da curiosidade infantil, ocultando a verdade, o que dificulta muito a elaboração da perda pela criança. Se o adulto reforça a atitude de negação da morte, ela não consegue progredir para as demais fases do luto e alcançar a aceitação. Torna-se, então, perturbada e frustrada ao perceber que os fatos não têm coerência com o que está sendo informado (Kovács, 1992).

O sentimento de morte para a criança não surge apenas quando ela ocorre de fato, mas em diferentes situações de vida que configuram perdas ou frustração de expectativas, como o brinquedo quebrado ou perdido, a perna imobilizada, o bichinho de estimação que fugiu, a briga com o melhor amigo, a mudança de lar ou a separação dos pais, entre outros (Domingues, 1996).

Ao passar de um estágio de desenvolvimento para outro, além dos ganhos obtidos em relação às novas capacidades adquiridas, ela também se defronta com perdas, configurando-se como mortes simbólicas (Bromberg, 1996; Kovacs, 1996).

Contudo, é quando a criança adoece gravemente que o confronto com a morte ocorre de uma forma mais direta. Nesse caso, além do medo da morte, que representa o desconhecido e que, por si só, provoca angústia e sofrimento, ela teme o sofrimento causado pelo tratamento e pelas separações freqüentes das pessoas da família, quando a hospitalização é necessária. Revive, deste modo, a separação da mãe, tal qual no momento do nascimento, em que perdeu o ambiente seguro e protetor do útero materno, receando ser esquecida por ela e pelo seu grupo social, o que não deixa de representar uma forma de morte (Torres, 1999; Kovács, 1992).

Durante seis anos tive a oportunidade de conviver com crianças internadas em uma unidade oncológica e essa experiência tem me levado a refletir sobre como elas vivenciam esse momento e como lidam com a presença constante da morte, seja diante das perdas concretas ou simbólicas.

A criança com câncer experimenta uma situação de contínuo enfrentamento com a morte, principalmente durante a internação, já que o tratamento é prolongado e marcado por muitos procedimentos invasivos e dolorosos. Ela convive com a proximidade da morte em relação a si própria e aos colegas de enfermaria, percebendo a deterioração do seu estado geral e o falecimento das outras crianças, mesmo quando esse fato não lhe é revelado (Maria, Guimarães e Ribeiro, 2004; Perina, 1994).

Ela ainda tem que enfrentar a desintegração de sua identidade, frente às alterações corporais decorrentes da debilitação da doença e dos efeitos adversos do tratamento, como queda de cabelos, mutilações e alterações no peso e no humor. E passa a ter que se comportar de maneira passiva para que a equipe de saúde a perceba como um paciente cooperativo e não a rejeite (Maria, Guimarães e Ribeiro, 2004; Torres, 1999; Ribeiro, 1999).

Sua auto-estima fica comprometida, pois ela sente-se responsável pelo sofrimento de sua família. Percebe que sua doença interfere consideravelmente no ritmo familiar e que já não representa mais uma fonte de alegria para os pais, mas, ao contrário, de descontentamento, inclusive por parte dos irmãos que passam a ter menos atenção materna (Perina, 1992).

O enfrentamento dessas situações de perda pela criança com câncer, observado por mim na prática profissional, passou a ser visto sob uma outra perspectiva, depois de ter cursado a disciplina “Morte e desenvolvimento humano”, oferecida pela Professora Maria Júlia Kovács, no Instituto de Psicologia da USP, quando pude refletir sobre questões relacionadas ao morrer e ao processo de luto. Interessei-me, então, em investigar mais sobre o significado dessas experiências sob a ótica da própria criança, usando, para isso, a brincadeira, que é uma das estratégias que mais privilegiam a comunicação entre a criança e o adulto, sobretudo na fase pré-escolar. Nesta fase, marcada pelo pensamento mágico, a brincadeira simbólica encontra o seu auge, estando o seu conteúdo predominantemente relacionado ao cotidiano de vida da criança, e refletindo os acontecimentos mais significativos para ela (Mello, Goulart, Ew, Moreira e Sperb, 1999; Oliveira, 1992).

Empregado pela criança com diferentes finalidades em seu cotidiano, o brinquedo, no contexto hospitalar, permite-lhe expressar seus sentimentos e aliviar a ansiedade. Encoraja-a a explorar suas fantasias e interpretar a experiência no hospital, possibilitando-lhe algum controle emocional sobre experiências ameaçadoras. E ainda contribui para adaptá-la às novas incapacidades e/ou inabilidades físicas. Por meio do brincar, também, o profissional de saúde pode entender melhor os sentimentos da criança e identificar conceitos errôneos que ela venha a ter em relação à doença, equipe de saúde e ambiente hospitalar (Almeida e Bomtempo, 2004; Almeida 2000; Junqueira, 1999; Bomtempo, 1997).

O brinquedo terapêutico, uma das modalidades da brincadeira simbólica muito empregada na área da saúde, foi a estratégia lúdica utilizada nesse estudo. É definido como uma técnica não diretiva que dá liberdade à criança para expressar-se, inclusive de maneira não verbal, podendo ser empregado por diferentes profissionais de saúde. É indicada para qualquer criança que esteja diante de uma situação de crise como a hospitalização e pode ser realizada em qualquer local, até mesmo no leito da criança, quando hospitalizada (Ribeiro, Maia, Sabatés, Borba, Rezende e Almeida, 2002; Green, 1974).

O brinquedo terapêutico difere da ludoterapia, embora se fundamente nos seus princípios. A ludoterapia consiste em uma técnica bastante efetiva no tratamento de crianças com distúrbios psicológicos, cujo objetivo é promover na criança a compreensão de seus comportamentos e sentimentos. Deve ser conduzida apenas por profissionais especializados (psiquiatra, psicólogo ou enfermeira psiquiatra) e necessita de um local especialmente preparado para esse fim (Ribeiro et al., 2002; Green, 1974; Axline, 1972).

OBJETIVOS

Compreender os sentimentos vivenciados pela criança com câncer em relação à sua doença e à hospitalização, a partir dos significados expressos na brincadeira;

Identificar o significado que ela atribui à morte quando brinca.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida na unidade oncológica de um hospital pediátrico governamental, na cidade de São Paulo.

A amostra constituiu-se de 33 relatórios de sessões de brinquedo terapêutico realizadas por alunos do último período do curso de graduação em Enfermagem, durante o estágio da disciplina “Enfermagem pediátrica” supervisionado por mim. Cada aluno escolhia uma das crianças internadas na referida unidade e desenvolvia a sessão de brinquedo terapêutico, que era apresentada sob a forma de relatório escrito ao final do estágio. Foram selecionados para a amostra, os relatórios entregues pelos alunos entre 1997 a 1999, após obter a autorização da direção do curso.

Os alunos eram previamente instruídos sobre a condução da sessão, com base nos pressupostos de Axline (1972), de forma que, enquanto um deles interagia com a criança, outro fazia o registro das observações. As sessões foram realizadas com crianças pré-escolares, entre três e cinco anos de idade.

Os brinquedos foram selecionados conforme as recomendações da literatura, incluindo: bonecos representando a família e a equipe hospitalar; objetos de uso doméstico ou do cotidiano (telefone, pratos, talheres, panelinhas, tigelas, ovo frito, salsicha, revólver, carrinhos, lápis e papel); objetos de uso hospitalar, como equipo de soro, seringa, torneirinha, algodão, luva, garrote, esparadrapo, escalpe, gelco, cuba rim, frasco de medicamentos, copos para medicação, estetoscópio, pinça, tesoura e otoscópio, maleta de médico (Almeida e Bomtempo, 2004; Ribeiro et al., 2002).

Os dados foram analisados qualitativamente, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Para tanto, os relatórios selecionados foram submetidos inicialmente a uma leitura superficial, a fim de se ter uma visão global do conteúdo. Leituras repetidas foram realizadas posteriormente, possibilitando a extração de trechos significativos, denominados unidades de significado. Essas unidades de significado foram codificadas e agrupadas, constituindo as categorias, que serão apresentadas a seguir.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise cuidadosa dos discursos permitiu identificar quatro categorias de significados:

1. As perdas frente à hospitalização

Nessa categoria, dois aspectos podem ser destacados em relação às perdas experimentadas pela criança ao ser hospitalizada: o afastamento da família, dos amigos e do ambiente familiar e a alteração da sua rotina de vida diária.

1.1. Distante da família, dos amigos e do lar

Freqüentemente, as crianças (16; 52,8%) demonstravam estar com saudades de familiares, vizinhos, amigos ou sentindo falta de objetos ou animais de estimação. Dramatizavam conversas ao telefone com pessoas de seu convívio social e que, há algum tempo, não viam:

Pegou a boneca e disse: “é parecida com a minha... ela tá em casa... eu gosto muito dela”. Ficou olhando para o telefone, pegou-o, começou a discar e colocou o fone no ouvido... “eu quero falar com o Beto”. O adulto perguntou quem era e ele disse: “É meu irmão que está em casa ... não dá para ligar...esse telefone não liga na tomada... é só brinquedo”.

Vê o telefone, finge ligar: “Tia Célia, você vem hoje me visitar?” ... Mais tarde, pega o telefone, de novo: “Tia, tô com saudades”. Então, volta-se para o adulto e pergunta: “A tia Célia vem me visitar hoje?”

Pegou o telefone e disse que ia ligar para o pai: “alô, pai, nós vamos embora”...liga de novo: “Pai, depois você vem aqui me buscar?...Eu quero ir no Raimundo (o dono da padaria, segundo a mãe)”.

O uso do telefone é citado também por outros autores que utilizaram o brinquedo terapêutico em seus estudos (Maria, Guimarães e Ribeiro, 2004; Almeida e Bomtempo, 2004; Almeida, 2000; Ribeiro, 1999).

Uma outra maneira de reagir à ausência de familiares era o interesse diminuído pela brincadeira, observado em duas crianças (6,6%). Com expressão facial de tristeza, elas eram as únicas que estavam desacompanhadas da mãe no momento da realização da sessão de brinquedo, apesar de estarem com um familiar. Nos dois casos, constatou-se uma nítida melhora do humor com a chegada da mãe.

A separação da figura principal de apego produz grande sofrimento para a criança principalmente na fase pré-escolar. Apesar de ser capaz de tolerar breves períodos de separação e desenvolver confiança em outros adultos significativos nessa fase, ela não consegue enfrentar a separação diante do estresse causado pela doença e hospitalização, mostrando-se retraída, chorosa, recusando-se a comer e cooperar em atividades habituais de autocuidado. Tem, ainda, dificuldade para dormir e pode manifestar raiva, quebrando brinquedos e agredindo outras crianças e adultos (Wong, 1999; Ferreira, 1984).

1.2. Rompendo com a rotina de vida cotidiana

As dramatizações relacionadas a situações da vida diária da criança fora do

hospital estiveram muito presentes nas brincadeiras, como cozinhar, cuidar das crianças e dirigir carros entre outras:

Pegou a colher e a escumadeira, fingindo colocar algo na frigideira, disse: “Tô pondo feijão e pápá”.... Pegou um pratinho e colocou o ovo e a salsicha: “adoro brincar de fazer comidinha”.

Finge que está comendo o ovo ... pega a faquinha e tenta cortar o giz de cera que ele colocou na frigideira... “Agora eu tô fazendo feijão”. E mistura os pedacinhos de giz de cera com a colher.

A necessidade de hospitalização impõe à criança o abandono de seu ambiente familiar, incluindo a maioria de seus hábitos de vida diários, suas rotinas e rituais, a realização de atividades que lhe trazem prazer e os objetos pessoais. Reviver situações do cotidiano representa uma fonte de prazer. Além disso, durante a brincadeira, ela esquece seu sofrimento.

2. A percepção da hospitalização como uma nova situação de vida

Interferindo na rotina de vida, a hospitalização obriga a criança a enfrentar uma nova situação e a adaptar-se a ela. Representa uma situação de estresse, mas, por outro lado, também pode ser uma nova possibilidade de aprendizado. Dois grupos de significados são apresentados nessa categoria, distinguindo-se situações em que as crianças manifestam sentimentos negativos em relação à hospitalização e situações em que ela demonstra prazer em relação a esse momento vivenciado.

2.1. Manifestando sentimentos negativos em relação à hospitalização

Enquanto algumas crianças (8; 26,4%) voltavam a atenção quase exclusivamente aos brinquedos relacionados ao hospital, outras (15; 49,5%), em contrapartida, recusavam-se a manuseá-los:

Observa os outros brinquedos, pega o equipo de soro e pergunta ao adulto: “O que é?”. “O que você acha que é?” - pergunta-lhe o adulto. “É porcaria, guarda” .

Mexeu na sacola, retirou um escalpe e disse: “Vou jogar fora... joga fora para mim”, dirigindo-se ao adulto, que o colocou sobre o leito, longe da criança, mas ela o empurrou com o pé até derrubá-lo no chão... Ao ver o equipo de soro, disse ao adulto: “Joga fora, também”.

Mexendo nos brinquedos, encontrou o equipo de soro. Arregalou os olhos, parecia admirado, e então, entregou ao adulto, dizendo: “Não quero isso perto de mim”.

Duas crianças (6,6%) costumavam separar os brinquedos relacionados ao hospital dos demais, não se interessando em brincar com eles:

Jogou o equipo de soro sobre a mesa e, aos poucos, segurou cada objeto que havia na sacola, observando-os minuciosamente e separando aqueles relacionados ao hospital dos demais.

Abriu a sacola e começou a manusear os brinquedos, colocando de lado os itens relacionados ao hospital que encontrava, não demonstrando nenhum interesse por eles.

Percebia-se que, às vezes, as crianças (3; 9,9%) empregavam muita força nos movimentos ao dramatizar procedimentos médicos, atirando longe os brinquedos que manuseavam, com expressão de raiva:

Pegou uma seringa, disse que era “injeção” e começou a dramatizar a aplicação da injeção no adulto, com uma fisionomia de “bravo”, encostando-a no braço, e perguntando sempre se estava doendo. Se o adulto negava sentir dor, insistia e apertava ainda mais.

Idéias distorcidas em relação ao procedimento hospitalar podem levar a criança a entendê-lo como uma forma de punição, associando-se a outras situações em que tenha se comportado de maneira inadequada (Wong, 1999). Pode-se inferir que o uso da força pela criança na dramatização seja uma forma de expressar a raiva que os adultos sentem em relação à criança desobediente, segundo a sua percepção. Por outro lado, os profissionais costumam, de fato, empregar força para contê-la durante os procedimentos, quando ela não coopera. A criança pode estar, então, simplesmente reproduzindo a forma como é efetivamente tratada.

Em algumas sessões, as crianças (10; 33%) tentavam destruir os brinquedos que representavam objetos hospitalares ou o próprio equipo de soro, tentando cortá-lo com a tesoura ou atirando nele com o revólver:

Segurou o revólver de plástico e atirou três vezes no equipo que estava segurando com a outra mão ... mais tarde voltou a pegar o revólver e atirou no escalpe, no equipo e na ambulância.

Pegou a tesoura e tentou cortar o equipo que estava em seu braço.

Torna-se claro o desejo real de destruir aquilo que causa dor, sofrimento e limita os movimentos. As crianças têm muito medo de sentir dor durante a infusão de

medicamentos e de “perder a veia”. Para algumas delas, a preocupação com a punção venosa é constante, procurando sempre manter o membro bem posicionado. Essas crianças tendem a desenvolver com rapidez, independentemente da sua idade, respostas condicionadas de ansiedade frente aos procedimentos dolorosos e instrumentos associados a ele (Torres,1999; Perina,1994).

Ao dramatizarem um procedimento doloroso, geralmente a punção venosa, as crianças costumavam verbalizar como se sentiam na situação real ou, então, como a boneca estava se sentindo:

Olhou atentamente para os brinquedos sobre a mesa e segurou firme o escalpe, colocando-o junto da pele, dizendo: “Isso doeu quando colocaram em mim”.

Retirou a seringa da maletinha e fez movimentos de aplicar injeção na mãe, dizendo: “não dói”. Então repetiu em seu braço e falou: “outro dia, uma mulher deu uma dessas em mim e doeu muito”.

Elas também repetiam algumas frases utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde para obter a cooperação da criança, sendo que uma delas, ao dramatizar uma punção venosa na boneca, assustava-a para que permanecesse quieta:

Pegou o escalpe, dizendo: “Vou tirar sangue, vou dar uma picada no seu braço... só um picada” e encostou a seringa no braço do adulto, que se queixou que havia doído, ao que a criança respondeu: “não doeu, não”. E ficou segurando o braço do adulto, como se estivesse comprimindo o local da punção.

Colocou o escalpe no braço da boneca, olhou para o adulto e sorriu, depois disse: “fica quieta”. Então pegou um ursinho, tirou os laços que possuía nas orelhas, entortou sua boca e o colocou bem perto da boneca. O adulto perguntou-lhe o que está fazendo, e ela respondeu: “é uma bruxa”. Quando o adulto perguntou-lhe porque fazia isso, continuou: “porque ela não qué tomá o soro...a bruxa tá brigando com ela”...E fala para a boneca: “fica quieta”!

Ficam evidentes, nessa parte do discurso, as tentativas utilizadas pelos profissionais para que a criança se comporte passivamente. Quanto à presença da bruxa, ela é uma das várias personagens do cenário infantil que representam o mal. Segundo Jung (1984), existe uma correlação entre sua figura nas simbolizações infantis e as representações maternas. Para a criança pequena, é mais fácil cindir os aspectos negativos da mãe e depositá-los em um personagem externo do que integrar os aspectos positivos e negativos, pois isto ainda é uma tarefa muito difícil para o seu ego em formação.

Em alguns momentos da brincadeira, percebeu-se a influência da ansiedade e do medo causados por fatores externos ao brincar, levando à sua interrupção, ainda que momentânea: uma das crianças (3,3%), apesar de muito interessada, não conseguia concentrar-se na brincadeira, depois que uma auxiliar de enfermagem entrou no quarto para colher uma amostra de sangue de outra criança. Duas outras crianças (6,6%) também demonstraram dificuldade para se concentrar com a aproximação do médico, parando de brincar e reagindo de maneira não habitual:

Brincava com o telefone, quando a médica aproximou-se e começou a falar com a mãe. Parou de brincar e ficou ouvindo, depois pegou um boneco e ficou batendo contra suas pernas, sem falar nada.

Parou de brincar e ficou prestando atenção, quando o médico começou a conversar com a mãe. Ao ouvir a palavra quimioterapia, voltou imediatamente a brincar, falando bem alto: “vou fazer salsicha...vou fritar ovo”. Quando o médico foi embora, voltou a falar mais baixo novamente.

Para Winnicott, a criança, quando brinca concentra-se de tal modo que, muitas vezes não se preocupa com o que acontece a sua volta, mostrando-se capaz de “brincar sozinho na presença do adulto”, como descreve em sua teoria sobre o brincar. Todavia, para que isso aconteça, é importante que ela tenha desenvolvido um vínculo de confiança com a mãe. Durante a hospitalização, a criança tem dificuldade para confiar no ambiente e nos profissionais, não conseguindo se concentrar na brincadeira, limitando-se apenas a explorar os brinquedos (Almeida e Bomtempo, 2004; Winnicott, 1975).

2.2. Uma nova oportunidade de aprendizado

A dramatização de situações hospitalares pelas crianças foi observada com grande frequência durante as sessões (15; 49,5%), coincidindo com os resultados encontrados por outras pesquisas (Maria, Guimarães e Ribeiro, 2004; Almeida e Bomtempo, 2004; Almeida, 2000). As crianças, na maioria das vezes, pareciam estar satisfeitas, repetindo alguns procedimentos de maneira bastante detalhada:

Pegou a luva, colocou na mão direita, pegou a tesoura e tentava tirar a tampa de um frasco. Depois pegou a seringa, fingia aspirar o líquido do frasco. Posicionou a seringa nas costas da boneca e aspirou de novo, como se tivesse colhendo líquido. Então, disse a boneca: “para boneca ...em pé”.

Organiza duas bandejas com brinquedos hospitalares: numa coloca a seringa, a tesoura e a caixa de curativo, e na outra, o estetoscópio, a boneca e uma caixa de medicamentos. Coloca o estetoscópio no ouvido, ausculta a boneca e diz: “pronto”.

Passa o estetoscópio no pescoço novamente, depois coloca-o na mesa e arruma a luva que está em sua mão. Coloca os óculos e sorri dizendo “você me deixa louco”.

Esses conteúdos mais trabalhados, reproduzindo detalhes da vida real, são verificados mais freqüentemente entre as crianças maiores de quatro anos. A partir dessa idade, segundo Piaget (1978), a construção lúdica apresenta-se mais detalhada, procurando aproximar-se mais da realidade. Estas características também foram citadas por Almeida (2000), em seu estudo utilizando o brinquedo com crianças hospitalizadas.

Com certa freqüência, as crianças (7; 23,1%) ocupavam-se quase que exclusivamente com os brinquedos relacionados ao hospital, quase não utilizando os demais. Elas costumavam comparar os brinquedos com os equipamentos hospitalares usados por elas, como o escalpe e o equipo de soro:

“Vou escutar o coração do bebê” - e dramatiza na boneca bebê... “Agora vou escutar o coração da mamãe” - dramatiza na boneca-mãe. Repetiu esse procedimento por alguns minutos, foi interrompida por outra criança que se aproximou, mas ao afastar-se, ela voltou a auscultar todas as bonecas.

Pegou o equipo, olhou fixamente para ele, manuseou-o por um tempo, olhou para o equipo que estava em seu braço, olhou para o adulto e disse: “é igual ao meu, tia”.

Pega o equipo, joga no chão e fica observando. Olha para o seu braço, onde estava recebendo medicação pelo dispositivo intravenoso, sem falar nada.

Observa-se aqui a capacidade que o brinquedo tem de permitir à criança refletir suas vivências, privilegiando os acontecimentos mais significativos para ela, uma vez que os objetos mais utilizados nas brincadeiras foram aqueles mais freqüentemente presentes na rotina diária do hospital, como o estetoscópio, o equipo de soro, a seringa e a agulha. Além disso, quanto mais ela repete um evento significativo para ela, mais sua ansiedade diminui, trazendo alívio da tensão.

Em alguns momentos, contudo, essas repetições pareciam mais uma forma de treinar novas habilidades, relacionadas principalmente à conduta motora, como manusear uma seringa ou um equipo de soro, por exemplo. Assim acontecia, também, em determinadas situações quando a criança atirava com o revólver, permanecendo atenta para ouvir o som produzido ao acionar o gatilho.

Tais características reportam aos jogos de exercícios que, segundo Piaget (1978), são evidenciados predominantemente antes dos dois anos de vida, embora nunca

desapareçam por completo nas brincadeiras independente da fase de desenvolvimento da criança.

3. Dominando a situação na brincadeira

Analisando-se o desenvolvimento das sessões de uma forma global, observava-se um grande interesse por parte das crianças em participar da brincadeira (30; 99%), aceitando prontamente o convite para brincar ou até mesmo pedindo para que o adulto brincasse com ela também, ao observá-lo brincando com outra criança da unidade.

No início da sessão, percebia-se uma tendência em explorar os brinquedos antes de começar a dramatizar situações, principalmente entre as crianças menores três anos (12; 39,6%), período do desenvolvimento em que a simbolização ainda não atingiu o seu auge, como aponta Piaget (1978):

Primeiramente abriu a sacola, retirando a maleta de médico. “Me ajuda a abrir”- pediu ao adulto. E retirou tudo o que tinha dentro, espalhando sobre a mesa.

“Posso tirar todos os brinquedos?” - perguntou ao adulto, após já haver tirado alguns brinquedos.

Constatou-se, também, que as crianças mais novas costumavam preferir brincadeiras com objetos do cotidiano de vida em relação àqueles relacionados ao ambiente hospitalar. Um outro estudo realizado por Almeida (2000) também evidenciou uma frequência menor de dramatizações entre as crianças menores de três anos, que eram fugazes e pouco elaboradas, com uma nítida preferência pela utilização de brinquedos que representam objetos da vida cotidiana.

As sessões geralmente eram encerradas pelo adulto ao final do tempo estabelecido (20; 66%), sendo que às vezes as crianças resistiam ao seu término (6; 19,8%), chorando ou insistindo para ficar com alguns dos brinquedos. Segundo Piaget (1978), as crianças menores costumam resistir à retirada do brinquedo, como uma característica de seu comportamento egocêntrico, peculiar ao período pré-operacional.

Houve casos em que as crianças tomaram a iniciativa de encerrar a sessão (12; 39,6%), começando a guardá-los espontaneamente e/ou verbalizando que não queria mais brincar:

“Chega, acabou tudo. Vamos guardar, depois a gente brinca”... “Joga aquelas coisas fora”, referindo-se ao escalpe e ao equipo de soro que havia mandado jogar fora durante a brincadeira.

“Não quero mais brincar” – e começou a colocar os brinquedos na sacola.

Ao vivenciar situações que geram ansiedade, a criança pode se desinteressar em continuar brincando, pois a brincadeira nem sempre é uma situação prazerosa para ela, de acordo com Vigotsky (1984). Para Winnicott (1975), a criança pode sentir prazer mesmo quando a ansiedade emerge na situação de brincadeira, que só se interrompe nos casos em que o nível de ansiedade é muito elevado.

O desinteresse em brincar foi observado algumas vezes, quando a criança participava pouco da brincadeira, querendo encerrar logo a sessão. Nesses casos, ou a criança estava muito debilitada pela doença (como no caso de uma delas, que expressava tristeza e cansaço, pedindo à mãe para descansar logo após iniciar a brincadeira) ou estava sem a presença da pessoa significativa.

A criança só demonstra interesse pela brincadeira, se está com disposição para fazê-lo, por ser uma atividade que demanda energia. Ela só brinca quando está em situação de equilíbrio físico e emocional, de forma que brincar livremente é um sinal de que o seu ego encontra-se fortalecido (Vulcan, 1984; Denyes, 1968).

A criança não consegue ter equilíbrio emocional, se não se sente bem adaptada. Em relação às crianças portadoras de câncer, embora os períodos prolongados de hospitalização permitam uma adaptação melhor, a diminuição na atividade de brincar pode se justificar pelas diversas perdas enfrentadas pela criança e que lhe causam grande sofrimento. Pode ser um indicativo de que ela não está conseguindo mobilizar efetivamente as estratégias de luta para lidar com essa situação (Gillis, 1989).

Um outro aspecto a considerar é que a criança, para brincar, precisa sentir confiança no ambiente e, principalmente nos primeiros anos de vida, ela depende muito da presença da mãe para sentir-se segura (Almeida e Bomtempo, 2004; Ribeiro, 1999; Winnicott, 1975).

Cabe lembrar, ainda, que o desinteresse pela brincadeira na criança com doença crônica e estado geral muito comprometido pode ser um sinal de que ela está evoluindo em seu processo de luto, sendo uma característica da fase de depressão. O ser humano tende gradativamente a perder o interesse no ambiente, não tendo mais prazer em realizar as coisas que habitualmente apreciava (Kovács, 1996).

Os dados mostram, portanto, que a criança, ao decidir ou não brincar, tomando a iniciativa de iniciar e encerrar a brincadeira ou sobre como dispor os

brinquedos e com quais brincar, tem a possibilidade de dominar a situação, passando de dominado a dominador. Tem a oportunidade de decidir em situações que, na realidade, o adulto é quem decide por ela, aliviando sua ansiedade.

4. Presença da morte na brincadeira

Uma das maneiras pelas quais a morte emergiu nas brincadeiras era o desejo de matar pessoas de seu convívio familiar, social ou da equipe de saúde, expresso por meio de dramatizações silenciosas, previamente anunciadas pelas crianças antes de executar a ação ou verbalizado enquanto manuseava um revólver de brinquedo (10; 33%):

Ficou com o revólver por mais tempo que os outros brinquedos e, então, atirou na mãe na boneca.

“Vou matar o Bruno ... o Pedro...Vou picar nele” - diz ao pegar o revólver, referindo-se aos seus dois irmãos. Brinca com outros brinquedos e então diz: “Vou matar a Samara (uma vizinha, segundo a mãe)...vou dar uma bicuda nela e ela vai chorar”.

O fato da criança tentar matar a mãe pode evidenciar um sentimento de decepção, pois é difícil para a criança compreender porque ela, que sempre a protegeu, não a leva logo embora do hospital, achando, inclusive que a mãe não a ama mais.

Um aspecto a observar é que as tentativas de matar alguém, na maioria das vezes eram dramatizadas usando o revólver ou causadas por acidentes de carro. A criança pré-escolar costuma associar a morte a causas violentas, como “morrer de tiro” (Torres, 1999):

Colocou a boneca no carro, tirou-a e, em seguida, dramatizou um acidente com o carrinho, dizendo: “morreu”. Pegou o revólver e atirou no carrinho...Depois pegou o equipo de soro, mexeu na pinça de controle do gotejamento e disse: 'o equipo molha o carro”.

Às vezes, a criança fingia matar as pessoas a sua volta, não dirigindo a ação a ninguém especificamente, como se estivesse apenas dramatizando o papel de personagens do mundo infantil (polícia, bandido...):

Ficou cerca de 30 segundos fingindo que estava matando os adultos a sua volta... Ao término da sessão, resistiu, ignorando a solicitação para guardar os brinquedos, continuando a atirar..

Segundo a psicanálise, alguns jogos infantis como esconde-esconde e mocinho e bandido estão relacionados à simbolização da morte (Torres, 1999; Kovács, 1992).

Em relação ao uso do revólver, as crianças, à vezes, manifestavam repúdio em manuseá-lo (4; 13,2%). As crianças menores, segundo Piaget (1994), aprendem a respeitar as regras morais transmitidas pelos adultos, como se fossem “sagradas” por elas. Assim, a recusa em brincar com o revólver parece refletir a influência das informações que recebe do seu meio social, em relação à não aprovação quanto ao uso de armas:

Pegou o revolver e disse “isso é para dar tiro em bandido.. o ladrão é que tem isso”. O adulto pergunta-lhe o que é, e a criança responde: “é uma arma, quem usa é feio”, e deixa-a de lado.

Segurou o revólver pelo cano, apontou para a mãe, fez uma carinha de susto e largou-o ... mais tarde, voltou a pegá-lo, mas logo largou, dizendo: “não”.

As crianças têm dificuldade para compreender a morte e isto se tornou claro nas situações em que os personagens mortos nas brincadeiras voltavam a viver: Crianças pré-escolares não são capazes de entender o conceito de irreversibilidade da morte. E até os cinco anos, elas não têm noção de morte como algo definitivo, associando-a ao sono ou a separação, e considerando-a, portanto, temporária e gradual, podendo ser reversível (Nagy, apud Torres,1999).

Pegou o revólver e acionou o gatilho, dizendo: “vou matar”... “morri”... “agora acordei”.

“Vou matar a tia” – disse ao adulto, logo que pegou a arma. O adulto fingiu ter morrido, então pediu: “Acorda”... Atira em sua própria cabeça, imitando o som do revólver: “pum, pum”.

Uma outra observação que parece reforçar essa inabilidade das crianças para compreender o morrer é a tentativa de destruir objetos atirando com o revólver, como se os seres inanimados pudessem morrer da mesma forma que os seres vivos, como no caso do equipo de soró. Uma das crianças (3,3%) referiu que o carrinho havia “morrido” após ter sofrido o acidente.

Segundo Piaget (1978), durante a fase pré-operacional, a criança não é totalmente capaz de distinguir entre seres animados e inanimados, bem como de partilhar a experiência de outros significativamente. Os raciocínios fantasiosos fundamentam-se em suas experiências individuais, na tentativa de explicar a causalidade da morte.

Refletindo um pouco mais sobre esse processo de aquisição do conceito de morte pela criança, é preciso lembrar que existem três componentes essenciais que

precisam ser incorporados por ela: a irreversibilidade, a não funcionalidade e a universalidade (Torres, 1999).

Assim, antes de entender a morte como irreversível, a criança a considera como temporária, de forma que as coisas mortas podem retornar a vida após comerem, beberem ou tomarem algum medicamento. Antes de entender que a morte significa cessação das funções vitais, ela atribui vida e funcionamento biológico ao morto, principalmente para as funções cognitivas, como pensar e sentir. E antes que compreenda a morte como uma característica comum a todo ser vivo, acredita que algumas “classes” de pessoas não morrem, ou que algumas providências podem evitar a morte.

Ao longo do desenvolvimento, ocorre uma significativa mudança na construção do conceito de morte em torno dos sete anos, coincidindo com a transição do período pré-operacional para o operacional concreto, e na adolescência, com a maior capacidade para fazer abstrações (Torres, 1999; Piaget, 1978).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, algumas aptidões e realizações específicas são essenciais para a aquisição desse conceito, sendo que as estruturas lógicas estabelecidas no período das operações concretas, como a capacidade para distinguir seres animados e inanimados e a noção de constância, conservação e tempo, entre outras, são cruciais para que as principais mudanças no conceito ocorram (Torres, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de conviver com uma doença grave e estar hospitalizado, quando a morte se apresenta muito mais próxima e real, desnudou-se durante o brincar e permitiu identificar muitas perdas com as quais a criança se defronta. Essas perdas são bastante significativas principalmente na fase pré-escolar, como a separação dos familiares e amigos, o afastamento de seu ambiente familiar e a impossibilidade de manter alguns hábitos cotidianos de vida. A quebra do vínculo familiar é uma das perdas mais importantes, percebendo-se que o sofrimento da criança era intenso, principalmente quando a pessoa significativa não estava junto dela.

A hospitalização constitui-se em uma experiência marcada pelo sofrimento, gerando raiva e a agressividade, expressa pela criança ao dramatizar procedimentos médicos, recusar o manuseio de brinquedos relacionados ao hospital, tentar destruí-los ou

matar os adultos a sua volta. Seu sentimento em relação à dor e ao desconforto manifestava-se quando ela os verbalizava durante a brincadeira ou dramatizava como deveria se sentir a boneca ou o adulto ao assumir o papel de paciente.

Apesar de representar uma experiência dolorosa, a hospitalização não deixa de ser uma oportunidade de aprendizado e amadurecimento. Além de lidar com os seus sentimentos de uma forma segura ao repetir as situações hospitalares quando brinca, a criança ainda pode treinar habilidades motoras ao manusear os equipamentos hospitalares. Assim, a hospitalização pode ser uma forma de estimulação, se a criança recebe o apoio e a atenção necessária do adulto.

Analisando o desempenho das crianças nas brincadeiras e considerando a sua capacidade preservada de dominar a situação, pode-se concluir que, apesar da situação de crise vivida por ela, seu ego ainda se encontra fortalecido. Reforça esse fato o desinteresse em brincar, observado nas crianças que estavam desacompanhadas de pessoas significativas para elas. Evidencia-se, também, a importância fundamental que tem essa pessoa para que a criança sinta-se segura e adaptada no hospital.

A representação da morte surgiu de forma clara na brincadeira, quando a criança dramatizava a morte de profissionais de saúde ou de familiares, sendo o revólver utilizado com frequência, como forma de relacionar a morte a causas violentas.

Constata-se a inabilidade dessas crianças para compreender a morte como um fato irreversível e peculiar aos seres vivos, percebendo-se a dificuldade que têm para distinguí-los dos seres inanimados, acreditando que eles também morrem como os seres vivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F.A. (2000). Vivenciando a experiência de estar hospitalizada através do brinqueado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13, número especial, parte II, 129-33.
- Almeida, F.A. & Bomtempo, E. (2004). Em busca da confiança necessária para viver criativamente pelo brincar: a criança diante da cirurgia cardíaca. *I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa*, Taubaté, 405-11 (CD-ROM).

- Ariés, P. (1977). *A história da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Axline, V.M. (1972). *Ludoterapia: a dinâmica interior da criança*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bomtempo, E. (1997). A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: T.M. Kishimoto, *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação* (pp. 57-72; 2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Bromberg, M.H.P.F. (1996). Luto: a morte do outro em si. In: M.H.P.F Bromberg, et al. *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Denyes, M.J. (1968). A child with Hirschsprung's disease use a nurse to gain ego strenght. In: American Nurses Association. *Ana clinical session*, 155-161.
- Domingues, J. (1996). Uma janela para a alma: olhando a morte e a criança. *Revista Paulista de Enfermagem*, 15, 1/3, 66-74.
- Ferreira, M.C.R. (1984). O apego e as reações da criança à separação da mãe: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Pesquisa*, 48, 3-19.
- Gillis, A.J. (1989). The effects of play on immobilized children in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 3, 261-9.
- Green, C.S. (1974). Understand children's need though therapeutic play. *Nursing*, 4, 10, 31-2.
- Jung, C.G. (1984). *Arquétipos e inconciente coletivo*. Barcelona: Paidós, Ibérica.
- Junqueira, M.F.P.S. (1999). O brincar e o desenvolvimento infantil. *Pediatria Moderna*, 35, 12, 988-90.
- Kovács, M.J. (1992). Morte no processo do desenvolvimento humano: a criança e o adolescente diante da morte. In: M.J. Kovács (Coord), *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 48-57). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M.J. (1996). A morte em vida. In: M.H.P.F. Bromberg, et al., *Vida e morte: laços de existência*. (pp. 12-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maria, E.B.S.; Guimarães, R.N. & Ribeiro, C.A. (2004). O significado da medicação intra-tecal para a criança pré-escolar, expresso em sua brincadeira. *Revista Paulista de Enfermagem*, 22, 3, 268-77.

- Mello, C.O.; Goulart, C.M.T.; Ew, R.A.; Moreira, A.M. & Sperb, T.M. (1999). Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 1, 65-74.
- Oliveira, V.B. (1992). *O símbolo e o brinquedo: a representação da vida*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Perina, E.M. (1992). *Estudo clínico das relações interpessoais da criança com câncer nas fases finais*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Perina, E.M. (1994). O câncer infantil: a difícil trajetória. In: M. M. M. J. Carvalho (Coord.), *Introdução a psico-oncologia*. São Paulo: Editorial Psy.
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, C.A. (1999). *Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.
- Ribeiro, C.A.; Maia, E.B.S., Sabatés, A.L., Borba, R.I.H., Rezende, M.A. & Almeida, F.A. (2002). Mesa redonda: o brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. *Enfermagem Atual*, 2, 6-17.
- Torres, W.C. (1999). *A criança diante da morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vigotsky, L.S. (1984). *A formação social da mente*. (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vulcan, B. (1984). Major coping behaviors of a hospitalized 3-years-old boy. *Maternal Child Nursing Journal*, 13, 2, 113-24.
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wong, D.L. (1999). *Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Recebido em 19/12/04

Revisto em 12/05/05

Aceito em 15/05/05