

O BRINCAR EM FAMÍLIA COMO POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO PARA CRIANÇAS NO HOSPITAL*

Vânia Bustamante^{**}

Darci Neves^{***}

Marta Silva Dantas de Matos^{****}

Rosângela Santos Oliveira^{*****}

Resumo: Apresentamos um relato de experiência do trabalho desenvolvido no projeto “Crianças e famílias” no setor de cardiologia pediátrica de um hospital público em Salvador. Trata-se de um dispositivo que oferece atenção à saúde mental e ao desenvolvimento de crianças cardiopatas e suas famílias em um espaço que propicia interações a partir do brincar. Temos, como suporte teórico, a psicanálise e, mais especificamente, a teoria geral do cuidado e a reflexão sobre a acolhida. O projeto funciona na brinquedoteca da enfermaria e no ambulatório de cardiopediatria. A equipe está formada por uma psicóloga e estudantes de psicologia. No presente trabalho, mostramos situações nas quais as crianças são protagonistas do próprio processo, ao mesmo tempo que os adultos são acolhidos nas suas demandas. Há também situações em que o trabalho realizado com pais e filhos em conjunto possibilita maior autonomia e fortalecimento de vínculos familiares. Destacamos o potencial de um espaço que funciona na enfermaria e no ambulatório. Além disso, defendemos que este dispositivo traz avanços em relação a outras experiências descritas na literatura e apontamos a necessidade de incluir a família quando se trata de brincar com crianças hospitalizadas, pois isto fortalece experiências de integralidade e assistência humanizada.

Palavras-chave: crianças hospitalizadas; brincar; humanização; família.

Abstract: We present a work experience report developed at the "Children and Families" project at the pediatric cardiology department of a public hospital in Salvador. These facilities provide care involving mental health and child development for children with heart disease and their families in a space that fosters interaction and play. We use psychoanalysis as the theoretical support and more specifically the general theory of care and reflection on “acolhida”. The project works in the play room at the Cardiopediatric clinic. The team is made up of a psychologist and psychology students. In this paper, we describe situations in which children are protagonists of the process itself, while the adults are also participating. There are also situations in which the work with parents and children together allows for greater autonomy and strengthening of family ties. We highlight the potential of this work on the ward and in the clinic. Furthermore, we argue that this approach has advantages over other experiences described in the literature and highlights the need to include the family when it comes to play in hospitalized children as this strengthens experiences of integrality and humanized practices.

Keywords: hospitalized children; playing; humanization; family.

Introdução

No presente trabalho, refletimos sobre a experiência de implantação do projeto que denominamos “Crianças e famílias”¹, um espaço de promoção da saúde mental e desenvolvimento infantil, no setor de cardiologia pediátrica de

*Agradecemos a Ana Regina de Sousa Ribeiro, primeira psicóloga do projeto; a todos os estagiários que participaram; às psicólogas do hospital; à coordenação do projeto de cooperação técnica entre a UFBA e ao hospital onde se desenvolveu o presente trabalho.

^{**} Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Psicologia (UFBA).

^{***} Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva (UFBA).

^{****} Psicóloga, Instituto de Psicologia (UFBA).

^{*****} Psicóloga, Instituto de Psicologia (UFBA).

um hospital público em Salvador, Bahia. Buscamos situar as contribuições do referido projeto em relação a outras intervenções descritas na literatura, tendo como referências a diretriz da integralidade e a Política Nacional de Humanização (PASCHE et al., 2011).

O adoecimento produz mudanças indesejáveis no cotidiano familiar. As crianças, geralmente, deixam de frequentar a escola e têm pouco acesso a atividades lúdicas e contato com outras crianças. Os familiares se veem sobrecarregados, tendo que administrar as demandas do lar e do trabalho e o cuidado à criança enferma (LEPRI, 2008).

As cardiopatias congênitas graves estão entre os principais processos de adoecimento no grupo infanto-juvenil. São responsáveis por tratamentos e internações prolongados, e, se não forem diagnosticadas e tratadas precocemente, podem levar à morte (BARROS, 2012). Frequentemente, o diagnóstico de cardiopatia infantil altera a dinâmica da família de forma significativa, gerando um processo de crise emocional entre seus membros, uma vez que a família precisa lidar com o sentimento de perda de uma criança saudável e se ajustar às implicações da doença (ZAGALO, 2001). Enquanto isso, a hospitalização pode caracterizar uma experiência traumática para a criança, ao afastá-la do ambiente familiar, submetendo-a ao convívio com estranhos, além de procedimentos médicos invasivos.

O movimento de Humanização hospitalar diz respeito a um amplo conjunto de iniciativas que designam a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, da sua subjetividade e da sua cultura (DESLANDES, 2004). Assim, a Humanização fomenta um espaço ético que requer relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente e de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições (BACKES et al., 2006).

Tratando-se de crianças e adolescentes hospitalizados, é consenso na literatura a oferta de espaços lúdicos como parte de uma atenção humanizada (OLIVEIRA et al., 2009; FURTADO e LIMA, 1999; LEITE e SHIMO, 2008; CARVALHO e BEGNIS, 2006; MOTTA e ENUMO, 2004; MITRE e GOMES, 2004). Neste sentido, encontramos diversos relatos sobre intervenções que incluem o brincar com crianças hospitalizadas tendo como objetivo, na sua

maioria, oferecer alívio à criança através do contato com atividades ou momentos lúdicos e, dessa forma, ajudá-la a atravessar o processo de hospitalização da melhor maneira possível. Entretanto, chama a atenção que muitas intervenções não têm regularidade e são oferecidas esporadicamente por estudantes ou voluntários (LIMA et al., 2009; FRANÇANI et al., 1998).

Identificamos poucos trabalhos que refletem conceitualmente sobre o brincar com crianças no contexto hospitalar. Angeli et al. (2012) relatam a experiência do Laboratório Accalanto, o qual desenvolve projetos de ensino, pesquisa e extensão sobre os processos de hospitalização na infância e adolescência e os modos de cuidar em terapia ocupacional. Apoiar-se na perspectiva de Merhy sobre a construção do trabalho vivo em ato, que envolve a produção de diversas tecnologias – dura, leve-dura e leve. As autoras defendem que, no marco do trabalho de terapia ocupacional no ambiente hospitalar, é preciso produzir intervenções que observem a complexidade do cotidiano, no sentido de ações que permitam ao sujeito ser e estar no mundo de modo particular. Assim, em relação às crianças e adolescentes, o brincar institui e fundamenta o cotidiano, ao mesmo tempo que permite projetar e sonhar.

A brincadeira é a língua com a qual a criança se comunica e constitui seu cotidiano. [...] É por meio da experimentação desta língua que o cuidado em saúde pode vir a acontecer de modo que crianças e adolescentes possam ser protagonistas de seu processo saúde-doença, apropriando-se de sua condição de modo afirmativo, não como vítima dos acontecimentos, mas como oportunidade de reinvenção de si e de seu lugar no mundo (ANGELI et al., 2012, p. 262).

Com base no relato de experiências de uma oficina de contação de histórias, as autoras defendem que explorar as atividades lúdicas “contribui para a produção de cuidados em terapia ocupacional no ambiente hospitalar em consonância com os princípios da integralidade e da humanização do cuidado” (ANGELI et al. , 2012, p. 263).

Mitre e Gomes (2004) discutem o potencial do brincar como ação de saúde coletiva na perspectiva de profissionais de saúde. Esses autores estudam qual o significado da promoção do brincar com crianças hospitalizadas para os profissionais que trabalham com esta proposta em três instituições. Descrevem importantes diferenças na maneira como o brincar é

oferecido e identificam três núcleos de sentido: 1) o brincar como algo prazeroso à criança; 2) o brincar como facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes e 3) o brincar como um espaço mais democrático, onde ocorre a possibilidade de escolhas.

No presente relato, procuramos mostrar que a proposta do projeto “Crianças e famílias” vai ao encontro da perspectiva de Angeli et al. (2012) sobre o brincar e, por outro lado, se diferencia por ser uma tecnologia orientada a ouvir cada sujeito na sua singularidade. Ao mesmo tempo, identificamos convergências com as diversas maneiras de compreender o brincar descritas por Mitre e Gomes (2004).

O “Crianças e famílias” encontra suporte na perspectiva psicanalítica, que, ao procurar escutar cada sujeito na sua singularidade, contribui para que os usuários possam elaborar o mal-estar decorrente da condição do corpo, da possibilidade de morte ou das perdas do laço social pelo longo processo de hospitalização (MORETTO, 2002). A técnica utilizada se apoia na metapsicologia do cuidado formulada por Figueiredo (2009) e na perspectiva de Holmes (2012) sobre a acolhida.

Figueiredo (2009) faz referência a dimensões do cuidado, nas quais a figura de alteridade, ou seja, o agente de cuidado pode ser entendido a partir de duas categorias – *presença implicada* e *presença em reserva*. Exercer essas duas funções é fundamental para o cuidado integral, pois a primeira se refere ao “fazer coisas”, enquanto que a segunda requer neutralidade e silêncio. O agente de cuidado em presença implicada apresenta-se em três modalidades: *Sustentar e conter*, *Reconhecer*, *Interpelar e reclamar*, sendo que cada modalidade está relacionada com um modo da figura de alteridade.

Na modalidade do *sustentar e conter*, o outro se apresenta como ambiente englobante que acolhe, hospeda e sustenta. Indivíduos, grupos – como a família – e ainda instituições podem ajudar nessa transformação. A função de *reconhecer* pode ser desdobrada em dois níveis: o de *testemunhar* e o de *refletir/espelhar*, sendo que esta depende daquela. Nesta função, os dois sujeitos oferecem um ao outro o *reconhecer*. Figueiredo (2009) afirma que essa função pode passar despercebida, mas é de extrema importância, pois está ligada à instalação da autoimagem – do self e da autoestima, como ele afirma:

Ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta para o sujeito sua própria imagem (FIGUEIREDO, 2009, p, 138).

No *interpelar e reclamar*, o outro é aquele marcado pela incompletude, pois, a partir desse traço, o agente de cuidados pode ser uma fonte de questões e enigmas. Ao se apresentar desse modo, este outro exige uma resposta, convocando o objeto de cuidado à vida. “Apenas como resposta a essa exigência de alguém vir-a-ser” (FIGUEIREDO, 2009, p. 139). A função de interpelar relaciona-se com uma intimidação: o agente que interpela e reclama confronta e dá limites, mostrando os fatos da existência como a morte, a lei, a alteridade.

O autor aponta a complementaridade entre as três modalidades de cuidado e diz que estas têm de estar em equilíbrio para a instalação de uma *capacidade de “fazer sentido no indivíduo”* (FIGUEIREDO, 2009, p. 140). Por outro lado, para além da presença implicada, o cuidado exige certo afastamento: a *presença em reserva*, pois mesmo o equilíbrio nas funções da *presença implicada* requer ausência. O cuidado poderia ser pensado como estar presente e ao mesmo tempo fazer outras coisas. Quando o cuidador se permite estar em ausência, canaliza para o sujeito um espaço criativo no qual ele poderá exercitar sua capacidade para brincar, fantasiar, pensar e criar o mundo de acordo com as suas possibilidades. Na presença em reserva, o agente de cuidado chama à ação.

Figueiredo (2009) ainda discute os *extravios e excessos nas funções de cuidado* e aponta que é preciso que o cuidador possa se desapegar, cuidar de si e deixar-se ser cuidado por um outro, por exemplo, permitindo a entrada de um terceiro na relação, ou ainda percebendo que mesmo o objeto de cuidado pode cuidar do seu cuidador.

Para Holmes (2012), a acolhida é o eixo central do atendimento em grupo com crianças e seus familiares e se desdobra em quatro dimensões: *aceitação, conexão, brincadeira e empoderamento*. A aceitação é necessária para que cada sujeito seja pensado na sua singularidade. Sendo cada membro da família considerado um indivíduo, os comportamentos dos cuidadores e da criança são aceitos e apenas os pontos positivos desses comportamentos são

comentados. As intervenções são realizadas sempre no sentido de encorajar a reflexão do cuidador e conectar os sentimentos que envolvem a família, colocando a criança no centro do diálogo e não a deixando à parte. O brincar é visto como na terapia psicodinâmica no consultório, sendo não estruturado, centrado na criança e não intrusivo. O empoderamento, como mecanismo terapêutico na medida em que promove a independência das famílias, não respondendo e não sugerindo soluções, favorecendo que as pessoas reflitam sobre as suas preocupações.

A acolhida (HOLMES, 2012) e a recepção (FIGUEIREDO, 2009) buscam oferecer um cuidado e que essas relações façam sentido para as famílias: “Fazer sentido em oposição às falhas, excessos e faltas traumáticas [...] configurando uma experiência de integração” (FIGUEIREDO, 2009, p. 134).

No contexto hospitalar, o projeto “Crianças e famílias” é um espaço de cuidado que oferece o brincar como um meio para nos aproximarmos de adultos e crianças pela via de um ambiente seguro, onde ambos podem comunicar os mais diversos assuntos, tanto os vinculados com o processo de hospitalização, quanto com as outras dimensões da vida que ficam de fora – outros filhos, aspectos da vida que são deixados de lado durante a hospitalização – e as perspectivas após a alta. Também existe a possibilidade de se construir reflexões mais amplas, por exemplo, sobre as dificuldades dos pais em lidar com a educação dos filhos.

A seguir, descrevemos o processo de implantação e o cotidiano dos atendimentos do projeto “Crianças e famílias” no contexto hospitalar.

Crianças e suas famílias brincam no hospital

O “Crianças e famílias” foi implantado em 2010 em uma biblioteca infantojuvenil em Salvador-BA e, desde 2011, está inscrito como atividade permanente de Extensão da Universidade Federal da Bahia, sob a coordenação de Vânia Bustamante. Está inspirado na proposta de Françoise Dolto, que criou a Casa Verde, na França, na década de 1960, e mais diretamente no trabalho da Casa de la Familia, um grupo que trabalha em Lima, Peru, desde 1989 (MAZA, 2009), e a Casa da Árvore, que funciona no Rio de Janeiro.²

Em agosto de 2012, o projeto foi implantado em um hospital público de Salvador-BA, como parte de um convênio de cooperação técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e a instituição de saúde. O presente relato de experiência constitui um recorte de um projeto de pesquisa, coordenado por Darci Neves, que visava caracterizar a população atendida pelo “Crianças e famílias” e refletir sobre a assistência oferecida, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. O referido projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em pesquisa da UFBA (Parecer 524.062). O presente trabalho foi construído a partir de relatos produzidos pela equipe após os atendimentos.

O “Criança e famílias” funciona semanalmente, sendo dois turnos na brinquedoteca da enfermaria e dois turnos no ambulatório, ambos do setor de cardiopediatria, também com a possibilidade de realizar atendimentos no leito (caso as crianças impossibilitadas de ir até a brinquedoteca o solicitem). Cada turno de atendimento, com duração de três horas cada, conta com a presença de uma psicóloga e dois ou três estagiários estudantes de psicologia. Esta equipe realiza rotinas de registro e reuniões semanais de estudo e supervisão.

Na enfermaria, o projeto atende entre 4 e 12 crianças e seus respectivos acompanhantes em cada turno. No atendimento do ambulatório, o número de crianças em cada sessão varia entre 4 e 15 e está fortemente influenciado pelo número de médicos que realizam as consultas em cada turno.

Há diversidade de arranjos e experiências familiares. É frequente que as mães tragam relatos de pais ausentes e que praticam violência física e psicológica contra a mulher e os filhos. Vemos também casais que acompanham juntos todo o processo e, em menor número, homens que assumem sozinhos o cuidado dos filhos, devido à ausência materna ou à necessidade de a mãe cuidar dos outros filhos. A maioria das famílias reside no interior da Bahia.

Chama a atenção a centralidade que a doença toma na vida das famílias. Isso se relaciona com a frequência com que pais e mães se referem às suas vidas como estando dedicada a cuidar do “filho doente” e que, por isso, não podem cuidar da própria vida – em aspectos como trabalho, autocuidado e inclusive atividade sexual. Também chama a atenção a dificuldade de muitos pais em dar limites para os filhos adoecidos. O que pode

estar associado às preocupações em torno dos aspectos psíquicos da “criança doente” e, eventualmente, a sentimentos de culpa dos pais.

Acompanhamos alguns momentos do processo de assistência: tanto consultas diagnósticas quanto o momento em que é indicada a hospitalização e a cirurgia. Acompanhamos a espera pela cirurgia e, em muitos casos, o processo de recuperação e a alta junto à continuidade do tratamento. Há, também, muitos casos em que a cirurgia foi desmarcada em repetidas oportunidades devido às condições clínicas da criança ou às dificuldades na organização do serviço. Várias crianças foram mandadas embora sem realizar a cirurgia, algumas delas retornaram meses depois e realizaram o procedimento. Longas estadias na UTI também são comuns, assim como diagnósticos de terminalidade. Os óbitos acontecem e são eventos que mobilizam muito adultos, crianças e a equipe de saúde – por vezes em menor grau.

Todas as famílias que participaram do projeto se beneficiaram em alguma medida. Em alguns casos tivemos apenas um único encontro; em outros, foi possível acompanhar um longo período de hospitalização, assim como reencontrar outras que voltaram a ser hospitalizadas. A seguir, apresentamos algumas experiências bem-sucedidas, protagonizadas, em alguns casos, pelas crianças; em outros, pelas famílias. Os relatos correspondem a atendimentos que aconteceram na enfermaria ou no ambulatório e, em alguns casos, em ambos os espaços com a mesma criança. Visando preservar a identidade dos usuários, todos os nomes utilizados são fictícios e diversos dados sobre as famílias serão alterados.

Brincar na enfermaria

O contato com a equipe do “Crianças e famílias” possibilita a muitas crianças momentos prazerosos, além da expressão de ansiedades e fantasias que ajudam a elaborar psiquicamente a própria situação. A experiência com Daniel é ilustrativa.

Daniel é um menino de nove anos, o quarto de cinco irmãos, de cor parda, bastante comunicativo. Desde o primeiro contato, demonstrou interesse em ir à brinquedoteca e convidou sua mãe para fazê-lo. Após ter estado

presente uma segunda vez na brinquedoteca, chama a atenção a sua expectativa no terceiro encontro:

Chegamos ao terceiro andar pela escada perto da enfermaria, e, assim que aparecemos, Daniel saiu correndo em nossa direção. A mãe relatou que Daniel estava extremamente ansioso pela abertura da brinquedoteca, dizendo que ele precisa brincar antes de fazer a cirurgia, que estava marcada para o dia seguinte.

O quarto, e último encontro, aconteceu após uma cirurgia bem-sucedida e antes da alta. Daniel brincou com outros dois colegas mais velhos. Os dois colegas começaram uma brincadeira de faz de conta de médico, na qual, em pouco tempo, muitas outras crianças estavam também envolvidas. Na brincadeira, Daniel falou muito da morte, mas de uma forma 'descontextualizada': quando ele ia me dar injeção, ele dizia que meu braço ia morrer; quando ele disse que eu precisaria fazer a cirurgia, ele disse que eu iria morrer, mas depois iria viver de novo.

Em outro momento, ainda na brincadeira de médico, ele diz que precisarei ficar no hospital, então, pergunto para o 'doutor' como é ficar no hospital, ao que ele me responde com um sorriso no rosto: 'Muito bom! Tem brinquedoteca no hospital e você pode brincar muito!'. Eu me mostro aliviada para o 'doutor', mas torno a questionar, dizendo que vou sentir falta do meu pai, do meu irmão. Nesse momento, ele sai da brincadeira e passa a falar dele, dizendo que não quer ir embora do hospital, que ele teve alta, mas que não quer ir por causa da brinquedoteca. Comento com ele os aspectos positivos que tem o retorno para casa (trechos de relatos de atendimentos).

Neste caso, o maior interlocutor é o próprio Daniel, que sabe da importância do brincar ao dizer que precisa brincar antes da cirurgia e quer fazer isso no horário do projeto e com os acolhedores que ele já conhece. O brincar permite conter e elaborar ansiedades e assim “fazer sentido” para a experiência. Este processo é possibilitado pela presença implicada da acolhedora, que se coloca disponível para brincar com Daniel, porém dentro dos horários previstos e nos limites do projeto, uma vez que é preciso dividir a atenção dos adultos com outras crianças, por exemplo.

No último encontro, quando Daniel diz não querer ir embora do hospital, a intervenção da acolhedora – que o interpela sobre a maneira como ele fala do hospital, pontuando que os lugares têm, ao mesmo tempo, coisas boas e ruins – visa à integração através do empoderamento.

Este foi um caso bem-sucedido, tanto clinicamente – pois a criança realizou a cirurgia e se recuperou sem maiores complicações – quanto na possibilidade de oferecer um cuidado humanizado, que favorece o fazer sentido e as experiências de integração.

A seguir, relatamos experiências no ambulatório, um lugar de encontros breves que também podem ser muito significativos.

Brincar no ambulatório

João é um menino cardiopata de quatro anos. Ele já havia frequentado o projeto outras vezes e chegou ao hospital acompanhado da mãe, logo que iniciamos o atendimento. Ambos já conheciam o espaço e tomaram posições diferentes nele: a mãe sentou-se nas cadeiras e a criança foi para a mesa desenhar. Depois que ele concluiu o desenho, a acolhedora se aproximou dele:

Acolhedora: *Que desenho legal! Qual a história dele?*

João: *É um dragão grande que tá querendo pegar um dragão pequeno!*

Acolhedora: *E como é que este dragão pequeno está se sentindo diante disso?*

João: *O dragão pequeno está assustado! Mas não tem problema porque ele vai conseguir se salvar do dragão grande!*

Depois disso, João pega dois carros e os coloca um sobre o outro em uma das cadeiras pequenas. Após isso, deixa os carros lá e se dirige ao tatame. Sentamos e ele escolheu brincar com o boneco Sr^o Batata. Durante suas tentativas de montar o corpo do boneco, sinto que ele teve dificuldade para escolher e encaixar as peças do modo esperado. Espero que ele realize suas tentativas e depois de um tempo ofereça ajuda. João aceita minha ajuda e vai me mostrando onde quer que eu coloque as peças. Ao final da brincadeira a criança usa novos lugares para encaixar as peças que compõem o corpo do boneco. Entretanto, ao passo que ele vai encaixando certas peças, outras não cabem mais, então, ele cria uma nova maneira para que todas as peças sejam usadas. Ficamos um bom tempo brincando de montar o Sr^o Batata e posso constatar que João, mesmo não apresentando uma representação desejada da organização corporal do boneco, explora de modo satisfatório sua criatividade.

Sua próxima brincadeira é montar alguns dos quebra-cabeças disponíveis, mas assim que organiza as peças para iniciar o jogo ele é convidado para a consulta. Então, sua mãe se aproxima, calça seus sapatos e ambos se despedem.

Enquanto João brincava, no tatame sua cuidadora permanecia observando-o, sentada em uma cadeira próximo a ele. Este comportamento se repetiu em todas as vezes que estive com a díade no projeto (trecho de relato de atendimento).

Podemos analisar que ao falar do “dragão pequeno”, João fala de si e dos seus sentimentos frente ao que lhe traz confusão, no caso, o processo de adoecimento (“dragão grande”). Ao entrar em contato com ele, foi possível perceber que ele tinha algo a falar – que possivelmente não foi ouvido durante suas andanças pelo hospital –, pois, antes de brincar ele escolhe primeiro representar graficamente o que sente e só depois se sente confortável para estar no tatame montando o Sr. Batata.

Este relato ilustra como o espaço favorece o que Figueiredo (2009) denomina “fazer sentido”, pois, ao expressar seus sentimentos por meio do desenho, o medo e o susto diante da experiência incomum de adoecimento podem ser ditos e postos para elaboração. Além disso, a criatividade apresentada por João ao manusear o Sr. Batata exemplifica a afirmação de Winnicott (1971 apud LIMA, 2010) de que ao brincar a criança pode ser criativa e é essa criatividade que favorece a descoberta e o contato com o seu *self* verdadeiro.

Acolhida aos familiares e suas crianças

O “Crianças e famílias” também funciona como um espaço no qual os acompanhantes – mães, pais, avôs e outros familiares – podem falar e ser ouvidos sobre os aspectos pessoais das suas crianças, comentando sobre suas características de personalidade e aspectos do desenvolvimento. Também podem partilhar suas angústias e preocupações em relação ao desenvolvimento saudável das crianças e buscar, às vezes, uma opinião de outros adultos sobre isso.

Assim aconteceu com Maria, a mãe de Gabriel, em certo acolhimento:

[...] ela expressa preocupação porque o filho de um ano ainda não está engatinhando, mas ela acha que se ele estivesse em casa, ele já estaria. Ana – psicóloga da equipe – comenta que, no hospital, realmente é mais difícil porque não dá para ficar muito no chão e Paula – estagiária – comenta que ele fica sentado ‘durinho’. A mãe o coloca em pé segurando o brinquedo e ele fica ‘durinho’, com ela sustentando. Nesse momento, ela comemora que ele já sustenta ficar em pé (trecho de relato de atendimento).

O espaço possibilita aos adultos partilhar uns com os outros angústias e esperanças em relação ao adoecimento da criança. Também proporciona momentos de lazer nos quais os pais podem atenuar as tensões ligadas à situação de internamento e funcionar como presença reservada em relação aos próprios filhos. Assim, há momentos em que permanecem perto dos filhos e ao mesmo tempo fazem outras coisas que são interessantes para eles.

Em alguns momentos, os pais se divertem tanto que evitam sair até mesmo quando a criança tem alguma necessidade. Assim aconteceu um dia, em que o pai de um menino de dois anos estava conversando tão

animadamente que não deu atenção ao filho quando este defecou: *o pai quando chega perto percebe e comenta, mas continua conversando e só vai trocar o menino mais tarde e, depois, retorna à brinquedoteca mesmo sem seu filho, buscando retomar o contato com a acolhedora* (trecho de relato de atendimento).

A brinquedoteca, às vezes, serve também para esses pais como um lugar onde podem falar sobre as situações que passam dentro do hospital: reclamar da qualidade e quantidade da comida, sobre o novo uniforme usado pelos acompanhantes ou/e sobre o quarto da enfermaria – que é frio e que não tem cama para os acompanhantes, apenas uma poltrona desconfortável. De algum modo os pais nos percebem como à parte da equipe do hospital, como um lugar onde se sentem à vontade para fazer suas queixas.

Frequentemente percebemos que, na medida em que cuida de adultos e crianças, o espaço contribui para o fortalecimento do vínculo entre ambos. O caso de Tiago e sua mãe é ilustrativo.

Tiago chegou ao hospital quando ainda tinha dez meses e permaneceu por dois meses internado na enfermaria pediátrica. Sua única acompanhante era a mãe, Tânia. Enquanto esteve no hospital, participou de aproximadamente nove acolhimentos. Em algumas tardes, quando a criança havia dormido ou precisava fazer algum procedimento médico, sua mãe encontrava uma maneira de ir até a brinquedoteca e permanecer um tempo conosco no espaço.

Sempre acompanhado da mãe, Tiago chegava ao espaço no início dos acolhimentos. Nos primeiros encontros, permaneciam no corredor, Tiago subia nos carros de brinquedo e preferiam não entrar na brinquedoteca. Desde o princípio, foi possível observar a forte vinculação entre a díade e um extremo cuidado desta mãe para com este filho. Nos primeiros encontros, Tânia não permitia que Tiago ficasse no chão ou explorando o ambiente livremente. [...] *Ele era colocado em seus braços ou em uma cadeirinha que limitava seus movimentos. Porém, percebíamos que ele ficava inquieto diante das limitações impostas pela mãe* (trecho de relato de atendimento).

Aos poucos, a díade foi se apropriando do espaço. Tiago chegava nos braços da mãe e ela escolhia sentar no tatame ou nos bancos, sempre tendo o filho ao seu lado. Diante da oferta do brincar e da escuta clínica, Tânia pôde experienciar o ambiente como seguro e trazer alguns conteúdos significativos.

Falava sobre a saudade de casa, da relação com o pai de Tiago, das dúvidas e certezas acerca do processo de adoecimento do filho e das relações interpessoais estabelecidas no hospital.

[Em certo acolhimento] ao passo que Tânia falava sobre o abandono do companheiro e da culpa que este atribuía a ela pelo adoecimento do filho, Tiago ouvia as palavras da mãe e ficava agitado, agarrando fortemente os brinquedos que estavam próximos a ele e lançando-os em alguns momentos. Ao perceber isto, eu fazia a conexão entre o que a mãe dizia e o que a criança expressava no brincar: “veja, Tânia, parece que Tiago reconhece o que você diz e também expressa alguns sentimentos diante disto! Tiago, sua mãe está falando de alguns fatos da história de vocês que lhe deixam um pouco magoada, parece que é importante para ela falar sobre isso!” (trecho de relato de atendimento).

Em uma das nossas reuniões com a equipe de psicologia do hospital, fomos informados de que assim que Tiago foi internado Tânia tinha comportamentos incongruentes com a prática hospitalar. Por exemplo, deixava o mesmo descalço e permitia que ele engatinhasse livremente pelo hospital. Diante disso, a equipe de saúde sugeriu novas práticas de cuidado a Tânia. Porém, entendíamos que, mesmo em estado de adoecimento, Tiago também estava em um estágio importante do seu desenvolvimento e que a exploração livre do ambiente era indispensável para um crescimento saudável. A questão era: como favorecer isso em um contexto hospitalar? Junto com o serviço de psicologia, pensamos que o “Crianças e famílias” poderia ser um espaço onde Tânia poderia dedicar uma *presença reservada* (FIGUEIREDO, 2009) no cuidado com Tiago. Assim como um espaço onde ele explorasse os limites do próprio corpo e desempenhasse um brincar livre, portanto, criativo.

Apostamos nisso e fomos apontando para Tânia que ali Tiago poderia escolher o que fazer e do que brincar. Assim como para ela era um espaço para falar, brincar e voltar-se para si.

Aos poucos, percebemos que Tiago foi dando os primeiros passos e sendo cuidado por outras crianças. Era comum encontrarmos Tiago no corredor sendo empurrado nos carros por outras crianças enquanto Tânia jogava UNO ou pintava mandalas e outros desenhos dentro da brinquedoteca (trecho de relato de atendimento).

A pintura foi um dos recursos usados por Tânia para enfrentar o processo de hospitalização do filho. Ela pintava com cores vibrantes, segurava

com energia o lápis e impregnava força ao riscar o papel. Variava nas cores que usava e escolhia desenhos que ela considerava femininos (por exemplo: bonecas, princesas e flores). Ao final de cada pintura, colocava o nome do filho. Quando questionada sobre o motivo daquilo, Tânia respondia que ia guardar para que ele visse quando estivesse “grande” (sic). Nos acolhimentos seguintes, ela passou a escrever o nome dela e dele, e, como representação do seu processo de diferenciação do filho, passou a escrever apenas o seu nome. Nos últimos encontros, percebemos que Tiago passou a demandar mais a atenção da mãe, e diante disso, Tânia apresentava diferentes possibilidades de brinquedos para que ele pudesse se interessar. Às vezes, Tiago aceitava; outras vezes, não, mas isso não fazia com que Tânia deixasse de praticar a atividade de pintar.

Tiago completou um ano de vida enquanto esteve internado. Tânia fez questão de comemorar a vida do filho. Houve bolo, balões, doces, velas e parabéns, tudo em clima de muita alegria e ornamentado pelos personagens do desenho animado *Carros* – os preferidos de Tiago.

Depois de alguns acolhimentos, Tânia informou que estava mais próxima do pai de Tiago e que isso a alegrava. Percebemos que os sentimentos em relação a ele ainda eram latentes, já que, mesmo falando que estavam separados, ela continuava usando o anel que simbolizava a união amorosa. A entrada desse pai na relação pareceu ser valiosa, pois funcionaria como suporte de cuidado para Tânia, além de relativizar os efeitos inconscientes provocados pela fala dele de que “a culpa” pela cardiopatia do filho era dela

O processo cirúrgico que seria realizado em Tiago foi adiado algumas vezes. Isso provocou algumas inquietações em Tânia e a sensação de que “todos iam embora, menos Tiago” (sic). Ao mesmo tempo, ela parecia se apropriar das informações que recebia da equipe de saúde e entender as razões da permanência extensa do filho no hospital. Saber o que ocorria foi um elemento importante para a estabilidade psíquica da mãe.

Diante do seu quadro clínico, Tiago foi transferido para outro hospital de Salvador, onde fez a cirurgia. Tânia trouxe essa informação em um dos acolhimentos e falou sobre sua ansiedade diante do novo: “Era um novo hospital, novas pessoas e novas experiências” (sic).

Tiago respondeu bem ao processo cirúrgico e voltou para o interior do estado, onde mora. Prevê-se que ele voltará ao hospital para consultas de acompanhamento, quando poderemos reencontrá-los nos acolhimentos do ambulatório.

Neste caso, a equipe pôde acolher a criança e sua mãe através da presença implicada, que contribuiu para que Tânia passasse de uma atitude de excessivo cuidado para se permitir momentos de presença reservada, podendo, ao mesmo tempo, cuidar do filho e cuidar de si.

Vale destacar que o espaço possibilitou o contato de Tânia, não só com o filho enquanto infante, mas com o infantil nela mesma, e isto enriqueceu os múltiplos sentidos da experiência de brincar em família.

Ambulatório e enfermaria: Avanços na perspectiva da integralidade

Uma das peculiaridades do projeto “Crianças e famílias” em relação a outras experiências descritas na literatura sobre o brincar com crianças hospitalizadas tem a ver com o fato de estarmos presentes no ambulatório e na enfermaria. Isto favorece um trabalho na perspectiva da integralidade, no qual as crianças e sua famílias podem nos conhecer em um espaço, nos reencontrar no outro e fazer em mais de uma ocasião. Isto favorece a relação que ambos estabelecem com o hospital como instituição de saúde, contexto no qual há escassa comunicação entre os profissionais que atuam na enfermaria e os que atendem no ambulatório.

Os atendimentos oferecidos a Artur (cinco anos) e sua mãe foram experiências bem-sucedidas nessa perspectiva. Nós os conhecemos no ambulatório, os reencontramos na enfermaria e novamente no ambulatório. O primeiro encontro com Artur e Amanda foi no ambulatório. Amanda, na época com 22 anos e três filhos, apresentava um discurso calmo e ao mesmo tempo forte.

Relata que não trata o Artur diferente dos outros filhos, apesar de sua família mimá-lo muito, mas ela não, porque ele não é diferente e a vida não vai tratar ele assim. Durante o atendimento, Amanda conversa muito com Artur. Explica tudo que ele pergunta com muita paciência. Diz que está com medo e muita ansiedade, porque ele vai ter que fazer outra cirurgia e ela já está imaginando ficar no hospital e deixar o restante de sua família no interior (trecho de relato de atendimento).

Alguns dias depois, os encontramos na enfermaria.

Percebemos no olhar de Amanda, apesar do cansaço, uma felicidade por ter nos encontrado. Artur começou a brincar com alguns brinquedos, mas não queria contato com outras crianças. Amanda diz que estava esperando nos encontrar na brinquedoteca. Relata que está muito ansiosa e queria ir embora logo, pois deixou em casa sua filha de dois anos que ainda amamenta. Relatou que, quando o pai de Artur ligava, ele atendia ao telefone chorando e suplicando para que seu pai viesse buscá-lo (trecho de relato de atendimento).

No nosso próximo encontro, Artur e Amanda estavam aliviados porque a criança não iria precisar realizar o procedimento cirúrgico naquele momento e eles poderiam, portanto, ir para casa. Artur brincou bastante, e Amanda interagiu com outras mães e também com os acolhedores.

O seguinte encontro se deu no ambulatório.

Amanda me disse que ele, antes de sair de casa, só ficava falando ‘cadê os umbus da moça da brinquedoteca?’; e ele trouxe. Disse também que ele ficava contando para os irmãos que o que ele mais gostava no hospital era a brinquedoteca (trecho de relato de atendimento).

A presença implicada da equipe que se deu no ambulatório e na enfermaria favorece o brincar e o estabelecimento de um vínculo reassegurador com os acolhedores, que se estende a uma relação com o hospital.

Considerações finais

No presente trabalho, mostramos a diversidade de processos possibilitados pelo ambiente do “Crianças e famílias”. O brincar pode se dar como atividade prazerosa ou como possibilidade de expressar e elaborar angústias ligadas à doença e à hospitalização, tal como descreve a maior parte dos trabalhos sobre o brincar com crianças hospitalizadas. Porém, diferentemente de outras intervenções, o espaço acolhe tanto as crianças quanto os seus familiares, tratando cada pessoa como um sujeito singular.

Também apresentamos que os acolhimentos no “Crianças e famílias” favorecem o que Figueiredo (2009) denomina de “fazer sentido”, pois percebemos que, quando as crianças e suas famílias se comunicam por meio

de falas, gestos e brincadeiras, estão elaborando e integrando aspectos da experiência de adoecimento que podem estar desconectados e desintegrados.

Os acolhimentos não deixam de considerar o protagonismo das crianças e das suas famílias no processo de adoecimento. Favorecem para que as informações diagnósticas e prognósticas circulem, tornando os envolvidos sujeitos do próprio processo. Com isso, percebe-se que perguntas como: “o que você veio fazer aqui no hospital?” e “o que a médica falou sobre você hoje?” são necessárias nesses tipos de intervenções.

A prática no “Crianças e famílias” faz pensar que a discussão sobre os sentidos do brincar na assistência às crianças hospitalizadas é ainda incipiente e que é preciso investir nisto. Neste relato, entretanto, centramo-nos na apresentação de experiências bem-sucedidas, pois optamos por destacar o potencial desta intervenção. Neste sentido, observamos sinais de fortalecimento psíquico não só para lidar com a situação da cirurgia e hospitalização, mas para refletir sobre os desdobramentos da experiência atual e, ainda, sobre os diversos aspectos da própria vida e a relação entre pais e filhos. Isto nos leva a defender que se trata de um dispositivo que, ao funcionar na enfermaria e no ambulatório, contribui para a construção de práticas humanizadas e integrais no ambiente hospitalar.

Referências bibliográficas

- ANGELI, Andréia A. C. et al. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. *Interface*, n. 40, v. 16, p. 261-272, 2012.
- BACKES, Dirce S. et al. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-am Enfermagem*, n. 14, v. 1, p. 132-135, 2006.
- BARROS, Lizandra A. F. *Qualidade de vida em crianças portadoras de cardiopatia congênita*. 2012. 87 p. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Faculdade de Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul.
- CARVALHO, Alysson M.; BEGNIS, Juliana G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, n. 11, v. 1, p. 109-117, 2006.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *As diversas faces do cuidar*. São Paulo: Escuta, 2009. 232p.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FRANÇANI, Giovana M. et al. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Revista Latino-am. Enfermagem*, v. 6, n. 5, p. 27-33, 1998.
- FURTADO, Maria Cândida C.; LIMA, Regina Aparecida G. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 33, v. 4, p. 364-369, 1999.
- HOLMES, Joshua. A model of intervention at a psychoanalytic parent/child drop-in group in a poor district of Lima, Peru. *Journal of Child Psychotherapy*, n. 1, p. 1-15, 2012.
- LEITE, Tânia Maria C.; SHIMO, Antonieta A. K. K. Uso do brincar no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 42, v. 2, p. 389-395, 2008.

- LEPRI, Patrícia Maria. A criança e a doença: da fantasia à realidade. *Revista SBPH*, v. 11, n. 2, p. 15-26, 2008.
- LIMA, Beatriz S. Casa da árvore, um lugar para brincar e conversar: uma proposta de atendimento coletivo para crianças de zero a doze anos em comunidades carentes do Rio de Janeiro e Niterói. *Estudos de psicanálise*, n. 33, p. 33-47, 2010.
- LIMA, Regina Aparecida G. et al. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 186-193, 2009.
- MAZA, Bibiana. *La casa de la familia: Una contribución psicoanalítica a la salud pública en el Perú*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009.
- MITRE, Rosa Maria A.; GOMES, Romeu. A Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 9, p. 147-154, 2004.
- MOTTA, Alessandra B.; ENUMO, Sônia Regina F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.
- MORETTO, Maria Livia T. *O que pode um analista no hospital?*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2002. 215p.
- OLIVEIRA, Lecilia D. B. et al. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 2, n. 19, p. 306-312, 2009.
- PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência e saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.
- ZAGALO, Maria G. A problemática social da criança com doença cardíaca. *Revista Saúde Infantil*, v. 3, n. 23, p. 17-22, 2001.

Notas

¹ Por motivos éticos este e todos os nomes envolvendo os usuários do projeto são fictícios.

² Os três espaços visam criar as condições necessárias para que o brincar, a palavra e a escuta aconteçam. A proposta da Casa Verde surgiu como um espaço para crianças pequenas acompanhadas de seus familiares, um lugar que serviria como preparação para o início da vida escolar. A Casa de la Familia e A Casa da Árvore tem vários pontos em comum: estão localizadas em bairros de baixa renda; funcionam vários turnos por semana, sob a condução de uma equipe de profissionais com formação psicanalítica. Por outro lado, diferenciam-se da proposta de Dolto, ao desenvolver adaptações para atender crianças mais velhas e também adolescentes e jovens (MAZA, 2009; LIMA, 2010).

Recebido em: 30/11/2014

Aprovado para publicação em: 10/12/2014