

EXPRESSÃO LÚDICA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS¹

Hilda Rosa Capelão AVOGLIA²

Monique GIANELLI³

Francisca Yana SOUZA⁴

ABSTRACT

From playful observations it was characterized playing of preschool children hospitalized in accordance with Ocampo et al (1990). The experience showed that playful expression of these children presented peculiar behaviors, considering the context in which they were inserted.

Keys words: psychology hospital, preschool children, playful expression.

INTRODUÇÃO

O brincar, inserido no contexto hospitalar, aparece como recurso facilitador, auxiliando a criança a adaptar-se a essa nova situação. Nesta, a criança fica fragilizada, pois perde parte de suas referências cotidianas, como a escola e a família, o que provoca, medo, angústias e culpa. A partir dessa perspectiva, o presente estudo buscou caracterizar o brincar de crianças de 3 a 5 anos hospitalizadas.

1. O brincar no desenvolvimento infantil

Para a criança de três anos, a atividade lúdica não se ajusta a planejamentos anteriores, pois é espontânea, ou seja, a criança passa de uma atividade para outra com facilidade. O sentido de realidade ainda é restrito, sendo a funcionalidade dos objetos determinada subjetivamente, ou seja, para a criança de três anos é possível que, em sua brincadeira, os carros andem no ar (OCAMPO et al, 1990).

Nessa fase, a vida imaginativa da criança está em trabalho constante. Nos jogos de fantasia, a brincadeira se desenvolve a partir das atividades imitativas e criativas que as crianças utilizam para desenvolver as histórias imaginárias. Dessa maneira, as crianças têm diferentes sensações no que se refere ao mundo de faz-de-conta que desenvolvem

¹ Trabalho apresentado no Congresso 7º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: intervenções em Psicologia da Saúde. Porto / Portugal, 2008.

² Psicóloga, Doutora em Psicologia pela USP e Diretora e Docente do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: hilda.avoglia@metodista.br

³ Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo, Especialização em Psicologia Hospitalar.

⁴ Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo, Especialização em Gestão de Pessoas em Psicologia Organizacional na Universidade Metodista de São Paulo.

juntos. Nessa idade, começa a se acentuar, mais do que antes, as diferenças de sexo, especialmente no que se refere à escolha dos brinquedos (GESEL, 1989).

Trowell (1992) afirma que a criança de três anos quando brinca, cria um mundo de faz-de-conta, repleto de mitos e lendas, como se tivesse um pé na realidade e outro na fantasia.

Durante o processo de hospitalização esse mundo de fantasias tem extrema importância, pois é por meio dele que as crianças irão representar e vivenciar os seus medos, angústias e ansiedades geradas em virtude do contexto hospitalar em que estão inseridas.

O crescimento e o desenvolvimento da criança de quatro anos se faz por meio de jogos de imaginação e todo tipo de fantasia e faz-de-conta. As crianças dessa idade são criativas, cheias de imaginação e vivacidade. Adoram brincar de fingir ser outra pessoa, chegando de fato a se vestirem como tal, imitando seus comportamentos. Nessa idade sentem necessidade de explorar diferentes personagens para desenvolverem a maneira como elas se identificam com outras pessoas, torçam por personagens e são atraídas por histórias, desenhos, músicas e canções (MILLER, 1992).

Nesta fase, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança desenvolve a capacidade mental e há uma maior organização da sua consciência, fatores que determinam certas situações psíquicas estruturantes da sua personalidade, que chegam ao seu auge durante a etapa fálica do desenvolvimento, ou seja, a fase do Complexo de Édipo (BRENER, 1987).

Winnicott (1975), Arfouilloux (1976), e mais recentemente Oliveira (2000), afirmam que o prazer que a criança experimenta ao brincar é o seu aspecto mais manifesto. Geralmente, a atividade lúdica gera excitação, provocando sinais de alegria e risos, além de promover o relaxamento sobre situações de tensão, de desconforto ou de esforço. Por causar tal relaxamento, o brincar favorece a emergência de novas idéias, utilizando a criatividade para combinar conteúdos e dinâmicas conscientes e inconscientes.

Nesse sentido, Winnicott (1975) afirma que crianças brincam por diversos motivos: por prazer, para exprimir a agressividade, para dominar a angústia, para aumentar sua experiência e para estabelecer contatos sociais.

Em estudo realizado com objetivo de investigar o brinquedo como facilitador na identificação das vivências de crianças no período pré-cirúrgico, Amadio (1999) cita Safra (1984), ao afirmar que as diferentes formas de jogo da criança expressam os desejos inconscientes e são um meio de representar e refletir sobre os conflitos existentes. A agressividade expressa por algumas brincadeiras pode ser necessária à criança, pois

auxilia na superação da crise que atravessa em sua organização edipiana, ajudando a identificar e controlar impulsos vindos de fantasias agressivas, conforme Arfouilloux (1976). Portanto, como complementa Oliveira (2000), ao brincar a criança evidencia sua agressividade, possibilitando uma recuperação e restituição da imagem que tem de si mesma e do outro.

O brinquedo também pode ser uma maneira de representação e comunicação, pois, apesar de existirem brinquedos solitários, há outros que permitem que a criança estabeleça relações com outras pessoas, adultas ou crianças. Esta representação pode ser do mundo exterior, referindo-se àquela que a criança faz de si mesma, ou do seu mundo interior, que ela projeta nos temas de seus brinquedos (ARFOILLOUX, 1976; OLIVEIRA, 2000).

As brincadeiras são relacionadas ao ambiente diário da criança e à medida que esse contexto muda, como no caso da hospitalização, mudam-se também as brincadeiras. Assim, entendemos que se constitui em uma estratégia significativa para o desenvolvimento psicoafetivo mais saudável da criança, possibilitando sua interação consigo mesma e com o meio social.

2. O brincar no contexto hospitalar

A hospitalização durante a infância pode se constituir numa situação estressante tanto para a criança quanto para a sua família, provocando problemas importantes e complexos que desencadeiam experiências potencialmente traumáticas. Nesse caso é necessário considerar a internação como um fator desencadeante de emoções e sentimentos dolorosos, constituindo-se, assim, numa situação impactante que provoca diferentes gestos, movimentos e sentimentos contraditórios. Tudo isso porque muitas vezes, a doença se manifesta de forma violenta interrompendo uma situação harmoniosa e provocando uma ruptura.

Nigro (2004), afirma que a hospitalização provoca rupturas, perdas e separações, pois o paciente se separa do seu ambiente familiar, da sua rotina e dos seus interesses imediatos. Assim, a perda dessas referências que o definiam, abala o sentimento de identidade do indivíduo, gerando assim, um processo conhecido como despersonalização, no qual a identidade do paciente é substituída pelo seu diagnóstico. Aragão e Azevedo (2001) ao realizarem um estudo buscando caracterizar a preferência de recursos e atividades lúdicas de acordo com faixas etárias, investigam a efetividade desses recursos no atendimento a crianças hospitalizadas e citam Sagguese; Maciel (1997) e Gaetan

(1997) ao afirmar que, em se tratando de hospitalização infantil, muitos aspectos são estranhos ao paciente, como por exemplo, as pessoas que vão cuidar dele, a sua doença e o próprio ambiente hospitalar que pode ser hostil, tenso, ameaçador e com procedimentos invasivos.

De acordo com esses autores, a maneira como a doença e a hospitalização são vivenciadas pode influenciar no surgimento de dificuldades relacionadas à capacidade de adaptação da criança. Tosta (1997) complementa essa idéia ao acrescentar que os elementos que proporcionam um suporte para a criança, ao serem rompidos podem desencadear um comprometimento do seu desenvolvimento global.

As situações mais freqüentes e angustiantes observadas nos pacientes hospitalizados, principalmente nas crianças são: o medo do abandono, o medo do desconhecido, a entrada no hospital e o tempo de internação. O medo do abandono surge como consequência da realidade que a criança passa a vivenciar, incluindo a ausência da sua família, o que faz com que as fantasias de abandono se tornem cada vez mais presentes e angustiantes, transformando essa experiência numa situação traumática. Essas considerações nos remetem ao impacto que a internação tem sobre o psiquismo infantil, podendo agravar os sintomas que já existem, como também gerar novos quadros patológicos que dificultam ainda mais a recuperação dos pacientes. Além disso, a limitação das atividades impostas pela internação também afeta o psiquismo infantil, à medida que a criança precisa ficar acamada e vê sua movimentação restringida exclusivamente ao quarto de hospital ou até mesmo só à sua cama. Nestas condições, algumas crianças acabam agitando-se, enquanto outras ficam entristecidas e deprimidas, causando assim uma situação emocional grave (NIGRO, 2004).

A reação da criança diante da hospitalização depende de alguns fatores principalmente das suas vivências anteriores, assim como as de sua família. Esses fatores são: o tipo de vínculo afetivo estabelecido entre mãe e filho antes da internação, a personalidade da criança, a duração da internação, a atitude da equipe hospitalar e a idade da criança (KUDO; PIERRE, 1997).

No entanto, a hospitalização pode ser uma oportunidade para a criança e para a sua família enriquecerem seu repertório comportamental, aumentando as suas possibilidades para lidar de uma maneira mais saudável com a situação. Porém, esse enriquecimento só acontecerá se os profissionais da saúde considerarem a criança como um todo biopsicossocial em crescente desenvolvimento (ARAGÃO; AZEVEDO, 2001).

Sobre esse aspecto, Ajuriaguerra (1973) afirma que, apesar da hospitalização levar

a criança a se deparar com um estado de desamparo ao perceber a sua fragilidade que resultou no adoecimento, ela pode ter um efeito positivo em crianças que estabelecem uma excessiva relação de dependência com uma família superprotetora ou para aquelas que encontram no hospital uma possibilidade de estabelecer contatos sociais e culturais até então desconhecidos.

O brincar dentro do contexto da hospitalização aparece como uma possibilidade para a criança expressar seus sentimentos, preferências, medos e hábitos, segundo Gomes; Mitre (2004). A atividade lúdica funciona como mediadora entre um mundo familiar e a situação hospitalar, nova e ameaçadora e ajuda a criança a elaborar experiências desconhecidas e desagradáveis. O brincar modifica o cotidiano da internação porque é capaz de criar uma realidade própria e única para a criança. A criança que brinca parece não estar doente. O lúdico é percebido como uma possibilidade de se construir algo de positivo num momento repleto de perdas. Diante disso, levando em consideração a relação direta que existe entre o brincar e o desenvolvimento infantil, podemos considerar que a atividade lúdica traz aspectos extremamente positivos se constituindo em uma estratégia adequada para o enfrentamento da hospitalização.

Para Winnicott (1975) o brincar pode ser um modo eficaz de luta contra a depressão causada pela separação da criança e seus entes queridos na hospitalização. Ele facilita a atividade simbólica e a elaboração psíquica das vivências do cotidiano da criança. Através dele, a realidade externa pode ser assimilada à realidade interna, auxiliando a criança a lidar melhor com a sua doença e com a hospitalização. Além disso, a criança mantém a idéia ilusória de poder sempre modificar as coisas de acordo com seus desejos (ARFOUILLOUX, 1983). Ao brincar no hospital, ela acaba alterando o ambiente em que se encontra, aproximando-se do seu cotidiano, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização.

A criança tem direito à informação sobre sua enfermidade e os procedimentos pelos quais irá se submeter. As técnicas de jogo proporcionam à criança uma comunicação das suas fantasias inconscientes sobre a sua enfermidade e quase sempre sobre as suas fantasias de cura (ABERASTURY, 1982).

De acordo Ribeiro (1998), citado por Aragão; Azevedo (2001), em estudo já referido anteriormente, a criança mesmo em situações estressantes como a hospitalização, é capaz de relaxar e compreender a situação através do brincar. Para os autores do estudo, deve-se considerar a idade da criança para organizar as atividades

que serão realizadas, pois quanto mais nova a criança maior é a dificuldade que ela tem em compreender a situação e exprimir seus sentimentos.

Assim, podemos considerar o brincar como um instrumento adequado para a expressão das vivências hospitalares, à medida que ele permite que a criança se expresse utilizando todos os recursos da sua personalidade. Ainda segundo Ribeiro (1998), uma das manifestações características observadas no momento em que a criança está doente é o fato dela ter dificuldades em manter uma atividade lúdica. Sem o brincar a criança perde uma das suas vias de expressão de emoções e perde, também, o espaço no qual poderia estar revivendo e reelaborando situações traumáticas por meio dos jogos simbólicos.

Nesse contexto acreditamos ser necessário que exista um acolhimento dos medos, desejos e ansiedades que podem surgir num mundo de fantasia das crianças durante esse processo. No espaço da internação hospitalar é preciso se promover uma escuta diferenciada. O brincar, portanto, pode ser entendido como um espaço potencial, no qual, muitas questões podem ser revividas e elaboradas, proporcionando, assim, um momento privilegiado para realizar uma escuta diferenciada resultando numa atenção integral a criança.

MÉTODO

Participaram deste estudo seis crianças, de ambos os gêneros, com idades entre 3 e 5 anos, internadas na enfermaria de um Hospital Público Infantil, do Grande ABC – São Paulo, Brasil. Para a identificação dos participantes contamos com os seguintes critérios: tempo de internação, possibilidade de verbalizar e de locomover-se e garantia de que sua enfermidade não oferecesse risco de contágio.

Utilizamos a estratégia de observação lúdica conforme propõe Ocampo et al (1990), acrescidos de alguns outros materiais diretamente relacionados ao contexto hospitalar, tais como: termômetro, estetoscópio, seringa de plástico, entre outros, que foram reunidos em uma caixa lúdica, de aproximadamente, 44 x 44cm. Essa caixa continha ainda, materiais gráficos e escolares, bonequinhos, com articulações e de tamanhos diferentes; família de animais selvagens; família de animais domésticos; carrinhos e aviõezinhos de tamanhos diferentes que funcionavam como continentes; três xícaras com seus respectivos pires; colherinhas; cubos de tamanho médio; trapinhos; conjunto de panelinhas e bola.

Foi proposto um encontro com cada criança no espaço da brinquedoteca do referido hospital, tendo a duração máxima de cinquenta minutos. O horário foi decidido conforme a disponibilidade de cada criança preservando-se a rotina hospitalar.

As pesquisadoras ofereceram os brinquedos às crianças que foram instruídas para que brincassem com qualquer material contido na caixa e da maneira como desejassem. Uma das aplicadoras observou e registrou por escrito os comportamentos durante a atividade, enquanto a outra esteve à disposição da criança, conforme orientação da autora. Os registros obtidos foram analisados qualitativamente com base nos indicadores apresentados por Ocampo et al (1990):

Escolha de brinquedos e brincadeiras: Observação à distância, sem participação ativa; dependente, a espera de indicações do entrevistador; evitativa, dubitativa, pegando e largando os brinquedos, de irrupção caótica e impulsiva, abordagem súbita e violenta do material, de aproximação.

Modalidade de brincadeiras: Estruturação do brincar que implica em um traço caracterológico: plasticidade, rigidez e estereotipia e perseverança.

Personificação: Capacidade de assumir e atribuir papéis de forma dramática.

Motricidade: Deslocamento geográfico, preensão, encaixe e manejo, alternância de membros, lateralidade, movimentos voluntários e involuntários, movimentos bizarros, ritmo do movimento, hipercinesia, hipocinesia e ductibilidade.

Criatividade: Unir ou relacionar elementos dispersos num elemento novo e diferente, com finalidade de descobrir uma organização.

Capacidade simbólica: Expressão simbólica das suas fantasias e conflitos.

Tolerância à frustração: Possibilidade de aceitar as instruções e as limitações impostas.

Adequação à realidade: Refere-se à aceitação ou não do enquadramento espaço-temporal, possibilidade de colocar-se em seu papel e aceitar o papel do outro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos indicadores sugeridos por Ocampo et al (1990), ao analisar o jogo lúdico proposto, pôde-se perceber que em relação à escolha de brincadeiras e brinquedos, quatro crianças os abordaram, inicialmente se aproximando dos mesmos. As outras duas crianças, aproximaram-se dos brinquedos de forma diferente, uma à distância e a outra agiu de maneira irrupta e brusca. No entanto, no decorrer da atividade,

prevaleceu à abordagem aos brinquedos classificada como dubitativa, ou seja, as crianças pegavam e largavam os brinquedos com frequência.

Segundo Ocampo et al (1990), o brincar de forma dubitativa pode ser característico de crianças de três anos, pois nesta idade, a atividade lúdica não se ajusta a planejamentos anteriores, já que é espontânea, o que faz com que a criança passe de uma atividade para outra com facilidade. A sua atenção, nesse período, está ligada a investigação do objeto e das suas funções, causando-lhe prazer essa manipulação.

Sendo assim, supomos que as crianças observadas brincaram de uma maneira regredida, considerando que todas as crianças com idade acima de três anos brincaram desse modo.

Quanto à modalidade de brincadeiras, foi possível perceber que em sua totalidade, brincaram de modo estereotipado e perseverante, ou seja, repetitivo e sem sentido, com exceção de uma delas, que além dessa característica, demonstrou em alguns momentos plasticidade, modificando a função de alguns objetos, adequando-os as suas necessidades de expressão. O brincar estereotipado manifesta uma desconexão com o mundo externo cuja única finalidade é a descarga. Esse comportamento se repete muitas vezes e não tem fins comunicacionais, sendo esperado em crianças com lesões orgânicas, conforme Ocampo et al (1990), sendo este o caso das crianças dessa amostra.

No que se refere à personificação, observou-se que apenas manifestaram, porém de forma sutil. Segundo Miller (1992), a criança de quatro anos se desenvolve por meio de jogos de imaginação e todo tipo de fantasia e faz-de-conta. Nessa idade, elas adoram brincar de fingir ser outra pessoa, chegando de fato a se vestirem como tal, imitando seus comportamentos. Também sentem necessidade de explorar diferentes personagens para desenvolverem a maneira como elas se identificam com outras pessoas.

Assim, a personificação seria um comportamento esperado no brincar dessas crianças, no entanto, este não foi registrado, podendo-se supor que o fato delas encontrarem-se hospitalizadas pode ter influenciado nessa manifestação. De acordo com Nigro (2004), a hospitalização provoca rupturas, perdas e separações, pois o paciente acaba se separando do seu ambiente familiar, da sua rotina e dos seus interesses imediatos, perdendo assim as referências que o definiam, se desestruturando. No caso das crianças, estas deixam de utilizar todos os recursos da sua personalidade em virtude da situação a que estão submetidas, alterando assim o seu brincar, ou seja, a sua forma de expressão própria.

O fato das crianças brincarem de modo não característico da idade, indica hipoteticamente que elas apresentaram um brincar regredido, influenciado também pela hospitalização.

Conforme Ajuriaguerra (1973), ao longo do processo de hospitalização reações como atitudes regressivas, problemas alimentares, distúrbios do sono, regressão esfínteriana, estados depressivos ou distúrbios de conduta, podem surgir e aparecerem refletidas no brincar da criança, uma vez que este é um recurso que ela utiliza para elaborar os seus conflitos e experimentar situações novas.

No entanto, segundo Ocampo et al (1990), em cada período evolutivo a capacidade de personificação adquire características diferentes, e deve-se levar em conta que a passagem de um período a outro não é realizada de forma linear ou brusca, implicando em sucessivas progressões e regressões.

Com relação à motricidade, no jogo lúdico destas crianças foi percebido deslocamento geográfico, possibilidades de encaixe, alternância de membros e lateralidade, sendo este último comuns a todos os participantes.

Apenas uma das crianças fez um bom uso do corpo, pois se movimentou pelo espaço da brinquedoteca, utilizando o pula-pula e o cavalo de balanço. Este comportamento produz prazer e resulta num fortalecimento egóico que permite alcançar novos ganhos que facilitem a sublimação (OCAMPO et al, 1990).

Além disso, foi possível perceber que houve um certo comprometimento da funcionalidade motora das crianças, o que pode ser atribuído ao uso de talas para aplicação de soro. Em relação à lateralidade não foi possível identificá-la, apenas supor qual seria, uma vez que, um dos membros superiores estava limitado em função da administração do soro. Tal limitação das atividades impostas pela internação também afeta o psiquismo infantil à medida que a criança necessita ficar acamada e vê sua movimentação restrita exclusivamente ao quarto de hospital ou até só a sua cama (NIGRO, 2004).

Embora as crianças observadas não tivessem os seus movimentos restritos ao seu quarto, podendo locomover-se pelo andar em que estavam internadas, inclusive indo a brinquedoteca, é possível dizer que a tala para aplicação de soro pode ser entendida como algo impeditivo que limita de certa forma os movimentos das crianças podendo comprometer sua funcionalidade motora.

Sobre a criatividade, nenhuma das crianças demonstrou comportamentos criativos durante o seu brincar, ou seja, considerando-se as especificações apontadas por Ocampo

et al (1990), elas não relacionaram elementos dispersos, o que exigiria um ego plástico capaz de estar aberto para experiências novas.

Tal fato pode estar relacionado, mais uma vez, à hospitalização, pois o brincar favorece a emergência de novas idéias, fazendo com que a criança utilize a criatividade para combinar conteúdos e dinâmicas conscientes e inconscientes (ARFOUILLOUX, 1976; WINNICOTT, 1975; OLIVEIRA, 2000).

Ocampo et al (1990) afirma que o fato da criança não ter brincado de forma criativa, pode alterar a função simbólica desta, levando-a a uma extrema submissão à desagradável realidade, o que indica elementos altamente destrutivos e masoquistas, como os observados na atividade lúdica dessa criança. Uma das crianças se demonstrou agressividade ao brincar, pois destruiu alguns materiais, além de utilizar o cavalo de balanço, batendo-o insistentemente contra a parede.

O uso inadequado do material da caixa lúdica tem o significado de maus tratos a partes de si mesmo e pode ser interpretado como pequenos suicídios (ABERASTURY, 1982). Dessa maneira, o motivo da internação da criança, que foi o fato desta ter engolido uma bexiga, pode ser justificado e relevante de ser citado.

De acordo com Arfouilloux (1976), pode ser necessário que a criança expresse por algumas brincadeiras a sua agressividade, pois assim pode superar a crise edipiana, identificando e controlando impulsos vindos de fantasias agressivas. Complementando essa idéia, concordamos com Oliveira (2000), quando afirma que o brincar não nega a agressividade, ao contrário, ao evidenciá-la possibilita que a criança recupere a imagem que tem de si mesma e do outro.

Ainda de acordo com esta autora, as fantasias agressivas devem ser expressas, pois ao se tornarem assustadoras demais, correm o risco de não poderem mais ser projetadas ou sublimadas.

Quanto ao indicador tolerância à frustração, em relação à possibilidade de aceitar as instruções com as limitações por elas impostas, apenas uma das crianças não se mostrou tolerante, recusando-se a brincar, não aceitando assim, as instruções dadas. Já em relação às dificuldades inerentes ao desenvolvimento da atividade lúdica, três das seis crianças não se mostraram tolerantes a frustração, pois não encontraram elementos substitutivos para superá-la.

Essa capacidade de tolerar a frustração está relacionada ao princípio do prazer e da realidade, pois instintivamente a criança tende a descarga e a satisfação dos desejos, sendo o princípio de realidade aquele que regula essa satisfação por meio das funções

egóicas (OCAMPO et al,1990). Assim sendo, aquelas crianças que demonstraram baixa tolerância à frustração nos levam a crer que podem ter comprometimentos emocionais agindo apenas pelo princípio do prazer, buscando satisfação imediata dos seus desejos.

Sobre a capacidade simbólica, foi possível perceber que cada criança comportou-se de uma maneira própria, apresentando apenas algumas semelhanças entre elas, pois os sentimentos e conflitos gerados pela situação hospitalar se apresentam de forma peculiar para cada uma delas.

Os símbolos que a criança utiliza no seu brincar nos remetem a compreensão do estágio psicosssexual que ela atravessa e sua modalidade de expressão (OCAMPO et al, 1990). Neste caso, o brincar de duas das crianças, expressou fantasias do tipo anal, o que não é comum para a sua idade, pois segundo Collete (1978), a criança desta faixa etária encontra-se na fase fálica.

Ainda levando em consideração os aspectos simbólicos, apenas uma das crianças expressou fantasias do tipo fálica no seu brincar, o que é esperado para a sua idade. Segundo Aberastury (1982), a organização genital da criança desenvolve-se pouco a pouco, no entanto, estas se sentem, nesse momento, impedidas de realizarem suas experiências genitais e por isso as sublimam por meio do brincar. Assim, representam suas fantasias em relação à vida amorosa dos pais e de si próprias, o nascimento de filhos e as atividades masturbatórias brincando. A autora cita o fato das crianças se interessarem pela garagem, guardando carrinhos, o que está intimamente ligado à penetração, a reparação e a alimentação.

No entanto, outras duas crianças não expressaram nenhum comportamento que demonstrasse sua capacidade simbólica permitindo-nos pensar que as angústias e os conflitos gerados pela hospitalização podem ter sido tão intensos impedindo-as de simbolizar durante o seu brincar.

Ocampo et al (1990) afirma que uma quantidade adequada de angústia é a base necessária para que possam ser formados os símbolos. A expressão direta dos conflitos pode inibir, total ou parcialmente, o brincar, provocando uma quantidade de ansiedade intolerável para o ego. No entanto, angústias e conflitos intensos podem ter as influenciado limitando a sua capacidade de simbolizar.

Por fim, foi possível perceber que apenas uma das crianças demonstrou uma busca por materiais que expressassem de forma mais direta seus conflitos e fantasias de enfermidade e cura. De acordo com Ocampo et al (1990), a criança busca a sua volta

suportes materiais significantes que veiculem da melhor maneira as suas fantasias e conflitos.

Em relação à adequação a realidade, somente uma das participantes mostrou-se não adequada, pois foi observada sua dificuldade em desprender-se do pai, além de ter demonstrado não compreensão e não aceitação das instruções. Pode-se supor que a solicitação da criança pelo pai tenha sido em virtude do ambiente hospitalar ser favorecedor do medo do abandono e do desconhecido, que surgem em consequência da realidade que criança passa a vivenciar, incluindo a ausência da sua família, o que faz com que estas fantasias de abandono se tornem cada vez mais presentes e angustiantes, transformando essa experiência numa situação traumática.

Quanto às outras crianças, estas se mostraram adequadas, pois além de terem evidenciado desprendimento em relação aos seus pais e terem acatado as instruções dadas com suas limitações, também receberam de maneira positiva o enquadramento espaço-temporal e aceitaram o papel que lhes foi proposto, que seria o de brincar, assim como o papel do outro, não solicitando que as observadoras participassem da brincadeira.

Além dos aspectos relacionados aos indicadores propostos por Ocampo et al (1990), foi possível perceber comportamentos comuns às crianças observadas, como o fato de nenhuma delas ter brincado com as bonecas que compunham a caixa lúdica. O que pode ser justificado em função das crianças encontrarem-se hospitalizadas e estarem vivenciando conflitos que acompanham esse processo. Segundo Ocampo et al (1990), a criança consegue, pelo brincar, a emergência de fantasias, por meio de objetos suficientemente afastados do conflito primitivo e que cumprem o papel de mediadores. Assim, o manusear das bonecas seria angustiante e representativo do conflito que as crianças vivenciavam durante a hospitalização em relação aos procedimentos médicos que atingem seu próprio corpo, ou seja, seria uma maneira de certa forma muito direta, de expressar suas fantasias e conflitos.

Da mesma forma, podemos justificar o fato das crianças, em sua totalidade, não se deterem aos materiais representativos do contexto hospitalar, como o estetoscópio, a caixa de curativos, a seringa, o termômetro, entre outros. Esse comportamento, assim como ocorreu com as bonecas, justifica-se pela intensidade do conflito vivido pela criança e a representação desses objetos, o que a impede de utilizar tais recursos, sendo estes muito próximos à realidade vivida no contexto hospitalar.

Outro comportamento observado consiste no fato das crianças terem brincado com os animais da caixa lúdica, manuseando-os com maior frequência em relação aos demais

materiais, o que estaria intimamente relacionado às necessidades de maternidade e paternidade da criança, conforme associa Aberastury (1982). Podemos relacionar as figuras materna e paterna com a necessidade que as crianças hospitalizadas demonstram de serem cuidadas e acolhidas, papel atribuído aos pais. Tal necessidade também pôde ser percebida pelo fato das crianças, durante o seu brincar, manipularem diversas vezes, alguns objetos colocando-os e tirando-os dos caminhões, das panelinhas e dos carrinhos, o que demonstra a necessidade que a criança tem de conter e ser contida.

Além disso, percebemos que as crianças em sua totalidade, não fizeram uso da linguagem oral durante o jogo lúdico, da mesma forma que não demonstraram expressões faciais de contentamento ou riso. Este comportamento contrapõe a afirmação de Oliveira (2000), de que a atividade lúdica gera excitação, tendo como conseqüência demonstrações de alegria, conforto e bem-estar, promovendo assim um relaxamento das tensões que o ambiente hospitalar gera.

Gomes; Mitre (2004) complementam essa idéia, afirmando que o brincar funciona modificando o cotidiano da internação, pois é capaz de criar uma realidade própria e única para a criança, que o percebe como uma possibilidade de construir algo positivo num momento repleto de perdas.

Em virtude disso, podemos entender o comportamento apático das crianças como sendo conseqüência, mais uma vez, do fato de encontrarem-se hospitalizadas e expostas a todo o momento, inclusive enquanto brincavam, aos procedimentos invasivos da rotina hospitalar a que estavam submetidas. Este aspecto pode ser observado durante as atividades lúdicas, pois algumas das crianças tiveram o seu brincar interrompido pela enfermeira para medir a temperatura, tomar medicamentos ou serem avaliadas pela médica, constituindo-se assim, numa variável importante que certamente interferiu no andamento das observações e conseqüentemente na elaboração das análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se o objetivo deste estudo, foi possível constatar algumas similaridades entre comportamentos apresentados durante o jogo lúdico.

É importante ressaltar que o brincar pode ser entendido como um recurso capaz de amenizar as tensões vividas no hospital ou em qualquer outro contexto em que a criança se encontra, à medida que facilita a expressão das angústias, manifestando a forma como organiza tanto a sua realidade interna quanto externa.

Dessa maneira, sugerem-se novos estudos voltados à observação da expressão lúdica nos mais diferentes contextos, como com crianças institucionalizadas, vítimas de maus tratos entre outros, além da ampliação da amostra, investigando instituições hospitalares nas quais não existam brinquedotecas e nem mesmo materiais dessa natureza.

Os resultados obtidos permitem inferir sobre a existência de espaços lúdicos serem de extrema importância por possibilitarem que a criança se expresse em relação a sua hospitalização, já que brincando projeta suas fantasias e ameniza a tensão gerada pela permanência no hospital. Destacamos a negação do manuseio das bonecas e dos materiais representativos do meio hospitalar, indicando as dificuldades em lidar tanto com o corpo, que nesta situação é o objeto de tratamento, como com o ambiente hostil, desconhecido e ameaçador do hospital.

Por fim, as manifestações lúdicas dessas crianças não podem ser atribuídas exclusivamente às vivências hospitalares. Podemos apenas considerá-las como sendo características das crianças inseridas nesse contexto, conforme pretendeu o objetivo do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança – Teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

AJURIAGUERRA, J. A criança, a doença e a limitação física. In: Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Barcelona: Toray- Masson, 1973. p. 829-831.

AMADIO, A. P. R. O brincar como representação de vivências pré-cirúrgicas das crianças internadas. *Anais do II encontro sobre Psicologia Clínica*. São Paulo, 1999.

ARAGÃO, R. M.; AZEVEDO, M. R. Z. S. O brincar no hospital: Análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 18, n. 3, p. 33-42, 2001.

ARFOUILLoux, J. C. O brinquedo. In Arfouilloux, J. C. *A entrevista com a criança: abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 93-127.

BRENNER, C. *Noções básicas de psicanálise – Introdução a Psicologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GESELL, A. *A criança dos 0 aos 5 anos*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

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

KUDO, A.; PIERRE, S. Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas. In: Kudo, A. (Org.) *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 232-245.

MILLER, L. *Compreendendo seu filho de 4 anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

NIGRO, M. *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

OCAMPO, M.L.S. et al. A hora de jogo diagnóstica. In Ocampo et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 167-191.

OLIVEIRA, V. B. O brincar e a criança do nascimento aos seis anos. In Oliveira, V. et al. *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 15-31.

TOSTA, R. M. A atividade lúdica da criança no contexto da internação hospitalar. *Boletim Clínico*, São Paulo, v. 3, p. 82-93, 1997.

TROWELL, J. *Compreendendo seu filho de 3 anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

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