



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO: TERAPIA OCUPACIONAL

HELLEN DELCHOVA RABELO

**O significado da hospitalização para as crianças internadas no
Hospital Regional de Ceilândia**

BRASÍLIA
2012

HELLEN DELCHOVA RABELO

O significado da hospitalização para as crianças internadas no Hospital Regional de Ceilândia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade Federal de Brasília - UnB, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador(a): Prof(a). Josenaide Engracia do Santos

BRASILIA
2012

HELLEN DELCHOVA RABELO

O significado da hospitalização para as crianças internadas no Hospital Regional de Ceilândia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade Federal de Brasília - UnB, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora:

Prof.^a Josenaide Engracia do Santos
Universidade de Brasília

Prof.^a Sinara Zardo
Universidade de Brasília

Prof.^a Susy Rocha
Universidade de Brasília

Brasília, 18 de dezembro de 2012

**Dedico a minha mãe, responsável por tudo que sou,
ao meu pai, que ainda vive em minha memória,
e a minha família, que é meu referencial de amor e fé.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a dádiva do conhecimento e permitido que eu tivesse o privilégio de concluir esta etapa. Aos meus Pais, pois o que sou e conquistei é primeiramente mérito deles. De modo especial a minha mãe, minha incentivadora, minha inspiração e minha primeira professora.

A minha orientadora, professora Josenaide Engracia, sempre tão sábia, solícita e doce. Na sua simplicidade e genialidade, soube me conduzir e me ensinar com maestria. Sem você nada disso seria possível! Obrigada pela atenção, disponibilidade, afeto, carinho, aprendizado e tudo mais que me ofereceu durante este período.

A pediatria do Hospital de Ceilândia, especialmente a Doutora Carmen e a Enfermeira Arlete que me receberam tão bem, acolhendo minha ideia e confiando no meu trabalho. Agradeço a Terapeuta Ocupacional Caroline Jonas, minha professora-companheira, que me ajudou na entrada no HRC e tem sempre me ensinado muito.

A minha irmã Julie, pelo companherismo e risos de sempre! Cuidando e se preocupando comigo. A todos os meus familiares e amigos pela força, compreensão, carinho e incentivo.

A Universidade de Brasília que forneceu a fonte do meu conhecimento, proporcionando a abertura dos caminhos pelos quais eu vou trilhar. Tenho orgulho de representar esta instituição e esta é apenas a primeira etapa.

A todos os professores com os quais tive o privilégio de aprender ao longo deste tempo! Especialmente os da Terapia Ocupacional. Vocês são a base de tudo.

Aos meus pacientezinhos (e acompanhantes) que tive contato nesta pesquisa, obrigada por permitirem que eu entrasse na vida de vocês, obrigada por cada brincadeira. A todos os meus pequeninos, por todo afeto e sorrisos sinceros. É com vocês que eu quero aprender e ao bem estar de vocês dedicarei minha carreira.

RESUMO

Quando a criança é hospitalizada, depara-se com ambiente e pessoas estranhas, estando numa posição que lhe parece inexplicável e muitas vezes, traumática. O objetivo deste trabalho é compreender de que forma as crianças internadas no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) reagem ao processo de hospitalização. O estudo é qualitativo no qual foi utilizado o método etnográfico. Os instrumentos foram os diários de campo produzidos após a vivência na pediatria do HRC durante três meses e entrevistas semi estruturadas com o acompanhante da criança hospitalizada. A análise dos dados seguiu os eixos que a etnografia estabelece. O significado da hospitalização para criança vem carregado de sofrimento, cuja expressão há que ser percebida pela rotina hospitalar e pelos profissionais, definindo procedimentos. O sentido atribuído pelas crianças ao hospital requer estratégias de atenção de modo que o sofrimento possa ser amenizado ou superado. Percebeu-se também iniciativas dos acompanhantes, principalmente das mães, para minimizar o sofrimento. Este aprofundamento no campo da subjetividade é importante pois favorece uma intervenção humanizada por parte dos profissionais da saúde e novas formas de intervenção.

Palavras chave : Criança hospitalizada. Etnografia. Brincar

ABSTRACT

The meaning of hospitalization for children admitted to the Regional Hospital Ceilândia

When a child is hospitalized, faces environmental and strangers, being in a position that seems understandable and often traumatic. The objective of this work is understanding how children hospitalized at the Regional Hospital of Ceilândia (Hospital Regional de Ceilândia - HRC) react to the hospitalization process. The study is qualitative in which we used the ethnographic method. The instruments were field diaries produced after the experience in pediatrics at HRC for three months and semi-structured interviews with the companion of hospitalized children. Data analysis followed the axes that ethnography sets. The meaning of hospitalization for children is born of suffering, whose expression is to be perceived by the hospital routine and professionals, defining procedures. The meaning attributed by children to hospital strategies requires attention so that suffering can be mitigated or overcome. It was also perceived efforts of caregivers, mainly mothers, to minimize suffering. This deepening in the field of subjectivity is important because it promotes a humane intervention on the part of health professionals and new forms of intervention.

Keywords: Child hospitalized. Ethnography. Play

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
1.1 A INFÂNCIA	12
1.1.1 Breve histórico	12
1.1.2 A criança no Brasil	13
1.2 O BRINCAR	15
1.3 O BRINCAR NA HOSPITALIZAÇÃO	17
1.4 A BRINQUEDOTECA	17
1.4.1 A legislação	18
1.4.2 Os profissionais	18
1.5 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA	19
2 PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1 ABORDAGEM	20
2.2 TIPO DE ESTUDO	20
2.3 CRITÉRIOS ÉTICOS	22
2.4 CENÁRIO DA PESQUISA	22
2.5 SUJEITO	23
2.5.1 Critério de seleção	23
2.5.1 Entrevistas	24
2.5.2 Diários de campo	24
3 ANÁLISE DOS DADOS	25
4 REPERTÓRIO DOS ACOMPANHANTES A PARTIR DAS ENTREVISTAS: CONVERSA, CONVERSINHA, VAMOS TODOS CONVERSAR!	26
4.1 A ROTINA HOSPITALAR COMO FONTE DE ESTRESSE	26
4.1.1 Rotina hospitalar	27
4.1.2 Jaleco e Tecnologias de cuidado: recursos e instrumentos	28
4.2 CONTRAPONTO AO SOFRIMENTO E PRODUÇÃO DE NOVOS SENTIDOS: ELEMENTO RELACIONAL E ELEMENTO PRÁTICO	30
4.2.1 A figura da mãe: Elemento relacional	30
4.2.2 Familiarização do ambiente: Elemento prático	30
5 PRODUÇÃO DE SENTIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: ERA UMA VEZ NO HOSPITAL ...	31
5.1 UM “NÃO TÃO ESTRANHO” NO NINHO	32
5.2 COLORINDO A ENFERMARIA COM BOLHINHAS DE SABÃO	35
5.3 O HOLE PLAY: É HORA DE BRINCAR DE MÉDICO!	37
6 DISCUSSÃO	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
8 REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	50

INTRODUÇÃO

Curiosidade. De acordo com o dicionário Michaelis (2009) esta palavra significa “qualidade de curioso; desejo de desvendar, saber ou ver; indiscrição (...)” e é isso que motiva a busca por respostas. Ao longo da história da humanidade as soluções para os problemas sempre proveram de questionamentos baseados em curiosidade.

Curiosidade é o que move as crianças, com olhares e mãozinhas espertas, exploram o ambiente sem medo, desejosas de conhecer mais e descobrir o que o mundo lhes oferece. Adultos também são movidos por esta “força motriz”, a exemplo de Jean Piaget, importante estudioso do comportamento infantil. Ele foi curioso quanto notou que crianças da mesma faixa etária agiam de modo semelhante e quis se aprofundar: desenvolveu testes através dos quais chegou a conclusão que pensamento se desenvolve gradualmente. Piaget observou e realizou estudos em sua maioria baseados na observação de seus filhos (FONTANA e CRUZ, 1997).

E porque não dizer que o presente trabalho também foi desenvolvido de modo curioso? Uma curiosidade ambivalente: o adulto inserido no universo infantil para então compreender seu ponto de vista. É exatamente isso que propomos: conhecer, aprofundar, criar e compartilhar. Não de modo superficial, repetir mais do mesmo, mas o intento aqui foi ir além, por uma via diferente para compreender a percepção das crianças.

Quando alguém pensa em criança, muitas vezes é traçado de modo “automático” uma pequena pessoa que precisa ser amada, que deve estar longe de perigos e tristezas, ter condições de se desenvolver, estudar e brincar, estando assim numa posição na qual ela está protegida. Entretanto, as adversidades também chegam à vida dos pequeninos, eles também sofrem, e a hospitalização se faz uma adversidade marcante na vida de qualquer criança, muito embora toda proteção que lhe é ofertada pela família.

Estudos cujo objetivo é compreender o desenvolvimento da criança, sua forma de pensar, de ver e estar no mundo, seu modo de lidar com os adultos e com situações complexas e etc, tem sido realizado de forma significativa, por assim dizer.

Entretanto, nosso intuito é abordá-lo com sensibilidade, com aproximação e humanização.

Reichert (2008) aponta que a interação criança-ambiente marca positivamente ou negativamente as fases do desenvolvimento, comprometendo a formação do caráter, saúde física e psíquica. A integração dos pequenos ao meio é desafiadora e se diferencia de acordo com cada etapa, e nos momentos delicados é necessário que os cuidadores a entendam e a acolham. A mesma autora afirma que quando existem profundas dificuldades em determinada fase podem ocorrer fixações naquele estágio, que podem se configurar em sofrimento, distúrbios, psicopatologias e etc, que desequilibram o interior do sujeito.

Tendo por base estes conceitos de que a infância se configura como uma etapa de extrema importância para a consolidação da pessoa em todos os seus aspectos, podemos considerar a hospitalização como um evento traumático para a criança. Rossit e Kovacs (1998) descrevem diferentes prejuízos provocados e algumas concepções sobre a hospitalização, de acordo com a faixa etária da criança:

As crianças menores de três anos, mesmo capazes de comunicar suas necessidades, e tendo uma concepção irreal da hospitalização são mais suscetíveis a reagir com angústia: a) para os bebês, se os períodos de internação são consideravelmente longos ou repetitivos, a criança tende a apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com consequentes prejuízos futuros; b) para crianças de dois a três anos, a hospitalização é considerada como um abandono por parte dos pais; c) para as crianças maiores, os quadros mais frequentes são regressões nos setores de conduta, ou seja, voltar a chupar o dedo, enurese, depressão e ansiedade, tornando-se infelizes, chorosas, às vezes quietas, até sendo consideradas “boazinhas demais”, medo por pessoas que usam o “branco”, medo do escuro. (ROSSIT e KOVACS, 1998, p.59)

Reações desta natureza dependem em grande parte, do modo com o qual a família e os profissionais contornam e como lidam com os fatores de adaptação da criança. As equipes tem então o desafio de oferecer uma atenção integral a este pequeno paciente, com ênfase não somente aos cuidados biológicos, mas incluindo também cuidados psicológicos e sociais, materializado no universo da criança através do brincar.

Sabe-se que o brincar é a principal atividade da criança, sendo então substrato fundamental no processo do desenvolvimento cognitivo, físico, psicossocial e na consolidação de impulsos inconscientes. Pelo brincar a criança coloca suas impressões no mundo e se constrói como sujeito, conhecendo o outro e explorando novas possibilidades (TAKATORI, BOMTEMPO, BENETTON, 2001)

A criança hospitalizada se expressa e compreende por meio do brincar, pois neste espaço elas explicitam o que sentem e pensam sobre representações fomentadas ao longo processo de adoecimento e hospitalização (HANSEN, 2007, p.136). Para que haja reflexão sobre a hospitalização, é preciso conhecer a criança e saber como compreende, sente e como significa a hospitalização. O brincar é um meio pelo qual a criança pode expor suas incertezas, medos, anseios e etc.

As experiências que tive ao longo da graduação em aulas práticas na pediatria do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) me oportunizaram realizar junto às crianças atividades livres com brinquedos variados, histórias e o hole play (brincar de médico) indicado por Ajuriguerra (1989). Percebi então que as crianças expressavam vários comportamentos, fazendo pensar que o brincar é também uma das formas de expressão mais genuínas da criança.

A curiosidade então nos permitiu questionar, qual é a reação da criança diante do processo de hospitalização? O presente estudo tem como objetivo identificar o significado que as crianças atribuem aos profissionais de saúde. E também, refletir sobre o significado que as crianças atribuem aos procedimentos hospitalares e descrever o brincar da criança hospitalizada como um espaço de expressão.

Com esse objetivo, o problema de pesquisa que norteou este trabalho preocupou-se em compreender a hospitalização e seus efeitos na vida da criança a partir das práticas de cuidado dos profissionais, das tecnologias e como brincar se faz um meio de demonstração da sua subjetividade.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A INFÂNCIA

O que é ser criança? O que é a infância? Para algumas pessoas esta fase da vida é uma etapa de sonhos, por que não dizer colorida, não há sofrimento, dores, nem preocupações. Outras, as veem como vítimas, ou quem sabe como pessoas sem opinião sujeitas aos desejos e ordens dos adultos. Há também aqueles que percebem a criança como “mini adulto”, com responsabilidades e deveres. Entretanto, não se trata apenas de opiniões, estes são conceitos e percepções que foram construídas socialmente ao longo da história da humanidade.

1.1.1 Breve histórico

A preocupação com conceitos relacionados a criança, como ser com direitos, modo de pensar, necessidades e digno de respeito começou a existir a partir do século XVII. Antes, elas eram consideradas adultos em miniatura, o que podemos notar nas obras de arte que representam as crianças: o tamanho e as características são idênticas as de um adulto. A taxa de mortalidade infantil na época era muito elevada e isso era considerado normal, assim a duração da infância era limitada. Caso sobrevivesse mais de sete anos, ela era incluída nas atividades dos adultos. (FONTANA e CRUZ, 1997)

(...) À medida que a criança crescia, ela ia sendo incorporada a vida familiar. Fazia o que já tinha condições de realizar das tarefas adultas e ia aos poucos aprendendo a dinâmica da comunidade. As meninas aprendiam a cuidar da casa, cozinhar, lavar, passar, como as mães. Os meninos aprendiam a profissão que iriam ter como os pais, geralmente as mesmas deles, e iam aos poucos realizando as etapas do trabalho dependendo de suas condições. (SANTOS, 2001, p. 14)

De acordo com Rocha (2002) no século XIV, devido a religiosidade cristã, surge a ideia da criança mística ou criança anjo. Esta concepção e as relações de família vão se transformando.

A mudança cultural, influenciada por todas as transformações sociais, políticas e econômicas que a sociedade vem sofrendo, aponta para mudanças no interior da família e das relações estabelecidas entre pais e filhos. A criança passa a ser educada pela própria família, o que fez com que se despertasse um novo sentimento por ela. Ariès caracteriza esse momento como o surgimento do sentimento de infância (...) (ROCHA, 2002, p. 56)

Na Renascença, o pensamento humanista redefine a concepção de ser humano, assim a criança é um molde a ser trabalhado. Furlanetto (2008, p.2707) menciona Boto (2002, p.17) quando diz que “a criança é um ser que deverá ser regulado, adestrado, normalizado para o convívio social”. A criança ainda não estava preparada para a vida, para o trabalho e para as demais atividades que os adultos faziam, desse modo os pais possuíam o papel de além de educá-los também de lhes formar espiritualmente e moralmente. Nesse momento as escolas surgiram basicamente no sentido de também fornecer ensino deste mesmo cunho.

A partir daí, o sentimento e a ideia de infância começaram a tomar forma diferenciada e no século XVIII os filósofos começaram a perceber e referenciar a criança como ser pensante, por assim dizer.

Jean Jacques Rousseau (1712 – 1772) centraliza a questão da infância na educação, considerando-a como uma idade autônoma e dotada de características específicas, diversas das que são próprias da idade adulta (...) Rousseau foi praticamente o primeiro a considerar a criança enquanto tal, com idéias próprias, diferentes do adulto, e a partir dele intensificou-se a tendência a ver a educação a partir da criança, da sua natureza, dos seus instintos, das suas capacidades e tendências, em oposição aos padrões e normas impostos pela sociedade. (FURLANETTO, 2008, p.2709 e 2710)

Na modernidade, a criança começa a ter papel central no âmbito da família e da sociedade. Isto fortaleceu os laços entre adultos e crianças, pais e filhos. A partir de então, a criança é vista como um indivíduo social, dentro da coletividade, sendo da família a maior preocupação com sua saúde e com sua educação. Estes elementos influenciaram a mudança da relação social, conforme Rocha (2002).

Todavia, foi somente no século XX que o efetivo estudo da criança e da infância começou a ser engajado. Diversos teóricos começaram a se ater em pesquisar o desenvolvimento cognitivo e o comportamento infantil de modo profundo e específico.

1.1.2 A criança no Brasil

Segundo Alves (2007) a infância como distinta da idade adulta foi reconhecida tardiamente no Brasil. A alta mortalidade infantil durante o período colonial e a forma como as crianças eram aproximadas dos adultos, fez que o reconhecimento da infância como categoria específica acontecesse em meados do século XIX. O

mesmo autor faz uma síntese de como as crianças se inseriam nas brincadeiras no período escravocrata no Brasil:

Os meninos de engenho estavam sempre cercados de meninos-escravos, viviam soltos, com os meninos escravos exercendo o papel de *leva pancada*, nada mais do que uma reprodução, em escala menor, das relações de dominação no sistema de escravidão (...) Frequentemente os meninos escravos viravam bois de carro, cavalo de montaria, burros de liteiras, que eram os meios de transporte da época. Aqui temos um exemplo da relação brincadeira-cultura, sobretudo na função que tem a brincadeira de colocar a criança em contato com o mundo adulto, seus valores e normas. (Alves, 2007, p.8)

Além da influência africana, salientamos também a influência indígena para que a concepção de infância aqui se estabelecesse.

Fontana e Cruz (1997, p.8) apontam que no Brasil as principais pesquisas envolvendo o comportamento e os aspectos psicológicos da criança tiveram início no começo do século XX. As autoras citam como fatos marcantes a criação do laboratório de pedagogia experimental em 1914 onde se estudava as reações psicofísicas das crianças; em 1916 uma academia de pedagogos do Rio de Janeiro funda um laboratório de psicologia pedagógica. Alfred Binet foi o idealizador deste laboratório e através dele os testes psicológicos foram introduzidos.

A despeito das pesquisas no âmbito do universo infantil, nós podemos selecionar como o grande marco a Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990 a partir da qual foi estabelecido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e desde então as crianças e adolescentes são consideradas sujeitos de direitos, e em função de sua condição de desenvolvimento devem ter atenção especial do Estado, da família e da sociedade. Os artigos do estatuto visam a garantia dos direitos e deveres de crianças e adolescentes. Há políticas pertinentes à saúde, educação, adoção, tutela e questões relacionadas à prática de infrações. De acordo com este estatuto, a criança é a pessoa que possui até doze anos de idade incompletos e o 5º artigo reforça que

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990)

E ainda o 16º artigo garante às crianças o direito à liberdade, dentre diversos aspectos:

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

- I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;
- II - opinião e expressão;
- III - crença e culto religioso;
- IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;
- V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;
- VI - participar da vida política, na forma da lei;
- VII - buscar refúgio, auxílio e orientação. (BRASIL, 1990)

O parágrafo IV que diz respeito ao direito de brincar, praticar esportes e divertir-se, este é salientado neste trabalho. A partir dele, nos respaldamos para tomar o brincar não mais como uma atividade sem finalidade e importância, ou mera distração. Mas sim, como direito e como elemento essencial para o pleno desenvolvimento infantil.

Com o passar dos séculos, a visão de criança e o sentimento de infância foram sendo modificados. Hoje, especificamente no Brasil, o ECA é um importante documento que subsidia este sujeito que é respeitado e valorizado levando em conta sua fase de desenvolvimento e suas especificidades. Agora, não mais visto como “mini adulto”, a criança é vista na plenitude de sua infância e como tal, deve ser resguardado e valorizado seu direito de brincar.

1.2 O BRINCAR

O brincar é uma atividade dotada de uma significação social, que como outras, necessitam de aprendizagem. Segundo Fontana e Cruz (1997) para Piaget a criança não consegue suprir suas necessidades afetivas e intelectuais no processo adaptativo ao meio adulto. Desse modo, ela faz o jogo simbólico que funciona como uma linguagem interior que a permite reconfigurar acontecimentos significativos. Segundo Piaget a brincadeira não tem finalidade adaptativa, sua função consiste no fato de possibilitar a transformação do significado dos objetos e a criação de símbolos lúdicos próprios. A medida em que a criança amadurece cognitivamente a linguagem e a brincadeira evoluem gradativamente.

Na perspectiva de Vygotsky (2007) a brincadeira ocupa papel primordial para o desenvolvimento da criança, sendo este o meio pelo qual ela realiza os desejos não realizáveis. Quando a criança assume papéis na brincadeira ela se submete a regras e conduz sua ação de acordo com algum significado válido para ela. Isso a leva a tomar decisões e fazer escolhas conscientes pois ela atua não somente com os objetos mas existe também a dimensão da relação humana. Este autor enfatiza

que a brincadeira se modifica, amadurecendo ao longo das etapas do desenvolvimento da criança.

Para Zannella (1994), Vygotsky considera que o desenvolvimento e a aprendizagem inter-relacionam-se desde o nascimento da criança, isto é, a constituição do sujeito é um movimento dialético entre aprendizagem e desenvolvimento. Este é favorecido no brincar (ou brinquedo, como o autor coloca). “(...) no brinquedo, a criança sempre se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além de seu comportamento diário, no brinquedo é como se ela fosse maior do que ela é na realidade” conforme aponta citação de Leontiev (1988) feita por Fontana e Cruz (1997, p. 129). Para Vygotsky (p.122, 007) no brinquedo existem todas as tendências de desenvolvimento de modo condensado sendo este uma grande fonte de desenvolvimento.

Para a psicanálise o brincar da criança é mais do que um ato espontâneo, ele revela sua história e traz a tona conflitos interiores, sendo assim um importante meio de expressão. O brincar situa a criança no passado, presente e futuro, possibilitando que ela represente os conteúdos que a perturbaram podendo assim nomear e conhecer o mundo (MRECH, 1998). De acordo com Freud, quando a criança brinca ela pode experimentar o que quiser, sem obrigações ou limitações e pode ser tudo nesse faz de conta, estando o brincar assim relacionado ao princípio do prazer, oposto ao princípio da realidade.

Apesar de toda a emoção com que a criança catexiza seu mundo de brinquedo, ela o distingue da realidade e gosta de ligar seus objetos e situações imaginados às coisas visíveis e tangíveis do mundo real. Essa conexão é tudo o que diferencia o “brincar” do “fantasiar.” (FREUD, 1976, p.147)

Oliveira (2008) aponta a perspectiva winnicottiana acerca do brincar que é simultaneamente constituído e constituinte da pessoa, pois está sujeito ao desenvolvimento emocional mas paralelamente expande a experiência de viver da pessoa, que utiliza sua criatividade e seu verdadeiro *self* neste processo.

Para Winnicott o ato de brincar provém de uma necessidade e então abre espaço para construção de conceitos, assimilação de papéis, de funções, compreensão de vínculos afetivos, dentre outros. (SANTOS, MARQUES e PFEIFER, 2006)

Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde; o brincar conduz a relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida

como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (WINNICOTT, 1975, p. 63).

Partindo destas perspectivas teóricas, percebe-se que o brincar se configura como elemento essencial para o pleno desenvolvimento da criança, principalmente no que diz respeito ao contexto de hospitalização infantil.

1.3 O BRINCAR NA HOSPITALIZAÇÃO

A hospitalização impõe limitações a qualquer indivíduo e no caso da criança a limitação é significativa na sua vida. “Se uma criança não pode brincar, deveríamos nos preocupar tanto quanto ela se recusa a comer ou dormir” (HARTLEY e GOLDENSON, 1963, p.6) Assim, o brincar é necessário para a criança, sendo uma atividade que ela aprecia e através da qual ela se coloca como sujeito num encontro com o outro no mundo. É brincando que a criança constitui seu principal papel ocupacional.

O brincar é fundamental para a saúde física, psicológica e cognitiva e desenvolve habilidades para a vida, assim a criança doente encontra no brincar a oportunidade de expor sentimentos e aliviar tensões. Este espaço permite que ela compreenda melhor a sua situação. A introdução do brincar no âmbito hospitalar é baseada numa visão ampliada do ser humano, pois significa uma ampliação também das possibilidades terapêuticas proporcionadas por esta atividade, além do reconhecimento da influência positiva no processo de enfrentamento da doença. (GOLDENBERG, 2008)

As crianças hospitalizadas se expressam e compreendem por meio do brincar, pois neste espaço elas explicitam o que sentem e pensam sobre representações fomentadas ao longo processo de adoecimento e hospitalização (HANSEN, 2007, p.136). Muitos estudos são realizados no sentido de valorizar o brincar no âmbito da criança hospitalizada. Estes foram responsáveis para a construção de políticas e ações que beneficiam a criança, como a implantação da brinquedoteca hospitalar.

1.4 A BRINQUEDOTECA

A brinquedoteca é um espaço que tem por objetivo valorizar o brincar no âmbito hospitalar, ambiente estimulador onde a criança pode conviver, explorar e se expressar. A brinquedoteca hospitalar conforme Santos, Marques e Pfeifer (2006),

vem no intuito de resgatar a estimulação lúdica e de atenuar os efeitos negativos da hospitalização. Há também o resgate de seu papel ativo, onde ela pode contar sua própria história, fazer trocas, conviver com outras crianças, elaborar situações difíceis e estar em contato com seu objeto mais conhecido: o brinquedo. Todas as crianças possuem o direito de estar participando de atividades na brinquedoteca.

Goldenberg (2008, p.88) aponta que 100% dos entrevistados numa pesquisa realizada no ano de 2003 com profissionais, voluntários e frequentadores da Brinquedoteca do Seninha em São Paulo, afirmam que a brinquedoteca é fundamental porque facilita o tratamento; incentiva a vinda do paciente ao hospital; ameniza o sofrimento; acolhe e cuida das partes psicológica e emocional dos pacientes e acompanhantes; é o único lugar do hospital onde as crianças ficam felizes e é um espaço de resgate do equilíbrio tanto dos pacientes quanto das mães que por meio de oficinas, conseguem resgatar a serenidade.

1.4.1 A legislação

A lei 11.104 de 21 de março de 2005 implica a obrigatoriedade da inserção de brinquedotecas em qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação. Na mesma lei considera-se brinquedoteca, “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.” (BRASIL, 2005)

O 12º artigo do Estatuto da criança e do adolescente (ECA) prevê que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” (BRASIL, 1990)

Assim, percebe-se um esforço do ponto de vista legislativo para garantir uma atenção humanizada à criança hospitalizada, tanto no sentido de favorecer a continuidade do seu desenvolvimento quanto visando o cuidado e afeto que é oferecido pela permanência de um acompanhante em tempo integral.

1.4.2 Os profissionais

A equipe que cuida da criança possui um papel importante para o seu desenvolvimento e para a diminuição do estresse provocado pela hospitalização. Goldenberg (2008) menciona que os profissionais da brinquedoteca devem atuar em

conjunto de modo a englobar os diversos aspectos da vida da pessoa, configurando assim uma ação humanizada. Este é um espaço multidisciplinar, do qual profissionais das áreas de terapia ocupacional, pedagogia, psicologia, medicina, enfermagem e etc, devem se apropriar para conferir um atendimento integral a criança.

1.5 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À CRIANÇA

Desde o ano de 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde propõe uma prática integral no atendimento no âmbito da saúde. É fomentada a proposta de ampliar a clínica, por que sua vez implica fatores como:

ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde; compromisso com o sujeito e não só com a doença; reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem, dentre outras características. (BRASIL, p.55, 2008)

Estratégias que focam todas as dimensões do ser humano são baseadas na integralidade:

(...) abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. (BRASIL, p.63, 2008)

Ao lidar com a criança hospitalizada o resgate de sua dignidade e identidade está estruturado no modo com o qual a acolhemos, olhamos, tocamos e se brincamos com ela. Uma atitude humanizada é um importante balizador no processo de sofrimento gerado pela doença.

Nesse sentido, a entrada na esfera subjetiva da criança, proporcionada pelo brincar, permite uma aproximação e esta por sua vez, abre espaço para a compreensão. A partir daí, profissional e criança não são mais dois estranhos, eles agora se conhecem, se veem e se entendem.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. ABORDAGEM

A base fundamental deste trabalho é a fenomenologia, na qual a realidade é o compreendido, o interpretado e o comunicado. Não havendo uma só realidade, mas tantas quantas forem suas interpretações e comunicações, a realidade é *perspectival* (MACEDO, 2010), ou seja, é estudar tudo o que aparece, que se manifesta ou se revela por si mesmo.

Os tipos de questões respondidos pela fenomenologia são aqueles designados a extrair a essência das experiências. Querem compreender as percepções dos sujeitos e sobretudo, ressaltar o significado que os fenômenos têm para as pessoas.

É significativo que seja destacado que a percepção do fenômeno é sempre um processo de co-percepção, há uma região de co-percebidos. Sujeitos e fenômenos estão no mundo-vida com outros sujeitos, co-presenças que percebem fenômenos. (BICUDO, 1994)

Dessa forma, a co-participação em experiências abre espaço para compartilhamento de compreensões, percepções, conflitos, interpretações e etc. (MACEDO, 2010)

Esposito (1995) citado por Macedo (2010, p.20) diz que

O modo de investigação fenomenológico tem como objetivo fazer com que o ser ou a coisa interrogada se revele, sendo que as chaves para o acesso à compreensão não podem ser buscadas na manipulação e no controle mas sim, na participação e na abertura. (ESPOSITO, 1995, p.76)

A abordagem fenomenológica vem para enriquecer o estudo etnográfico a que se propõe a pesquisa. Conforme Moreira e Junior (2008), é possível e útil ao método fenomenológico incorporar instrumentos da etnografia que complementem as entrevistas.

2.2. TIPO DE ESTUDO

Em função do objetivo proposto, a investigação foi desenvolvida segundo um enfoque qualitativo orientado pela análise etnográfica. Conforme indicado por Spradley (1980), a abordagem neste método possibilita verificar como as pessoas vivem, quais

são suas crenças, valores e como elas atribuem significados às experiências que guiam seu modo de agir em relação a algo.

Diferente de outras pesquisas mais tradicionais sobre a hospitalização da criança, este estudo permitiu uma descrição da dinâmica e do processo de doença na perspectiva dos diversos atores envolvidos. Tem como um dos seus objetivos tentar colocar em evidência os elementos da hospitalização a partir do universo da criança e de seu cuidador.

A etnografia é considerada a metodologia mais apropriada por captar com mais detalhamento conteúdos que só podem ser percebidos após um determinado período de tempo com o grupo de estudo, no caso as crianças. A compreensão de conteúdos subjetivos depende de uma atenção voltada a detalhes que algumas vezes passam despercebidos quando o pesquisador não possui em sua metodologia respaldo e técnicas para observar dessa forma.

[...] a utilização de técnicas e procedimentos etnográficos não segue padrões rígidos ou pré-determinados, sendo que o etnógrafo desenvolve estes procedimentos a partir do trabalho de campo no contexto social da pesquisa, [...] [etnografia] compreende o estudo pela observação direta por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas. Nós observamos os modos como esses grupos sociais ou pessoas conduzem suas vidas com o objetivo de “revelar” o significado cotidiano, nos quais as pessoas agem. O objetivo é documentar, monitorar, encontrar o significado da ação. (MATTOS, 2000, p.1 e 2)

O estudo etnográfico consoante Braga (1988) é uma postura metodológica que se opõe aos modos tradicionais de manipular os problemas, sendo uma forma nova de apreender a realidade, sabendo que nenhuma delas consegue apreendê-la totalmente. O mesmo autor ainda afirma que deve ser considerado não só o que é visto e experimentado, como também o não explicitado, aquilo que é dado por suposto, ou seja, de uma colocação geral supostamente entendida, vai se subtraindo questionamentos até que tudo fique explícito.

Para que fosse possível a utilização da etnografia no estudo sobre o significado da hospitalização para criança, foram seguidos os critérios estabelecidos por Wolcott e resumidos por Firestone e Dowson (1981):

- 1) o problema é redescoberto no campo e assim o etnógrafo deve evitar definições rígidas e apriorísticas de hipótese, pois ao mergulhar na situação, o problema inicial da pesquisa deverá ser revisto e aprimorado, o que foi feito na experiência na pediatria do Hospital Regional de Ceilândia;

- 2) o pesquisador deve realizar a maior parte do trabalho de campo pessoalmente, pois a experiência direta com a situação em estudo permite um contato íntimo e pessoal com a realidade estudada;
- 3) o trabalho de campo deve permitir uma longa imersão na realidade para entender as regras, costumes e convenções que governam a vida do grupo estudado;
- 4) a abordagem combina vários métodos de coleta, sendo que os principais são a observação participante e a entrevista com informantes;
- 5) o relatório etnográfico apresenta uma grande quantidade de dados primários que permitem, além de descrições precisas da situação estudada, ilustrar a perspectiva dos participantes, isto é, a sua maneira de ver o mundo e a suas próprias ações.

2.3. CRITÉRIOS ÉTICOS

Esta pesquisa é fruto do projeto de conclusão de curso de Terapia ocupacional da Universidade de Brasília (UNB) realizada com as crianças internadas na enfermaria pediátrica do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). A pesquisadora leu juntamente com cada um dos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I) que foi assinado por eles posteriormente.

O projeto buscou seguir conforme Silva, Santos e Souza (2012), três cuidados essenciais da pesquisa qualitativa: aprovação pelo comitê de ética, anonimato e resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde (FEPECS), sob protocolo de número 622/2011 – CEP/SES/DF. (ANEXO II)

2.4. CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na enfermaria pediátrica do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), situado na cidade de Ceilândia que é uma Região Administrativa do Distrito Federal do Brasil localizada a 26 quilômetros do Plano Piloto de Brasília. Ceilândia surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Favelas – CEI que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas que aconteceu no Distrito Federal. Hoje possui uma área urbana de 29,10 Km² e população urbana estimada em 398.374 habitantes no ano de 2011 (DISTRITO FEDERAL, 2011).

O HRC é o hospital geral desta região administrativa e conta com ambulatorios de diversas especialidades: cardiologia geral, cardiologia pediátrica, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, climatério, ortopedia geral, ortopedia pediátrica, reprodução humana, pneumologia, fisiologia, dermatologia, alto-risco, pequena cirurgia, cirurgia geral, gastroenterologia, nutrição, endocrinologia e terapia ocupacional. Mensalmente são atendidas cerca de 25.000 pessoas na emergência 24 horas, na qual existem especialistas da clínica médica, ortopedia, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Há também as clínicas de internação, dentre elas a pediatria, na qual o horário de visita é de 15 às 16 horas nos dias de terça e quinta feira (DISTRITO FEDERAL, 2012). A faixa etária das crianças atendidas nesta ala do hospital é de 0 a 12 anos e 11 meses. A equipe da clínica pediátrica é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, pediatras e terapeuta ocupacional. No ano de 2006 a brinquedoteca foi inaugurada, é coordenada por uma terapeuta ocupacional e funciona durante a semana nos período matutino e vespertino. Atualmente uma pedagoga também atua neste local. Todas as crianças são incentivadas a participar das atividades na brinquedoteca, exceto as que permanecem em isolamento.

É importante salientar que durante o período desta pesquisa a brinquedoteca esteve fechada devido a reforma, sendo reaberta poucos meses após o término deste estudo.

2.5. SUJEITO

As crianças hospitalizadas e os seus acompanhantes.

2.5.1. Critério de seleção

O critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram crianças internadas na faixa etária de 2 aos 7 anos na enfermaria da pediatria do Hospital Regional de Ceilândia-DF. A idade foi definida com base na teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget. Desse modo, o presente estudo tem como critério de inclusão crianças no estágio pré-operacional, no qual a criança se torna mais imaginativa nas brincadeiras e reconhece que cada pessoa vê o mundo de modo singular e próprio (PAYNE, 2007). Apesar da escolha teórica por Piaget acredita-se que a criança é

muito maior do que as etapas nas quais elas se “enquadram” cronologicamente e cognitivamente. É importante ressaltar que o contato com a criança foi autorizado pelo responsável.

O critério de inclusão dos acompanhantes foi ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa.

2. 6. INSTRUMENTOS

2.6.1. Entrevistas

Foram realizadas 9 (nove) entrevistas com cuidadores. A entrevista é o recurso metodológico que permite aproximação mais subjetiva com o outro. Estas foram semi estruturadas e consistiram nas seguintes questões norteadoras: Como você acha que seu filho, sobrinho (criança em questão) tem vivenciado a hospitalização? Como ele tem brincado aqui durante este tempo (traz brinquedo de casa, não brinca)? Quais são os sentimentos que você acha que a criança tem em relação a doença e aos procedimentos que são feitos com ela. O que ela já comentou com você sobre isso?

Assim, a medida que o informante foi respondendo, a pesquisadora foi procurando pistas nas suas respostas que lhe permitissem formular novas questões e assim apreender de modo compreensivo o pensamento (ANGELO, 1996). Com a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido dos informantes, as entrevistas foram gravadas, visando garantir o máximo de fidedignidade dos discursos.

Uma criança teve como acompanhante a avó, outra o pai e as demais a acompanhante foi a mãe. Para manter o sigilo dos participantes, as entrevistas foram identificadas por cores (Rosa, azul, cinza, amarelo, roxo, laranja, verde, branco e vermelho).

2.6.2. Diários de campo

Na segunda fase da pesquisa foi realizada a observação participante. Contamos a nosso favor o fato da pesquisadora ter afinidade com a pediatria para não dizer paixão e amor, assim a mesma não teve dificuldades em entrar em contato com elas, ou melhor, as dificuldades apresentadas estavam relacionadas basicamente a rotina hospitalar. Obstáculo superável e registrado em diário de campo. Considerando-

se o limite restrito desta investigação, não se pretendeu utilizar todos os passos da etnografia, por ser muito ampla e fugir da proposta deste estudo. A observação participante com a presença da pesquisadora na pediatria do HRC ocorreu semanalmente por 4 horas, durante 3 meses (março, abril e maio de 2012), totalizando aproximadamente 50 horas. As crianças foram identificadas por elementos próprios da infância no grau diminutivo (Borboletinha, Palhacinho, Abelhinha, Moranguinho, Laranjinha, Florzinha, Princesinha, Pombinha, Indiozinho, Soldadinho, Belinha) com objetivo de transmitir sutileza e sensibilidade que devem envolver o contato com a criança.

3. ANÁLISE DOS DADOS

O projeto seguiu três etapas para sua concretização conforme Lüdke e André (1986): A primeira etapa foi a exploração que envolveu o estabelecimento de contatos para a entrada no campo no qual foram realizadas as primeiras observações com a finalidade de adquirir maior conhecimento sobre o fenômeno e possibilitar a seleção de aspectos que foram investigados.

A segunda etapa consistiu na busca sistemática dos dados mais importantes para compreensão através da interação verbal e não verbal. Os dados coletados vislumbraram novos rumos como previstos por Lüdke e André (1986), que afirmam que tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a subsequente coleta de dados. Na terceira etapa temos a descoberta propriamente dita, na qual tentamos explicar toda a realidade em conexão com explicações teóricas.

O processo de análise seguiu o estabelecido por Spradley (1979), primeiro a análise de domínios com as anotações gerais obtidas das entrevistas. Um domínio representa uma categoria simbólica do significado. Estes domínios foram identificados como afirma Spradley (1979):

- domínios populares: a descrição é feita na linguagem das pessoas; domínios mistos: utiliza parte das palavras dos informantes e um termo analítico é selecionado para completar o domínio; domínios analíticos: quando muitos dos significados permanecem tácitos e se infere sobre o que as pessoas fazem, dizem e os instrumentos que elas usam.

Outro aspecto da análise utilizada foi a construção das taxonomias. Os dados foram organizados seguindo uma hierarquia para conduzir a análise com profundidade e conforme Spradley (1979), demonstrar a organização interna de um domínio. Esta análise foi a componencial na qual buscamos de forma sistemática atributos do significado.

No processo sistemático e organizado a análise seguiu os seguintes passos: coleta e documentação de dados; identificação de descrições de componentes; classificação dos dados; análise contextual e de padrões: consistência e credibilidade dos dados a partir dos eixos temáticos; e por fim a fase mais refinada de análise e síntese dos dados. Realizamos a análise fenomenológica das entrevistas e a análise do diário de campo, e finalmente, cruzamos estas duas análises para uma discussão final dos resultados.

4. REPERTÓRIO DOS ACOMPANHANTES A PARTIR DAS ENTREVISTAS: CONVERSA, CONVERSINHA, VAMOS TODOS CONVERSAR!

Foi realizada a codificação das entrevistas. Estas foram gravadas e transcritas na íntegra, posteriormente, passou-se à fase de leitura dos discursos para apreensão dos significados contidos no texto, o que resultou no agrupamento de informações, na medida em que são destacadas palavras, frases e formas dos informantes pensarem e agirem.

Para validar o que foi exposto foram usados trechos transcritos das entrevistas, o que dá veracidade ao estudo. Identificou-se o significado que as crianças atribuem à hospitalização e o papel da mãe diante deste contexto; o significado atribuído aos profissionais de saúde e aos procedimentos hospitalares. Subdividimos estes elementos em dois eixos: A rotina hospitalar e o contraponto ao sofrimento.

4.1. ROTINA HOSPITALAR E TECNOLOGIAS COMO FONTE DE ESTRESSE

O sentido produzido trouxe como um dos eixos a compreensão das crianças quanto ao processo de hospitalização sob o olhar dos acompanhantes. As imagens representadas remeteram a rotina hospitalar, jaleco e tecnologias.

4.1.1. Rotina hospitalar

A rotina e o ambiente hospitalar foram citados como elementos que contribuem para o aumento do estresse psicológico que a criança sofre. Na narrativa o informante faz referência à rotina médica que é muito agressiva:

“(...) principalmente de manhã é assim, aquela equipe aquele monte de médico ela assusta. É uma forma muito agressiva”. (ROSA)

“(...) Nossa, chorou muito, muito, muito (...) e teve que furar duas vezes, assim ela chorou muito, muito. Ficou muito assustada (...)” (ROSA)

“Quando ele tá assim cansado ele chora, começa a chorar” (AZUL)

Percebe-se aqui que a mãe coloca o sofrimento de modo intensificado, demonstrando que sob sua perspectiva, de fato o estresse psicológico que seu filho vivencia no processo de hospitalização é profundo. O “show” mencionado revela a expressão clara deste sofrimento.

De acordo com Oliveira et al (2005) “na maior parte do tempo de hospitalização, a criança fica restringida ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas e que para ela trazem mais dor e sofrimento.”

“Ela tá melhor mas só que tem horas que ela fica muito nervosa, começa a esperniar, chorar... Fica bastante nervosa mesmo (...) todos os dias. Ela sempre faz um “show”, chama muita atenção (...) ela chama bastante atenção.” (LARANJADO).

Oliveira (2009, p.307) faz referência à Blanco (1999), Chiattonne (2003) e Melo (2002) quando coloca o ambiente hospitalar como desconhecido para a criança, como o horário e cardápio para as refeições; uma cama na qual não está acostumada a dormir; roupas diferentes; banheiro comunitário e falta de privacidade. Estas condições hospitalares podem gerar uma despersonalização do paciente e dificultar no enfrentamento da doença.

4.1.2. Jaleco e Tecnologias de cuidado: recursos e instrumentos

O uso do jaleco serviu para marcar a diferenciação de reação da criança diante da figura do profissional de saúde.

“Em relação ao jaleco branco também quando ele chega (...) ela assusta quando um médico chega, uma enfermeira chega.” (ROSA)

González e González (2002, p.346) apontam que “a doença fará surgir na vida da criança um personagem com o qual deverá estabelecer novas relações: o médico.” Partindo disto, nota-se que a criança quando vê jaleco branco, reage instantaneamente diante dele, não obstante o profissional (médico, enfermeira, nutricionista e etc) que nem sempre vai intervir de modo doloroso. Debom (2009) afirma que o temor e o medo dos estranhos tende a aumentar na criança doente, que se encontra mais sensível aos eventos que ocorrem, e o fato de estar rodeado de médicos e enfermeiras de jaleco branco aumenta esta tensão. Ocorre então a associação entre a visão do jaleco e a subsequente dor, ou seja, isto é um estímulo condicionado: o jaleco é um estímulo que repetidas vezes foi associado a dor e desconforto e por esse motivo provoca uma resposta específica.

“É daquele jeito que você viu. Ele chora. Ele já tem medo né? Ele acha estranho. Ainda mais depois de ontem, quando ele vê os médicos ele já fica assustado. Tadinho.” (VERDE)

De acordo com Mead (1934), o comportamento não responde diretamente à ação do outro, mas envolve uma resposta às intenções dos outros, não somente a sua presença. Essas intenções são expressas por gestos, que se tornam símbolos possíveis de ser interpretados.

“(…) no começo as meninas nem triscavam nele, só em colocar o soro aí, a medicação no soro ele já começava a chorar.” (ROXO)

As experiências passadas marcam a memória da criança que já sofre ao mínimo contato com o profissional de saúde, “prevendo” algo pior. Os

procedimentos médicos invasivos são dolorosos e esta dor é representada pelas agulhas, soro, cortes, medicações que ardem na pele e outros procedimentos que geram desconforto, inclusive para o adulto. Imagens, cheiros e sons diferentes próprios do hospital se fazem ameaçadores e confusos para as crianças. (OLIVEIRA, DANTAS e FONSÊCA, 2005, p.39)

“Até mesmo o médico chega conversa, a enfermeira “Não neném não vai doer, é só botar o termômetro aqui debaixo do bracinho.” Ela assusta, e chora, e briga e não quer de jeito nenhum (...) quando o médico veio escutar o peitinho dela, ela no início ficou meio assim mas deixou, agora ela tá mais calma (...) Então pra colocar o soro, os medicamentos até mesmo pra aferir a temperatura, tudo é muito difícil porque ela não tinha costume, não conhecia nada disso.” (ROSA)

“No começo ele estava tipo meio traumatizado porque não podia ver uma injeção, aí ele começava a chorar. Agora ele já está aceitando já. As enfermeiras vem, ele fica normal. Mas no começo ele não podia ver uma que começava a chorar, porque ele levou muita injeção, umas oito injeções. Ficou tipo com trauma.” (CINZA)

“As vezes se cansa (de brincar), e para. Mas hoje ela tá mais esperta, porque ela fica pouco tempo desse jeito. Porque ela sente dor... como está com o dreno.” (AMARELO)

“É, ela brinca menos aqui né. Porque tem que ficar correndo atrás dela por causa do soro.” (LARANJADO)

Oliveira, Dantas e Fonsêca (2005) fazem referência a uma revisão bibliográfica na área de internação hospitalar infantil na qual se constatou que entre os aspectos mais frequentemente abordados nos trabalhos, encontra-se a experiência de pacientes no manejo de procedimentos médicos invasivos, considerando ser este um importante estressor presente no tratamento de crianças hospitalizadas.

4. 2. CONTRAPONTO AO SOFRIMENTO E PRODUÇÃO DE NOVOS SENTIDOS: ELEMENTO RELACIONAL E ELEMENTO PRÁTICO

4.2.1. A figura da mãe: Elemento relacional

Foi identificado nas entrevistas que a presença de diálogo e interação com a mãe interfere na reação da criança, que se sente segura de que aquele procedimento embora doloroso, trará benefícios futuros.

“Ela fala que quer ir embora mas a gente conversou com ela que é por causa da saúde dela e tem que tomar remédio, e ela “É mãe, é melhor ficar aqui mesmo”. Ela entende.” (BRANCO)

“Ela já tá começando a acostumar né? Também ela tá melhorando, hoje mesmo ela não ficou brava quando a equipe chegou e hoje tinha muito mais médicos. Ela brincou, sorriu o tempo todo... agora ela tá mais calma.” (ROSA)

“(...) já está acostumando, já tá reconhecendo (...) Eu acho que é a tranquilidade que eu passo pra ele, de estar sempre perto dele. Fico o tempo todo com ele (...) Antes eu não podia arredar o pé. Hoje eu já consigo, vou ali, vou ao banheiro.”(ROXO)

“Ela não quer que eu saia pra lugar nenhum (...) Ela não quer que eu saia do hospital. Hoje era pra eu estar em casa porque eu dormi aqui. O pai dela veio, ela não quis de jeito nenhum ficar com ele. “Quero minha mãe” (BRANCO)

Contudo, podemos inferir que esta compreensão é questionável, pois é possível que ela não tenha abstraído de fato as benéncias futuras que a internação vai proporcionar, mas a confiança no que a mãe diz a deixa segura e mais tranquila.

4.2.2. Familiarização do ambiente: Elemento prático

Esta categoria está relacionada a busca de um ajuste do universo hospitalar com o doméstico, os acompanhantes na hospitalização utilizam múltiplas estratégias para lidar com rotina hospitalar que impõe normas e regras. Os informantes

procuraram proporcionar à criança um menor estranhamento ao hospital utilizando elementos familiares pra ela.

As estratégias como traços pessoais:

“E assim, a gente tá tentando de toda forma pra melhorar o ambiente, trazendo umas coisinhas, coisas que não pode mesmo né, comida, frutinha, as coisinhas pra ela porque até mesmo depois que agente começou a trazer as coisas de fora ela tá comendo melhor, balinha mesmo que ela gosta, a gente sempre faz uma coisinha pra poder melhorar o dia pra ela. (...)É a mochilinha, com as coisas dela (...) Mais familiar né, mais agradável (ROSA)”

Percebe-se que não obstante as regras nutricionais da instituição, a mãe deseja que a filha tenha um dia melhor, segundo ela. Degustar um doce, uma bala que seja, aqui se faz um ato importante quando se torna o elo da criança hospitalizada com os elementos próprios da infância, que praticamente não aparecem no contexto hospitalar.

“Tem, eu trago brinquedos pra ela brincar, tem boneca.” (LARANJADO)

A relação do brinquedo com o pequeno paciente também se faz marcante pois o brinquedo é por excelência o objeto que a criança mais conhece. Desse modo quando este elemento se encontra ao seu alcance ela se sente mais segura, menos distante e entende que não é tudo tão estranho ali.

As atividades das mães na assistência segundo Collet (2004) estão relacionadas àqueles cuidados realizados em casa, como tarefas básicas da mãe, parecendo uma continuação e/ou extensão para o hospital de sua prática diária no lar.

5. PRODUÇÃO DE SENTIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: ERA UMA VEZ NO HOSPITAL ...

Os elementos a serem trabalhados a seguir são fruto de três meses de uma presença intensa no HRC tendo como estratégia principal o brincar junto à criança. Aqui relataremos e discutiremos aspectos pesquisados tendo como recorte principal

a expressão da criança a partir do brincar. Os trechos a seguir são escritos em primeira pessoa, pois é fruto de uma vivência singular da pesquisadora.

5.1. UM “NÃO TÃO ESTRANHO” NO NINHO

A minha afeição por crianças é algo intrínseco e pessoal. As experiências que pude ter ao longo da graduação, especificamente na pediatria, fizeram com que eu me autorizasse no cotidiano infantil de modo lúdico e pudesse me aproximar da expressão dos sentimentos e aspirações das crianças dentro do universo hospitalar. Pela experiência concreta e intuitiva, eu me descubro um ser não tão estranho às crianças porque a expressão delas me condiciona inteiramente, mesmo que com o jaleco branco.

O jaleco, já um velho conhecido das crianças e acompanhantes, chama a atenção quando chega. Como se esperassem algo daquele que entra, seja para fazer algum procedimento, seja para dar uma notícia ou apenas para lhe oferecer um sorriso. Quando entro na enfermaria percebo uma busca por sorrisos. As minhas atitudes, o meu modo de estar ali, os meus “recursos” se fizeram diferentes dos demais profissionais, isto parece ser traduzido para a criança em: “Não vou te machucar” e o resultado é uma plantação de risos e inúmeros pedidos subentendidos para uma boa brincadeira.

O menino mostra um papel colorido e se esconde atrás, eu retribuo observando, o “procurando” atrás do papel e é claro, sorrindo. O garoto se diverte fazendo daquilo um momento ímpar de prazer. Na enfermaria algo interessante acontece: quando alguém ri os demais também o fazem. Sinto minha vida-corpo-alma integralmente disponível às crianças, me vejo como um “jaleco sorridente” que recebe toda a atenção das crianças e das mães que não entendem muito meu papel ali, só observando e sorrindo. É praticamente impossível a não interação entre nós e o clima fica mais leve e mais confortável, embora minha presença aparentemente sem sentido.

Sinto-me realmente ligada ao universo infantil. O meu coração experimenta diante desses laços, um sentimento cada vez mais de pertença. Esta nova relação estabelecida comigo e com os membros das enfermarias foi se tornando mais familiar ao longo do tempo e o estranhamento, por assim dizer, de ter alguém

diferente ali, foi diminuindo e tudo ficou mais natural, tanto pra mim quanto para as crianças que com o passar do tempo foram me reconhecendo e eu a elas.

Voltei na mesma enfermaria a qual visitei dias atrás. Quando surgiu na janela de vidro, a “Borboletinha” já me reconheceu e apontou para o potinho que lhe dei de presente da última vez. É, se lembrou da “tia” que sorriu e que brincou de bolhas de sabão com ela. Engraçado que eu não esperava que se lembraria tão facilmente. Talvez porque essa figura que proporciona riso, uma sensação diferente da que ela vivenciou ao longo destes dias de internação tenha de fato marcado a memória da sorridente borboletinha.

A TV ligada, como de praxe e as demais crianças dormiam, exceto o pequeno “Palhacinho” que depois de alguns minutos observando atentamente o meu intuito foi se aproximando aos poucos e mostrando sua carinha, numa forma camuflada de dizer “Ei, estou aqui, brinca comigo também”. O grupo de estudantes de medicina aparece na janela de vidro e a mãe do “Palhacinho” chama “Vem pra cá (leito) pra eles te verem e irmos embora.” Daí eu completei “Faz cara de feliz pra eles verem que você está bem.” Os residentes entram e eu saio para evitar que a enfermaria fique muito cheia. De fora pelo vidro, observo os rostinhos indefesos, sem entender muito o que se passa. O “Palhacinho” observa atentamente o grupo passar pelo leito dos coleguinhas, até que enfim chega sua vez: ele olha, faz de conta que não está vendo, finge se distrair enquanto a dezena de estudantes observa o relato do caso clínico. Enquanto o grupo de futuros médicos está lá, a “Borboletinha” fica me olhando pelo vidro, esperando minha volta. Até que a mãe a pega no colo e leva na porta ao meu encontro. E brincamos mais uma vez.

O grupo de médicos sai e eu volto. “Ele já tá bem melhor!”, a mãe do “Palhacinho” me diz contente, e eu respondo “Você sabe o que foi né? As bolhas de sabão mágicas que eu joguei naquela hora.” Eles riem sem entender a simbologia feita acerca do bem estar proporcionado pelo brincar. Ela me diz que desde o dia que ele internara (três dias atrás) aquela era a primeira vez que o menino brincava, talvez por isso quando ele percebeu brincadeira no quarto já foi imediatamente em sua busca, como quem tem sede de algo.

Com o passar do tempo e com o desenvolver do vínculo ia mostrando o meu arsenal de brinquedos que estava na bolsa. Eles se sentiam surpresos a cada coisinha que tirava da minha “cartola” ao ponto de ele (Palhacinho) ir lá, abrir e procurar algo novo para brincar. A relação com o universo da criança me causa a

mais forte emoção, sentimento que suscita a beleza e cria a intervenção. Realmente não sou tão estranha assim. A criança se expressa junto comigo porque me percebe como pertencente ao seu universo. Eu represento o brincar, um pouco do seu desenvolvimento, seu agente social e sua harmonia.

Mais tarde na enfermaria ao lado, as crianças do quarto ao me verem brincar, se aglomeram ao meu redor, inclusive o “Palhacinho” que me viu retornar e me seguiu. Por medida de segurança não é permitido que crianças de outra enfermaria fiquem em outra diferente. Ele só entrou, sorriu, brincou um tempinho, verificou de novo minha bolsa, brincou de novo e com dor no coração tive que levá-lo de volta. E ainda assim, de vez em quando ele aparecia na porta, desejoso de uma boa brincadeira, mas infelizmente não era possível. Os pequeninos sentem com a própria sensibilidade e me capturam por entender que eu faço parte do seu universo, não sou um procedimento, sou aquela que realiza quase secretamente maravilhas.

Fizemos “amiguinhos balões” com características deles, depois com os dedoches contei a história de um passarinho que havia se machucado e a Doutora “Abelhinha” havia cuidado dele. Sua mãe já havia me relatado as crises de choro que “Abelhinha” tinha na hora dos procedimentos a ponto de terem que fechar a porta e mobilizar uma equipe para conter o nervosismo da menina. Esta descrita pela mãe em nada se parecia com a tranquila e sorridente menina que brincava de médico com o estetoscópio de brinquedo em volta do pescoço.

As mães também percebiam minha presença de modo diferente, como evidenciado a seguir:

Uma mãe que estava no quarto me perguntou se eu era enfermeira daí expliquei pra ela que eu era da terapia ocupacional. “Ah, você vem aqui trazer alegria né?”, disse ela. “Eu vim brincar! Quem não gosta de brincar não é?”, respondi. “Ninguém veio até hoje fazer isso aqui!”, respondeu. Percebo como as mães ficam sensíveis neste processo também. Como alguém quem vem valorizar a criança enquanto criança é importante pra elas. A brinquedoteca do hospital estava em reforma durante os meses em que realizei a pesquisa, isso justifica a falta relatada pela mãe.

E a volta pra casa se torna uma alegria que eu posso compartilhar também:

Já sem a tala e o soro, a primeira coisa que eu ouço quando chego é a melhor das novidades que se pode esperar: A alta! Naquela mesma manhã ela voltaria para casa e já estava toda preparada para ir. Os brinquedos antes

enfileirados no leito, agora estavam nas sacolas. Era hora de ir brincar em casa. Mas como aguardava o médico que lhe daria o passaporte para casa, pude aproveitar os minutos e lhe oferecer o que eu tinha: os brinquedos.

“Pombinha” me perguntou “O que mais tem aí?”, minha bolsa mais uma vez se tornou uma caixa de surpresas. Mostrei a ela os dedoches de animais, daí começamos a imitar juntas os sons que cada um deles fazia “Au, au! Miau! Glup, glup!”. “Eu gostei disso!”, disse ela se referindo aos brinquedos que eu havia lhe dado.

Quando estava indo embora eu ouço um “Ei!”, olhei pra trás e lá estava uma menininha que eu havia brincado na semana anterior. “Você aqui de novo?”, ela perguntou sorrindo. Eu respondi que sim. “E você já foi pra casa?”, perguntei. A mãe respondeu que era só retorno. “Tá brincando muito em casa?”, “Tô”. Depois de trocar algumas palavras com a menininha, fui embora contente estar sendo lembrada pelos meus pequeninos.

Entendo que com o passar do tempo eles se “acostumam” com a falta de estímulo e qualquer coisa que oferecemos seja uma bolha de sabão, um sorriso, um gesto de afeto, seja qualquer coisa que não medicamentos, exames, seringas, as crianças já agradecem em forma de sorriso. Importante frisar também que ao mesmo tempo em que elas são influenciadas com minha presença, eu também fui influenciada o tempo todo com o que vivenciava, estando integralmente ali junto delas. Gostaria de dar tanto quanto recebo e não paro de receber. Ganhei um pouco mais de ingenuidade e da inocência. Lembro de Winnicott quando o mesmo diz que o cuidado infantil tem a ver com devoção e não com jeito ou esclarecimento intelectual.

5.2. COLORINDO A ENFERMARIA COM BOLHINHAS DE SABÃO

Ao longo da pesquisa, me apropriei de um recurso simples que se fez objeto de intensa exploração no convívio com os pequeninos hospitalizados: as bolhas de sabão.

Pego o solta bolhas e em segundos a enfermaria deixa de ser branca e se torna colorida de bolhas de sabão. “Borboletinha” no colo da mãe e “Palhacinho” com o carrinho na mão esquecem o mundo e adentram em cada bolhinha, como que de dentro delas fosse sair um tesouro.

Fazer, criar e inventar exigem uma unidade de concepção, de direção e de responsabilidade. Reconheço esta evidência. Uma atitude alegre, de afeto, somada a “mágica” das bolhas de sabão, proporcionam mudanças visíveis e imediatas no comportamento da criança:

A “Moranguinho” estava chorosa e triste. A mãe colocou a pequena sentada e de cara, já utilizei meu recurso mais eficaz: as bolhas de sabão. A mudança na fisionomia dela indo do choro para o riso foi instantânea. As bolhas fizeram a menina esquecer porque estava triste. O quarto ficou repleto de cores e por vezes, as bolhas tocavam o rosto da menina, fazendo-a rir, como se fosse um gesto de carinho, um toque suave que a fez lembrar de rir, embora a dor. As bolhas simbolizam a fantasia, o sonho, a alegria de brincar e estas hoje, se fizeram meu único recurso. Sem outros brinquedos, sem histórias, só bolhas.

O colega do lado, o “Laranjinha” estava no colo da mãe e se interessou pela mágica trazida pelas bolhas também. Os dois juntos começaram a persegui-las. Por fim, quando acenei um “tchau” a “Moranguinho” não me correspondeu. Ela respondeu com o dedinho “não”, querendo que eu e as bolhas ficássemos. Mas como minha ida era inevitável, fui embora. Minutos depois olhando pelo vidro percebi que a menina ficou inquieta novamente, como se tivesse voltado a realidade.

“Belinha” e “Florzinha” brincaram com o estetoscópio, com as seringuinhas, mas o que as fascinou mesmo foram as bolhas. Quanto mais eu soprava, mais elas queriam, chegando ao ponto de o brinquedo quebrar devido ao uso repetitivo. A mãe chamou “Florzinha” pra tomar banho e ela responde “Eu quero brincar!”. Percebo que mesmo após ter obtido o material útil para a pesquisa, parece que minha presença ali estabelece um compromisso com as crianças de não ir embora até que a brincadeira se esgote, que canse. Quando anunciei minha saída a elas, uma começou a chorar, pedindo mais bolhas. Eu fui, mas o brinquedo teve que ficar.

Enquanto brincávamos, a TV ligada do meu lado passou a não existir e o mundo da criança girava em torno dos brinquedos e das bolhas de sabão que encheram o ambiente da enfermaria. Não me canso de contemplar a beleza da criança e da

infância ainda que dentro de um hospital. Mesmo que o esforço para compreendê-lo fique sempre desproporcionado, vejo as possibilidades e a plasticidade da criança.

5.3. O HOLE PLAY: É HORA DE BRINCAR DE MÉDICO!

Ao unir a fala da mãe e o comportamento demonstrado por “Borboletinha”, compreendi a relação direta entre o que ela expressa na brincadeira e a situação que ela vivenciou tempos atrás:

Ofereci os brinquedinhos de médico à “Borboletinha”, que se interessou e utilizou os materiais para cuidar do balão que tinha o rosto desenhado de caneta. Eu disse “Cuida dele, está dodói”, ela deu injeção, ouviu o coração e passou o remédio. Mas quando simulei uma injeção com o brinquedo em seu punho que antes estava com o soro e agora estava inchado, ela não permitiu, retirou a mãozinha como um mecanismo de defesa. Enquanto brincava com ela, conversava com a mãe que relatou o quanto a borboletinha estava bem se comparada a semana anterior, na qual estava desinteressada dos brinquedos, apática e visivelmente triste. A mãe comentou que ela tinha sofrido muito para furar e fazer o acesso ao soro, e a borboletinha chorava e se desesperava em todas as tentativas de furar sua mãozinha.

A seringa extraiu reações diferenciadas de acordo com as experiências de cada criança, como verificamos no trecho a seguir, onde “Princesinha” coloca a seringa na boca:

“Princesinha” estava em pé tomando remédio com uma seringa (via oral). “Tem gosto de que?”, perguntei a ela, “De nada” respondeu a corajosa princesa terminando com o remédio e colocando a seringa vazia em cima da mesa. “E dói?”, “Dói não”, respondeu. Perguntei se ela gostava de brincar, ela disse que sim mas que não havia levado nenhum brinquedo. Ela sorriu quando lhe mostrei minha boneca e disse que eu tinha ouvido falar que ela era doutora e que me mandaram lá pra ela cuidar do “bebê”. Pegou a seringa e deu remédio na boca da boneca, idêntico ao que ela acabava de fazer. Ouviu o coração e cuidou dela enquanto eu conversava com a mãe, que relatou a ótima reação da menina que estava internada há quatro dias. Peguei a seringa de brinquedo e perguntei a ela se doía furar, ela disse que sim e quando perguntei me mostrou no bracinho onde tinham furado ela.

Brincamos com os dedoches de animais e eu conduzi uma história onde o passarinho tinha ficado dodói. A “Princesinha” pegou a seringa de brinquedo e novamente deu o remédio para o passarinho na boca. Ela me ajudou a terminar a historinha: Disse a ela que ele estava bem agora e por que?, ela respondeu “Porque ele tomou remédio!”

Em contraponto, a reação de “Florzinha” demonstrou conteúdos de sua experiência, distinta de “Princesinha”:

Contei para a “Florzinha” a história do cachorro e gato doentes e que elas teriam que cuidar, ela deu injeção atrás do gatinho, onde seria o “bumbum”. Quando disse que ele estava dodói ela já sugeriu dar remédio.

O brincar é a possibilidade de lidar com o outro e consigo mesmo de forma criativa, sem aprisionamento de sentidos. O “espaço potencial” do brincar de médico é a transicionalidade para construir relações objetais com mediação simbólica, repleta de inovações e também dizem respeito ao sofrimento que elas enfrentaram em experiências anteriores, como “Abelhinha”:

Comecei pegando a boneca de “Abelhinha” que estava em cima da cama e dando os materiais de médico para que ela cuidasse da sua pequena paciente (boneca). Ainda brincando de médica, pedi que ela cuidasse de mim, pois estava dodói. Ela o fez: pegou a seringinha, apertando com força no meu punho e ouviu meu coração. Perguntei se já estava boa, ela disse que não e em seguida fez mais procedimentos e aí sim, disse que eu estava bem.

Peguei os dedoches e contei pro “Soldadinho” a história da tartaruga que tinha se machucado e da gatinha que foi visitá-la. Surpreendi-me quando ele começou a me ajudar a contar a história, fazendo as falas da tartaruga doente. Daí perguntei o que precisávamos dar a ela, que estava dodói, o menino me respondeu: “Brinquedo!” Este momento foi simbólico e ao mesmo tempo literal: um menino hospitalizado me diz que um enfermo precisa de brinquedo. Eu, surpresa, pergunto “E o remédio?”, daí ele completou, “É, e o remédio também”. Em seguida peguei o palhaço de plástico, que estava “quente” (o “Soldadinho” completou: Com febre!) e tinha ido procurar o doutor (que era a criança). Dei a ele o estetoscópio, injeção e tudo mais. Ele cuidou do palhacinho e deu uma injeção que segundo ele, não doía.

Dei a “Pombinha” uma boneca e instrumentos de médica, de início ela já soube manusear, deu remédio para o “bebê” (boneca) e ouviu o coração. Disse a ela para

dar injeção. “Dói?”, perguntei, “Dói!” respondeu ela balançando a cabeça afirmativamente. “Eu sou médica!” disse ela com a fala ainda imatura e embolada. “Deixa eu ouvir seu coração?” pediu ela, e eu abaixei para que ela ouvisse com o estetoscópio de brinquedo.

Outro dia, a enfermaria estava incomum. Tinha somente uma criança, quando normalmente teriam oito ou nove. Curiosa com o fato, perguntei à mãe o motivo e ela disse que o médico havia mandado isolar o menino, pois não se sabia qual era a patologia que o acometia. Isolamento requer medidas de proteção, logo, tive que entrar de máscara, situação no mínimo nova pra mim. Quando entrei, o “Indiozinho” estava entretido com o vídeo game, chamei, pedi atenção, conversei, mas nada tão eficaz quanto os brinquedos: quando mostrei a ele os instrumentos de médico ele imediatamente colocou o game do lado e me abriu o espaço que eu precisava, o espaço da brincadeira. Perguntei a ele sobre a máscara, ele disse que não achava feio não. Daí eu disse a ele que estávamos daquele jeito (eu também usava uma) porque era uma festa de máscaras.

Como a idade dele era de cinco anos, determinados tipos de brincadeira já não lhe interessava mais, levei então os brinquedos de médico e disse que alguém tinha me dito que ele era doutor e eu estava dodói por isso precisava que ele cuidasse de mim. Ele negou, disse que não era médico. Daí eu falei que eu seria a médica então, quando coloquei o estetoscópio de brinquedo no pescoço, ele botou as mãozinhas no rosto e disse “Não! Não!”, repentina e curiosa reação, haja vista que o tempo todo ele se mostrou uma criança muito tranquila em relação aos profissionais de saúde. Fato comprovado também no relato da mãe. Mostrei os outros instrumentos: seringa, curativo, remédio e martelinho. E ele disse “Injeção na bunda não!”, “E aqui?” (perguntei mostrando o braço), “Também não!”, “Mas dói ou não dói?” ele respondeu: “Dói não!”.

A cada brinquedo, ele pedia para que eu fosse buscar na bolsa um brinquedo novo, demonstrando grande interesse em brincar. Mostrei a ele o palhacinho e ele me diz que o palhacinho está doente e que precisava de médico, solicitou então os instrumentos, colocou o estetoscópio no pescoço e começou a cuidar do “paciente”. Ouviu o coração, deu remédio e depois começou a cortar do palhacinho com o bisturi de brinquedo. “Ele morreu”, disse pra mim, mostrando que a ideia da morte já fazia parte do contexto da vida do pequeno Indiozinho.

6. DISCUSSÃO

O temor é natural no cotidiano das crianças hospitalizadas, que convivem com o desconforto de estar no papel de doente, situações vivenciadas principalmente na observação participante. A pesquisa sinalizou que a rotina hospitalar, os procedimentos, a presença de pessoas “estranhas” e a frieza da estrutura do hospital podem desestruturar e desorganizar a criança. O procedimento hospitalar remete aos instrumentos de tortura, contudo diante do panorama de frieza da hospitalização, os acompanhantes, em destaque as mães, buscam reproduzir o ambiente familiar e social da casa nas enfermarias. Dias (2003), afirma que nenhuma criança consegue se tornar uma pessoa real se não estiver envolvida pelos cuidados de um ambiente que lhe sustente e facilite os processos de amadurecimento emocional. (BARBOSA et al, 2010)

A função da “mãe boa” no âmbito da enfermaria pediátrica pode ser verificada, quando esta além de traduzir expressões, choros e angústias não faladas, ela organiza e torna o “novo” ambiente algo mais próximo ao que a criança reconhece no intuito de suprir suas necessidades. De acordo com Winnicott (1983), o cuidado materno é que vai fomentar um bom desenvolvimento emocional da criança.

Outro aspecto a ser destacado é quanto a inserção da pesquisadora na enfermaria, que teve a colaboração da mãe ao entender que isto de algum modo poderia minimizar o sofrimento do filho. A pesquisadora vestida como o “jaleco sorridente” ao entrar na enfermaria oferece brinquedos e se aproxima da subjetividade da criança, desejando um contato mais profundo comparado ao que é de praxe. Desse modo, produz sentidos que para a mãe podem ser fatores positivos para a recuperação da saúde de seu filho internado.

Personificar o “jaleco sorridente” implica dizer que a minha vocação e afeto somados ao (re)conhecimento que se estabeleceu entre nós (pesquisadora-criança) fez com que eu me tornasse alguém familiar, com quem a criança se depara e se identifica. Isso foi percebido com as lembranças relatadas por eles nos retornos, os sorrisos recebidos como *feedback*, a negação no momento de ir embora, a curiosidade em conhecer meus “materiais de trabalho”, fazendo minha bolsa de brinquedos ser como a cartola de um mágico, da qual saem coisas fantásticas a

todo momento. E para criança, nada mais fantástico do que brincar, esta atividade se constituiu como o elo substancial entre nós. “É possível trabalhar com crianças sem saber brincar, sem nunca ter brincado?” (KRAMER, 2007, p.16), verificamos que não, pois a plenitude do brincar proporcionado ao longo deste estudo demonstrou que este abre a possibilidade do diálogo da criança com o mundo externo, com os adultos, mais especificamente, com o hospital, com a dor e com o medo.

Quando brincamos de médico, fizemos a inversão dos papéis: nesta nova circunstância imaginária, a criança não é mais o paciente, ela possuía o poder, a decisão, os materiais e procedimentos. Além de propiciar a expressão do sofrimento, percebe-se que eles expressam também o reconhecimento dos procedimentos; associam a melhora aos remédios e ao tratamento; compreendem a função específica de alguns instrumentos (seringa, estetoscópio e etc); e trazem a tona significados importantes, como a ideia da morte que já faz parte do universo de algumas crianças. Oliveira (2008) coloca que a brincadeira simbólica gera envolvimento na capacidade de elaboração das imagens armazenadas, “a brincadeira simbólica aproxima-se do sonho.” O mesmo autor menciona que este tipo de brincadeira contém uma carga emocional tão profunda de mecanismos inconscientes que combate o estresse e resgata fatores de auto recuperação.

A hospitalização é de fato um evento que produz limitações físicas (como a tala que estabiliza o acesso do soro na mão, máscaras, esparadrapos pelo corpo), sociais (ausência na escola, falta dos objetos pessoais) e psicológicas (afastamento da família, dos amigos e do brincar). Entretanto, concordamos com Merleau-Ponty que “não vê na criança um ser, fraco ou falho, mas entende que o mundo da criança é afetado por instabilidades, incoerências.” (apud SOUZA e ROJAS, 2010). Assim, vitimizar a criança hospitalizada é um equívoco, pois quando debruçamos na realidade vivenciada por elas, após cada procedimento, cada corte, curativo, medicação, exame e etc, percebemos que passar por estas fases confere a estas crianças muito embora denominada paciente, um papel muito maior. “As pessoas adultas nunca entendem nada sozinhas e é cansativo para as crianças sempre lhes dar explicações” (SAINT-EXUPÉRY, p. 8, 2001). A forma poética e sensível que o autor define “ser criança” nos faz refletir e a partir do momento que a concebemos assim, como alguém capaz, de modo diferente dos adultos, mas que possui sua singularidade, imaginação, desejos e expectativas, nós a deslocamos a posição de

“coitadinha” e a percebemos como sujeito dotados de força, autonomia e singularidades.

[...] imaginou como seria sua irmãzinha quando no futuro, se transformasse em uma mulher adulta e como conservaria, com o avançar dos anos, o coração simples e afetuoso da infância; e como reuniria em torno de si outras crianças e deixaria os olhos delas brilhantes e atentos a muitas histórias estranhas [...] e como compartilharia as suas pequenas tristezas e as suas simples alegrias, recordando-se de sua própria infância e de seus felizes dias de verão. (CARROL, p.152, 2000)

A beleza e a singularidade da infância foram aspectos percebidos e considerados ao longo de todo estudo, cada conversa, cada história e cada momento de brincar, se constituiu não somente como espaço de pesquisa, mas foi intensamente explorado e vivenciado. Adentrar na esfera subjetiva de uma criança não é tarefa fácil, contudo, o “coração simples e afetuoso” que elas possuem permitiu que eu me tornasse alguém no mundo delas. As “pequenas alegrias” proporcionadas ao longo da experiência na pediatria foram relevantes e acredito que fizeram diferença no processo de enfrentamento da doença, sendo a sensibilidade, o afeto, o cuidado e a atenção ferramentas úteis no âmbito da saúde. “O profissional da saúde é como um solista de orquestra, que embora fazendo parte da mesma, precisa ter melodia e ritmos próprios para mostrar o esplendor de sua temática melódica” (LARANJEIRA, 2002). Penso que aproximação com os pequeninos me tornou parte da orquestra.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na medida em que o significado da hospitalização se caracteriza para as crianças a partir dos seus acompanhantes e do brincar, vão sendo pensadas práticas que envolvam mais os profissionais de saúde, bem como a necessidade de um espaço que quebre o rigor e a neutralidade do hospital, na qual a humanização possa ser o centro.

Neste estudo, verificamos que a hospitalização caracteriza-se principalmente por estresse devido a rotina hospitalar, a representação do jaleco e a tecnologia que estão imersos na subjetividade. Isto reforça os resultados já divulgados em pesquisas nesta área, nas quais o hospital ainda se faz um lugar de desorganização emocional.

Nas entrevistas com os acompanhantes pedimos para que eles falassem sobre a hospitalização e o que pensam sobre a criança. Incomodamos as pessoas, fizemos com que algumas reabrissem feridas já quase cicatrizadas, mas oferecemos a elas a oportunidade de contar a sua “história triste” (GOFFMAN, 1987), de ser a voz da criança no hospital.

Descrevemos o espaço do brincar nos diários de campo, local de materialização da subjetividade da criança, na qual ela pôde expressar seus sentimentos relacionados à hospitalização. Para Mitre (2004, p.148), “o brincar é uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis.”.

O hospital é um ambiente estranho, que produz significados para a criança e que não devem ser desconsiderados, ao contrário, esta compreensão deve ser ferramenta útil na atuação clínica. Crianças hospitalizadas se encontram em risco e devem ser atendidas e tratadas como tal, de modo que o sofrimento seja minimizado o quanto possível. Neste sentido, uma política que valorize estratégias de informação para família, presença de terapeutas ocupacionais, pedagogos e psicólogos torna o hospital menos doloroso. É necessário mais do que teorizar, analisar e quantificar os benefícios, é preciso implementá-los de modo a envolver a criança de forma solidaria, integral e afetiva.

REFERÊNCIAS

- AJURIGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil. São Paulo. Masson, 1983.
- ALVES, A. M. P. **A história dos jogos e a constituição da cultura lúdica.** Disponível em <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1203/1018>> Acesso em 22 de dezembro de 2012
- ANGELO, M. Análise de dados qualitativos. São Paulo: EEUSP, 1996 (mimeografado).
- BARBOSA, F. A.; MACHADO, L. D. F. V.; SOUZA, L. V.; COMIN, F. S. **Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas.** Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 33, 2010, p.28-49. Disponível em <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1470/1312>> . Acesso em 9 de outubro de 2012
- BICUDO, M. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, M. A.; ESPÓSITO, V. H. (Org.) **Pesquisa qualitativa em educação: enfoque fenomenológico.** Piracicaba. Unimep, 1994. p. 15-22
- BRAGA, C. M. L. A etnografia como recurso metodológico na análise sociológica. **Ci. Cult.**, v.40, n.10, 1988, p.957-66.
- BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13/07/1990.** Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos.
- BRASIL. **Lei nº 11.104 de 21/03/2005.** Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** . 4. ed. Brasília, DF : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BOTO, C. O desencantamento da criança: entre a Renascença e o Século das Luzes. In: FREITAS, M. C.; KUHLMANN, J. R. M. (orgs.) **Os Intelectuais na história da infância.** São Paulo: Cortez, 2002, p. 11-60
- CARROL, L. **Alice no país das maravilhas.** São Paulo: 2000. Disponível em <<http://drikamath.files.wordpress.com/2011/02/alice-no-pac3ads-das-maravilhas.pdf>> Acesso em 9 de outubro de 2012

COLLET, N. e ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2004, vol.12, n.2 [citado 2012-10-22], pp. 191-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200007&lng=pt&nrm=iso>.

DEBOM, C. S.; WAISCHUNNG, C. D.; JAEGER, F.; SERRATTE, P. M.; MAZONI, C. G. **Medo infantil: A saúde mental da criança hospitalizada – um dever de todos**. Disponível em <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/534.pdf>> Acesso em 1 de outubro de 2012

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) **Pesquisa Distrital por amostra de domicílios, Ceilândia, 2010/2011**. Disponível em <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000472.pdf>> Acesso em 1 de outubro de 2012

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regional de Saúde de Ceilândia. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8097> Acesso em 1 de outubro de 2012

FERLAND, F. O brincar e a criança. In: _____. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. Ed. 3. São Paulo: Roca, 2006. p.2-17

FIRESTONE, W. A.; DOWSON, J.A. **To Ethnograph or not to ethnograph Varieties of qualitative research in education**. Research for Better Schools. Philadelphia, Pen., 1981

FONTANA, R.; CRUZ, N. A psicologia na escola. In: _____. **Psicologia e trabalho pedagógico**. São Paulo: Atual, 1997, p. 3-10

FORTUNA, T. R. Brincar, viver e aprender: Educação e Ludicidade no hospital. In: VIEGAS, D. (org). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. 2ª ed. 2008. p.33-44

FREUD, S. Escritores criativos e devaneios. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 147-158.

FURLANETTO, B. H. Da infância sem valor à infância de direitos: diferentes construções conceituais de infância ao longo do tempo histórico. In: _____. **Infância em pauta: um estudo histórico sobre as concepções de infância presentes nas canções e na formação de professores**. 2006. Dissertação (Mestrado em educação) - Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/892_632.pdf>. Acesso em 2 de outubro de 2012

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1987.

GOLDENBERG, M. A importância da humanização do hospital: Brinquedotecas terapêuticas – Instituto Ayrton Senna. In: VIEGAS, D. (org). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. 2ª ed. 2008. P. 85-89

GONZÁLEZ, E.; GONZÁLEZ, C. Classes hospitalares. In: GONZÁLEZ, E. **Necessidades educacionais especiais específicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.344.369.

HANSEN, J. et al . O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da Psicologia Evolucionista. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2007 . Disponível em:<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de outubro de 2011

HARTLEY, R. E.; GOLDENSON, R. M. **The complete book of children's play**. Nova York: Crowell. 1963

KRAMER, S.. A infância e singularidade. In: BRASIL. **Ensino Fundamental de nove anos – orientações para inclusão de crianças de seis anos de idade**. Brasília. MEC/SEC, 2007.

LARANJEIRA, M. S. Desumanização hospitalar no atendimento à criança e à sua família. In: VIEGAS, D. (org). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. 2ª ed. 2008. p.33-44

LEONTIEV, A. Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar. In: VYGOTSKY, LURIA, LEONTIEV. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone\Edusp, 1988.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, R. S. In: _____. Etnopesquisa Crítica, Etonopesquisa-formação. Ed. 2. Brasília. Editora Liber Livro. 2010.

MATTOS, C. L. G. D. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. UERJ, 2000. p. 1-20

MEAD, G. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro; v. 9, n. 1, 2004

MICHAELIS. Dicionário de português online. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=curiosidade>> . Acesso em 12 de setembro de 2012

MOREIRA, V e CAVALCANTE JUNIOR, F. S. O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico(pato)logia e a contribuição da etnografia. **Estud. pesqui. psicol. [online]**. 2008, vol.8, n.2. Disponível em. Acesso em 12 de novembro de 2012.

MRECH, L. M. Além do sentido e do significado: A concepção psicanalítica da criança e do brincar. In: KISHIMOTO, K. M. (org). **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Cengage Learning. 1998.

OLIVEIRA, G. F. D.; DANTAS, F. D. C.; FONSÊCA, P. N. D. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Trabalho apresentado no 5º Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, São Paulo. 2005

OLIVEIRA, L. D. B.; GABARRA, L. M.; MARCON, C.; SILVA, J. L. C.; MACCHIAVERNI, J. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** n. 19, v. 2, 2009. p. 306-312

OLIVEIRA, V. B. D. O lúdico na realidade hospitalar. In: VIEGAS, D. (org). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. 2ª ed. 2008. p.27-32

PAYNE, V. G. Desenvolvimentos cognitivo e motor. In: _____. **Desenvolvimento motor humano: uma abordagem vitalícia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007. p. 26-40.

REICHERT, E. **Infância: A idade sagrada**. Porto Alegre: Ed. Vale do ser, 2008

ROCHA, R. D. C. L. História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes. *Analecta*. Paraná v. 3 n. 2 p. 51-63. 2002. Disponível em <http://www.cepetin.com.br/pdf/a_historia_da_infancia.pdf> Acesso 22 de dezembro de 2012

ROSSIT, R. A. S.; KOVACS, A. C. T. B. Intervenção essencial de terapia ocupacional em enfermagem pediátrica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 7, São Carlos, 1998.

SAINT-EXUPÉRY, A. D. **O Pequeno Príncipe**. 48 ed. Rio de Janeiro: Agir, 2001.

SANTOS, C. A.; MARQUES, E. M.; PFEIFER, L. I. A brinquedoteca sob a visão da terapia ocupacional: diferentes contextos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.14, n.2, 2006

SANTOS, M. C. D. **A compreensão de ser criança na contemporaneidade brasileira – A família, a sociedade e a escola**. 2001. 37 f. Monografia (Graduação em pedagogia) Universidade da Amazônia, Belém, Pará. 2001. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/SER_CRIANCA.pdf> . Acesso em 2 de outubro de 2012

SILVA C. B.; SANTOS. J. E. S.; SOUZA R. C. Estratégia de Apoio em Saúde Mental aos Agentes Comunitários de Saúde de Salvador–BA. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.1, p.153-160, 2012

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. Forth Worth: Hancourt Brace Jovanovich College, 1979

SOUZA, M. N. G. G. D. S.; ROJAS, J. S. O brincar uma percepção. **Revista Rascunhos Culturais**, n.2, v.1, 2010, p. 289 – 300

TAKATORI, M.; BOMTEMPO, E.; BENETTON, M. J. O brincar e a criança com deficiência física: A construção inicial de uma história em terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.9, n.2, p. 91-105, 2001.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

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

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p.107-124

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes. 1984

ZANELLA, Andréa Vieira. Zona de desenvolvimento proximal: análise teórica de um conceito em algumas situações variadas. **Temas psicol. [online]**. 1994, vol.2, n.2 [citado 2012-10-22], pp. 97-110. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-389X

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: O significado da hospitalização: Perspectivas das crianças internadas no hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal. Desenvolvido por Hellen Delchova Rabelo orientada por Josenaide Engracia dos Santos

O objetivo desta pesquisa é: Compreender os significados que as crianças hospitalizadas no HRC atribuem ao processo de hospitalização.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de Hospital Regional de Ceilândia na data combinada com um tempo estimado para sua realização: 50 minutos . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Josenaide Engracia dos Santos, na Universidade de Brasília telefone: (61)xxxx xxxx, no horário: das 8 às 17 hs. Maiores informações pelo telefone (61)xxxx xxxx.

Este termo de consentimento foi elaborado em duas vias sendo um delas do sujeito da pesquisa e outro do pesquisador.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável- Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO II



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 047/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 622/2011 – O SIGNIFICADO DA HOSPITALIZAÇÃO: PERSPECTIVAS DAS CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 16/02/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 16 de fevereiro de 2012.

Atenciosamente,


 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL/CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE