



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

KEYLA COSTA REIS

**A BRINCADEIRA COMO AÇÃO NO MUNDO
Enfrentando a doença e a hospitalização**

**Salvador
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KEYLA COSTA REIS

A BRINCADEIRA COMO AÇÃO NO MUNDO
Enfrentando a doença e a hospitalização

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia.

Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ilka Dias Bichara

Salvador
2008

R375 Reis, Keyla Costa
A brincadeira como ação no mundo - enfrentando a doença e a hospitalização /
Keyla Costa Reis. -- Salvador, 2008.
148 f. il.:

Orientadora: Profa. Dra. Ilka Dias Bichara
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas, 2008.

1. Psicologia evolucionista. 2. Crianças - assistência hospitalar – aspectos
psicológicos. 3. Brincadeiras I. Bichara, Ilka Dias. II. Universidade Federal da
Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Ao Rê, meu fabricante de brinquedos,
por tudo o que há de lúdico entre nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de força, inspiração e coragem para encarar e finalizar cada desafio e cada etapa da minha vida, com leveza.

Aos meus pais por terem acreditado em mim desde os primeiros passos, abrindo caminhos para que eu chegasse até aqui. Por serem até hoje uma presença forte e encorajadora, exemplos de luta, fé, amor e ética. E por terem resolvido todas as coisas para mim enquanto eu brincava.

A todos da minha família que acreditam e torcem pelo meu sucesso mesmo à distância.

À minha orientadora Ilka Bichara por sua tranqüilidade, confiança, carinho e atenção e pelas discussões teóricas que me encaminharam gradativamente para o estudo da brincadeira.

Aos grandes professores que encontrei na graduação e no mestrado da Universidade Federal da Bahia onde agora finalizo sete anos e meio de muito estudo, lutas e alegrias e de onde levo sempre boas lembranças.

A Eulina Lordelo, minha professora por quatro vezes, entre graduação e mestrado em Pesquisa I e II, Desenvolvimento e Psicologia Evolucionista, por sua exigência que para mim sempre foi um estímulo e incentivo e por ter contribuído para a finalização de mais uma etapa da minha vida acadêmica. E a Lia Lordelo pelo auxílio e compreensão em meus primeiros passos no estágio docente.

Às crianças que participaram desta pesquisa, me permitindo fazer parte de um pedacinho de suas vidas, tornando meus domingos de coleta de dados mais alegres e enriquecendo este trabalho com sua sabedoria. A seus pais pela sinceridade e confiança.

Ao meu amigo Ricardo (Ric), por ter facilitado minhas correrias no hospital e para o comitê de ética, por sua disponibilidade, carinho e presença constante em momentos que precisei de socorro.

À hermanita Milena que dividiu comigo estes últimos dias e madrugadas de escrita da dissertação, me apoiando, estimulando e compartilhando momentos de desânimo e cansaço que, mesmo assim, deram espaço a umas boas risadas durante todo o processo. Pela leitura e revisão dos meus textos e pelo auxílio no inglês.

À minha amiga Dani por sempre me estimular a seguir os caminhos que escolho com o coração e por acreditar em meu potencial e à sua família pelo apoio constante e pela acolhida nos almoços de domingo.

À minha amiga Pati pelo carinho e meiguice e por ter me transmitido a certeza de que eu chegaria ao final deste trabalho com sucesso. E pelos nossos papos nos intervalos de escrita.

Ao meu amigo Sócrates, pelo companheirismo e apoio e por compartilhar sempre das minhas vitórias, além de responder a todas as minhas dúvidas médicas surgidas no hospital.

A Carlinha por torcer por mim mesmo num momento difícil de sua vida e por desejar sempre o meu sucesso.

A Ritinha, por me tirar de casa de vez em quando, por sua amizade e torcida.

Às companheiras psi Gabriela e Nara que primeiro dividiram comigo os domingos ensolarados de coleta de dados e a Carla e Regina que também compartilharam de alguns desses momentos, todas dando suporte decisivo para a finalização da pesquisa.

À pediatra Celeste por seu carisma e apoio nesta pesquisa, permitindo a minha entrada na enfermaria pediátrica, contribuindo assim para tornar este trabalho possível.

Ao Setor de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, onde foram plantadas as primeiras sementes e os primeiros questionamentos que deram origem a este trabalho.

REIS, K. C. (2008) **Brincadeira como ação no mundo – enfrentando a doença e a hospitalização**. Dissertação de Mestrado. Salvador-Ba

RESUMO

À brincadeira têm sido atribuídas muitas funções no desenvolvimento infantil, entre elas o treino de papéis adultos que talvez seja uma das mais conhecidas, embora exista uma outra concepção que parte do reconhecimento da brincadeira enquanto instrumento que serve à adaptação da criança em seu nicho desenvolvimental, sendo contemplada na chamada hipótese ontogenética, na Psicologia Evolucionista do Desenvolvimento. Partindo desse pressuposto, de que a brincadeira tem a função de contribuir para uma adaptação criativa da criança ao contexto e ao seu nicho desenvolvimental e do conceito de *coping* enquanto processo através do qual a criança age em situações adversas ou estressantes, buscamos explorar e descrever brincadeiras e aspectos do *coping* em crianças hospitalizadas a fim de formular hipóteses acerca de uma possível convergência entre os fenômenos. Foi realizado estudo qualitativo num hospital público de Salvador, com três meninos e três meninas, de 03 a 07 anos, internados numa enfermaria pediátrica e seus pais, ambos, entrevistados, com o objetivo de se obter dados quanto às situações estressantes para as crianças em relação à doença e à hospitalização, como elas se sentiam e que estratégias utilizavam para enfrentar situações identificadas neste contexto. Utilizamos três sessões de observação com sujeito focal para cada criança durante brincadeiras livres que foram delimitadas em episódios e analisadas quanto ao tipo e interações, sendo focalizadas as brincadeiras de faz-de-conta, descritas e analisadas em relação aos temas desenvolvidos e às diferenças de gênero observadas. Os resultados permitiram identificar predominância de brincadeiras de faz-de-conta (41 episódios) seguidas das brincadeiras com objetos (08 episódios), construção (05 episódios) e jogos (02 episódios) e uma predominância de brincadeiras solitárias (42 episódios), em sua maioria (28) de faz-de-conta, seguidas de brincadeiras associativas e cooperativas com igual número de episódios (07). Das 14 brincadeiras associativas e cooperativas foram observadas 03 díades femininas, 06 díades masculinas, 03 díades mistas e 2 tríades mistas. Quanto ao gênero, pudemos observar predominância de Cenas Domésticas e temas Médico/hospitalar em meninas, que podem estar relacionadas ao tema do cuidado atribuído ao sexo feminino, assim como foi observado uma predominância de temas de Transporte em meninos,. Episódios com pouca estereotipia foram observados nas crianças mais velhas, ambas de sete anos. Quanto ao processo de *coping*, utilizamos como indicadores de estresse as reações emocionais das crianças em resposta a situações relacionadas à doença e hospitalização: tristeza, nervoso, chateação, medo, agressividade, frustração. Foram identificadas situações estressantes relacionadas à doença, que incluíram principalmente sintomas e aspectos do tratamento e à hospitalização, tais como, restrição ao leito e ao quarto e colocação de acesso venoso. As estratégias mais citadas foram Resolução de problemas, Regulação emocional e Suporte social. Apresentamos a hipótese de que a brincadeira se constitui no próprio processo de *coping*, na medida em que o brincar é uma ação simbólica da criança no mundo em situações estressantes ou não, e deve ser olhada a partir dessa perspectiva em relação ao *coping* que, por sua vez, não pode ser limitado apenas a estratégias.

Palavras-Chave: *coping*, brincadeira, Psicologia Evolucionista, criança hospitalizada.

REIS, K. C. (2008) **Play as an action in the world: coping with disease and hospitalization.** Master's Degree Dissertation. Salvador-Ba

ABSTRACT

Many functions have been attributed to play in childhood development, among them there is the training of adult roles, perhaps one of the most known, despite the existence of another conception which recognizes play as an instrument that serves to child's adaptation in its developmental niche, also contemplated on the ontogenetic hypothesis, in Developmental Evolutionary Psychology. Based on this idea, that play has a function of contributing to the child's creative adaptation to context in its developmental niche and coping concept, as a process by which child acts in adverse or stressing situations, we seek to explore and describe play and coping aspects in hospitalized children, in order to make hypothesis about a possible convergence between the phenomena. It was done a qualitative study in a public hospital in Salvador, with three boys and three girls, from 03 to 07 years old, interned in a pediatric room, and their parents, both interviewed, with the objective to get data relative to the stressing situation to the children with regard to the disease and hospitalization, the way they felt about it and which strategies they used to cope with those situations. We have used three observation sessions with focal subject for each child during the free plays which were delimited in episodes and analyzed regarding the types and interactions, mainly focused on the pretend play, described and analyzed in relation with the developed themes and to the gender differences observed. The results allowed to identify the predominance of pretend plays (41 episodes), followed by plays with objects (08 episodes), constructive plays (05 episodes) and games (02 episodes) and also a predominance of lonely plays (42 episodes), most of them (28) pretend plays, followed by associative and cooperative plays, both with the same number of episodes (07). About the 14 associative and cooperative plays 03 only female pairs, 06 only male pairs, 03 female and male mixed pairs and 02 mixed set of three were observed. Considering the gender, we could observe predominance of Domestic Scenes and Medical/hospital themes in girls, which may be related to the theme of carefulness attributed to the feminine sex, as well as it was observed a predominance of Transportation themes among boys. Episodes with fewer stereotypes were observed in older children, both seven years old. Regarding the coping process, we have used as indicators of stress the children emotional reactions face to situations related to disease and hospitalization: sadness, nervous, annoyance, fear, aggressiveness, frustration. Stressing situations related to disease were identified, which, mainly, included symptoms and treatment aspects, and referred to the hospitalization which included restriction to the bed and room and the venous catheter insertion. The more pointed strategies were problem resolution, emotional regulation and social support. We presented the hypothesis that play itself constitutes a coping process, considering that play is a child's symbolic action in the world, in stressing situations or not, and must be understood by this perspective in relation with coping process that, by its turn, can't be limited to strategies only.

Key-words: *coping*, playing, Evolutionary Psychology, hospitalized child.

SUMÁRIO

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Apresentação	1
Introdução	10
I. O Fenômeno Complexo da Brincadeira	10
Características, Funções e Concepções	10
Psicologia Evolucionista e Brincadeira.....	22
A Brincadeira no Contexto Hospitalar	28
II. O Processo de Enfrentamento do Estresse - <i>Coping</i>	35
2.1. <i>Coping</i> : Conceito e Modelos Teóricos	38
2.2. <i>Coping</i> e Desenvolvimento	44
2.3. <i>Coping</i> na Infância	47
III. Objetivos da Pesquisa	55
IV. Método	56
4.1. Os Participantes	56
4.2. O Contexto da Pesquisa	59
4.3. Instrumentos	60
4.3.1. Observações	60
4.3.2. Entrevistas Semi-estruturadas	61
4.3.3. Diários de Campo	62
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados	63
4.5. Procedimentos de Análise dos Dados	67
V. Análise e Discussão dos Resultados	72
5.1. Onde, quando e como brincam as crianças	72
5.2. As brincadeiras	76
5.2.1. Categorização das brincadeiras	77
5.2.2. Do que brincam as crianças	80
5.3. “Ele anda? Ele fala?” Brincando de faz-de-conta	83
5.3.1. Temas.....	84
5.3.2. Diferenças de gênero	93
5.4. Interações nas brincadeiras	97

5.5. “Eu guito” – De como as crianças enfrentam o estresse	101
5.5.1. Chateado, chateado, muito chateado- De como as crianças se sentem... ..	102
5.5.2. Situações estressantes para as crianças	106
5.5.2.1. Estresse crônico e estresse agudo	109
5.6. O que as crianças fazem para enfrentar o estresse	118
5.7. A brincadeira e o processo de <i>Coping</i>	127
5.7.1. A brincadeira como estratégias de <i>Coping</i>	128
5.7.2. A brincadeira como <i>Coping</i>	129
VI Considerações Finais.....	132
Referências Bibliográficas.....	137
Anexos	144
Anexo A: Consentimento Informado	145
Anexo B: Roteiro de Entrevista com os Pais	146
Anexo C: Roteiro de Entrevista com as Crianças	147
Anexo D: Kidcope	148

Lista de Quadros:

Quadro 1- Teorias sobre o brincar	18
Quadro 2- Categorias de estratégias de coping apresentadas no Kidcope.....	71
Quadro 3 – Distribuição dos episódios quanto aos tipos de brincadeiras.....	80
Quadro 4 –Temas presentes nas brincadeiras de faz-de-conta	84
Quadro 5 – Distribuição de episódios por temas de faz-de-conta	85
Quadro 6 - Distribuição de episódios quanto à forma de interação	98
Quadro 7 – Sentimentos e reações emocionais frente às situações estressantes	103
Quadro 8- Fatores de estresse identificados	113

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição de dados das crianças participantes	58
Tabela 2: Distribuição de temas de faz-de-conta por crianças	89
Tabela 3: Estratégias de Coping citadas para o enfrentamento do estresse.....	119

Figura

Figura 1: Diagrama Esquemático de um episódio de coping	42
---	----

APRESENTAÇÃO

A universalidade da brincadeira, com sua presença maciça tanto no mundo animal como nos mais diversos contextos sociais e culturais humanos deveria ser suficiente para torná-la uma ação humana passível de interesse e preocupações. No entanto, nem sempre foi assim e ainda hoje podemos encontrar, tanto nos discursos quanto nas práticas científicas e institucionais, a idéia de que a brincadeira é algo irrelevante e de pouca importância. As emoções envolvidas no ato de brincar, especialmente a alegria, associada ao prazer que envolve geralmente o lúdico na infância, foi algumas vezes tomada como justificativa para se considerar a brincadeira como algo não digno de grandes preocupações e interesses científicos.

Parece, no entanto, que antes de se considerar a brincadeira e o lúdico, de forma geral, como objetos de estudo, foi preciso antes o reconhecimento de um outro fato, a infância, enquanto categoria diferenciada no ciclo de vida humano, uma vez que a consideração da criança enquanto um ser em preparação, um “vir a ser”, parece ter impedido que a brincadeira ocupasse o seu lugar no discurso científico e nas práticas institucionais. Não sendo a criança considerada um sujeito, não se podia concebê-la como ser humano digno de qualquer ação intencional sobre o mundo ou capaz de qualquer transformação na realidade.

A ausência de uma delimitação da infância, tal como destaca Áries (1981), fazia com que à Idade Média na França, as crianças estivessem misturadas aos adultos, sendo consideradas miniaturas destes e, portanto, participando de todas as atividades junto com eles. Assim, a despeito da existência do lúdico e da brincadeira desde períodos anteriores ao momento histórico referido, a brincadeira não podia ser concebida enquanto fenômeno digno de atenção, mas como atividade banal, própria para distrair adultos e crianças indistintamente.

Foi necessário que surgissem os primeiros registros de reconhecimento da infância enquanto categoria diferenciada do mundo adulto para que a brincadeira pudesse ocupar algum espaço nos discursos científico-institucionais e, só a partir de uma mudança profunda nas concepções de criança e natureza, iniciada no século XIX com Rousseau, que se pôde atribuir algo de positivo às atividades espontâneas da criança que serão, com o Romantismo, exaltadas enquanto produto de uma natureza boa e portadora de verdades, tal como ressalta Brougère (2006).

É dessa concepção que surge a valorização da brincadeira enquanto um comportamento próprio da infância, revelador de uma verdade que se contrapõe às idéias racionais do Iluminismo, como afirma o autor:

Essa valorização da espontaneidade natural só pode conduzir a uma total reavaliação da brincadeira que aparece como o comportamento por excelência dessa criança rica de potencialidades interiores. O aparecimento da valorização da brincadeira se apóia no mito de uma criança portadora de verdade (p. 90).

A partir do século XX, surgem então as primeiras tentativas de fundamentar cientificamente a brincadeira, a partir de estudos do comportamento animal produzidos pela Etologia. Dentro dessa abordagem, a brincadeira passa a ser vista enquanto um instinto biológico, resultado da seleção natural, que servia para garantir a aprendizagem ao jovem, melhorando seu desempenho na idade adulta, abordagem esta que mais tarde passou a ser também questionada, mas que teve importante influência nas primeiras teorias sobre o brincar e em concepções subseqüentes (Brougère, 2006).

Estas primeiras teorias sobre o brincar, se dividem em dois grupos, de acordo com Johnson, Christie e Yawke (1999): o primeiro deles formado pelas teorias que concebiam a brincadeira enquanto uma atividade recreativa ou um meio de regulação de energia e o segundo grupo cujas teorias explicavam a brincadeira em termos de instintos, concebendo-a

enquanto ação que contribuía para a eliminação de instintos primitivos, em um processo no qual a ontogenia recapitulava a filogenia, ou que servia para aperfeiçoar instintos e habilidades necessários na vida adulta do indivíduo. Os autores ressaltam que essas teorias estavam muito mais baseadas em reflexões filosóficas do que em pesquisas científicas e, como se pôde observar, partiam todas de uma concepção do brincar enquanto ação associada a fatores de ordem biológica.

Mesmo concepções mais recentes e atuais ainda concebem o brincar como preparação da criança para a vida adulta, a partir da idéia de que a brincadeira tem a função especial de preparar a criança para o futuro, levando à aprendizagem de papéis e habilidades que serão necessárias na idade adulta, não tendo, além disso, nenhum ou pouco papel para a criança no seu desenvolvimento presente.

Entretanto, as transformações que foram se processando tanto na sociedade, quanto na ciência e na concepção de infância desde o surgimento das primeiras considerações sobre o brincar contribuíram, aos poucos, para que a brincadeira se tornasse um legítimo objeto de estudo dos mais diversos campos de saber, tais como Psicologia, Sociologia, Antropologia, Filosofia, entre outros.

No campo da Psicologia surgiram muitas teorias acerca do brincar na infância a partir do reconhecimento de que a brincadeira está intimamente associada a processos desenvolvimentais, resultando em desenvolvimento, reforçando-o ou refletindo as aquisições da criança nos mais variados domínios, tal como ressaltam Johnson, Christie e Yawke (1999). A partir da associação entre brincadeira e desenvolvimento, muitas funções foram então sendo atribuídas ao brincar na infância, na maioria das vezes e, são ainda hoje, atribuídas funções de mediação de processos desenvolvimentais, sendo concebida enquanto instrumento capaz de auxiliar a criança a aumentar seu senso de controle sobre as situações, elaborar traumas,

processar informações, desenvolver criatividade, contribuir para a socialização, regular emoções, entre muitas outras.

A partir de concepções que foram, ao longo do tempo tomando forma, que à brincadeira foram sendo atribuídas cada vez mais funções no desenvolvimento infantil, fazendo com que o lúdico ocupasse algum espaço nos discursos sociais e institucionais. Dessa forma, as instituições de cuidado à criança começaram a pensar o lúdico e incluí-lo em suas práticas, embora ainda hoje se possa encontrar dificuldade de inserção da brincadeira nestes espaços, como ocorre com os hospitais, onde a presença de brinquedoteca, embora garantida por lei (nº. 11.104/05) no Brasil, ainda se faz pouco presente.

O uso do brinquedo enquanto prática psicoterápica, utilizada nos consultórios também se difundiu a partir da concepção do lúdico como instrumento capaz de auxiliar a criança a elaborar situações de perdas e traumas vividos e expressar emoções ou como instrumento para auxiliar na comunicação com a criança e na aprendizagem e processamento de informação, tendo assim em cada um destes casos uma função mediadora.

Levando em consideração a já reconhecida importância da brincadeira para a criança, surgiu meu interesse de tentar compreender de que forma a brincadeira poderia contribuir para que a criança enfrentasse o estresse vivenciado em situação de doença e hospitalização, a partir da exploração das brincadeiras desenvolvidas por estas crianças e dos relatos destas e dos seus pais acerca da forma como reagiam a situações estressantes, a fim de se buscar uma possível aproximação entre brincadeira e o processo de enfrentamento do estresse (*coping*).

Meu interesse por este tema surgiu ainda na Universidade quando me deparei pela primeira vez com um ser - a criança - repleto de capacidades e habilidades desenvolvimentais que eu pouco havia suposto, pois, a despeito dos avanços científicos acerca das habilidades físicas, sócio-emocionais e cognitivas da criança, eu ainda estava acostumada a pensá-la

enquanto um ser dependente e inacabado. E foi num contexto hospitalar que, pela primeira vez, eu me deparei com as inúmeras capacidades da criança, principalmente com a capacidade de enfrentar situações de estresse, medo, angústia, frustração e da própria finitude que, muitas vezes, se aproximava delas em situações extremas de adoecimento.

Esse espaço, a enfermaria pediátrica de um hospital universitário, destituído de brinquedoteca e precário de estímulos que conduzissem à brincadeira, se constituía, apesar disso, num espaço lúdico, uma vez que qualquer objeto ou material hospitalar era concebido como brinquedo nas mãos das crianças. A partir dessa experiência surgiram questões acerca da função do brincar para aquelas crianças e da importância do brinquedo para elas.

A minha primeira impressão era de que a brincadeira ali se constituía enquanto um instrumento para lidar com o estresse vivido diante de situações de adoecimento num contexto hospitalar, onde as necessidades de ordem biomédica são privilegiadas. No mínimo a brincadeira era, a meu ver, para aquelas crianças, uma forma de expressar o desenvolvimento, deixando claro que este desenvolvimento não estava suspenso ou à espera de que a criança retornasse ao seu nível padrão de normalidade biológica para continuar o seu percurso. Daí surgiu a idéia de aprofundar mais este tema, buscando compreender uma possível relação entre a brincadeira e as formas encontradas pelas crianças para enfrentarem situações de estresse.

Muitas questões perpassaram o processo de investigação e através delas fui, aos poucos, vislumbrando e definindo um campo de estudo e também problematizando os fenômenos da brincadeira e do processo de enfrentamento de estresse. Entre estas questões estiveram: a brincadeira é um fator de proteção da criança em situações de estresse? Seria a brincadeira um meio através do qual a criança organiza sua experiência subjetiva e processa informações? O brincar serve como um instrumento para a aprendizagem de estratégias de enfrentamento do estresse? O lúdico funciona como forma de regulação de emoções? A forma

como a criança enfrenta situações de estresse reflete-se na brincadeira? É possível se observar estratégias de enfrentamento (*coping*) através do brincar?

Destas primeiras inquietações acerca do papel da brincadeira naquele contexto surgiu a minha proposta inicial de estudar estratégias de enfrentamento do estresse em crianças hospitalizadas a partir de situações de brincadeira, um desafio grande diante da pouca quantidade de estudos sobre o tema. Aos poucos o trabalho foi se tornando ainda mais desafiante, pois a brincadeira se impôs de uma forma muito mais rica do que quando pensada apenas como um contexto para o estudo das estratégias de *coping* em crianças hospitalizadas.

Ao longo do processo de investigação, dificuldades de simplificação dos fenômenos em estudo, antes, a meu ver, necessária para que fossem submetidos a uma abordagem científica me conduziram a uma problematização do processo de *coping* e da brincadeira nestas crianças.

A complexidade que cerca a brincadeira e o processo de enfrentamento em crianças me fez perceber que qualquer delimitação destes fenômenos poderia facilmente cair num reducionismo ingênuo, uma vez que a forma como se apresentam no real transcende qualquer delimitação ou simplificação que se possa fazer com o intuito de buscá-los cientificamente. É, no entanto, justamente em função desta complexidade e da impossibilidade de abrangê-la num trabalho como este, que fui aos poucos buscando compreender que, embora a abrangência da totalidade seja impossível, a consciência dela é extremamente necessária.

Como afirma Morin (2006):

A complexidade surge lá onde o pensamento simplificador falha... Enquanto o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, mas recusa as conseqüências mutiladoras, redutoras, unidimensionais e finalmente ofuscantes de uma simplificação que se considera reflexo do que há de real na realidade (p. 06).

É então a partir desta consciência que surge o esforço deste trabalho em estudar o fenômeno do brincar e do enfrentamento em crianças no contexto hospitalar, buscando oferecer subsídios para que aproximações sucessivas possam conduzir a um conhecimento cada vez mais complexo e organizado dos fenômenos. Além disso, sabendo-se dos efeitos importantes que longos períodos de hospitalização e de doenças na infância podem gerar e dos potenciais efeitos da brincadeira no desenvolvimento infantil, espera-se que este estudo possa servir como um reforço para a consideração do brincar dentro de enfermarias pediátricas, além de contribuir com um maior conhecimento acerca do processo de *coping* em crianças, compreensão ainda pouco aprofundada no Brasil até os dias atuais.

No **Capítulo I** foi realizada uma revisão das concepções acerca da brincadeira, apresentando as funções que têm sido atribuídas a esta por importantes teóricos da Psicologia, a partir de diferentes pontos de vista. A seguir, é apresentada a Psicologia Evolucionista e a Psicologia Evolucionista do Desenvolvimento, uma abordagem mais recente ao estudo do desenvolvimento infantil, com a explicitação de conceitos e definições que lhe dão base e com destaque à hipótese ontogenética que concebe a brincadeira a partir de importantes funções que ela desempenha para a adaptação da criança ao nicho da infância. Posteriormente são apresentados alguns estudos acerca de como a brincadeira tem sido concebida e utilizada no contexto hospitalar, a partir da proposta inicial da psicoterapia, transferida a este contexto com base em pressupostos clínicos.

O **Capítulo II** aborda o conceito de *coping*, apresentando as discussões em torno de suas concepções e diferentes modelos teóricos que têm sido utilizados na pesquisa científica sobre o assunto. Em seguida, discutimos como o *coping* tem sido estudado e concebido a partir de um ponto de vista desenvolvimental, apresentando e discutindo, logo após, estudos que têm sido produzidos com crianças a partir desse conceito. Ao final desse capítulo são

apresentadas as questões e problematizações dos fenômenos abordados e o problema que serviu como ponto de partida para a investigação.

Após a introdução teórica, são explicitados os objetivos geral e específicos do presente estudo, no **Capítulo III**.

No **Capítulo IV** são abordados os métodos, instrumentos e procedimentos utilizados e caminhos percorridos para alcançar os resultados e realizar as discussões sobre o conhecimento obtido a partir desta pesquisa, com a descrição do contexto de investigação e de seus participantes.

Os resultados da investigação são apresentados, discutidos e analisados no **Capítulo V**, primeiro os relativos às brincadeiras observadas que foram categorizadas quanto ao tipo, com destaque para a brincadeira de faz-de-conta, e às interações sociais, realizando-se uma análise descritiva acerca da composição dos grupos nas brincadeiras associativas e cooperativas quanto ao gênero e idade. Posteriormente foram apresentados os dados obtidos nas entrevistas em relação ao processo de *coping* nas crianças, a partir de três eixos: como as crianças se sentem, que situações relacionadas à doença e ao hospital são estressantes para elas e o que elas fazem para enfrentá-las.

No **Capítulo VI** são apresentadas as considerações finais, abordando a hipótese central gerada a partir do percurso investigativo e da exploração, análise e discussão dos dados obtidos, apresentando novas questões sobre a possível integração entre *coping* e brincadeira.

I. O FENÔMENO COMPLEXO DA BRINCADEIRA

1.1. Definições, Funções e Concepções

Qualquer leigo ou experimentado pesquisador, ao observar crianças reunidas em torno de objetos que podem ou não ser considerados brinquedos, produzindo sons, realizando movimentos no espaço, agindo sorridentes por meio de regras construídas, solitariamente ou em grupo, reconhece essas atividades como brincadeira, pois sua visibilidade e altos níveis de atividade facilitam a sua identificação (Yamamoto e Carvalho, 2002). Porém se chamados a definir operacionalmente tais comportamentos, encontram grandes dificuldades, uma vez que sua simples constatação não é suficiente para diferenciá-lo de outros comportamentos na infância que podem incluir características semelhantes, mas serem, ao mesmo tempo, diversos da brincadeira.

O que caracteriza a brincadeira e suas funções e o que a diferencia de outros comportamentos são até hoje questões essenciais para os estudiosos do assunto. Diferentes focos podem ser dados para se definir o brincar e, em função disso, características diversas são enfatizadas nos conceitos que foram surgindo ao longo do tempo, desde as primeiras teorias sobre o fenômeno. Foi principalmente a partir da necessidade desta diferenciação que o conceito de brincadeira, por muito tempo, pareceu bastante problemático, gerando diferentes definições e caracterizações que, conjugadas, atualmente podem fornecer uma visão multidimensional do fenômeno, uma vez que nenhuma definição isolada parece dar conta de sua complexidade.

A brincadeira pode ser facilmente considerada um fenômeno cuja riqueza de sentidos ultrapassa qualquer definição ou concepção simples e que necessita, para ser compreendido, de um esforço em agregar diferentes dimensões capazes de gerar uma maior

aproximação de sua complexidade, já que “todo pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional” (Morin, 2006, p. 6). Assim, para se estudar a brincadeira é importante se considerar as definições, características e funções que têm sido atribuídas por diferentes teóricos.

Muitas definições tomam como ponto de partida a diferenciação entre o comportamento de brincadeira e o comportamento de exploração, uma vez que explorar o ambiente e os objetos antecede o brincar e com ele co-ocorre. Uma diferenciação interessante destes dois comportamentos é descrita por Pelegrini e Smith (1998), que afirmam ser a exploração uma ação orientada para o objeto que pode ser traduzida, segundo a expressão utilizada por Huff (1996) como “O que pode ser *este objeto?*” enquanto que, no brincar, a ação é orientada para o sujeito de forma que a expressão mudaria para “O que *eu* posso fazer com ele?” Os autores destacam ainda que a exploração precede ontogenética e microgeneticamente a brincadeira, tal como podemos observar no comportamento de um bebê, cuja ação em direção aos objetos inclui a simples manipulação destes e a ação de levá-los até a boca, enquanto nas crianças maiores a ação em direção aos objetos inclui predominantemente brincar com eles.

Pellegrini, Dupuis e Smith (2007) também ressaltam que todas as formas de brincadeira seguem-se à exploração dos objetos e do ambiente e que, através da exploração, a criança extrai os usos e atributos dos objetos que servirão como base para a brincadeira. Assim, a exploração precede ontogeneticamente o brincar de forma que as crianças menores passam mais tempo explorando o ambiente do que brincando, enquanto nas crianças maiores a brincadeira vai substituindo a exploração, de tal maneira que todas as formas de brincadeira, tanto em humanos quanto em animais, seguem uma curva desenvolvimental em forma de U invertido, em que o pico localiza-se no período da infância na qual o indivíduo tem uma abundância de recursos e proteção capazes de dar suporte ao brincar. Os autores destacam,

por exemplo, que a brincadeira de faz-de-conta assim como brincadeiras sociais e motoras atingem o pico nos anos pré-escolares, declinando a partir daí.

A despeito das dificuldades e tomando como base a diferenciação entre brincadeira e exploração, muitas tentativas de definição do brincar foram surgindo e gerando uma série de concordâncias entre os pesquisadores, tornando a brincadeira um fenômeno que, ao contrário do que pensavam alguns estudiosos, insere-se no campo da ciência enquanto fenômeno complexo e digno de estudo em função das importantes funções que pode desempenhar no desenvolvimento infantil. Partindo desse pressuposto, muitos teóricos em Psicologia buscaram determinar o papel da brincadeira no desenvolvimento.

Tomando como base alguns critérios destacados na literatura para definir brincadeira, Smith e Vollstedt (1985) adaptaram alguns deles num estudo realizado para averiguar se estes eram utilizados por observadores comuns na identificação e definição de episódios de brincadeira, chegando a cinco critérios principais: prevalência dos meios sobre os fins, flexibilidade, não-literalidade, motivação intrínseca e presença de afetos positivos.

Pellegrini e Smith (1998) afirmam que embora as definições de brincadeira tomem como ponto de partida diferentes critérios (comportamentais, disposicionais e /ou contextuais), estas definições entram em concordância quanto ao fato de que a brincadeira não parece servir aparentemente a nenhum propósito imediato, o que significa dizer que, quando brincam, as crianças não buscam alcançar nenhuma finalidade, importando apenas a ação em si, o próprio processo de brincar.

Este critério é inclusive utilizado por estudiosos que buscaram observar o comportamento de brincar em animais, como no estudo de Spinelli, Nascimento e Yamamoto (2002) que identificaram episódios de brincadeira de forrageio ao observar botos cinzas imaturos perseguindo peixes no seu local de alimentação sem, no entanto, ter sido observado,

em nenhum momento, a captura deles, sendo este um bom exemplo de que a brincadeira se caracteriza enquanto uma ação sem o objetivo funcional que teria a ação não-lúdica.

Brunner (1975), referindo-se à brincadeira do uso de instrumentos em chimpanzés, afirma que aquilo que caracteriza uma ação como brincadeira é sugerido através da perda de interesse nos objetivos do ato e um interesse maior nos meios, o que, segundo ele, também caracteriza a brincadeira em crianças. Em função desta não funcionalidade e flexibilidade, afirma, a brincadeira é uma oportunidade para o indivíduo jovem testar combinações que sob pressão funcional seriam perigosas, numa situação de mais baixo risco que é a situação lúdica.

Outra característica da brincadeira que é bastante destacada nas definições do fenômeno é a não literalidade ou “como se”. Este aspecto muitas vezes serve para que à brincadeira seja atribuído um caráter de desvinculação total da realidade, como se este comportamento ocorresse apenas na esfera da imaginação, guiado exclusivamente por fatores disposicionais, herança da visão romântica que concebia a brincadeira enquanto um comportamento simplesmente inato e espontâneo, revelador de uma verdade da qual a criança seria portadora (Brougère, 2006).

Johnson, Christie e Yawke (1999) afirmam que através do “como se”, ou seja, da não literalidade da brincadeira, novos significados são atribuídos aos objetos, substituindo o significado usual destes e permitindo que a criança possa escapar das restrições do aqui e agora e experimentar novas possibilidades.

Em Leontiev (1999) encontra-se uma reflexão acerca dos aspectos de caráter fantástico e imaginário que garantem a não-literalidade da brincadeira. O autor parte da premissa de que a brincadeira é a forma através da qual a criança busca resolver a contradição entre a sua necessidade de agir sobre os objetos, de um lado, e o desenvolvimento das operações necessárias para esta ação, ainda em estágio precoce, por outro, ou seja, a criança quer por si mesma, agir sobre o mundo, operar com objetos, embora ainda não tenha

desenvolvido as operações exigidas pelas ações que quer realizar, solucionando, portanto, este conflito através da atividade lúdica. Para Leontiev, é na brincadeira da fase pré-escolar, que tem como principal aspecto a substituição de objetos, que a criança pode agir no mundo e operar objetos desse mundo, não acessíveis a ela, por meio dos objetos acessíveis que ela tem condições de operar.

Partindo da concepção exposta acima, o autor refere-se à não-literalidade da brincadeira, afirmando que, nem os objetos, nem as operações, nem a ação, em sua seqüência e conteúdo são imaginários, ou seja, as condições da ação podem até ser modificadas, como quando se usa um objeto ao invés de outro, mas a seqüência e o conteúdo deve sempre corresponder à ação real para que a brincadeira continue e se consolide. Para ele, a brincadeira só acontece vinculada a uma realidade, ou seja, mesmo que aos objetos seja conferido um outro sentido, suas propriedades, que são reais, definem como eles podem ser utilizados, comportando determinadas ações também reais, de forma que toda ação reproduzida na brincadeira é tirada da vida real.

O autor conclui que o que há de imaginário na brincadeira é a situação lúdica, ou seja, o sentido lúdico que é fornecido aos objetos no ato de brincar, afirmando que, embora o significado do objeto seja conhecido da criança (suas propriedades, modos de uso e as ações possíveis com ele), um sentido estranho ao seu significado e aos seus usos habituais é dado a este objeto, rompendo-se assim o sentido e o significado reais a partir da imaginação que é engendrada neste processo.

A concepção de Vygotsky (1984) acerca da brincadeira e do seu caráter imaginativo coincide em determinados aspectos com a concepção de Leontiev, embora esse paralelo não seja um ponto principal aqui. Vygotsky (1984) afirma que a situação criada no brinquedo exige que a criança aja contra o impulso imediato, criando autocontrole e subordinando-se à regra que, segundo o próprio autor, está presente em toda brincadeira

imaginária e vice-versa. Segundo ele, na idade pré-escolar surgem desejos não realizáveis imediatamente, mas permanece a tendência para a satisfação imediata destes, gerando uma tensão que a criança soluciona através da situação imaginária produzida durante a brincadeira.

No entanto, o autor também ressalta que o caráter imaginário da brincadeira não a desvincula do real, pois a criança não se comporta de forma puramente simbólica, permitindo que categorias básicas da realidade perpassem sua experiência. Nesse sentido, o autor destaca que a brincadeira:

É uma situação imaginária, mas é compreensível somente à luz de uma situação real que, de fato, tenha acontecido. O brinquedo é muito mais a lembrança de alguma coisa que realmente aconteceu do que imaginação. É mais a memória em ação do que uma situação imaginária nova (p. 117).

Veremos mais adiante neste trabalho que, na concepção deste autor, a brincadeira serve à importante função de tornar a criança capaz de agir numa esfera cognitiva, contribuindo para a formação do pensamento abstrato.

Outra característica comum nas diferentes concepções de brincadeira é a idéia de que esta é uma atividade voluntária, intencional e intrinsecamente motivada, ou seja, a brincadeira não parte de uma necessidade ou obrigação de produzir algo ou alcançar um determinado fim, não sendo governada por qualquer objetivo externo, mas se origina da vontade, do próprio desejo de brincar. Segundo Johnson, Christie e Yawkey (1999), a brincadeira não é uma atividade externamente motivada por impulsos de fome ou por qualquer objetivo como adquirir poder ou opulência, mas que a motivação para brincar vem do próprio indivíduo e que a busca por esta atividade vem do prazer por si mesmo.

É nesse sentido que Pereira (2005) afirma que todo brincar inicia-se a partir de uma vontade e não de uma obrigação, sendo por isso uma atividade voluntária, através da qual se produz “uma outra realidade”, marcada pela imaginação, em que o brincante confere novos significados ao que é dado, sem desconectar-se de si mesmo (p. 21-22).

Quanto ao critério relativo à presença de afetos positivos, Smith e Vollstedt (1985) afirmam que este parte da percepção de que o comportamento envolvido na brincadeira é agradável e prazeroso. Provavelmente este seja o critério mais facilmente reconhecido no senso comum para referir-se à brincadeira, embora Vygotsky (1984) chame a atenção para o fato de que este não pode ser um critério definidor do brincar, uma vez que muitas outras atividades são prazerosas para a criança, além de que algumas brincadeiras, como por exemplo, os jogos esportivos que podem ser ganhados ou perdidos, são frequentemente acompanhados de desprazer, a depender do seu resultado. O autor destaca a importância do brinquedo na satisfação de necessidades da criança e, portanto, como forma de solucionar a tensão entre a necessidade de satisfação de desejos e as restrições impostas na satisfação imediata destes, provindo daí o prazer derivado da brincadeira.

Os etologistas utilizam a delimitação dos antecedentes e conseqüentes da brincadeira como uma forma de definir esta atividade (Pellegrini e Smith, 1998). Os antecedentes incluem elementos do ambiente e do contexto mais amplo em que a brincadeira ocorre e os conseqüentes dizem respeito aos comportamentos que se seguem ao brincar. Entretanto, os autores destacam que, embora bastante úteis, estes critérios não podem ser considerados isoladamente na definição do brincar, devendo ser acrescidos de outras pistas contextuais e disposicionais que caracterizem de forma mais precisa o que pode ser uma brincadeira.

A partir de uma análise dos diversos critérios utilizados, entre os supracitados para a definição da brincadeira, Burghardt (2005) afirma que é necessária uma definição operacional, que não necessariamente dê conta da natureza total do fenômeno, mas que seja útil para diferenciá-lo de forma suficientemente rigorosa de outros comportamentos, a fim de permitir uma análise científica. Ele então propõe um modelo de cinco grupos de critérios que, de acordo com sua concepção, podem distinguir a brincadeira de todos os outros fenômenos

com os quais se confunde, tais como exploração e curiosidade por um lado e comportamentos estereotipados por outro. O autor afirma que o ponto chave é que todos os cinco critérios devem ser simultaneamente satisfeitos para que um fenômeno seja denominado brincadeira, o que constitui a inovação desta concepção, segundo ele.

Os cinco critérios, chamados pelo autor de “big five¹” da brincadeira incluem:

1. função imediata limitada, ou seja, a performance do comportamento não é completamente funcional na forma ou contexto em que se expressa; 2. componente endógeno, consistindo de comportamento espontâneo, voluntário, intencional, prazeroso, recompensador, reforçador e realizado em benefício próprio; 3. diferença temporal ou estrutural, ou seja, os comportamentos envolvidos na brincadeira são em geral incompletos, exagerados, desajeitados ou precoces, com forma, seqüência e alvo modificados; 4. ocorre repetidamente de forma similar, mas não estereotipada; 5. apresenta-se em ambiente relaxado, livre de ameaças e em condições em que o indivíduo esteja saciado, saudável e livre de estresse ou necessidades físicas prementes.

Tomando como base esses cinco grupos de critérios, o autor define brincadeira como:

Comportamento repetido, incompletamente funcional que difere estrutural, contextual e ontogeneticamente de muitas outras versões sérias e que é iniciado voluntariamente quando o animal está em um ambiente relaxado e de baixo estresse (p. 82).

Esta parece ser uma definição operacional ampla e complexa da brincadeira, aplicável tanto a humanos quanto a animais. Inclui os critérios apresentados na literatura sobre o assunto, os quais foram retomados aqui e será, dessa forma, tomada como referência para a concepção de brincadeira utilizada neste trabalho.

Muitos teóricos em Psicologia, mais do que buscar investigar porque a brincadeira existe e como se caracteriza, buscaram compreender quais as funções que esta atividade

¹ Referência à teoria do Big Five, conhecida no campo da personalidade, psicologia evolucionista e genética comportamental humana.

desempenha no desenvolvimento infantil. Cada concepção foi trazendo contribuições importantes para o estudo do fenômeno que até hoje provoca inquietações nos estudiosos do comportamento humano e animal, de forma que uma breve revisão de algumas dessas concepções parece útil para a uma maior compreensão da brincadeira neste trabalho, antes que se possa chegar à Psicologia Evolucionista de Desenvolvimento, abordagem mais recente que tem sido utilizada no estudo do fenômeno e que tomarei como abordagem teórica de referência.

Johnson, Christie e Yawke (1999) destacam que a relação entre desenvolvimento infantil e brincadeira pode ser vista de três formas a partir das teorias que foram se desenvolvendo acerca do fenômeno: a brincadeira resultando em desenvolvimento, reforçando o desenvolvimento ou refletindo o desenvolvimento e as aquisições da criança nos vários domínios. Os autores apresentam então um quadro comparativo das teorias sobre o brincar, reproduzido a seguir, e algumas dessas abordagens serão retomadas de forma mais explícita adiante:

Teorias	Papel da Brincadeira no Desenvolvimento Infantil
Psicanalítica	Dominar experiências traumáticas; lidar com frustrações
Cognitivas <i>Piaget</i>	Praticar e consolidar habilidades e conceitos previamente aprendidos
<i>Vygotsky</i>	Promover o pensamento abstrato; aprender dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal; auto-regulação
<i>Bruner/Sutton-Smith, Singer</i>	Desenvolver flexibilidade no pensamento e comportamento
Outras Teorias	
<i>Modulação de excitação</i>	Manter a excitação num nível ótimo pelo aumento da estimulação
<i>Bateson</i>	Promover habilidade para compreender múltiplos níveis de significado

Quadro 1 - Teorias sobre o brincar

Na concepção psicanalítica, a brincadeira tem importante função no desenvolvimento emocional da criança, contribuindo para a elaboração de experiências dolorosas e traumáticas. No conhecido jogo do *Fort-dá* descrito por Freud (1969), em que uma criança de um ano e meio lança um carretel amarrado por uma corda para longe, puxando novamente para perto de si repetidas vezes, pronunciando o que seria identificado às palavras *Fort-dá* (do alemão, “ir embora” e “ali”), a brincadeira é interpretada como o instrumento através do qual a criança elabora a dor originada da perda temporária da mãe que se ausenta.

Segundo Freud, através do simbólico, presente no jogo, a criança pode dominar a situação, tomando uma atitude ativa diante dela em contraste com a experiência real, na qual ela assume uma posição passiva. A brincadeira então se relaciona, segundo ele, à renúncia da satisfação pulsional que se efetua quando a mãe se ausentou sem os protestos da criança.

A criança representa, então, na brincadeira, a experiência desagradável de forma repetida, porque a brincadeira traz consigo a produção direta do prazer e permite que ela possa superar e dominar o desprazer, transportado para o plano simbólico (Freud, 1969).

Ele afirma:

(...) é claro que em suas brincadeiras as crianças repetem tudo o que lhes causou uma grande impressão, tornando-se por assim dizer, senhoras da situação. Por outro lado, porém, é óbvio que todas as suas brincadeiras são influenciadas por um desejo que as domina o tempo todo: o desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem (p.27).

Observa-se no pensamento de Freud a visão bastante difundida e presente nas concepções de outros teóricos da Psicanálise e da Psicologia, de que a brincadeira é uma oportunidade da criança elaborar traumas, situações difíceis e desagradáveis de uma posição ativa, na qual exerce o controle que não pode exercer na situação real que experimenta.

Outros teóricos psicanalistas tais como Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott apresentaram suas concepções acerca da brincadeira utilizando-a, embora de formas diferentes, como mediadora de práticas psicológicas e como recurso terapêutico. Para Winnicott, a brincadeira auxilia na resolução de conflitos e na desconstrução de bloqueios emocionais, proporcionando aos indivíduos viver de forma mais criativa e saudável (Vieira, Carvalho e Martins, 2005).

A partir de uma visão cognitivista, destacamos a concepção de Piaget acerca da brincadeira como um estado de desequilíbrio entre assimilação e acomodação, em que prevalece a assimilação. Dessa forma, através da brincadeira, concebida por Piaget (1971) com sua função de “digestão mental”, a criança, ao invés de aprender novas habilidades, pratica e consolida as habilidades recentemente adquiridas em outros contextos e situações, reproduzindo-as pelo mero “prazer funcional” e não mais pela necessidade de novas acomodações.

Piaget (1971) propõe categorias lúdicas que marcam os períodos do desenvolvimento cognitivo da criança: jogo de exercício, jogo simbólico e jogo com regras, através das quais diferentes habilidades vão sendo assimiladas e treinadas, com a assimilação prevalecendo sobre a acomodação em todas essas etapas.

Johnson, Christie e Yawkey (1999) afirmam que, para Piaget, o papel desempenhado pela brincadeira é muito importante, uma vez que estas habilidades seriam rapidamente perdidas caso não pudessem ser treinadas.

Vygotsky (1984), por sua vez, concebe a brincadeira a partir da importante função que desempenha no desenvolvimento da criança, preenchendo necessidades e contribuindo para novas aquisições. De acordo com este autor, é no brinquedo que a criança aprende a agir numa “esfera cognitiva”, desvinculando, embora não completamente, o significado da percepção real dos objetos, ou seja, no brinquedo, o objeto toma um significado diferente

daquele que é ditado por sua percepção visual. Dessa forma, o brinquedo é o pivô da transição entre a percepção real do objeto e o significado atribuído a ele pela criança durante o processo imaginativo que permeia a brincadeira, constituindo-se, esta, como um meio de desenvolver o pensamento abstrato.

Além disso, Vygotsky (1984) destaca que a brincadeira cria uma *zona de desenvolvimento proximal*, uma vez que “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 é na realidade” (p. 117).

A brincadeira funciona ainda no desenvolvimento do auto-controle, uma vez que, como destaca Vygotsky, toda brincadeira é constituída de regras, mesmo as brincadeiras simbólicas, de forma que a criança precisa submeter-se às regras do papel que ela desempenha durante o brincar e que surgem da própria situação imaginária. A obediência às regras implica, em muitos casos, condição para participar da brincadeira.

Já na concepção de Bruner, a brincadeira minimiza as conseqüências da ação, permitindo a aprendizagem numa situação de baixo risco, na qual o indivíduo pode testar limites com relativa impunidade. Devido à ausência de exigência funcional e de pressão por resultados, a brincadeira é uma oportunidade de a criança experimentar e treinar novas combinações comportamentais que seriam perigosas ou arriscadas em situações da vida real. Variações das habilidades aprendidas e treinadas durante a brincadeira podem então ser usadas posteriormente para solucionar problemas em outros contextos. (Bruner, 1975)

Podemos dizer que as abordagens aqui revisadas são as mais difundidas no estudo da brincadeira no campo da Psicologia e seus pressupostos servem de base para muitas outras concepções sobre o brincar e para a utilização do brinquedo nos diferentes contextos desenvolvimentais.

A Psicologia Evolucionista é uma abordagem recente ao estudo do desenvolvimento humano e traz uma compreensão ampla dos mecanismos e processos

desenvolvimentais, a partir da integração de pólos aparentemente contraditórios de discussões que marcam a Psicologia do Desenvolvimento: natureza x cultura, inato x adquirido. Pensar a brincadeira a partir de uma perspectiva evolucionista pode contribuir para uma compreensão mais ampla e também integrada desse fenômeno que vem sendo estudado a partir de diferentes focos e pontos de vista.

1.2 Psicologia Evolucionista e Brincadeira

A Psicologia Evolucionista (PE) tem sido uma abordagem utilizada enquanto referencial teórico para o estudo do comportamento humano. Toma como base o pensamento evolucionário e os princípios propostos por Darwin (especialmente os da Seleção Natural) e pós-darwinistas do século passado, partindo da idéia de que a espécie humana possui mecanismos psicológicos originados dos problemas enfrentados por nossos ancestrais no Ambiente de Adaptação Evolucionária (AAE) em que evoluímos enquanto espécie há milhares de anos (Cosmides, Tooby & Barkow, 1995; Bjorklund & Pellegrini, 2000).

A Psicologia Evolucionista tem se apresentado enquanto uma concepção integradora que parece apontar caminhos para a velha discussão natureza-cultura e, segundo Bock (2004), tem sido utilizada desde o final do século XIX e início do século XX para compreender o fenômeno da brincadeira, buscando analisar quais são suas funções tanto na espécie humana quanto nas espécies animais em que é observada. Sendo assim, será a abordagem de referência para o estudo da brincadeira neste trabalho.

Bjorklund e Blasi (2005) afirmam que a PE estuda o comportamento levando em conta a relação bidirecional entre estrutura e função que surge da interação entre genética e ambiente, biologia e cultura, num processo denominado de epigênese que se prolonga durante todo o desenvolvimento ontogenético. Dessa forma, o comportamento não é concebido apenas como “o inevitável produto da expressão gênica”, mas também de fatores ambientais

significantes. A interação entre esses diferentes *inputs* conduz a uma diversidade no comportamento humano gerada pela combinação única de fatores de natureza genética e ambiental que se produzem em cada indivíduo, sendo responsável pelas diferenças individuais.

Entretanto, a despeito desta diversidade, o desenvolvimento humano não é algo caótico nem infinitamente flexível, mas segue determinados padrões que são gerais, uma vez que o indivíduo herda não apenas o genoma típico da espécie, mas também o que se pode chamar de um ambiente típico que inclui fatores do ambiente físico (clima, temperatura, gravidade, etc) e social (cuidados parentais, por exemplo), além do fato de que a mente humana foi moldada pela evolução para resolver problemas específicos que surgiram ao longo da nossa história como caçadores-coletores (Vieira & Prado, 2004; Bjorklund & Blasi, 2005).

Esta perspectiva parece lançar luz sobre a questão dos universais da espécie e sobre as variações que se pode encontrar no comportamento dos indivíduos e nos diferentes grupos culturais.

A Psicologia Evolucionista esteve principalmente focada no funcionamento dos adultos (investimento parental, escolha de parceiros, entre outros), nem sempre levando em conta aspectos desenvolvimentais, o que é justificável, segundo Bjorklund e Pellegrini (2000), uma vez que são os membros adultos de uma espécie que reproduzem estritamente a explicação darwinista. Entretanto, os autores ressaltam que para alcançar a idade adulta e o sucesso reprodutivo, os indivíduos necessitam sobreviver através da infância, atuando, portanto, a seleção natural em ambos os períodos, tanto na infância quanto na idade adulta e podemos dizer que em toda a ontogenia.

Keller (1996) também ressalta que, inerente aos conceitos de Darwin, está, além da continuidade entre as espécies, a continuidade entre os estágios de criança e adulto de uma determinada espécie, ou seja, a forma presente de uma espécie ou indivíduo se desenvolve a

partir de uma sucessão de formas anteriores que, além de tudo, também está aberta para um desenvolvimento futuro.

Assim, Geary e Bjorklund (2000) chamam a atenção para a idéia de que uma compreensão dos “porquês” do desenvolvimento ajudará a adquirir uma melhor compreensão do “o que” e “como”, daí surgindo o campo emergente da Psicologia Evolucionista do Desenvolvimento (PED) que de acordo com Bjorklund e Blasi (2005).

Envolve o estudo de mecanismos genéticos e ambientais que subjazem o desenvolvimento de competências sociais e cognitivas e o processo epigenético (interação gene-ambiente) evoluído que adapta essas competências às condições locais (p 829).

Para tal, a PDE utiliza-se da análise funcional do comportamento no ambiente em que se desenvolve e da forma como se apresenta, sendo este um aspecto de importância fundamental dentro de uma abordagem desenvolvimental evolucionista, uma vez que algumas adaptações também podem ter efeitos negativos associados (subprodutos), se constituírem em mutações, ou mesmo não serem adaptações no sentido de que estas são “características herdadas resultantes da seleção natural e que ajudaram a resolver problemas de sobrevivência e reprodução no ambiente de adaptação evolucionária” (Bjorklund & Pellegrini, 2000; p. 1690).

Os autores destacam ainda que a análise funcional do ponto de vista da PE parte da análise dos custos e benefícios envolvidos num dado comportamento, no sentido de que mesmo que os benefícios ou funções que um comportamento desempenhe não sejam grandes, para que ele tenha sido naturalmente selecionado, estes devem ser maiores que os custos associados. Dessa forma, o valor adaptativo de um comportamento é dado pelos benefícios ou funções que ele desempenha.

Dentro desta perspectiva, os estudiosos destacam que as funções do comportamento, por sua vez, podem vir num momento posterior do desenvolvimento, constituindo-se em adaptações deferidas ou terem uma função imediata no desenvolvimento ontogenético, as adaptações ontogenéticas.

Podemos observar com relação à brincadeira, comportamento ao qual tem sido atribuída a ausência de propósito imediato e a prevalência dos meios sob os fins, que uma análise funcional encerra uma ambigüidade interessante, de forma que se é a brincadeira uma atividade sem propósito como podemos atribuir a ela funções no desenvolvimento? Alguns estudiosos (Gross, Piaget, Brunner, Vygotsky) tentaram solucionar esta ambigüidade atribuindo ao brincar benefícios e funções que seriam deferidas até a idade adulta, tal como podemos observar também em grande parte das teorias que concebem a brincadeira como forma de treino de papéis e habilidades que serão utilizadas no futuro (Bjorklund & Blasi, 2005; Bjorklund & Pellegrini, 2000).

A brincadeira de luta é um exemplo clássico que tem sido apresentado na literatura enquanto uma adaptação deferida que serviria ao propósito de treinar a criança, especialmente as do sexo masculino, em que esta brincadeira é mais freqüente, para comportamentos relacionados à dominância social e teria evoluído a partir das habilidades de luta e caça que foram importantes para os nossos ancestrais.

Uma visão alternativa à da brincadeira como função deferida é a que a concebe enquanto uma adaptação ontogenética. A idéia de que certos aspectos presentes em animais jovens têm como função contribuir para a sobrevivência e adaptação da espécie às fases de imaturidade da vida, é bastante comum entre os estudiosos de outros mamíferos diferentes dos humanos (Bjorklund & Pellegrini, 2000). Segundo estes autores, as adaptações ontogenéticas “não são simplesmente versões incompletas de características dos adultos, mas têm um papel

específico na sobrevivência durante a infância e juventude e desaparecem ou são descartadas quando não são mais necessárias” (p. 1693).

Estas adaptações são mais conhecidas em humanos quando se referem a funções fisiológicas (caso da placenta, enquanto uma adaptação necessária às funções de alimentação e respiração no período fetal), mas também podem ser encontradas no comportamento e na cognição dos bebês e crianças humanas. (Bjorklund & Blasi, 2005).

Dessa forma, pode-se dizer que um comportamento tem funções únicas para períodos específicos do desenvolvimento e benefícios em fases posteriores podem não ser imediatamente acessíveis, devido ao fato de que o desenvolvimento humano não segue um caminho contínuo e linear.

A concepção ontogenética da brincadeira parte da idéia de que este é um comportamento com benefícios e funções imediatas e especializadas para o nicho da infância, servindo a diferentes propósitos nesta etapa desenvolvimental e sem significado a partir da vida adulta (Pellegrini & Smith, 1998; Bjorklund & Pellegrini, 2000). Esta visão ainda é pouco encontrada na literatura sobre brincadeira, uma vez que a esta é atribuída principalmente à função de treinar habilidades importantes para o futuro, visão consistente com a concepção de criança enquanto uma versão imperfeita e inacabada do adulto, predominante por muito tempo na Psicologia do Desenvolvimento.

A partir da concepção da brincadeira enquanto adaptação ontogenética, estudiosos têm buscado compreender que benefícios a brincadeira apresenta para as crianças na fase desenvolvimental em que se encontram.

Um dos benefícios imediatos da brincadeira destacado pelos estudiosos, é a produção de estratégias e comportamentos inovadores, gerados a partir do senso de domínio e auto-eficácia relacionados à brincadeira que, num ambiente seguro, provido de cuidados parentais e de maneira “não-séria”, permitem à criança desenvolver respostas alternativas a ambientes novos e desafiantes (Pellegrini, Dupuis & Smith, 2007; Bjorklund, 2002). Estes

novos comportamentos aprendidos sob baixo risco, influenciaria, por sua vez, o desenvolvimento subsequente até em fases posteriores do ciclo de vida em que a brincadeira seria menos efetiva no aprendizado em relação a estratégias mais diretas, como a aprendizagem observacional (Pellegrini, Dupuis & Smith, 2007; Pellegrini & Bjorklund, 2003).

Pellegrini, Dupuis e Smith (2007) acrescentam que a brincadeira, por suas características (ausência de finalidade, caráter de não seriedade em relação ao comportamento funcional, motivação intrínseca, não estereotipia de comportamentos) torna-se uma atividade flexível crucial para a inovação comportamental, permitindo a aprendizagem de habilidades, novas estratégias e comportamentos a baixo custo, com efeitos no processo evolucionário, de forma que a ontogenia influenciaria a filogenia, na contramão da antiga concepção de Hall².

Enfim, Bichara, Lordelo, Carvalho e Otta (no prelo) destacam que tornar os indivíduos flexíveis, versáteis e criativos, capazes de lidar com o inesperado e adaptar-se a novas situações e ambientes de forma produtiva são as principais funções da brincadeira.

Nesse sentido, a hipótese ontogenética parece interessante para pensarmos a brincadeira enquanto um recurso que contribui para a adaptação da criança ao nicho da infância e não apenas para torná-la um adulto eficiente e capaz de solucionar problemas. Esta visão reforça também as concepções teóricas e usos da brincadeira enquanto um instrumento através do qual a criança insere-se no contexto social e cultural, dando-lhe sentido, construindo e reconstruindo práticas e significados, desenvolvendo formas criativas e inovadoras de lidar com o ambiente, de relacionar-se com os outros e consigo própria.

É desse pressuposto da brincadeira enquanto adaptação ontogenética que parte este trabalho, no sentido de buscar compreender como a criança pode desenvolver formas

² Stanley Hall, primeiro presidente da American Psychological Association, cujos estudos em desenvolvimento humano tiveram forte influência da teoria da recapitulação de Ernest Haeckel, segundo a qual o desenvolvimento de um embrião de uma dada espécie, recapitulava o desenvolvimento evolucionário daquela espécie.

alternativas de lidar com suas emoções e com situações inesperadas, num contexto de vida real.

1.3. A brincadeira no contexto hospitalar

Há mais de 70 anos, psicólogos utilizam a brincadeira como intervenção psicológica na assistência à criança, geralmente no contexto clínico, na forma de ludoterapia. Numa perspectiva psicanalítica, na qual a brincadeira foi originalmente utilizada como intervenção, é concebida como um instrumento de acesso ou expressão de conteúdos inconscientes e que serve para estimular o aparecimento de conflitos intrapsíquicos (Guerrelhas, Bueno & Silvares, 2000).

Por sua vez, numa perspectiva comportamental, em que a brincadeira tem sido cada vez mais utilizada, ela é concebida como instrumento para auxiliar a desenvolver estratégias de resolução de problemas e para a aplicação de técnicas de manejo de contingências.

Nesse sentido, Guerrelhas, Bueno e Silvares (2000) destacam:

A brincadeira é uma possibilidade de aprender maneiras alternativas de se comportar frente a determinados estímulos do ambiente, ou seja, através da brincadeira a criança pode analisar seu próprio comportamento, ficando ciente das contingências que o determinam e, a partir disto, alterar sua relação com o ambiente (p. 165).

Podemos observar que nestas duas abordagens a brincadeira é utilizada como instrumento de intervenção, pelo adulto (psicólogo), num contexto clínico, a partir de uma função mediadora: de aprendizagem de estratégias para resolução de conflitos, de comunicação com o adulto, de expressão de sentimentos, entre outras.

A brincadeira no contexto hospitalar ainda é bastante restrita e escassa, sendo utilizada tanto pelo psicólogo quanto por outros profissionais a partir de pressupostos

semelhantes ao modelo clínico e sob a tutela de um adulto que dirige o papel da brincadeira enquanto recurso terapêutico, tal como podemos observar em Almeida (2005), referindo-se à brincadeira simbólica freqüentemente empregada enquanto um instrumento clínico na área da saúde: “... uma técnica não diretiva que dá liberdade à criança para expressar-se, inclusive de maneira não-verbal, podendo ser empregada por diferentes profissionais de saúde”. (p. 152). A presença do brincar no hospital se consolida, então, a partir da idéia de que ele funciona como instrumento ou técnica psicoterápica através da qual se pode ter acesso aos conteúdos psíquicos da criança, ajudando-a a elaborá-los.

Entretanto, a acessibilidade à brincadeira para a criança hospitalizada vem sendo cada vez mais destacada a partir da noção de que a brincadeira exerce funções importantes do ponto de vista desenvolvimental e que a prática de um cuidado integral e humanizado à criança deve necessariamente incluí-la de forma livre. Nesse sentido a presença de brinquedotecas hospitalares já é garantida por lei no Brasil (11.104/2005), embora sua presença nos hospitais ainda seja bastante limitada, uma vez que este aspecto desenvolvimental e a idéia de que a criança não para de desenvolver-se mesmo quando internada, ainda parece ser uma questão pouco compreendida e aplicada na prática pelos profissionais de saúde.

Sikilero, Morseli e Duarte (1997) ressaltam:

Mesmo quando uma situação inesperada de doença obriga a criança a uma hospitalização, persiste a vontade e a necessidade de brincar, embora o lugar e as possibilidades estejam limitadas e as dificuldades ocasionadas pela doença produzam singularidades incomuns entre as crianças (p. 60)

Submetida ao sofrimento físico, à restrição de atividades, às dietas alimentares necessárias ao tratamento, aos procedimentos médicos dolorosos, além do distanciamento de

casa, dos amigos, da família, da escola e dos brinquedos, a criança muitas vezes apresenta reações de medo, ansiedade, isolamento, depressão, entre outras (Silva, 2006).

Diante desses efeitos, a hospitalização e a situação de adoecimento podem ter importantes repercussões no desenvolvimento infantil e, portanto, a atenção integral a criança, que inclui a presença da brincadeira, é um fator de cuidado essencial. Silva (2006) afirma ser a brincadeira um “salva-vidas”, uma vez que diante das restrições impostas pela doença e hospitalização, “permite à criança resgatar as brincadeiras do seu cotidiano, desenvolver habilidades motoras e vivenciar momentos de alegria e prazer individualmente ou em grupos” (p. 127).

Pesquisas acerca da brincadeira no hospital ainda são bastante escassas e geralmente estão restritas à descrição dos significados atribuídos ao brincar pela criança e pelos profissionais de saúde ou ao papel da brincadeira enquanto instrumento terapêutico na preparação da criança para procedimentos médicos, no sentido de trabalhar ansiedades e tensões provenientes de procedimentos dolorosos e invasivos.

Mitre e Gomes (2004) buscaram analisar, através de observações e entrevistas, o significado do brincar entre profissionais de saúde que trabalham com este recurso e como o lúdico estava incluindo em três hospitais com atendimento pediátrico, localizados em diferentes regiões do país. As autoras afirmam que para que se efetive a promoção do brincar no hospital é necessário se conhecer os significados atribuídos à brincadeira por aqueles que trabalham na assistência à criança hospitalizada.

Os resultados apontam diferentes formas de abordar e utilizar o lúdico em cada uma das instituições: uma delas possuía um serviço sistematizado de recreação terapêutica com objetivos definidos e atividades sistemáticas, no segundo hospital pôde-se observar a existência de uma brinquedoteca onde as crianças brincavam livremente e ações ligadas ao lúdico nas mais diversas categorias profissionais, o terceiro hospital, por sua vez, estava em

processo de resgate do brincar na enfermagem, não tendo ações interligadas ou sistemáticas de promoção do brincar, embora este fosse utilizado por alguns profissionais.

Nos três hospitais, segundo as autoras, pôde-se perceber que o brincar era utilizado a partir de sua função terapêutica, num modelo clínico, no sentido da criança ter acesso a uma linguagem que domina e poder expressar-se de uma forma ativa e lidar melhor com a situação de hospitalização.

Com relação aos sentidos atribuídos ao brincar, foram identificados quatro núcleos de significados: 1. o lúdico como algo prazeroso para a criança; 2. facilitador da interação entre profissionais de saúde, criança e acompanhantes; 3. como instrumento para facilitar a adesão ao tratamento; 4. como espaço que propicia a valorização de experiências individuais e possibilidades de escolhas e 5. instrumento terapêutico, no sentido de que se configura como possibilidade de elaboração de experiências relativas à hospitalização, reduzindo a ansiedade e reorganizando sentimentos da criança.

O estudo de Mota e Enumo (2004), por sua vez, buscou investigar as concepções de crianças com câncer acerca do brincar no hospital enquanto uma estratégia de enfrentamento e caracterizar as atividades lúdicas possíveis no contexto hospitalar, a partir de respostas das próprias crianças. Os resultados mostraram que a brincadeira faz parte do repertório de estratégias de enfrentamento utilizado pelas crianças, sendo também citada pela maioria delas como algo que gostariam de fazer no hospital, não havendo diferenças significativas entre as categorias de brincadeiras preferidas por elas.

No estudo realizado por Almeida e Bomtempo (2004), através do brinquedo terapêutico, buscou-se compreender as manifestações verbais e não verbais de crianças cardiopatas pré-cirúrgicas. Os resultados mostram que a brincadeira pode ser considerada um instrumento terapêutico efetivo na preparação de crianças para os procedimentos cirúrgicos,

uma vez que propicia uma vivência mais ativa das situações a que serão submetidas, proporcionando alívio de tensões.

Vieira e Carneiro (2006) estudaram a brincadeira de crianças em atendimento ambulatorial, com diferentes diagnósticos médicos, buscando investigar os temas que apareciam nas brincadeiras de faz-de-conta. Os resultados apontaram que as brincadeiras relacionadas ao adoecer não prevaleceram sobre as demais, mas que 36% das crianças levaram para o faz - de- conta vivências relacionadas à sua condição, especialmente aquelas relativas a experiências dolorosas.

Em relação à linguagem utilizada no faz-de-conta, as autoras destacam que muitas crianças utilizaram a linguagem técnica para referir-se a questões ligadas à sua condição médica, além da linguagem rotineira que também foi utilizada, mas que é já comum nas brincadeiras. As autoras destacam que a informação acerca da doença, especialmente no caso de doenças crônicas como a diabetes, é algo privilegiado pelos médicos como forma de favorecer a adesão ao tratamento, daí o surgimento dessas falas durante a brincadeira.

Outros estudos têm buscado avaliar diretamente a efetividade dos recursos lúdicos na diminuição do estresse e nas estratégias de regulação emocional utilizadas pelas crianças hospitalizadas, tal como podemos observar no estudo de Oliveira, Dias e Roazzi (2003), no qual se buscou compreender a influência de recursos lúdicos nas estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com emoções de raiva e tristeza.

Utilizaram o brinquedo dirigido, na forma de “tarefa lúdica”, que incluía fantoches representando membros da família e da equipe de saúde, durante o qual os pesquisadores procuravam eliciar situações de raiva e tristeza nos sujeitos do grupo experimental, apontando direções para a solução da situação através de estratégias de regulação emocional. A tarefa lúdica tinha o mesmo conteúdo de duas pequenas histórias (com questionários) utilizadas anteriormente no pré-teste para acessar a compreensão e utilização de estratégias de regulação

emocional nas crianças, sendo aplicadas também no pós-teste, com o objetivo de verificar possíveis alterações nas estratégias nos dois momentos do estudo. As histórias utilizadas para medir a compreensão e utilização das estratégias foram aplicadas também em dois grupos controle, um de crianças também hospitalizadas e outro de crianças saudáveis.

Os resultados indicaram que houve modificações significativas nas estratégias de regulação das emoções nas crianças do grupo experimental em função da atividade lúdica, enquanto nos grupos-controle foram observadas apenas pequenas diferenças nas categorias de respostas no pré e no pós-teste.

Os autores concluem que, através de recursos lúdicos, a criança expressa as formas utilizadas por ela para lidar com suas emoções, conseguindo elaborar os significados e conteúdos que emergem na situação de hospitalização, através da sugestão e clarificação de estratégias, obtendo melhorias na forma de lidar com as emoções.

No estudo realizado por Gariépy e Howe (2003) foram investigadas as possíveis diferenças na brincadeira de um grupo de crianças com leucemia comparado com outro de crianças saudáveis. Os resultados mostraram que crianças saudáveis engajaram-se em mais comportamentos de brincadeira que as crianças com leucemia, apresentando um repertório maior de atividades ao longo das observações. Além disso, crianças com leucemia, quando estavam menos estressadas, engajavam-se em mais brincadeira paralela e de grupo, ao contrário de quando estavam mais estressadas que engajavam-se em mais brincadeiras solitárias.

Ao rever estes estudos, podemos perceber que diversas funções têm sido delegadas ao brincar no hospital, sendo este concebido como importante instrumento para que a criança possa enfrentar de forma mais satisfatória as condições que envolvem a doença e a hospitalização. A literatura aponta para a brincadeira no hospital enquanto um recurso para a expressão e regulação emocional, aprendizagem de novos comportamentos, redutor de

ansiedade na preparação para procedimentos médicos e na adesão ao tratamento, meio através do qual a criança posiciona-se ativamente frente a situações e interage com outras crianças e adultos (familiares e profissionais de saúde) e, por fim, como estratégia de enfrentamento ou meio através do qual a criança lida com situações de estresse.

Uma possível relação entre brincadeira e enfrentamento de experiências “difíceis” e/ou situações estressantes está implícita nas funções atribuídas ao brincar no hospital, mas esta relação é ainda bastante intuitiva, uma vez que poucos estudos descritivos e exploratórios têm sido realizados com o intuito de detectá-la ou compreendê-la pela via das brincadeiras das próprias crianças, além das dificuldades metodológicas inerentes ao estudo dessa possível relação.

Neste trabalho recorreremos ao conceito de *Coping* para buscar compreender a forma como as crianças lidam com situações de estresse, as chamadas “situações difíceis” ou “experiências dolorosas” pelas quais passam no contexto hospitalar, através da exploração e descrição das brincadeiras de crianças hospitalizadas. A seguir, exploramos melhor este conceito e os modelos teóricos propostos para estudá-lo, seguidos de uma breve revisão de estudos empíricos.

II. O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE - COPING

Compreender o processo através do qual as crianças reagem diante de situações ou eventos de vida causadores de estresse é de importância fundamental, especialmente no campo da saúde onde cada vez mais se busca considerar os efeitos negativos da doença e hospitalização no desenvolvimento infantil, a fim de se prevenir processos psicopatológicos e estimular aspectos saudáveis dos indivíduos. A consideração da saúde não apenas como a ausência de doença, mas como o bem estar subjetivo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trouxe consigo a necessidade de se levar em conta não apenas os processos orgânicos geradores de doença, mas também os aspectos que constituem a saúde mental dos indivíduos.

A maior sobrevivência de indivíduos com doenças antes consideradas fatais gera, também, um tempo mais prolongado sob tratamentos e cuidados que se estendem por toda a vida e para além do ambiente hospitalar, tornando, dessa forma, a integralidade da atenção uma noção básica que deve guiar as ações em saúde. Ceccim (1997) afirma que a integralidade é um dever moral e legal que rege as ações e serviços de saúde (Lei Orgânica da Saúde, 1990) e que pode ser denominada como “articulação/integração/simultaneidade de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde” (p. 27).

Assim, conhecer de que forma a doença, a hospitalização e os tratamentos podem ter seus efeitos iatrogênicos minimizados, especialmente na saúde mental infanto-juvenil, se constitui numa tarefa de grande importância para se buscar prevenir interrupções no desenvolvimento e incrementar a qualidade de vida.

A humanização da assistência também tem sido destacada como questão crucial e toma como foco a consideração da subjetividade e o resgate do humano dentro das

instituições e práticas de saúde, já que a fragmentação dos conhecimentos em saúde conduziu também a uma fragmentação do humano e à sujeição do indivíduo a um saber médico totalizante. A esse respeito, Spink (2003) destaca:

Na verdade é a doença que é internada, pois, tendo como pedras angulares a anatomia e a patologia, a medicina moderna centrou seu olhar na doença - e não na saúde. No órgão doente - e não no indivíduo doente. Olhar que se distancia ainda mais face às modernas tecnologias de radiografia e ultra-sonografia (p. 145).

Daí surge a forte necessidade de resgate do humano e de uma posição ativa e participativa dos indivíduos no seu processo de saúde e doença que passa a ser visto não apenas como uma questão individual e curativa, mas coletiva e de caráter preventivo.

Essas questões abrem espaço para pensar as instituições hospitalares pediátricas enquanto contextos onde a prática de uma saúde integral e humanizada é cada vez mais necessária, levando-se em consideração os avanços na concepção de infância desde a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Medrano (2004) afirma, com relação ao ECA que “desde que foi institucionalizado, tenta deslocar os saberes e discursos historicamente construídos, para dar lugar – para abrir espaços diferenciais – a uma outra relação de poder e a um outro modo de pensar a relação adulto-criança” (p. 16).

Estas reflexões trazem a tona avanços na concepção de infância que tem exigido mudanças nas relações com a criança, antes concebida como um ser dependente, sem direitos e deveres, sujeito ao adulto e, ainda, no hospital, sujeito à ordem médica.

Seguindo os avanços na concepção de saúde, com a conseqüente necessidade de consideração da subjetividade no contexto hospitalar e com os avanços obtidos na concepção de infância após o ECA, insere-se a importância de se conceber a criança, não como um indivíduo que deve apenas submeter-se aos tratamentos médicos passando por uma “ruptura biográfica” (Spink, 2003) no momento em que necessita da assistência hospitalar, mas

enquanto um indivíduo com subjetividade e possibilidade de participação no seu processo de saúde e doença dentro e fora da instituição de saúde.

Este preâmbulo serve para a compreensão do porque de se estudar o processo de enfrentamento do estresse na população pediátrica brasileira. As formas como os indivíduos avaliam e reagem diante de situações aversivas e estressantes são componentes incluídos num construto denominado *coping* que, numa tradução para o português, estaria relacionado a “enfrentar”, “lidar com”. Levando em consideração que esta tradução não abarca de forma precisa a amplitude do termo, uma vez que nem todas as formas de *coping* incluem o enfrentamento direto da situação de estresse, tal como supõe o termo em português, optamos por manter o termo original na maior parte deste trabalho, embora utilizemos o termo enfrentamento para referir ao processo de *coping* de uma forma geral.³

O processo de *coping* tem sido estudado em Psicologia no sentido de se buscar conhecer as respostas cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações avaliadas como geradoras de estresse, em diferentes contextos. Este estudo parte do conceito de *coping*, a fim de explorar e descrever como ocorre o processo de enfrentamento do estresse em crianças que vivenciam uma situação de doença e hospitalização, a partir da consideração do hospital como um contexto de desenvolvimento no qual as necessidades da criança precisam ser levadas em conta.

Estudos de *coping* na população infantil ainda são bastante escassos e limitados, especialmente no Brasil, mas tem avançado na pesquisa com crianças e adolescentes submetidos a situações de estresse no contexto escolar, no relacionamento com pares e adultos, no contexto hospitalar, em situações de doenças e procedimentos médicos invasivos, violência doméstica, divórcio dos pais, entre outras, no Brasil e em outros países (Lisboa, Koller, Ribas, Bitencourt, Oliveira, Porciúncula & De Marchi, 2002; Dell’Aglia, 2003,

³ Enfrentar, em português, quer dizer 1. Pôr ou estar defronte de ... Confrontar; 2. Atacar de frente. Enfrentamento tem sido utilizado na literatura brasileira para referir-se ao construto Coping, ressaltando-se, no entanto a limitação do termo em português.

Dell’Aglío e Hutz, 2002, Sandler, Tein, Mehta, Wolchik & Ayers, 2000; Thomsen, Compas, Colleti, Stanger, Boyer & Konic, 2002; Weisz, McCabe & Denning, 1994; Schanberg, Lefebvre, Keefe, Kredich, & Gil, 1997).

2.1. COPING: CONCEITO E MODELOS TEÓRICOS

Embora ainda prematuro, o estudo do *coping* vem já de uma tradição de pesquisadores que vão desde uma concepção psicanalítica até uma concepção mais cognitivista, a partir de diferentes pontos de vista teóricos e metodológicos, tal como apresentadas por Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998): a primeira geração, vinculada à Psicologia do Ego, concebe *coping* como correlato dos mecanismos de defesa, sendo, portanto, motivado interna e inconscientemente, classificando-o dentro de uma hierarquia de saúde versus psicopatologia. A segunda geração, que tem como principais representantes Lazarus e Folkman (1984), enfatiza os comportamentos de *coping* e seus determinantes cognitivos e situacionais, diferenciando-os dos mecanismos de defesa enquanto processos conscientes, flexíveis e adaptados à realidade. E a terceira geração volta-se para o estudo da relação entre *coping* e personalidade, dando ênfase a traços de personalidade que estariam relacionados às estratégias de enfrentamento, tais como rigidez, otimismo, auto-estima e *locus* de controle.

Desde as primeiras gerações de estudiosos já se pode encontrar uma controvérsia presente até hoje na literatura sobre o assunto, no que se refere a considerar o *coping* como um processo mais disposicional ou mais situacional. Dell’Aglío (2003) aponta que os primeiros estudos procuraram categorizar os indivíduos quanto à sua tendência em utilizar determinados estilos de *coping* que eram avaliados através de entrevistas e testes de personalidade. Já os estudos mais recentes com um foco disposicional têm tomado como base

a teoria dos Cinco Grandes Fatores de personalidade e concebem, segundo a autora, as diferenças individuais como importantes fatores de influência nas respostas de *coping*, uma vez que as pessoas trazem “estilos” ou “disposições” relacionadas à sua personalidade que direcionam sua avaliação e reação frente a uma situação de estresse. Este enfoque disposicional toma como pressuposto a idéia de que fatores situacionais não são suficientes para fornecer uma compreensão ampla acerca das muitas formas que os indivíduos apresentam de reagir ao estresse.

Algumas tipologias também foram geradas a partir desses estudos, posicionando os indivíduos num pólo ou em outro, de acordo com a forma que utilizam para agir frente a situações adversas: estilo ativo *versus* passivo, monitorador *versus* desatento, tipo A *versus* tipo B, entre outras (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). Dimensões da personalidade tais como *locus* de controle, resiliência e ansiedade também têm sido relacionadas às variações no enfrentamento. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Outros modelos de estudo, ao invés de focalizarem estilos, partindo de um foco mais situacional, concebem *coping* como um processo consciente e direcionado a objetivos, categorizando as respostas dos indivíduos em estratégias. Dentre estes modelos encontra-se a *teoria transacional do estresse*, de Lazarus e Folkman (1984), considerada a mais compreensiva e de referência para grande parte dos estudos na área (Boekaerts & Röder, 1999).

A *teoria transacional* parte do pressuposto de que há uma relação dinâmica, recíproca e bidirecional entre a pessoa e o ambiente, sendo o processo de *coping* concebido como “um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984 apud Dell’Aglío, 2003; p. 38).

Central a este modelo é a idéia básica de avaliação que se refere à forma como o indivíduo percebe e representa cognitivamente a situação e seus recursos pessoais para lidar com ela (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998). Este processo inclui tanto uma avaliação primária através da qual o indivíduo analisa o risco envolvido na situação de estresse, determinando se o estressor tem um significado positivo, negativo ou neutro para o seu bem estar, quanto uma avaliação secundária segundo a qual o indivíduo analisa que recursos têm disponíveis para lidar com o problema – é a resposta à questão: “O que eu posso fazer para lidar com este estressor?” (Boekaerts & Röder, 1999; p. 320).

Dentro desse modelo, as respostas de *coping* utilizadas pelos indivíduos são ações deliberadas que podem ser aprendidas, utilizadas ou descartadas e se classificam em duas categorias básicas: estratégias focalizadas no problema que são dirigidas para a modificação do estressor ou condições objetivas da situação, e estratégias focalizadas na emoção que buscam a regulação da emoção gerada pelo evento estressante (Folkman, Lazarus & De Longis, 1986). Os autores citados destacam ainda que, tanto a avaliação quanto o *coping* são variáveis transacionais, no sentido de que não se referem nem apenas à pessoa nem somente ao ambiente, mas à integração entre ambos em uma dada situação, de forma que uma avaliação de ameaça é função de um conjunto específico de condições ambientais que são avaliadas por uma pessoa com características psicológicas singulares. De forma similar, *coping* consiste de um pensamento ou comportamento particular apresentados pela pessoa com o objetivo de administrar as demandas de uma transação pessoa-ambiente relevante para o seu bem-estar.

A avaliação do evento tem importante influência na utilização das estratégias, de forma que estratégias focalizadas no problema tendem a ser mais empregadas diante de situações avaliadas como modificáveis, enquanto estratégias focalizadas na emoção tendem a ser mais utilizadas em situações avaliadas como inalteráveis (Spirito, Stark, Gil & Tyc, 1995).

Embora a definição de *coping* mais utilizada e de referência para os estudos na área seja a apresentada por Lazarus e Folkman, esta foi derivada de um modelo adulto de avaliação e resposta ao estresse e muitos autores têm chamado a atenção para a necessidade de um modelo de compreensão diferenciado para avaliar o enfrentamento do estresse na população infantil, uma vez que fatores desenvolvimentais e a relação de dependência com o adulto são variáveis a serem consideradas (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Um outro modelo utilizado nos estudos de *coping* é o apresentado por Weisz e colaboradores (Band e Weisz, 1988; Weisz, McCabe & Dennig, 1994; Rudolph, Dennig & Weisz, 1995), segundo o qual *coping* está relacionado ao controle que o indivíduo busca intencionalmente exercer sobre a situação, ora modificando condições e eventos objetivos, o chamado controle primário, ora adaptando-se às condições correntes, através da modificação de si próprio – de suas expectativas, atribuições e interpretação dos eventos - o chamado controle secundário. Quando não se observa nenhuma tentativa ou esforço de *coping* do indivíduo frente a uma situação de estresse, tem-se o que se pode chamar de abdicação (*relinquished*), constituindo-se em uma falha no processo de enfrentamento.

O modelo de Weisz e colaboradores distingue ainda entre respostas de *coping* enquanto ações físicas ou mentais em reação a um estressor, direcionadas ao ambiente ou a estados internos; objetivos de *coping* como uma intenção de resposta que reflete a natureza motivacional do processo e resultados de *coping* que se referem às conseqüências específicas de uma resposta de *coping*. (Rudolph, Dennig & Weisz, 1995). No diagrama a seguir (Figura 1), podemos observar cada um desses componentes, do que os autores denominam de “episódio de *coping*”.

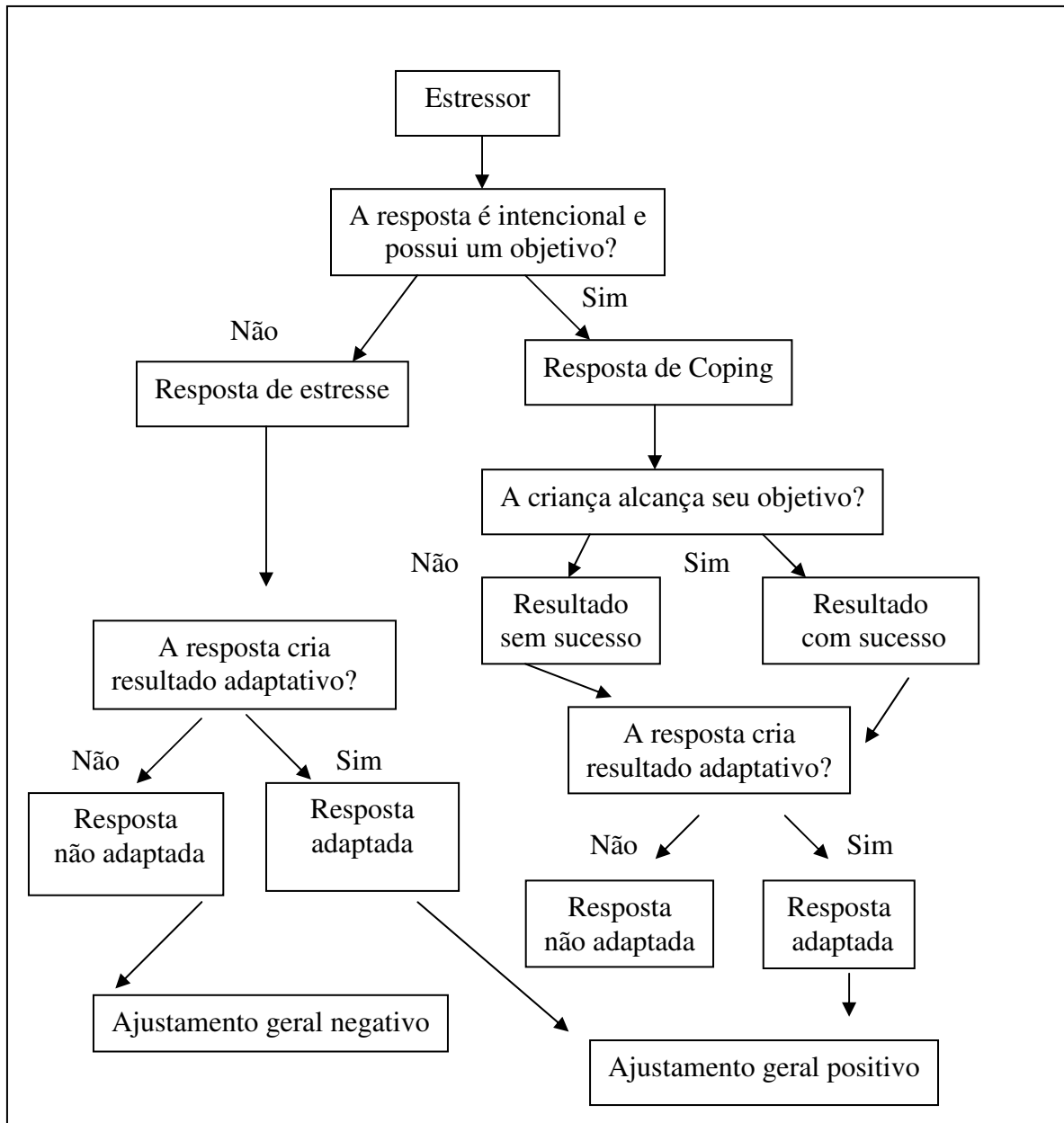


Figura 1: Diagrama esquemático de um episódio de *coping* (Rudolph, Dennig & Weisz, 1995).

Além do modelo de Lazarus e Folkman e de Weisz e colaboradores que classificam as respostas de *coping* de acordo com sua função, Boekaerts e Röder (1999) destacam um outro modelo que classifica as respostas de acordo com o seu foco: o de aproximação *versus* evitação. De acordo com este, respostas de aproximação referem-se às tentativas direcionadas para o estressor enquanto as de evitação dizem respeito às tentativas de distanciamento do estressor. Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen e Wadsworth (2001) propõem como alternativa a este modelo, as dimensão de engajamento (*engagement*)

versus desengajamento (*disengagement*), afirmando que estas têm uma amplitude maior e incluem as respostas de aproximação e evitação. Os autores definem o *coping* de engajamento como as respostas orientadas para o estressor ou para as emoções e pensamentos decorrentes (por exemplo, solução de problemas, busca de suporte social) e o *coping* de desengajamento como as respostas de distanciamento da situação de estresse ou dos sentimentos e pensamentos do indivíduo (por exemplo, evitação, negação e isolamento).

A concepção de Compas et al (2001) e de outros estudiosos vai em direção a uma perspectiva mais atual que considera *coping* enquanto um processo auto-regulatório. Esta perspectiva formula *links* entre *coping* e processos, fisiológicos e psicológicos, de regulação de emoções, cognições, comportamentos, atenção, incluindo, ora apenas respostas voluntárias e intencionais, ora, além destas, respostas involuntárias e automáticas ao estresse (Compas et al, 2001; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

A proximidade entre o conceito de *coping* e regulação fica mais claro quando se refere ao processo de regulação de emoções, uma vez que esta pode ser considerada uma das formas de lidar com uma situação estressante, principalmente observada em crianças muito pequenas, cuja capacidade de modificação da realidade é ainda limitada, fazendo com que *coping* e regulação emocional, neste caso, se tornem quase sinônimos. No entanto, o processo de *coping* inclui, além disso, ações e reações fisiológicas, motoras, cognitivas, atencionais e com origem no ambiente físico e social, de modo que o foco da pesquisa em *coping* situa-se na forma como todos estes domínios interagem sinérgica ou antagonisticamente para produzir uma reação frente a uma situação estressante. (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Além da divergência de modelos e definições do processo de *coping*, também há divergências acerca das dimensões de respostas de *coping*, especialmente em crianças e adolescentes. Até o momento, cada autor tem escolhido um sistema diferente de definição e

classificação das estratégias, a partir, ora de categorias pré-determinadas, baseadas em pesquisas anteriores, ora de análises de conteúdo (Dell’Aglia, 2003).

Uma grande variedade de estratégias de *coping* tem sido agrupada em dimensões mais amplas como as descritas anteriormente (focalizado no problema *versus* emoção, controle primário *versus* secundário e aproximação *versus* evitação), gerando ainda assim divergências que dificultam a integração de resultados dos estudos em *coping* (Compas et al, 2001).

De fato, há inúmeras formas de um indivíduo reagir diante de uma situação considerada estressante e uma variedade de classificações, categorias e dimensões apontadas na literatura, embora estudos têm convergido para a delimitação de um número limitado de “famílias de *coping*”, ou seja, de categorias que incluem mais de uma forma diferente de lidar com uma situação de estresse e que têm em comum a mesma função. Por exemplo, resolução de problemas inclui não apenas gerar soluções, mas planejar, tomar decisões, exercer esforços, entre outros (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Os autores citados destacam esse conjunto de famílias que, segundo eles, têm abarcado uma grande variedade de estratégias apontadas nos estudos: resolução de problemas, busca de informação, impotência, fuga, autoconfiança, busca de suporte, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição. Estas “famílias”, segundo os autores, têm permitido comparações desenvolvimentais relacionadas a mudanças normativas e variações nos esforços de *coping* em diferentes fases desenvolvimentais.

2.2. COPING E DESENVOLVIMENTO

Embora se possa encontrar, na literatura, estudos com crianças e adolescentes que utilizam os diferentes modelos citados, muitos autores têm chamado a atenção para a importância de se levar em conta a relação intrínseca entre *coping* e desenvolvimento, ainda

pouco considerada pelos estudiosos. O processo de *coping* é moldado pelo desenvolvimento e vice-versa e estratégias emergem em pontos diferentes do desenvolvimento do indivíduo, de acordo com o surgimento de habilidades sociais e cognitivas (Schmit, Petersen & Bullinger, 2002).

Estratégias focalizadas na emoção, por exemplo, segundo alguns autores, tendem a aparecer mais tarde na infância, uma vez que crianças pequenas não têm ainda a consciência de seus estados emocionais e a capacidade de regular emoções (Dell'Aglio & Hutz, 2002). De forma correspondente, pela natureza mais abstrata e subjetiva das estratégias de controle secundário, o seu reconhecimento e utilização requererem um maior desenvolvimento cognitivo que as de controle primário, sendo as primeiras mais difíceis de serem aprendidas por observação e com tendência a aparecerem mais tarde no desenvolvimento (Band & Weisz, 1988). No entanto, mesmo em relação a este aspecto ainda há contradições entre os autores, uma vez que alguns estudos demonstram que, ao contrário, crianças pequenas tendem a utilizar mais estratégias de regulação emocional em função de sua capacidade limitada de modificar a realidade (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), como destacado anteriormente.

Há, também, controvérsias quanto à natureza do *coping* em períodos específicos do desenvolvimento e quanto à evolução das estratégias da infância para a adolescência e idade adulta. Ainda não há consenso acerca da questão básica que diz respeito a se o processo de *coping* em crianças é mais ou menos diverso que em adultos ou mais ou menos flexível e aberto a mudanças, uma vez que, enquanto alguns autores demonstram que estratégias de *coping* se tornam mais diversificadas na adolescência, outros colocam a hipótese de que crianças usam um conjunto maior de estratégias singulares que adolescentes e há ainda aqueles que defendem a inadequação do conceito de *coping* para a infância (Schmit, Petersen, e Bullinger, 2002). No entanto, afirmam os autores, muitos pesquisadores têm concluído que, na infância, o processo de *coping* é mais concreto e consiste de várias estratégias

comportamentais, ocorrendo mudanças qualitativas à medida que a criança vai se tornando maior e mais capaz de usar estratégias de uma maneira flexível.

Fournet, Wilson & Wallander (1998) elaboraram um modelo que diferencia o processo de *coping* em competência técnica e competência adaptativa, a partir de uma perspectiva desenvolvimental. A competência técnica diz respeito aos pré-requisitos que o indivíduo traz para a situação, sendo orientada principalmente para o alívio imediato do estresse e inclui os seguintes fatores: 1 o desenvolvimento cognitivo relacionado à habilidade individual para identificar eventos estressantes e associar estratégias de enfrentamento; 2. o desenvolvimento emocional, associado à capacidade de identificar seus sentimentos e 3. o desenvolvimento da personalidade, relacionado a um estilo de *coping* individual. A competência adaptativa, por sua vez, reflete um processo relacionado às capacidades desenvolvimentais gerais de um indivíduo e à sua habilidade para ativar seus recursos pessoais a partir das demandas situacionais, incluindo os seguintes aspectos: 1. o potencial de adaptação entre a avaliação cognitiva do evento estressante e as respostas de *coping* resultantes; 2. fatores contextuais e desenvolvimentais que têm influência na forma como um indivíduo lida com estressores diários e 3. o grau no qual um indivíduo aproxima-se do evento ou emprega esforços cognitivos e comportamentais para produzir mudanças adaptativas.

Os autores destacam que é possível localizar as tentativas de *coping* de um indivíduo dentro de um *continuum* que vai da competência técnica para a competência adaptativa, estando a primeira relacionada às operações concretas e a segunda às operações formais no desenvolvimento cognitivo. Dessa forma, espera-se que, com o aumento da idade, os objetivos de *coping* mudem da produção de um alívio imediato do estresse para o desenvolvimento de respostas de *coping* que permitam ações independentes, na adolescência.

Resultados empíricos produzidos pelos próprios autores demonstraram que crianças e adolescentes utilizam mais respostas de *coping* relacionadas à competência técnica

que à adaptativa e que a competência técnica produz melhores resultados em curto prazo, enquanto a competência adaptativa produz melhor adaptação a longo prazo.

Este modelo chama a atenção para o fato de que o enfrentamento está intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento social, emocional, cognitivo e da personalidade do indivíduo, tendo estes fatores importante influência na avaliação e resposta ao estresse. Dessa forma, o enfrentamento em crianças pequenas é diferente do que se pode observar em crianças maiores e adolescentes ou adultos, tanto com relação ao processo de avaliação quanto às respostas possíveis à situação de estresse.

Embora este último modelo pareça deixar mais claro aspectos desenvolvimentais e mudanças no processo de *coping* relacionados à idade e etapa desenvolvimental, ainda há poucas conclusões a respeito de que mudanças ocorrem na avaliação e enfrentamento do estresse com a idade e de como ocorrem estas mudanças.

2.3. COPING NA INFÂNCIA

Os primeiros estudos de estresse em crianças tomaram como foco eventos de vida considerados negativos e os sintomas psicológicos resultantes do estresse gerado por estes eventos, dando pouco destaque aos esforços das próprias crianças para enfrentarem tais situações.

A pesquisa contemporânea têm mostrado, no entanto, que a relação entre estresse e sintomatologia psicopatológica não é tão direta quanto se supunha, uma vez que outras variáveis, tanto do indivíduo quanto do contexto, têm importante influência neste processo, de forma que nem todas as crianças que vivenciam situações adversas e estressantes desenvolverá tais sintomas (Dell’Aglia, 2003).

Estudos demonstraram que uma adaptação bem sucedida a uma experiência adversa pode ser o resultado de fatores de proteção que capacitam o indivíduo a agir numa

situação de estresse severo, a despeito dos fatores de risco envolvidos, caracterizando assim o processo dinâmico da resiliência. (Place, Reynolds, Cousins & O'Neill, 2002).

O conceito de resiliência surgiu a partir da constatação de que alguns indivíduos apresentavam bons resultados – em termos de saúde mental - após sofrerem experiências de risco, das quais se esperaria que tivessem importantes seqüelas (Rutter, 2006). Variáveis do próprio indivíduo tais como características de personalidade e estratégias de *coping* utilizadas para lidar com situações estressantes são reconhecidas como mediadoras desse processo, contribuindo para tornar o indivíduo mais resistente ou mais vulnerável ao estresse (Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira 1998).

A pesquisa em *coping* está focada naquilo que a criança faz (suas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais) para lidar com situações específicas geradoras de estresse em contextos de vida real, fornecendo assim não só uma compreensão acerca dos efeitos do estresse, mas também do papel ativo assumido pela criança no processo de lidar com demandas específicas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Compas et al (2001) destacam que o estudo do processo de *coping* na infância e adolescência apresenta importância teórica (de pesquisa básica) e prática (de pesquisa aplicada). Da perspectiva da pesquisa básica, o autor afirma que o estudo do *coping* fornece informações acerca da natureza e desenvolvimento do processo de auto-regulação de comportamentos, emoções, cognições e fisiologia e, por outro lado, de uma perspectiva aplicada, o estudo do *coping* é significativo por dois motivos: primeiro porque o estresse é um fator de risco significativo para a saúde mental infanto-juvenil, sendo que as formas que os indivíduos utilizam para lidar com o estresse funcionam como mediadoras e moderadoras do impacto do estresse no ajustamento atual e futuro do indivíduo e segundo porque o estudo do tema serve de base para intervenções que busquem auxiliar as crianças a lidar com situações

de estresse através do aprendizado de habilidade de *coping*, além de prover informações acerca de como o contexto social pode facilitar um processo de *coping* mais adaptativo.

Como referido anteriormente neste trabalho, estudos de *coping* na população infantil têm buscado investigar como as crianças avaliam e reagem ao estresse gerado a partir das mais diferentes situações tais como divórcio dos pais, doenças crônicas, procedimentos médicos invasivos e dolorosos, além de violência doméstica, baixo desempenho escolar e demais situações de estresse envolvendo pares e adultos. A seguir discutimos alguns destes estudos.

No estudo realizado por Dell’Aglia e Hutz (2002a) foram investigadas crianças (7 a 10 anos) e adolescentes (11 a 15 anos) institucionalizados e não-institucionalizados, a fim de se verificar se a idade, o vínculo institucional e o tipo de interação (com pares e adultos) teriam influência nas estratégias de *coping* utilizadas para lidar com eventos estressantes. Os resultados mostraram que as crianças utilizaram mais as estratégias de inação (não fazer nada) e busca de apoio que os adolescentes e estes utilizaram mais a estratégia de ação direta que as crianças, embora, de forma geral, a ação agressiva tenha sido a estratégia mais utilizada entre os adolescentes. Nas interações com adultos, as estratégias mais observadas foram aceitação, expressão emocional e evitação, enquanto nas interações com pares se observou mais ação agressiva e busca de apoio.

Lisboa et al (2002) também buscaram avaliar estratégias de *coping* em crianças e sua relação com o tipo de interação. As estratégias também variaram em função da interação, sendo a estratégia de inação a mais utilizada pelas crianças em eventos estressantes envolvendo adultos (professores), o que as autoras analisam a partir do que é colocado na literatura quanto ao fato de que estratégias desse tipo tendem a ser utilizadas, assim como estratégias focalizadas na emoção, para o enfrentamento de situações que fogem ao controle

do indivíduo ou diante da insuficiência de recursos pessoais para o enfrentamento, devido ou ao nível de desenvolvimento cognitivo ou à hierarquia que marca a relação com os adultos.

A partir da idéia colocada na literatura de que crenças sobre controle influenciam no processo de enfrentamento do estresse e da hipótese de que o controle interno seria mais adaptativo na medida em que o indivíduo se julga capaz de alterar os eventos, diminuindo a vulnerabilidade ao estresse, Dell’Aglío e Hutz (2002b) buscaram investigar estratégias de *coping* utilizadas por crianças em eventos estressantes com pares e adultos e a relação destas com o estilo de atribuição causal.

Busca de apoio social foi a estratégia mais frequentemente utilizada pelas crianças para lidar com um evento estressante, sendo esta também a mais utilizada nas interações com pares, juntamente com a estratégia de ação agressiva. Nas interações com adultos, por sua vez, as estratégias de ação direta, evitação e inação foram as mais usadas. Quanto à relação entre atribuição de causalidade e *coping*, não foram encontrados resultados significantes.

Podemos observar destes estudos que as estratégias de *coping* variaram a depender do tipo de interação e da fase de desenvolvimento, infância ou adolescência, em que o indivíduo se encontra, em concordância com o que é colocado na literatura: de que determinadas estratégias estão relacionadas a capacidades desenvolvimentais mais complexas que só aparecem posteriormente no desenvolvimento.

Outros estudos em *coping* têm sido realizados tomando como foco situações de estresse vivenciadas no contexto médico-hospitalar e em crianças portadoras de alguma condição crônica de saúde. Respostas de *coping* geradas por estressores como dor e procedimentos médicos invasivos têm sido as mais estudadas, além de estressores específicos relacionadas a cada doença (dificuldades respiratórias em crianças com asma, restrições alimentares em crianças com diabetes, dor em crianças com anemia falciforme, entre outros).

Thomsen, et al (2002), partindo de estudos anteriores que demonstraram que a forma como a criança reage à dor tem influencia no seu nível de dor e no ajustamento psicológico, buscaram investigar, a partir de relatos dos pais, as estratégias de *coping* utilizadas por crianças e adolescentes com dor abdominal recorrente e a relação com queixas de depressão, ansiedade e sintomas somáticos. Os resultados demonstraram que as estratégias de controle primário (solução de problemas, expressão emocional e modulação emocional) e secundário (distração, aceitação e pensamento positivo) estiveram inversamente relacionadas à depressão, ansiedade e sintomas somáticos e que apenas as estratégias de controle secundário estiveram relacionadas a menor nível de dor. Já as respostas de desengajamento (disengagement) - evitação, inação, fuga, por exemplo - estiveram associadas a mais sintomas somáticos e maiores níveis de ansiedade e depressão.

Ainda dentro desta linha encontra-se o estudo realizado por Schanberg et al (1997) que buscaram conhecer as estratégias de *coping* no enfrentamento da dor em crianças com artrite juvenil crônica, encontrando que as estratégias mais frequentemente utilizadas foram: auto-afirmação de calma, rezar/ ter esperança, ignorar a dor e aumento de atividade comportamental, respectivamente.

Gil, Antony, Carson, Redding-Lallinger, Daeschner & Ware (2001), por sua vez, buscaram verificar como um programa de treinamento em habilidades de *coping* poderia contribuir para um melhor ajustamento em crianças com anemia falciforme acompanhadas durante um mês. Os resultados mostraram que um treinamento breve em habilidades de *coping* (respiração profunda, imaginação e auto-afirmação de calma) conduziu a maiores benefícios clínicos em crianças que as praticaram consistentemente, contribuindo para um enfrentamento mais ativo no manejo da dor, para diminuir os níveis de dor, aumentar o envolvimento com atividades escolares e diminuir a procura por serviços de saúde.

Weisz, McCabe & Denning (1994) buscaram avaliar a relação entre estratégias de *coping* e o ajustamento psicológico (problemas emocionais e comportamentais, estresse relativo a aspectos específicos da doença e do tratamento) em crianças com leucemia, tomando como foco estressores considerados de baixa controlabilidade. As respostas de *coping* foram classificadas dentro das dimensões de controle primário, controle secundário e abdicação (*relinquished*) que refere-se à ausência de tentativas de *coping*, tanto de controle primário quanto secundário, exemplificado através da frase: “não há nada que eu possa fazer”. Os resultados indicaram menor nível de estresse e maior ajustamento psicológico no grupo de crianças que utilizaram mais estratégias de controle secundário, apontadas na literatura como geradoras de maior nível de ajustamento diante de estressores relativamente incontroláveis.

Outro estudo realizado com crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas foi realizado por Spirito, Stark, Gil & Tyc, (1995) com o objetivo de investigar os estressores mais citados por estes em relação à doença e a outros problemas (escola, família, amigos), as estratégias utilizadas e sua relação com idade e gênero. Através do Kidcope buscou-se conhecer qual o estressor citado pela criança e qual a frequência e eficácia atribuída às estratégias escolhidas entre as apresentadas no instrumento - distração, isolamento social, reestruturação cognitiva, auto-culpa, culpabilização de outros, resolução de problemas, regulação emocional, pensamento fantasioso, suporte social e resignação.

Os resultados indicaram que gênero teve influência nas estratégias utilizadas, uma vez que os meninos utilizaram mais estratégias de auto-culpa e reestruturação cognitiva enquanto as meninas utilizaram mais estratégias de regulação emocional e busca de suporte. Os estressores relacionados à doença incluíram, por exemplo, dificuldade respiratória (em crianças com asma), os relacionados à dor incluíram dor de cabeça, dor nas pernas, dor relativa aos procedimentos médicos, tal como furar o dedo e os problemas relacionados ao hospital incluíram a falta de privacidade, entre outros.

A partir desses estudos podemos perceber que as crianças utilizam diferentes estratégias para lidar com o estresse resultante das mais diversas situações e que estas estratégias têm recebido as mais diversas denominações, sendo categorizadas de formas diferentes pelos autores a depender das concepções e modelos teóricos utilizados. No caso de crianças doentes e hospitalizadas, inúmeros fatores de estresse são facilmente identificados e têm sido abordados pelos pesquisadores, mas a comparação entre estes estudos é normalmente dificultada tanto em função da natureza do *coping* que varia em diferentes situações, em diferentes etapas desenvolvimentais, entre indivíduos e num mesmo indivíduo, quanto em função dos diferentes estressores considerados. Dessa forma, embora a generalização de resultados se torne uma tarefa complexa, estudos que busquem a descrição e exploração do processo de *coping* em crianças são necessários para a construção de um corpo de conhecimentos mais sólido e consistente.

A dificuldade na comparação entre os estudos também é gerada em função das diferentes formas utilizadas para acessar *coping* na população infantil, ora através de instrumentos que não são apropriados para a idade, ora através dos relatos dos pais, em sua maioria, e algumas vezes através dos relatos das crianças. O Kidcope é o único instrumento especificamente elaborado para acessar *coping* em pacientes pediátricos (Pretzlik & Sylva, 1999a), embora tome como referência um modelo teórico também desenvolvido na população adulta, que é o modelo de Lazarus e Folkman, mas ainda parece haver poucos esforços de pesquisa no sentido de desenvolver formas alternativas de acessar *coping*, especialmente em crianças pequenas. O presente estudo toma essa tarefa como um desafio, buscando estudar *coping* não só através da conjugação dos relatos da mãe/pai com os da criança, mas também de uma investigação, de caráter exploratório, das brincadeiras das crianças e do contexto em que estão inseridas que, se supõe, é repleto de situações adversas e estressantes para ambos.

Assim como *coping* tem sido concebido na literatura como um processo mediador da relação entre estresse e adaptação frente a situações adversas, a brincadeira também tem sido apontada, pelas mais diferentes concepções teóricas, como um instrumento capaz de auxiliar a criança a lidar com seus sentimentos e elaborar emoções diante de situações traumáticas, além das demais funções discutidas anteriormente neste trabalho. Desta aparente convergência é que surge o interesse inicial deste trabalho em explorar estes dois fenômenos, no sentido de gerar hipóteses acerca de uma possível relação entre ambos, partindo das seguintes questões: sendo a brincadeira um instrumento que, de acordo com a hipótese ontogenética, contribui para a adaptação da criança ao nicho da infância, teria um papel importante no processo de enfrentamento do estresse no contexto da hospitalização? É a brincadeira uma forma de lidar com situações estressantes, ou seja, uma dentre as diversas estratégias de *coping* ou ao invés disso, pode ser considerada um contexto revelador de novas formas de enfrentar situações adversas e inesperadas que surgem no curso desenvolvimental da criança exigindo dela um esforço de adaptação? Conteúdos, formas, enredos e outros aspectos das brincadeiras refletem os processos de enfrentamento do estresse ou são componentes do próprio processo de enfrentamento que pode ser a brincadeira?

III. OBJETIVOS DA PESQUISA

OBJETIVO GERAL

No intuito de se buscar uma melhor compreensão dos fenômenos da brincadeira e do *coping* em crianças e formular hipóteses acerca de uma possível relação entre ambos, este estudo tem como principal objetivo descrever brincadeiras de crianças internadas num hospital público de Salvador buscando relacioná-las com o processo de enfrentamento do estresse (*coping*) em situações de doença e hospitalização.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Observar brincadeiras de crianças hospitalizadas, descrevendo tipos mais frequentes, formas como as crianças brincam, temas e conteúdos das brincadeiras, interações lúdicas, entre outros aspectos.
2. Identificar fatores de estresse, além de formas e estratégias citadas pelas crianças e seus pais para lidar com situações de estresse relacionadas à doença e/ou hospitalização.
3. Comparar e buscar possíveis correlações entre o processo de *coping* e as brincadeiras observadas nestas crianças.

IV - MÉTODO

O presente estudo parte de uma metodologia qualitativa que julgamos mais adequada para se buscar explorar os fenômenos da brincadeira e do processo de *coping*, na tentativa de compreender possíveis pontos de convergência entre eles, entendendo-os não como processos estanques, visto que se produzem num mesmo indivíduo e nas relações bidirecionais que ele desenvolve com o contexto mais amplo em que está inserido.

Buscar um conhecimento acerca do processo de enfrentamento do estresse, não apenas como um conjunto de respostas a estímulos ambientais, mas como um processo que surge da ação da criança num contexto que é significado e ressignificado por ela através de uma atividade que lhe é genuína, a brincadeira, exige uma conjugação de métodos que, neste estudo, incluíram observações e entrevistas com dois dos principais autores envolvidos: a criança e seus pais.

4.1. Os Participantes

Participaram desse estudo 06 crianças (03 do sexo feminino e 03 do sexo masculino) com idades entre 03 e 07 anos, internadas na enfermaria pediátrica de um hospital público de Salvador e seus pais. A faixa etária foi escolhida em função do maior interesse em estudar crianças em situações de brincadeira de faz-de-conta cuja fase de ocorrência localiza-se normalmente nesta faixa de idade. Quanto ao gênero, decidimos por escolher crianças tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, levando em consideração que essa variação provavelmente introduziria diferenças no fenômeno da brincadeira e nos processos de enfrentamento do estresse.

A escolha dos participantes foi por acessibilidade, levando-se em consideração alguns critérios importantes de inclusão, como os descritos abaixo.

:

1. Ter entre 03 e 07 anos de idade
2. Estar há mais de quinze dias hospitalizado ou ter passado por hospitalizações recorrentes nos últimos 06 meses
3. Estar acompanhado por um dos genitores
4. Ter sua rotina alterada pela doença e/ou por constantes hospitalizações
5. Não apresentar risco iminente de morte

Os critérios 2 e 4 foram escolhidos para que fosse garantido um tempo maior de convivência da criança com a doença e a hospitalização e para que possíveis efeitos considerados de estresse não fossem na verdade resultantes apenas da novidade causada pelo ambiente hospitalar e pela situação de adoecimento. O critério 5 foi escolhido para garantir uma maior homogeneidade entre os participantes e em função da necessidade de deslocamento da criança para a sala de observação, o que poderia ser dificultado caso a criança tivesse em uma situação de adoecimento grave.

A maioria das crianças, 5 delas, estavam acompanhadas pela mãe, enquanto uma estava acompanhada do pai, principais cuidadores dessas crianças. Apenas uma criança morava em Salvador enquanto as demais vieram do interior e, portanto, estavam distantes da família recebendo apenas, ocasionalmente, a visita de um ou outro familiar.

No quadro a seguir estão mais alguns dados importantes sobre os participantes. Para preservar a identidade das crianças, chamaremos de F 1, F 2 e F 3 às crianças do sexo feminino e de M 1, M 2 e M 3 às crianças do sexo masculino.

Tabela 1- Distribuição dos dados das crianças participantes

Criança	Idade	Diagnóstico/ suspeitas diagnósticas	Internamentos Anteriores	Tempo de hospitalização atual
F1	05	Hipertensão portal	Internamentos constantes, inclusive em UTI	20 dias
F2	07	Síndrome nefrótica	Internamento em UTI após cirurgia recente	15 dias
F3	03	Encefalite	Internamentos em 3 hospitais anteriores, antes do internamento atual	11 dias
M1	05	Hipertensão Portal	Internamento de 12 dias no hospital do interior	15 dias
M2	04	Síndrome nefrótica	Algumas vezes nos últimos 2 anos	13 dias
M 3	07	Calazar	20 dias num outro hospital	27 dias

O diagnóstico apresentado no quadro é um diagnóstico médico, no entanto, adotamos um critério diferente da classificação médica, para considerar as crianças como portadoras de uma doença crônica ou aguda, que considera: o tempo de convivência com a doença, seus sintomas e tratamento e a influência desta na vida da criança, em contextos além do hospitalar, como escolar, familiar e social. Decidimos por levar em conta este outro critério em função de que havia crianças com condições médicas que poderiam ser consideradas crônicas, mas que tinham sido diagnosticadas no internamento atual ou que ainda estava em processo de investigação, não tendo um diagnóstico médico fechado. Nesses casos estão F 2 que foi admitida no hospital em função de um problema agudo (apendicite) e que recebera o diagnóstico de doença crônica havia apenas alguns dias e M 1 que ainda estava em processo

de investigação do diagnóstico, não tendo ainda confirmada sua condição de saúde, a despeito da suspeita explicitada acima, no quadro. Nestas crianças não observamos aspectos relacionados a uma doença crônica, em função das mesmas não terem convivido por muito tempo com a patologia até o momento da pesquisa, de forma que consideraremos estas como crianças com uma condição aguda.

Percebemos que todas as crianças pesquisadas estão no mínimo em seu segundo internamento nos últimos dias, embora as crianças consideradas com condições crônicas (F1 e M2) passaram por hospitalizações frequentes, além de tratamentos ambulatoriais para revisões e avaliações constantes, enquanto nas crianças consideradas em condições agudas (F2, F3, M1, M3) os internamentos são recentes.

Quanto ao tempo de hospitalização, todas as crianças estavam a mais de 10 dias internadas neste hospital, embora quase todas elas viessem de outros hospitais, de um segundo ou terceiro internamento, em geral na cidade onde moravam.

4.2. O Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na enfermaria de Pediatria de um hospital público de Salvador que presta atendimento tanto ambulatorial quanto em unidades de internamento, emergências e UTI, em diversas outras especialidades. A enfermaria de pediatria conta com 10 quartos de internamento, cada um com cerca de cinco leitos agrupados por faixa etária, tendo, portanto, um total 35 leitos. Destes, quatro são leitos de isolamento, cinco deles formam uma unidade semi-intensiva e outros cinco constituem uma enfermaria de nefrologia, onde ficam internadas apenas crianças com problemas renais. Todos os quartos têm paredes coloridas, cada uma com cores diferentes e decoradas com desenhos da Turma da Mônica. Numa delas, de crianças menores, pode-se encontrar mesinhas com cadeiras pequenas onde as

crianças brincam com brinquedos trazidos de casa ou com brinquedos do próprio hospital, emprestados, entre os da sala de brinquedos, por algum profissional ou estagiário.

Há uma sala decorada, com mesinhas juntas que formam uma mesa maior, com cadeiras pequenas, armários onde se guardam os brinquedos e outros materiais, uma lousa e alguns poucos objetos lúdicos e brinquedos disponíveis no ambiente, local onde foram realizadas as observações. Os pais e as crianças não têm acesso livre a este espaço, sendo utilizado apenas quando permitido por um profissional que abre e fecha a sala em alguns horários, sendo este espaço utilizado também para se fazer reuniões e outras atividades com estagiários de Psicologia e Medicina e atendimentos com pais e acompanhantes das crianças.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Observações

As observações foram realizadas de duas formas e com dois objetivos diferentes. Foram realizadas observações assistemáticas da enfermaria como um todo com o intuito de conhecer o ambiente, as relações das crianças com este, as interações com pais e profissionais, buscando compreender, de uma forma geral, como o lúdico estava presente neste contexto, se havia atividades lúdicas estruturadas ou não estruturadas que eram realizadas com a criança, se havia brinquedos disponíveis ou se materiais do próprio ambiente hospitalar eram utilizados pelas crianças para brincadeira, se a brincadeira era uma atividade reconhecida ou não dentro da enfermaria, como os profissionais se relacionavam com estas questões, como as crianças lidavam com o internamento e com a doença, entre outros fatores próprios do contexto que pudessem agregar dados capazes de nos fornecer um conhecimento mais amplo acerca dos fenômenos estudados.

Observações sistemáticas, por sua vez, foram realizadas na sala de brinquedos e tinham como objetivo descrever brincadeiras realizadas pelas crianças, através da técnica de registro cursivo com sujeito focal, descrevendo tipos de brincadeiras, temas desenvolvidos, uso dos objetos e brinquedos, falas e verbalizações, entre outros aspectos, procurando descrever ainda as relações e interações da criança com o contexto de observação e com outras crianças e adultos. Foram realizadas três observações de 20 minutos com cada criança, onde procurávamos descrever o máximo de ações e interações possíveis da criança com outros e com o contexto, seguindo a seqüência temporal dos acontecimentos e brincadeiras, obedecendo à definição desse tipo de registro descrita por Dessen & Borges (1998):

Os registros realizados por meio dessa técnica são relativos à localização, posição e postura do sujeito; a eventos comportamentais, tais como respostas motoras, expressões faciais e respostas vocais; e a eventos ambientais, tais como mudanças que ocorrem nos ambientes físico e social durante o período de observação (p. 36).

Em uma das crianças, foram realizadas duas observações de 20 minutos e duas de 10 minutos, devido à dificuldade da criança em permanecer na sala por muito tempo, em função da sua condição de saúde.

4.3.2. Entrevistas Semi-estruturadas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os pais, gravadas em áudio, a partir de um roteiro que incluiu dados demográficos da criança, do cuidador e perguntas que buscaram investigar aspectos relacionados à condição de saúde atual e ao histórico de saúde da criança, além de dados relativos a situações consideradas estressantes pela mãe/pai para a criança em relação à doença e à hospitalização e às formas como elas têm reagido. Foram também investigadas questões referentes às brincadeiras das crianças em casa e no hospital. (Anexo B)

Foram também realizadas entrevistas com as crianças a fim de se buscar conhecer que situações relacionadas à doença e ao hospital eram consideradas desagradáveis para elas, como elas se sentiam e como reagiam diante destas. Estas entrevistas tiveram os mais diferentes formatos, a fim de que a linguagem e a situação estivessem adequadas à idade e capacidade de compreensão da criança. Em geral, se constituiu numa situação informal que incluiu elementos lúdicos (por exemplo, fantoches, desenhos) e brinquedos, seguindo, no entanto, um roteiro e formato de entrevista semi-estruturada (Anexo C).

4.3.3. Diários de Campo

Utilizamos os diários de campo para descrever situações de observação ocasionais que poderiam contribuir com dados acerca dos fenômenos estudados e dados ilustrativos de situações que aconteciam na enfermaria, tanto durante as observações na sala de brinquedos quanto fora dela. Incluímos também nos diários, situações envolvendo relações das crianças participantes com outras e mesmo situações envolvendo crianças que não estavam incluídas entre as da pesquisa, que pudessem servir para dar uma visão geral acerca das relações na enfermaria. Descrevemos ainda interações dos pais com as crianças, interações dos pais com os profissionais e entre si que serviram para agregar dados e enriquecer as análises referentes ao objeto de estudo. Situações relativas a reações das crianças frente a procedimentos médicos e eventos adversos ou estressantes que foram observadas ocasionalmente também foram registrados nos diários, assim como qualquer situação relativa a aspectos lúdicos observadas na enfermaria e entre as crianças.

4.4. Procedimentos de Coleta de Dados

Após contato com a instituição e seus representantes, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia e, então, aprovado através do parecer nº. 170 / 2007 em 05 de Setembro de 2007.

Finalizando este trâmite, iniciamos a realização de visitas à enfermaria em dias e horários alternados durante a semana, procurando ter uma visão geral sobre o espaço e o contexto, conversando com profissionais, pais e crianças. Após estas visitas à enfermaria, combinamos dias e horários para a utilização da sala de brinquedos, onde realizamos as observações das brincadeiras. Entretanto, por razões diversas relacionadas principalmente aos horários das pesquisadoras e colaboradoras e à maior disponibilidade do espaço nos fins de semana, optamos por escolher o domingo como o dia para realizar a coleta dos dados, buscando, na medida do possível, realizar tanto as observações quanto as entrevistas com os pais e crianças num mesmo dia, uma vez que imprevistos poderiam ocorrer como alta ou transferência da criança, impossibilitando a conclusão do processo, como aconteceu com algumas crianças com quem começamos o processo mas ficamos impossibilitadas de concluir em função de acontecimentos como estes.

A coleta foi realizada nos meses de Novembro, Dezembro e Janeiro, durante todo o dia. Inicialmente verificávamos os prontuários das crianças que estavam internadas nos dias e escolhíamos as que estavam dentro dos critérios estabelecidos para a escolha dos sujeitos. Coletávamos então dados demográficos da criança e relativos ao diagnóstico, sintomas, tempo de hospitalização, internamentos anteriores e outras informações relevantes a este respeito. Íamos então ao encontro da criança no leito e conversávamos com a mãe/pai que estava acompanhando a criança, nos apresentando, comunicando os objetivos da pesquisa, confirmando alguns dados do prontuário e solicitando a participação da criança na pesquisa. Caso a mãe/pai concordasse com a participação da criança, solicitávamos a assinatura do

Termo de Consentimento Informado (Anexo A) que era lido e esclarecido pela pesquisadora para o genitor (a). Aproveitávamos este momento de contato com os pais para também manter contato com as crianças, interagindo com elas, fazendo perguntas, convidando-a para a sala de brinquedos e estabelecendo um vínculo de confiança, uma vez que algumas dessas crianças inicialmente ficavam desconfiadas e tímidas. Além da pesquisadora, mais duas estudantes de psicologia e duas psicólogas participaram auxiliando na escolha das crianças, no contato com os pais e na coleta dos dados.

Após este contato, colocávamos todos os brinquedos da pesquisa sobre as mesinhas da sala e deixávamos a porta aberta, permitindo o acesso livre às crianças, não apenas as que fossem participar da pesquisa, mas todas as crianças da enfermaria que se encaminhavam rapidamente para a sala de brinquedos. Na escolha dos brinquedos pela pesquisadora, buscou-se contemplar brinquedos que propiciassem brincadeiras de diferentes tipos como faz-de-conta, construção, brincadeiras com objetos e jogos e para diferentes gêneros e idades, incluindo tanto brinquedos manufaturados quanto materiais do ambiente hospitalar e utensílios que pudessem ser utilizados de forma não estruturada, como foi o caso das embalagens de iogurte.

Outros brinquedos, que estavam disponibilizados no ambiente, permaneceram acessíveis às crianças, embora não tivessem sido escolhidos para a pesquisa. Apresentamos abaixo uma lista dos brinquedos que foram incluídos na pesquisa, sinalizando os que foram escolhidos pela pesquisadora antes do início da coleta e outros que eram do próprio hospital e que ou estavam disponíveis no ambiente da sala de brinquedos ou eram solicitados pelas crianças entre os que estavam guardados nos armários, além daqueles que pertenciam às próprias crianças e que eram incluídos por elas nas brincadeiras.

Brinquedos escolhidos pela pesquisadora

- Kit salão de beleza (pente, escova, secador, espelho).
- Kit médico (estetoscópio, termômetro, martelo, lupa, óculos, tabela de exame de vista, band-aid, tesoura, bandeja, seringa, soro, remédio, “insulina”, etc).
- Material Hospitalar (luva, touca, máscaras, seringas, embalagens de soro).
- Jogos de construção (peças de armar)
- Super-heróis (mulher-batman, homem-aranha, outros)
- Bonecas
- Carrinhos
- Kit cozinha (panelinhas, xícaras, talheres)
- Jogo de botão
- Animais (girafa, cavalo, boi, canguru)
- Embalagens (potinhos) de iogurte

Brinquedos do hospital incluídos pelas crianças

- Cozinha em miniatura (com forno, fogão, geladeira, pia e armários)
- Pista de carros
- Telefone
- Animaizinhos e bonecos de borracha (cachorrinho, estrela do mar, peixinho).
- Casa-Cogumelo (casa com orifícios no teto para encaixe de peças)
- Aviãozinho de ferro
- Bolas de plástico
- Peças de armar de outros tipos e tamanhos

Brinquedos das crianças incluídos na pesquisa

- Quebra-cabeça de palavras
- Carrinhos
- Bonecas

Com a entrada da criança escolhida na sala de brinquedos, esperávamos alguns minutos até que a criança pudesse sentir-se à vontade com a nossa presença, com as outras crianças, com o ambiente e os brinquedos. Durante estes minutos interagíamos com as crianças, brincávamos com elas, conversávamos com as mães que adentravam a sala para ficar com a criança, explicando acerca da pesquisa que estávamos realizando e solicitando a menor interferência possível destas.

Após estes procedimentos, uma das observadoras permanecia com as crianças, servindo de apoio para elas, ora levando algumas delas ao leito quando não queriam mais permanecer na sala, ora acompanhando-as para buscar um brinquedo no quarto ou para realizarem algum procedimento médico, quando eram chamadas pelos pais ou profissionais, enquanto as outras duas procuravam locais mais distantes das crianças para realizar os registros de observações das brincadeiras. Em geral, as crianças sentiam-se à vontade não se preocupando com a presença das observadoras na sala e, na maioria das vezes, interagiam conosco, solicitando a participação em alguma brincadeira ou dialogando, fazendo perguntas, etc. Tentamos reagir da forma mais natural possível à criança, respondendo estritamente às suas solicitações, a fim de não participar diretamente das situações e buscando apoio na terceira observadora quando a criança solicitava sair da sala, ir ao banheiro, pedir um brinquedo, entre outras situações.

Realizamos, em geral, duas observações num turno, com intervalo de cerca de 10 a 20 minutos entre elas, dentro do que era possível, e uma terceira observação no outro turno, quando realizávamos também as entrevistas, primeiro com a mãe e logo após com a criança. Exceto em um caso em que não foi possível a conclusão das entrevistas no mesmo dia das observações e a pesquisadora retornou ao hospital no dia posterior para a conclusão.

Registrávamos então as brincadeiras da criança, tomando como foco não apenas os tipos de brincadeiras, brinquedos escolhidos e temas desenvolvidos, mas também suas verbalizações e interações com outras crianças.

No turno da tarde, após a conclusão das brincadeiras, convidávamos a mãe/pai para algum espaço mais silencioso e tranquilo para a realização das entrevistas que eram gravadas em áudio, enquanto a criança permanecia brincando na sala. Este local algumas vezes foi no próprio leito ou num espaço aberto da enfermaria onde pudéssemos estar sentados. Da mesma forma fizemos com as crianças que não apresentaram qualquer resistência para a entrevista, sendo que algumas vezes, principalmente para as crianças menores, realizávamos a entrevista na própria sala de brinquedos, após a saída das outras crianças. Nestes casos, algumas crianças permaneciam brincando enquanto conversávamos com elas.

Ao final do dia registrávamos, nos diários de campo, algumas observações informais e ocasionais que realizávamos fora do ambiente de observação, que incluíam diálogos das crianças e dos pais, procedimentos médicos pelos quais as crianças passavam, situações de conflitos entre outras.

4.5. Procedimentos de Análise dos dados

Todos os dados sofreram análises qualitativas, por acreditarmos que este tipo de análise oferece um tratamento mais aprofundado e um conhecimento mais amplo de fenômenos complexos aqui estudados. Como ressalta Rey (2002):

A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto (p. 51).

Explorar e articular dois fenômenos complexos que se produzem num e por um indivíduo em suas relações com um contexto mais amplo, que inclui, por sua vez, não apenas o meio em que ocorrem os fenômenos, mas aspectos sociais e relacionais, exigiu a conjugação dos dados obtidos pelos diferentes instrumentos e a análise qualitativa dos mesmos.

Através dos registros das brincadeiras, foram identificados os episódios, levando em consideração os critérios destacados por Bichara (1994) para delimitação de episódios de faz-de-conta (verbal e comportamental), além de pistas contextuais, gestuais, interacionais e não verbais demonstradas pela criança durante as brincadeiras.

Após a delimitação de episódios, buscamos categorizar as brincadeiras quanto ao tipo, classificando-as em: brincadeiras de construção, brincadeiras com objetos, brincadeiras de faz-de-conta e brincadeiras com jogos, baseando-nos em categorias existentes na literatura (Moraes e Otta, 2003; Bjorklund e Pellegrini, 2004) e quanto às interações observadas entre as crianças nos episódios, a partir da categorização proposta por Moraes e Otta (2003; p.136) descrita a seguir, apresentando a frequência de episódios encontrada em cada uma dessas categorias.

- **Brincadeira solitária:** quando a criança brinca sozinha, separada do grupo e, se há interação, esta não diz respeito ao conteúdo ou propósitos da brincadeira.
- **Brincadeira Paralela:** quando duas ou mais crianças brincam lado a lado, de um mesmo tema ou temas semelhantes e, se há interação, esta não diz respeito à brincadeira. Também não há cooperação ou divisão de papéis e tarefas. É comum nas brincadeiras de construção.

- **Brincadeira Associativa:** quando duas ou mais crianças brincam juntas, de um mesmo tema, interagem com frequência, mas não há cooperação nem divisão de papéis e tarefas.

- **Brincadeira Cooperativa:** quando duas ou mais crianças brincam juntas um mesmo tema, havendo cooperação ou competição e divisão de papéis ou tarefas.

Fizemos ainda uma análise descritiva dos episódios de brincadeiras associativas e cooperativas, identificando se estas ocorriam em díades e tríades e como eram compostos estes grupos em termos do sexo e da idade das crianças envolvidas.

Após a classificação dos episódios por tipos de brincadeiras, exploramos as brincadeiras de faz-de-conta buscando explicitar que temas eram representados nos conteúdos destas, apresentando as frequências brutas dos episódios apresentados em cada categoria temática e para cada criança. Analisamos as brincadeiras de faz-de-conta também em termos das diferenças de gênero encontradas, explorando e descrevendo tipificações e estereótipos nos episódios de brincadeiras e temas representados.

A análise das entrevistas com os pais foi realizada através da Análise de Conteúdo Qualitativa, em função de esta propiciar uma compreensão do pensamento do sujeito pela via do conteúdo expresso no texto produzido pela transcrição das entrevistas (Caregnato e Mutti, 2006). Procuramos inicialmente explorar o texto em detalhes, realizando uma pré-análise, em busca de indicadores de sentidos emergentes e posterior elaboração de categorias temáticas que permitiram a interpretação dos relatos e articulações entre núcleos de significados e o contexto de imersão dos fenômenos estudados.

A análise das entrevistas das crianças consistiu de uma leitura e exploração dos temas encontrados e de indicadores de sentidos que fossem semelhantes aos trazidos pelos pais. No entanto, não deixamos de analisar temas e sentidos que foram divergentes daqueles

encontrados no relato dos pais, mas que emergiram nos relatos das crianças, embora tenham sido poucos estes casos.

Em função das entrevistas com as crianças terem sido curtas devido a pouca idade das mesmas, buscamos utilizar os relatos e os sentidos que emergiram destes, para, principalmente, ilustrar as categorias temáticas que emergiram dos relatos dos pais, ratificando ou discutindo possíveis divergências encontradas entre ambos.

Para a categorização e análise das estratégias de *coping* citadas e identificadas nos relatos dos pais e das crianças utilizamos as categorias apresentadas por Spirito, Stark e Williams (1988) no instrumento elaborado pelos autores para acessar *coping* em crianças, o Kidcope. Este é o único instrumento especificamente construído para acessar *coping* em pacientes pediátricos e tem sido utilizado em estudos, com o objetivo de se conhecer as estratégias utilizadas por crianças em situação de doença crônica e durante a hospitalização (Pretzlik & Sylva, 1999a). Constitui-se de um breve checklist (Anexo D) que busca identificar as estratégias utilizadas pela criança diante de uma situação de estresse, acessando a frequência e a eficácia atribuída a cada estratégia e a forma como a criança se sentiu diante de uma situação estressante específica.

O instrumento se constitui de 15 itens relativos a estratégias de *coping* que podem ser utilizadas pela criança diante de uma situação de estresse e estes itens estão incluídos em 10 categorias de estratégias, as quais serviram para a categorização das estratégias identificadas e citadas neste estudo. Realizamos um estudo piloto deste instrumento em uma criança com perfil semelhante às participantes da pesquisa, que estava internada na enfermaria, a fim de verificar a possibilidade de aplicação deste, no entanto decidimos pela sua não aplicação, uma vez que a faixa etária para a qual foi elaborado o instrumento não corresponde às idades das crianças escolhidas para este trabalho, estando, estas últimas na faixa de idade em que há a predominância da brincadeira de faz-de-conta, um dos focos do estudo.

Apresentamos no quadro a seguir as categorias do instrumento e respectivos itens, que foram utilizados neste estudo para classificar as estratégias de *coping* citadas pelos pais e identificadas junto às próprias crianças.

Categorias de estratégias	Itens correspondentes do checklist
Distração	<ul style="list-style-type: none"> - Eu apenas tentei esquecer -Eu fiz alguma coisa como assistir TV ou jogar um jogo para esquecer
Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> - Fiquei sozinho - Me mantive reservado acerca do problema
Reestruturação cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Eu tentei ver o lado bom das coisas
Auto-crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Eu me culpei pelo problema
Culpabilização de outros	<ul style="list-style-type: none"> - Eu culpei alguém por ter causado o problema
Resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Eu tentei resolver o problema pensando em soluções -Eu tentei resolver o problema fazendo alguma coisa ou falando com alguém
Regulação emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Eu gritei, esbravejei ou fiquei bravo. - Eu tentei me manter calmo
Pensamento fantasioso	<ul style="list-style-type: none"> - Eu desejei que o problema nunca tivesse acontecido - Eu desejei ter feito as coisas de forma diferente
Suporte Social	<ul style="list-style-type: none"> - Eu tentei me sentir melhor passando o tempo com outros como família, adultos ou amigos.
Resignação	<ul style="list-style-type: none"> - Eu não fiz nada porque o problema não podia ser resolvido

Quadro 2. Categorias de estratégias de coping apresentadas no Kidcope

V - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Trataremos aqui dos dados obtidos na investigação tanto das brincadeiras quanto do processo de *coping* nas crianças, conjugando os achados das entrevistas com os pais e com as próprias crianças, as observações assistemáticas descritas nos diários de campo e as observações dos episódios de brincadeiras. Inicialmente estão apresentados os dados referentes às brincadeiras, com a discussão dos tipos de brincadeiras observadas, das brincadeiras de faz-de-conta, seus temas, conteúdos, diferenças de gênero e as interações entre as crianças. Logo após, tratamos do processo de enfrentamento do estresse, apresentando relatos dos pais e das crianças que explicitam as reações emocionais destas frente aos aspectos estressantes da doença e do hospital, as situações de estresse vivenciadas neste contexto e as formas utilizadas por elas para enfrentarem tais situações. Ao final correlacionamos estes dados buscando compreender como a brincadeira interage com o processo de *coping* nas crianças.

5.1. ONDE, QUANDO E COMO BRINCAM AS CRIANÇAS

A partir das descrições das brincadeiras, buscamos, em primeiro lugar, definir o que caracterizava uma brincadeira enquanto tal e, em segundo lugar, delimitar episódios de brincadeiras, uma vez que estas geralmente apareciam mescladas com outras atividades a princípio não lúdicas, além de que nem sempre possuíam uma seqüência linear e ininterrupta, sendo intercaladas ou interrompidas por outros tipos de brincadeiras, recortadas por situações diversas do contexto lúdico, por interrupções dos profissionais, acompanhantes e por necessidades das próprias crianças.

Na delimitação dos episódios de brincadeiras surgiram dificuldades relacionadas à superposição de brincadeiras de outra natureza em meio à brincadeira principal, retratando a

complexidade e multidimensionalidade do fenômeno. Estas foram denominadas por Seixas (2007) de “brincadeiras incidentais” e ocorreram algumas vezes neste estudo sendo, portanto, aqui delimitadas e analisadas igualmente como episódios, assim como as brincadeiras que foram por elas entrecortadas.

A dificuldade na delimitação dos episódios contou com o fato de que muitas brincadeiras não ficavam restritas ao local da observação, uma vez que as crianças frequentemente iniciavam uma brincadeira dentro da sala e, posteriormente, se dirigiam para outros espaços, ficando fora do campo de visão das observadoras para buscar algum brinquedo no quarto, para ir ao banheiro, tomar remédio, ir ao encontro da mãe ou mesmo como parte do episódio de brincadeira que, além da sala, se estendia às suas adjacências.

Além disso, algumas questões relacionadas à doença interferiam na brincadeira, por exemplo, uma das crianças, portadora de hipertensão portal, tinha um aumento significativo do abdômen e, em função disso, queixava-se frequentemente de cansaço, além de, segundo relato da mãe, sentir-se envergonhada nas interações e brincadeiras com outras crianças, levando-nos a dividir umas das observações em duas etapas de 10 minutos, uma vez que esta criança pediu para voltar ao leito algumas vezes. Em uma outra criança, portadora de síndrome nefrótica, a brincadeira foi interrompida algumas vezes por sua mãe que entrava na sala frequentemente para lhe dar água ou para levá-la ao banheiro.

A maioria das observações foram realizadas nos fins-de-semana, especialmente no domingo, em função deste ser o dia com a menor movimentação de profissionais na enfermaria, além da maior acessibilidade à sala de brinquedos, uma vez que durante a semana este espaço era ocupado também por outras atividades com estagiários e estudantes de medicina, por atividades de terapia ocupacional, entre outras, especialmente no primeiro mês de observação, tornando difícil a utilização do espaço para a pesquisa durante os outros dias da semana.

Pelo fato de as observações terem se iniciado no final do ano, algumas das atividades dos profissionais e estagiários com as crianças não estavam acontecendo, especialmente nos dois últimos meses, tendo as crianças, portanto, pouco acesso à sala de brinquedo durante a semana. Este fato fazia com que a presença das observadoras no local, gerasse um interesse muito grande das crianças e das mães pela abertura da sala. Nos diários de campo encontram-se registrados momentos importantes que chamam a atenção para a valorização da brincadeira neste espaço, pela criança e por seus pais: algumas crianças que ficavam restritas ao leito, exigiam a nossa presença ao lado delas, por não poderem se deslocar para a sala, outras relatavam seu desejo de que pudéssemos abrir a sala nos outros dias da semana e outras até dificultavam o fechamento da sala após as observações, querendo permanecer brincando. Uma das crianças presentes no hospital, que não esteve entre os participantes da pesquisa em função da idade, permaneceu dentro da sala quase vinte minutos depois de guardados os brinquedos e concluídas as observações, queixando-se de não poder brincar mais e recusando-se a sair da sala.

Além disso, as mães queixavam-se bastante do fato de as crianças não terem acesso irrestrito à sala, em todos os dias da semana, relatando-nos momentos em que, na nossa ausência, a criança solicitava a entrada na sala de brinquedos, uma delas chegando a chorar e bater na porta da sala para que fosse aberta, num dia de semana em que a mesma permaneceria fechada.

Enfim, foram realizadas três sessões de vinte minutos com cada criança, exceto com a criança citada anteriormente, totalizando 60 minutos de observações para cada uma. No total, foram então realizadas 16 sessões, o que corresponde a 300 minutos de observação que geraram **56 episódios** de brincadeiras.

Embora todos os tipos de brincadeiras ocorridas tenham sido observadas, descritas e exploradas, a fim de se ter um panorama amplo acerca das atividades lúdicas das crianças,

procuramos focar, neste estudo, a brincadeira de faz-de-conta, por percebermos que, além de ter sido predominante, também é o tipo de brincadeira à qual tem sido atribuída a função de permitir à criança expressar e elaborar situações traumáticas e estressantes vivenciadas por ela, atendendo, portanto, melhor aos objetivos deste trabalho.

Levando em consideração as dificuldades já conhecidas na literatura relativas à definição do brincar, procuramos partir, na delimitação dos episódios, da diferenciação, entre explorar o ambiente e os objetos e brincar com eles. Por exemplo, uma criança que entra na sala, pega uma tesoura de brinquedo, abre e fecha a tesoura ou põe um estetoscópio no ouvido e depois deixa-o sobre a mesa partindo para um outro objeto não estaria brincando com estes, mas explorando seus usos, tal como caracterizado na afirmação de Hutz (1996) acerca do que é a exploração “O que eu posso fazer com este objeto?”.

A brincadeira foi, então, definida a partir das pistas contextuais, comportamentais, expressivas, interacionais e lingüísticas da criança na sala de observação e em suas adjacências. Um exemplo de brincadeira, cuja delimitação ilustra a presença desses critérios é a de uma cena em que uma criança pega um estetoscópio em miniatura, com o dedo na boca, faz um gesto de silêncio para outra criança e pega uma boneca para auscultá-la, com expressão de seriedade. Nesta podemos perceber a presença das pistas descritas acima, podendo então dizer que esta criança estava brincando.

Bichara (1994) destaca a dificuldade na delimitação de episódios de brincadeira de faz-de-conta, afirmando que, além da não existência de uma linha divisória rígida entre o que é e o que não é faz-de-conta, ainda há uma dificuldade relativa à impossibilidade de acessarmos diretamente os mecanismos internos da criança. Sendo assim, a autora define a brincadeira de faz-de-conta a partir dos seguintes critérios: 1. Critério verbal: que indica os limites do próprio faz-de-conta ou de um episódio particular, quando, por exemplo, a criança joga sem verbalizar ou verbaliza sobre coisas reais que acontecem durante o jogo, não há faz-

de-conta, mas, se narra um jogo fictício, dando um caráter mais imaginativo à situação, pode-se dizer que há brincadeira de faz-de-conta e 2. Critério comportamental: quando a criança se comporta na brincadeira como se fosse outra pessoa, animal ou personagem, indicando que há uma brincadeira de faz-de-conta.

Tomamos como referência estes critérios para a delimitação dos episódios de faz-de-conta observados entre as crianças desta pesquisa, já que, durante as brincadeiras de faz-de-conta, a criança geralmente verbalizava algum comentário, imitava sons, atribuía fala aos objetos, fazia ruídos ou apresentava comportamentos imitativos, ações relativas ao tema encenado, gestos, entre outros, que tornava acessível à observação o fato de que elas estavam brincando de faz-de-conta.

Para os episódios das demais brincadeiras, tomamos como critérios: manipular brinquedos relacionados, ter início, meio e fim, incluir pistas verbais ou não verbais e interacionais, além das descrições relativas às definições de cada brincadeira, presentes na literatura (Pellegrini & Bjorklund, 2004; Pellegrini & Smith, 1998; Parker, 1984; Piaget, 1971 e Moraes & Otta, 2003).

5.2. AS BRINCADEIRAS

De maneira geral, observou-se que todas as crianças solicitavam a abertura da sala de brinquedos, muitas delas nos seguindo pela enfermaria até que abrissemos a sala. Além disso, observamos que tanto as mães e pais quanto os profissionais demonstravam interesse que a sala de brinquedos estivesse aberta e que as crianças tivessem acesso à brincadeira. As crianças costumavam brincar apenas nos quartos e nos leitos, na maioria dos dias em que sala estava fechada e, em virtude disso, pudemos observar, por diversas vezes, a presença de lápis, papéis, pranchetas que as crianças utilizavam para fazer desenhos e rabiscar, colando-os

muitas vezes nas paredes dos quartos, além de brinquedos como carrinhos, bonecas, super-heróis, animaizinhos, entre outros. Também tivemos a oportunidade de observar crianças brincando nos quartos e em cima das camas, sozinhas, com seus pais ou em díades, sendo tais brincadeiras relatadas nos diários de campo em função de sua observação ter sido ocasional e assistemática.

Uma atividade lúdica bastante observada na enfermaria, em praticamente todos os dias em que estávamos presentes, foi a brincadeira com cadeiras de rodas que parecia ser aceita tanto pelos pais quanto pelos profissionais, já que não observamos, em nenhum momento, a interferência destes. Geralmente uma das crianças sentava-se à cadeira e outra a empurrava pelos corredores ou duas crianças brincavam de corrida cada uma numa cadeira de rodas, algumas vezes levando a cadeira de rodas até para dentro da sala de brinquedos, como aconteceu com uma criança que jogou dama, sentada na cadeira de rodas, com a observadora dentro da sala.

Também foi possível observar materiais do hospital sendo usados como brinquedos pelas crianças, tais como luvas que eram cheias de ar, transformando-se em bolas de soprar e seringas usadas como objetos lúdicos. Uma das crianças do estudo que havia passado por muitos internamentos anteriores tinha, inclusive, uma coleção de seringas que levava consigo para casa quando recebia alta e que trazia novamente a cada re-internamento, utilizando-as em suas brincadeiras tanto no leito quanto na sala de brinquedos, durante as observações.

5.2.1 Categorização das Brincadeiras

Em função de sua complexidade e caráter multidimensional, a brincadeira pode ser categorizada a partir de diferentes critérios, dependendo do que se pretende investigar.

Diferentes aspectos podem ser tomados como foco, por exemplo, estrutura, conteúdo, interações sociais, verbalizações, entre outros.

Nesse sentido, diferentes categorias e classificações de brincadeiras foram desenvolvidas pelos estudiosos, entre as quais encontra-se a de Piaget (1945), uma das mais conhecidas, que classifica as brincadeiras em jogos de exercício, brincadeira simbólica e jogos com regras, tomando como base o tipo de lógica envolvida e o período de desenvolvimento cognitivo em que o brincante se encontra. Parker (1984), baseando-se na categorização de Piaget, ampliou este modelo para incluir as seguintes categorias: jogos de contingência, brincadeira simbólica, jogos com regras, brincadeira agonística e de exercício. Moraes e Otta (2003) aperfeiçoaram as categorias desses dois autores criando a seguinte classificação: 1. brincadeiras de exercício físico, 2. brincadeiras de contingência social, 3. brincadeiras de construção, 4. brincadeiras turbulentas, 5. brincadeiras de faz-de-conta, 6. brincadeiras e jogos de regras.

Tomando como referência estas classificações e outros aspectos, a análise dos episódios de brincadeiras observadas neste estudo foi assentada nas seguintes categorias: brincadeiras de construção, brincadeiras com objetos, brincadeiras de faz-de-conta e brincadeiras com jogos.

Julgamos necessária a delimitação dos episódios de brincadeiras com objetos a partir das colocações de Bjorklund e Pellegrini (2004) de que este tipo de brincadeira vem geralmente incluída na categoria de brincadeira de construção, superestimando o tempo gasto pelas crianças nesta última. Os autores destacam que a quantidade de tempo gasto em brincadeiras com objetos tende a mudar dependendo do esquema de codificação adotado, de forma que esquemas mais diferenciados demonstraram que cerca de 10 a 15% do tempo é gasto pelas crianças em brincadeiras com objetos, sendo este resultado consistente com outros estudos relativos a tempo e energia gastos nesse tipo de brincadeira, tanto em humanos quanto

em não humanos. Os autores destacam ainda a necessidade de diferenciação entre a manipulação de objetos, bastante freqüente entre crianças, especialmente em contextos de pré-escola, e brincadeira com objetos.

Levando em consideração estes aspectos, procuramos categorizar separadamente brincadeiras de construção e brincadeiras com objetos, definindo estas últimas como brincadeiras que se encerram na própria relação da criança com o objeto, não estando presentes outros elementos como construção e faz-de-conta, em consonância com o que afirmam Lordelo e Carvalho (2006) que definem esta categoria de brincadeira como uma “exploração não-temática de objetos”.

Na prática podemos observar que muitas vezes essas diferentes dimensões classificatórias se fundem e intercalam, fazendo com que num único episódio de brincadeira a criança esteja inserida numa brincadeira simbólica e ao mesmo tempo com regras ou partindo de uma brincadeira com regras para uma simbólica, voltando para a anterior e vice-versa. Vygotsky (1984) já destacava que toda brincadeira imaginária possui regras implícitas, embora não possa ser considerada uma brincadeira com regras formais dadas a priori. Apesar das dificuldades em categorizar brincadeiras como um tipo ou outro, sabemos que o estudo deste fenômeno e a inferência de suas possíveis funções exige o esforço de lançar luz sobre estas peculiaridades, delimitando episódios e os diferentes aspectos envolvidos, tais como temas, verbalizações, interações, entre outros.

Com esse intuito, buscamos categorizar os episódios de brincadeira, analisando-os a partir da sua ação predominante, já que em algumas brincadeiras podemos observar uma forma de organização que coincide com a descrição de um tipo de brincadeira, mas cuja ação principal que a orienta é de uma outra natureza, tal como exemplificado no episódio a seguir:

Episódio 47

M 3 monta uma peça com brinquedos de encaixe e coloca alguns super-heróis em cima dizendo: “moto não serve pra andar... tá tudo preguiçoso.

Aí esses aqui sabe andar na moto rápido, mulher gato não quer ir deitada, são tudo preguiçoso. Agora vou levar um monte de gente na moto, pegar o homem aranha... vambora gente, ó que moto descente, tudo preguiçoso. Arma uma outra peça e diz: eu fiz um negocio doido aqui que nem seu sei o que é. Depois coloca os carros na peça que armou e diz que é uma garagem.

Este episódio é uma amostra de uma das brincadeiras na qual a criança utiliza brinquedos de armar, construindo objetos novos, mas atribuindo-lhes uma função simbólica, sendo então classificada neste trabalho como brincadeira de faz-de-conta.

5.2.2 Do que brincam as crianças

Todas as crianças participantes da pesquisa brincaram, sendo a brincadeira de **faz de conta** a mais freqüente, seguida da **brincadeira com objetos**, da **brincadeira de construção** e da **brincadeira com jogos**, num total de **56 episódios** observados, distribuídos da seguinte forma:

<p>Faz de Conta – 41 episódios</p> <p>Brincadeiras com Objetos – 08 episódios</p> <p>Construção- 05 episódios</p> <p>Jogos – 02 episódios</p>

Quadro 3: Distribuição dos episódio quanto aos tipos de brincadeiras

Brincadeiras indicadas nas classificações de Moraes e Otta (2003) e na literatura em geral, tais como as brincadeiras de exercício físico, de contingência e turbulentas não

estiveram presentes entre as brincadeiras observadas neste estudo. Levando em conta o fato de que os usos e delimitações do espaço são aspectos de importante influência nas brincadeiras das crianças (Bichara, 2006), supomos que a ausência dessas brincadeiras esteve relacionada à configuração espacial do ambiente de observação que, em função de ser um espaço interno restrito, limitava as oportunidades para esses tipos de brincadeiras. Além disso, a condição de saúde das crianças impedia as mesmas de realizarem brincadeiras que exigissem teste de limites, esforço físico acentuado, movimentos amplos, etc.

Apresentamos a seguir episódios representativos das categorias de brincadeiras observadas:

Faz-de-Conta

Episódio 46

M 3 encontra-se com uma panela na mão, finge que está lavando a panela dizendo “vou lavar, vou lavar agora, cadê a torneira?... To enxugando”. Coloca a panela na pia da cozinha de brinquedo, diz: “agora vou comer, comer e dormir agora”. Pega a panela com uma comida de brinquedo e põe dentro do fogão da cozinha de miniatura e diz: “vou ligar a churrasqueira... agora vou botar dentro da geladeira porque eu já comi”. Coloca as panelas dentro da geladeira da cozinha de brinquedo.

Podemos observar que nesta brincadeira a criança, sozinha, desenvolve um enredo e encena uma situação com início, meio e fim, com presença marcante do “como se” que caracteriza o faz-de-conta.

Brincadeira com Objetos

Episódio 27

(M 1) Pede o estetoscópio para uma criança, coloca-o no ouvido, troca o estetoscópio por outro, coloca-o no ouvido e olha em direção à profissional que auscultava uma criança dentro da sala. Tira o estetoscópio do ouvido, deixando-o pendurado no pescoço. Coloca-o novamente no ouvido e põe a parte que serve para auscultar sobre a mesa.

Neste episódio podemos perceber que a criança manipula o objeto imitando o uso demonstrado pelo profissional que se encontra dentro da sala, mas não desenvolve o tema sugerido pelo objeto (no caso o tema médico) ou tema de outra ordem.

Construção

Episódio 38

(M 2) Segura uma peça do brinquedo de construção e tenta encaixar uma na outra, vai montando, não consegue êxito numa tentativa de encaixe, logo em seguida consegue encaixar uma peça na outra. Levanta a montagem que construiu, volta a encaixar uma peça na outra, deixa cair uma peça no chão, pega a peça que caiu e continua encaixando. Tenta encaixar uma peça, encaixa, retira, encaixa a mesma peça em outro lugar. Repete essas ações durante toda a observação.

Esta brincadeira demonstra as tentativas da criança de montar um objeto novo a partir do brinquedo de armar, apresentando, no entanto, dificuldade para tal, por não ter uma coordenação motora ainda bem desenvolvida, deixando cair as peças e não conseguindo algumas vezes encaixá-las. Não há um enredo ou tema sendo desenvolvido, mas apenas a tentativa de construção de um objeto novo a partir do encaixe das peças.

Jogos

Episodio15

(F 2) Pega um jogo (quebra-cabeça) de palavras, tenta formar algumas palavras, como 'macaco', mas não consegue, então vai até uma das observadoras e diz que naquele jogo não dá pra formar palavras porque não tem todas as letras, explicando que ta faltando a letra A.

Episodio 44

(M 3)Brinca de botão com uma menina: ambos manipulam os jogadores, põem umas das traves num canto da mesa. Ele olha para ela e diz: "vou fazer um agora" e faz um gol.

Estes episódios classificados como jogos e descritos anteriormente foram os únicos observados entre as brincadeiras e ocorreram exatamente com os brinquedos que os tornavam possível e que eram escassos entre os brinquedos da pesquisa, o que pode ter influenciado na pouca quantidade de jogos observados entre as crianças. O quebra-cabeça de letras não era um brinquedo da pesquisa, mas havia sido levado até a sala por uma das crianças. É importante destacar também que os dois episódios se desenvolveram nas crianças mais velhas, ambas de 07 anos.

Pelos motivos expostos anteriormente em termos da predominância da brincadeira de faz-de-conta e pelo fato desta ser de interesse principal para este estudo analisaremos os episódios de faz-de-conta observados entre as crianças.

5.3. “ELE ANDA? ELE FALA?”⁴ – BRINCANDO DE FAZ-DE-CONTA

A brincadeira de faz-de-conta tem recebido diferentes denominações na literatura, entre elas brincadeira simbólica, representativa, imaginativa, fantástica, de simulação e de ficção (Bichara, 1994), todas elas referindo-se ao “como se” ou à atribuição de significados não literais a objetos e pessoas, tão característicos dessa forma de brincadeira.

Tomamos como referência para a delimitação dos episódios de faz-de-conta a definição proposta por Moraes e Otta (2003): “brincadeiras que incluem tratar objetos como se fossem outros, atribuir-lhes propriedades diferentes das que possuem, atribuir a si e aos outros papéis diferentes dos habituais, criar cenas imaginárias e representá-las” (p. 135).

A brincadeira de faz-de-conta foi a forma de brincadeira predominante entre as crianças neste estudo, ocorrendo tanto nas meninas quanto nos meninos de forma solitária, em díades ou tríades. Os episódios de faz-de-conta incluíram tanto conteúdos relacionados à

⁴ Criança de 03 anos, numa brincadeira com outra de cinco anos, perguntando a respeito de um boneco do Batman.

doença e hospitalização, já esperados em função do contexto em que as crianças se encontram quanto temas diversos relacionados ao cotidiano.

5.3.1. Temas

Os temas encontrados nas brincadeiras de faz-de-conta foram classificados em 10 categorias, descritas adiante. Em algumas brincadeiras observou-se a representação de mais de um tema, geralmente dois, sendo que um deles aparecia de forma acessória ao tema principal, prevalecendo, neste caso, para a análise, o tema principal.

CATEGORIAS DE TEMAS REPRESENTADOS	DESCRIÇÃO
1. <i>Médico / Hospital</i>	Toda brincadeira que inclui a representação ou conteúdo relativo a situações de doença (tomar remédio, ficar em repouso, etc.), procedimentos médicos (aferrir temperatura, auscultar, fazer curativo, dar injeção, teste de sangue, aferrir pressão, etc.), hospitalização (ficar internado, fazer cirurgia, ir para consulta, fazer exames, etc).
2. <i>Cenas Domésticas</i>	Toda brincadeira que inclui representação de membros de uma família ou situações de cuidar de alguém (dar banho, dar água, vestir a roupa, pentear o cabelo de uma boneca, coloca - lá para dormir).
3. <i>Transporte</i>	Toda brincadeira que inclua a representação de transportar/ movimentar veículos como carro, moto, avião.
4. <i>Luta</i>	Toda brincadeira que inclua enredo ou conteúdo relativo a confronto entre objetos representados como pessoas, animais ou entre super-heróis.
5. <i>Comunicação</i>	Brincadeiras que envolvem falar com alguém ao telefone.
6. <i>Construção</i>	Toda brincadeira na qual a criança utiliza peças de armar, construindo um novo objeto que representa enquanto objeto animado (atribuindo-lhe falas e movimentos) ou verbaliza a construção de um animal ou pessoa, imitando sons e movimentos.
7. <i>Animais</i>	Brincadeira que inclui brincar com animaizinhos

CATEGORIAS DE TEMAS REPRESENTADOS	DESCRIÇÃO
<i>8. Personalização</i>	Quando a criança apenas atribui vozes, movimentos ou qualquer outra característica humana a um brinquedo.
<i>9. Alimentação</i>	Cenas que envolvem a preparação de comidas, manipulação de panelas, fogão, geladeira, alimentos e a alimentação de pessoas ou animais.
<i>10. Fantasia</i>	Brincadeira na qual a criança encena uma situação fantástica, ou seja, quando o enredo não parece seguir a lógica da realidade.

Quadro 4: Temas presentes nas brincadeiras de faz-de-conta

Das categorias de temas relacionados acima, a maior parte dos episódios de brincadeira estiveram relacionadas a Temas médico/ hospitalar (categoria 1), depois a temas relativos a Cenas Domésticas (categoria 2) e Transportes (categoria 3), estes com o mesmo número de episódios, seguidos de Construção (categoria 6), tal como relacionado no quadro abaixo.

Médico/Hospital: 15 episódios
Cenas domésticas: 06 episódios
Transporte: 06 episódios
Luta: 02 episódios
Comunicação: 02 episódios
Construção: 04 episódios
Animais: 02episódio
Personalização: 01 episódio
Alimentação: 03 episódios
Fantástico: 01episódio
Personalização: 01 episódio

Quadro 5: Distribuição dos episódios por temas de faz-de-conta

Entre os episódios analisados, 05 brincadeiras foram classificadas como “incidentais”, em função de terem ocorrido em meio a uma brincadeira principal (Seixas, 2007). Dentre estas, três foram brincadeiras de faz-de-conta, com temas relativos às categorias Médico/hospitalar, Transporte e Luta. Os episódios de brincadeiras incidentais com estes dois últimos temas foram observados em uma menina, que interrompeu duas outras brincadeiras para brincar com um aviãozinho que encontrou em meio aos brinquedos e, em outro momento, simular uma luta entre super-heróis, gerando dois episódios curtos.

A categoria Alimentação foi considerada uma categoria diferente de Cenas Domésticas em função de esta última conter principalmente episódios de brincadeiras com bonecas, relacionadas ao cuidado, ao passo que os episódios categorizados como Alimentação, todos observados em um menino, referiram-se a alimentar-se em grupo, matar animais para cozinhar e fazer churrasco, estas últimas, atividades geralmente relacionadas ao sexo masculino, diferente dos episódios desenvolvidos pelas meninas na categoria Cenas Domésticas. Segue o exemplo de um episódio da categoria Alimentação.

Episódio 52

(M 3)Fala com um menino que está brincando com os animais: “vai matar os bois é? Mata que eu cozinho, como e depois vou dormir” Vai em direção ao brinquedo de cozinha e diz: “- Vou acender o fogo, vou fazer um churrasco.”. Mexe a panela, mostra para a observadora uma panela e diz: “Ó que comidinha boa. Galinha, molho... Agora eu vou dormir, eu só como e durmo.” Depois pergunta a outra criança (menino) “Você passa a vida com fome é? Você não toma banho não é?”Ele, mesmo responde: “Eu não tomo banho não, só como e durmo.”

Nesta brincadeira, embora possamos notar a presença de brinquedos relacionados à atividade doméstica de cozinhar, o enredo demonstra pouco envolvimento da criança com a representação desta atividade, tendo um foco maior na ação de alimentar-se.

Quanto às outras categorias, as que tiveram maior número de brincadeiras, seguem-se exemplos dos episódios observados:

Categoria 1: Médico/hospital

Episódio 6

Pega uma cozinha em miniatura e arruma como se fosse um consultório médico ou algo parecido. Pendura o soro numa haste na parte de cima da cozinha, depois de arrumado tudo, diz: “pronto! Cadê a maleta de médico?”. Procura a maleta entre os brinquedos, pega a maleta. Diz para a boneca “... Vou te levar no médico”. A gente vai olhar o que vai precisar. A gente vai precisar de uma luva e coloca a luva em uma das mãos e diz: “- Que pena que eu não vou poder botar na outra mão.” (Fala isso em relação à sua mão que está com um acesso). Pega alguns brinquedos do kit médico, dá injeção na boneca com a seringa de brinquedo. Troca pela seringa verdadeira. Deixa a boneca, pega um cachorrinho de borracha e dá injeção nele também, virando-o de costas e diz: “é de 5ml”. depois repete a injeção no bichinho e diz: “- A gente vai ter que tirar sangue de você!”

Categoria 2: Cenas domésticas

Episódio 1

Pega uma boneca e penteia o cabelo. (é interrompida pela mãe que traz um saco plástico contendo seringas que a menina leva para a casa, dos internamentos). Pega um recipiente com água de dentro do saco, retira uma seringa. Puxa a água do recipiente com a seringa e diz: “se der água ela vai fazer xixi”, depois pergunta “tia eu posso dar água pra ela?” e deixa a seringa que contém água na boca da boneca sem apertar. “Hein, tia, pode dar água?”, diz. Aperta a seringa na boca da boneca, sorri, depois coloca a chupeta da boneca. Faz carinho nela.

Neste episódio pode-se observar que a criança utiliza a seringa para dar água à boneca, atribuindo-lhe um outro significado, neste caso, provavelmente, utilizando-a como mamadeira.

Categoria 3: Transporte

Episódio 41

Brinca com dois carrinhos numa pista em miniatura. Tenta passar um carrinho pela parte estreita da pista, mas não consegue. Coloca um dos carrinhos para subir um elevador que leva os carros de uma pista inferior para outra superior. Enquanto põe o carrinho para subir no elevador, faz o barulho do elevador com a boca. Sobe e desce o carro no elevador. Faz o mesmo com um segundo carrinho. Sai da sala para ir buscar um carro seu no quarto onde está internado.

Categoria 6: Construção

Episódio 35

Após o primeiro episódio, (M 1) volta-se para o brinquedo de construção, e diz: “vou desjuntar. Vou fazer uma janela, desfazer esse e fazer outra”. Começa a montar algo, levanta com a peça montada pra perto das observadoras e diz: “É o que isso aqui?”. A observadora responde que não sabe e ele diz “tu não sabe! Facinho isso aqui” E continua “Vou desjuntar e fazer um negócio que tu nunca vai saber!” Faz uma nova construção e diz: “Aí ó, isso aqui é o que? Uma torre, uma torre grandona!”. Olha em direção aos outros brinquedos e a “torre” cai. Ele diz: “Caiu a torre. Ta andando a torre. A torre anda!”, diz movimentando a torre para frente sobre a mesa. Constrói uma nova peça e insiste para que as observadoras respondam o que é. Vai construindo e dizendo: “Facinho. Parecendo um coelho.”. Continua construindo e insistindo para que a observadora adivinhe. Então diz: “Não sabe não é? A boca e o nariz. Adivinha!”. Continua montado as peças e diz: “a boca, o nariz, o corpo e o chapéu. Peraí, deixa eu fazer o chapéu, que eu ainda não fiz... Aqui o chapéu. Deixa eu fazer o cabelo. Isso aqui é o que? Adivinha! Um coelho, pronto!” Continua montado e logo em seguida diz: “uma torre”. Vai até a parede onde tem um desenho e diz “igual”. Depois volta, senta na cadeira e diz: “Não é uma torre não, é uma parede.”

Neste episódio podemos perceber que a criança constrói objetos com o brinquedo de armar e vai fazendo de conta que o objeto representa seres animados e com movimento.

Das quatro categorias apresentadas com maior número de episódios, o tema médico/hospitalar só não apareceu em uma criança (F 1) enquanto a ação predominante do episódio de brincadeira, embora durante os episódios tenha sido possível observar a utilização de brinquedos relacionados a este tema, tais como estetoscópio e termômetro, estando a

utilização destes, no entanto, dentro de episódios relativos ao tema Cenas domésticas, incluindo aspectos de alimentação, banho e cuidado. Podemos pensar que, em função dessa criança ser portadora de uma doença crônica, ela vivencia no seu dia-a-dia procedimentos médicos, mesmo em casa, com os cuidados necessários que a mãe precisa ter com ela, representando então as ações de auscultar e aferir temperatura, durante um episódio em que dá banho e coloca a boneca para dormir.

Em geral foi possível observar episódios de brincadeiras relacionadas a mais de um tema, cerca de três por criança, exceto em duas delas, F 1 com episódios em apenas um tema e F 3 com episódios em apenas dois temas, como demonstrado no quadro abaixo:

	F 1	F 2	F 3	M 1	M 2	M3
Méd./hospitalar		07	05	01	01	01
C.Domesticas	03	02	01			
Transporte		01			03	02
Luta		02				
Comunicação						02
Construção				02		02
Animais					01	01
Personalização				01		
Alimentação						03
Fantástico		01				

Tabela 2: Distribuição de temas de faz-de-conta por criança

Foi possível observar que a maior parte das brincadeiras esteve relacionada ao cotidiano destas crianças que, a despeito de estarem num contexto hospitalar e numa situação de doença, vivenciam experiências semelhantes às de crianças saudáveis. No entanto, em virtude da categoria Médico/hospital ter sido, individualmente, a que mais agregou episódios de brincadeiras de faz-de-conta, cabe analisá-la em mais detalhes.

Sabendo-se que a brincadeira é, reconhecidamente, um fenômeno sensível ao contexto, que interage com o ambiente em termos das relações sociais e recursos disponíveis, tais como espaço, materiais e condições (Lordelo e Carvalho, 2006), incluindo os brinquedos, a ocorrência de episódios relacionados ao tema médico/hospitalar era bastante previsível. Além do fato de que a brincadeira é apontada na literatura enquanto um fenômeno com importantes funções na expressão e regulação emocional, na resignificação das situações pela criança e na tomada de uma posição ativa desta frente às suas experiências, como discutido anteriormente neste trabalho, acreditamos, pois, que a ocorrência destas brincadeiras neste contexto pode estar especialmente desempenhando uma função que está de acordo com a hipótese ontogenética, a de contribuir para que a criança possa tomar uma outra perspectiva frente às situações reais vivenciadas por ela possibilitando o desenvolvimento de novas formas de lidar com situações igualmente novas e inesperadas (a doença e a hospitalização).

Foi possível observar que em todas as brincadeiras em que a criança encenou alguma situação com tema médico ela sempre assumia o papel do profissional e em nenhum episódio foi observada alguma criança que assumisse predominantemente o papel de paciente. Em muitas delas a criança escolhia a observadora para assumir este papel, enquanto ela assumia o papel de médico, tal como demonstrado nos exemplos:

Episódio 23

(F 3) Pega duas seringas, senta perto de uma das observadoras, pega a máscara e finge que ta vestindo. Bate o martelinho na observadora e coloca o termômetro em baixo do seu próprio braço. Depois tira o termômetro e pede para a observadora colocar o termômetro. Depois de um tempo, tenta tirar o jaleco da observadora para colocar o termômetro embaixo do braço dela.

Em um único episódio foi observada uma fala que demonstra que em um dado momento a criança falou de sua condição de paciente, embora esta não tenha sido a ação principal da brincadeira na qual a criança desempenhou, em grande parte, o papel de profissional.

Episódio 50

(M 3)Arma um quadrado com as peças de encaixe e diz: “aqui ó, a mala do doutor”. Segura o brinquedo como se fosse uma maleta e sai andando. Diz: “vou pegar uma benzetacil, dói demais”. Pega uma seringa e uma boneca e diz: “Agora vou lavar o acesso da menina. A menina perdeu a veia, vou pegar outra veia”. Pega a perna da girafinha de brinquedo e finge furar a boneca dizendo: “aqui é a agulha. Agora vou botar o esparadrapo. Vou lavar o acesso.” Aperta a seringa como se tivesse injetando e diz: “pronto”.

Neste último episódio podemos observar que, num dado momento, a criança parece expressar sua própria experiência com a injeção, saindo por alguns minutos do papel de profissional e representando o papel de paciente, que corresponde à sua vivência atual ao afirmar: ‘dói demais’, retornando imediatamente para o papel de profissional que está representando na brincadeira.

Na pesquisa realizadas por Vieira e Carvalho (2006) acerca das brincadeiras de crianças num ambulatório pediátrico, o mesmo resultado foi encontrado, embora nesta tenham sido observadas também algumas poucas situações em que, na brincadeira, a criança tenha ocupado o papel de paciente. As autoras afirmam que a representação do papel de médico, além de indicar o interesse especial da criança pelo médico, permite também à mesma ocupar o papel de quem detém um poder sobre ela, mudando a perspectiva da qual experimenta o seu adoecer, ao agir na situação não como alguém que está submetida a ela, mas como observado também aqui, como quem dita as regras e controla a situação.

Dentro da categoria Médico/hospital foi possível observar episódios referentes a: procedimentos médicos e exames, consultas, cirurgias, pesquisa médica, alguns deles semelhantes aos encontrados também por Vieira e Carneiro (2006). Nestes episódios pudemos observar situações relativas a aferir pressão, fazer exame de vista, aferir temperatura, tomar medicação oral ou intravenosa, colher sangue, fazer curativo e realizar exame físico, levar a

boneca para a consulta, além de referências a dor e morte, tanto nas ações desenvolvidas durante as brincadeiras quanto nas verbalizações, como exemplificado abaixo:

Episódio 26

(F 3) Entrega a touca e a máscara para outra criança (M 1) dizendo: “você é médico”. Pega o potinho de soro e entrega a ele e ele injeta a seringa, ela faz o mesmo. Pega um boneco e encosta no braço de outra criança, diz: “ele te mordeu”. Pede para ele segurar o batman para ela dar injeção dizendo: “Segura ele. Fica quietinho. Segura ele”. Põe uma luva, toma a outra do menino e diz: “me dá para eu botar minha mão” Põe as luvas, pega a seringa e diz: “me dá o boneco”. Bate uma mão na outra com as luvas, retira-as... Fala com outra criança que chega. A outra criança pega um band-aid de papelão e ela diz: “ Vou dar injeção no boneco, você quer? Segura ele bem quietinho, só se morder. Fica quieto.” Dá injeção no boneco e diz: “ dá injeção nele”?

Episódio 16

(F 3)Pega a mulher-batman e diz que ela tem de ir ao médico fazer uma cirurgia, enquanto uma outra criança (menina) se veste de médico perto dela. Chega perto da criança com a boneca e diz: “veio para uma cirurgia porque a perna está torta”. Diz que é a ajudante da criança que se veste de médico e põe uma luva na mão. Põe a mão no queixo pensando e diz para a outra criança o que ela vai precisar. Pega uma bandejinha de plástico onde tem figuras de alguns objetos usados pelo médico. Ela vai olhando as figuras e procurando os objetos entre os brinquedos. Pega a tesoura, levanta para procurar algo mais. Remexe os brinquedos. Pergunta por um objeto à outra criança e diz que está precisando para cuidar da boneca... Segura a touca, levanta, procura um objeto que ela refere como algo que tem um furo no meio. Acha a lupa. Vai para a perto da outra criança que põe a luva, a máscara e o estetoscópio e ela pede para a criança pôr os óculos. Põe os óculos de brinquedo na criança. Volta a procurar outros objetos, reúne vários materiais e diz que está reunindo o que vai precisar. Conserta a luva na mão. Pega um potinho de iogurte e diz: “já vamos começar”. Põe a mulher-batman sobre a mesa, afasta outros objetos que não fazem parte da brincadeira, pega a tesoura e diz que vai cortar a perna da boneca, Finge cortar com a tesoura a perna da mulher-batman. Diz que vai precisar de outra tesoura, procura pela outra e continua cortando a perna da boneca. Diz: “tem um pequeno problema e vai precisar de uma pinça”. Diz que vai colocar o curativo e põe um pedaço de luva rasgada em torno da perna da boneca. Pega o remédio de brinquedo e finge derramar sobre a perna da boneca amarrando o pedaço de luva com o laço do cabelo da boneca e diz: “pronto. Ela já ta melhor, mas não vai conseguir andar. Tem que ficar aqui 30 minutos”. Então deixa a boneca deitada e diz que vão precisar de tesoura, pois muita gente vai lá com perna quebrada. A outra criança, que também brinca de médico com ela, finge cortar a barriga de uma boneca com a faca. Ela se aproxima e diz: “eita, você cortou o coração dela, ela morreu”.

Podemos perceber que, além da representação de situações relacionadas ao tema médico, a criança expressa através de falas e gestos aspectos comportamentais que ela relaciona ao profissional médico, quando, por exemplo, põe a mão no queixo pensando, adapta o estetoscópio ao pescoço, põe o óculos na outra criança. Observamos ainda em outro episódio de brincadeira de faz-de-conta nesta criança a representação do médico como um pesquisador, pois a criança pega uma lupa e a tabela de fazer exame de vista e diz que vai fazer uma pesquisa “porque muita gente não consegue ver o quatro” e fica examinando a cartela de números com a lupa. Esta representação do pesquisador encontra respaldo no fato de que, no hospital a presença de estudantes e residentes de medicina é constante e bastante próxima às crianças, além da existência de uma sala com cadeiras e lousa em que são discutidos casos entre médicos, professores e estudantes dentro da enfermaria e muitas vezes próximos ao leito da criança.

Em todos os episódios de brincadeira com temas médicos foi possível, portanto, perceber representações da criança relativas ao seu cotidiano no hospital, os procedimentos pelos quais elas passam (trocar acesso, aferir temperatura, tomar medicação), além de sensações e reações experimentadas por elas durante estes procedimentos e em relação à hospitalização, quando diz: “dói demais” e como veremos adiante, nos relatos acerca dos fatores de estresse e respostas de *coping*.

Observamos nos episódios de brincadeiras variações relacionadas ao gênero, algumas delas de acordo com os estereótipos já destacados na literatura, outras não tão marcadas pelas diferenças entre meninos e meninas, como analisaremos a seguir.

5.3.2. Diferenças de Gênero

Embora tenham sido frequentes algumas tipificações e segregações nas brincadeiras, a pouca disponibilidade de parceiros e de brinquedos, além do ambiente restrito

que limitava a ocorrência de brincadeiras diferentes, como as turbulentas, jogos e de exercícios, fez com que brincadeiras com forte estereotipia de gênero fossem encontradas em crianças do sexo oposto, como nos episódios de brincadeira com temas de Alimentação que foi encontrado num menino e com temas de Luta e Transporte encontrados numa menina.

Bichara & Carvalho (2008) destacam que meninos e meninas em geral brincam de formas diferentes e estão frequentemente separados em grupos exclusivos de meninas ou de meninos, o que pode ser o resultado de uma preferência por parceiros com estilos similares de brincadeiras, contribuindo para o fortalecimento dos estereótipos. Esta segregação foi também observada neste estudo, uma vez que, por exemplo, as brincadeiras relacionadas ao tema Cenas Domésticas, foram encontradas apenas em grupos homogêneos de meninas. Enquanto brincadeiras relacionadas ao tema Animais, semelhante ao tema Transporte, foram encontradas apenas ou predominantemente em grupos de meninos, embora tenha ocorrido um episódio com o tema Transporte em uma menina. Brincadeiras relacionadas ao tema Construção foram encontradas exclusivamente em meninos.

As brincadeiras com tema Médico/hospitalar foram observadas mais em meninas e, se relacionarmos este fato à predominância de brincadeiras na categoria Cenas Domésticas também nas meninas, poderíamos pensar que esta pode ser uma aparente coincidência, mas que têm em comum o fato de relacionar-se ao cuidado, atribuído, em nossa sociedade, ao gênero feminino, tanto em casa, quanto no trabalho e mesmo na área médico-hospitalar, especialmente na profissão de enfermeira que é até hoje predominantemente feminina. Dessa forma, aqui também podemos perceber que a criança representa na brincadeira a cultura em que está imersa, reproduzindo papéis que são atribuídos aos gêneros pela sociedade (Bichara e Carvalho, 2008).

Encontramos a brincadeira de fazer comida e servir às outras crianças, como o tema da Alimentação em um grupo misto, no qual o menino representava o papel de

cozinheiro. Neste episódio, houve uma maior quantidade de verbalizações e diálogos entre as crianças que conversaram sobre temas diversos, tais como compras, tipos de alimentos, programas de televisão, enquanto brincavam. Este episódio, assim como outros dois, ocorreu em tríades, ambos com a presença de dois meninos e uma menina, um deles relacionado mais a um tema feminino como este da Alimentação e outro a um tema masculino, Transporte, embora neste último o menino tenha ressaltado que “menina não brinca de carrinho”, antes de admiti-la na brincadeira.

O tema da Alimentação foi recorrente nas brincadeiras, inclusive solitárias, de um desses meninos (M 3) que participou da tríade acima citada, com a representação de cenas relativas a cozinhar, lavar louças, alimentar-se e servir alimentos para outras crianças. Parecia, portanto, apresentar estereótipo de gênero masculino, mas não estereótipo de gênero feminino, uma vez que aceitava que menino brincasse de cozinhar e de boneca, mas resistiu à participação das meninas nas “brincadeiras de menino”. Este resultado está provavelmente relacionado ao fato de esta criança brincar principalmente com uma menina em casa, tal como ressaltou sua mãe na entrevista e ele próprio ao afirmar que brinca de boneca com sua irmã.

Outra criança que apresentou menos tipificação em suas brincadeiras foi uma menina (F.2), que brincou dos dois episódios de luta observados, assim como do episódio com o tema de Transporte, o que pode estar relacionado a uma característica de personalidade ou mesmo à idade.

Estas duas crianças citadas (uma menina e um menino) que brincaram com brincadeiras fortemente estereotipadas para o sexo oposto ao delas foram justamente as duas crianças mais velhas da pesquisa, ambas de 07 anos, o que pode estar relacionado a uma tendência de enfraquecimento dos estereótipos de gênero com a idade, embora a quantidade de sujeitos pesquisados aqui não nos permita chegar a uma conclusão acerca desse aspecto.

Em um outro menino (M 2), por sua vez, foi observado uma forte estereotipia de gênero, com uma reprovção constante a qualquer brincadeira com estereótipo feminino que ele observasse entre meninos, verbalizando este estereótipo em afirmações como “a casa é de mulher” ou “é de mulher” referindo-se ao secador de cabelo que um outro menino procurava entre os brinquedos ou mesmo, quando diante do menino que brincava com uma boneca, olha para ele e procura pelo seu carrinho buscando diferenciar as suas brincadeiras das brincadeira com boneca do outro menino. No episódio abaixo, esta criança tenta inserir-se na brincadeira entre dois meninos, mas sai logo em seguida ao perceber que a brincadeira relaciona-se a fazer comida.

Episodio 42

(M 2) Começa a brincar na brincadeira de outra criança que coloca potinhos de plástico próximos a alguns animaizinhos de brinquedo. Ele interfere afirmando que é para os animais não ficarem com sede. Pega outra vasilha de plástico e entrega à outra criança (menino) afirmando “tem mais outro copo” para que ele dê “água” aos outros animais. O menino diz que a zebra ta comendo, aproximando o potinho do animal. Ele então conversa com o menino, mostra um cachorrinho de borracha, pega-o junto com uma panelinha. Pega a panelinha e põe uma tampa menor. Presta atenção na conversa entre os meninos acerca do que boi come e faz um gesto negativo com a cabeça Um desses meninos brincava de fazer comida para os animais, pergunta se tem feijão e arroz. Ele então deixa sobre a mesa a vasilha e pega um aviãozinho de brinquedo, sem responder. Minutos depois, pega um animalzinho, uma panelinha e sua tampa, olha para as duas outras crianças brincando com uma cozinha e com os utensílios em miniatura enquanto um deles aproxima as panelinhas dos animais como se desse comida. Ele então faz um gesto negativo e sai da brincadeira.

Parece que, pelo fato de estas crianças experimentarem restrições alimentares em função da própria doença, como é o caso de M 2 ou em função da hospitalização, como nas outras crianças, o tema da alimentação esteve sempre presente, ora nas brincadeiras ora nas conversas entre as crianças e, por isso, acreditamos que M 2 tenha se interessado por esta brincadeira, não aprovando-a, no entanto, quando percebeu que algo na brincadeira remetia ao

universo feminino, devido ao seu padrão estereotípico, representado tanto nas falas, quanto nos gestos e nas brincadeiras, como também podemos perceber neste diálogo entre ele e outro menino:

M 2 e outro menino conversam enquanto brincam e o outro menino diz que ele (M 2) “mijava” na cama e ele responde: “Eu não mijo não (na cama)” Continua mexendo com as seringas com que brincava, deixa todas em pé, quando o outro menino diz: “Eu vou lá na minha sala fazer xixi.” M 2 sorri e diz, imitando a criança: “ Xixi !!”

Neste episódio, M 2 parece considerar engraçada a forma como o outro menino diz “fazer xixi” debochando sutilmente disso, em função dessa ser uma forma mais feminina e menos agressiva, geralmente ensinada às meninas

5.4. INTERAÇÕES NAS BRINCADEIRAS

Inicialmente procuramos categorizar as brincadeiras de acordo com o esquema proposto por Moraes e Otta (2003) para ter uma visão geral acerca das interações entre as crianças durante a brincadeira. Este esquema inclui as seguintes categorias: brincadeira solitária, brincadeira paralela, brincadeira associativa e brincadeira cooperativa, descritas anteriormente.

Quanto às interações sociais, as brincadeiras foram predominantemente solitárias, ou seja, na maioria das vezes as crianças brincaram sozinhas, seguidas de brincadeiras associativas e cooperativas, não sendo observadas, no entanto, brincadeiras paralelas, tal como apresentado na distribuição a seguir.

Brincadeiras Solitárias: 42 episódios
Brincadeiras Paralelas: 00 episódio
Brincadeiras Associativas: 07 episódios
Brincadeiras Cooperativas: 07 episódios

Quadro 6: Distribuição dos episódios quanto à forma de interação

Provavelmente o espaço interno restrito, os brinquedos disponíveis, o estado de saúde das crianças e o fato de ficarem internadas em quartos separados e terem poucos espaços de socialização na enfermaria, influenciaram a predominância de episódios de brincadeiras solitárias e que foram em sua maioria de faz-de-conta (28 brincadeiras). Algumas vezes a criança brincava sozinha, mas interagia de alguma forma com outras crianças solicitando um brinquedo, fazendo algum comentário sobre a brincadeira do outro, conversando sobre algo do cotidiano do hospital, o que chamamos de brincadeira associativa. Enquanto que a brincadeira cooperativa incluiu episódios em que a criança brincava em dúzias ou tríades dividindo papéis e cooperando umas com as outras.

Segue exemplos de brincadeiras em cada categoria de interação social apresentada:

Brincadeira solitária

Episódio 5

(F1) Brinca de boneca, penteia o cabelo, finge secar o cabelo com o secador, põe os sapatos. Começa a brincar de fazer comida: finge passar a comida de uma panela para um outro recipiente, mexe com a colher e faz de conta que dá comidinha à boneca. Limpa a boca da boneca, coloca-a deitada e finge limpar a mesa no local onde dava a comida..

Em alguns episódios a criança utilizou a observadora como suporte para a brincadeira, solicitando sua participação, mesmo na presença de outras crianças na sala, mas em função de não haver divisão de papéis ou cooperação, estas brincadeiras foram

categorizadas aqui como brincadeiras solitárias. É importante destacar este fato porque muitas das brincadeiras solitárias incluíram de alguma forma a observadora, o que pode ser entendido como uma necessidade de inclusão do outro na brincadeira que foi dificultada pelo fato das crianças se conhecerem pouco e, em geral, não brincarem juntas, por não terem um espaço que permitisse constantemente estas interações nos outros dias que não os de observações da pesquisa. No exemplo a seguir a criança brinca sozinha, mas utiliza a observadora como suporte:

Episódio 35

(M 1) Coloca o estetoscópio no ouvido, vai em direção à observadora, ausculta o coração dela e diz: “Bateu!”, Pega o termômetro e pergunta “Qual o nome disso aqui?” Suspende o braço da observadora, coloca o termômetro, ausculta de novo com o estetoscópio, tira o termômetro, olha e diz: “Xô ver (pausa)... tá não.

Brincadeira Associativa

Episódio 39

(M 2) Está com um carro grande de fricção que ele próprio trouxe para a sala de brinquedos. Tenta brincar com o carro na pista, mas o carro é muito grande. Uma outra criança diz: “o carro de W⁵. nem cabe aí”. Ele continua brincando ao mesmo tempo que esta outra criança na pista de carros. Uma terceira criança se aproxima e pega no brinquedo, mas a segunda criança não deixa. Ele olha e fica com o carro na mão... Pega então o carro grande e tenta passá-lo pela parte de baixo da pista e diz: “passou do outro lado, meu carro passou do outro lado”.

Brincadeira Cooperativa

Episódio 56

Olha em direção à menina que pede uma vasilha de iogurte, pega a “comida” que um menino preparava e diz: “Eu to com fome!” O menino responde: “Tá muito com fome.” Ele responde: “Aqui cozinheiro, comida!” Dá os potinhos de iogurte para o menino, olha em direção à menina, depois para a outra e diz: “Já pode comer? Tô com fome!” O

⁵ W. corresponde a uma inicial fictícia para o nome da criança M 2

menino responde: “Tá faltando culé.” Ele então pergunta: “Tá faltando culé, é?” O outro pergunta: “Alguém vai comer de mão aí? E ele responde: “Eu como!” Olha em direção aos brinquedos e diz: “ Vou beber água.”(olhando para os potinhos de iogurte que a menina tinha colocado à sua frente) Depois diz: “ Já posso comer? E eu vou comer de mão é? Tá faltando minha galinha moço”. Finge que come a comida, levando-a à boca, segura um copo e diz: “ Vou pegar meu suco, moço.” Finge que está saciado com o suco e com a comida Olha em direção à observadora e diz: “Sua comida tia.” Pega todos os copinhos e vai colocando e dizendo: “ Eu vou tomar isso aqui tudo de suco. Eita, suco bom!” Junta todos os copinhos em pirâmide, depois separa todos e diz: “Bota mais suco. E o meu suco?” Fala para o outro menino: “Mata esse bichinho aqui, para comer. Faça mais comida.” O menino responde: “Quer que eu mate um boi?! Olha em direção à criança em sua frente, conversa com a observadora e pergunta: “Não vai ter mais comida não?” o outro menino responde: “Só de noite.” Ele diz: “Então, eu vou dormir. Não tem suco com bolacha não? Vou lá na rua comprar uma bolacha... já comprei...”

Este último episódio foi recortado, pois teve duração de mais de vinte minutos, com muitas falas, diálogos e interações entre as crianças.

Foi possível observar que as brincadeiras cooperativas ocorreram apenas em díades e tríades, não sendo observadas brincadeiras com mais de três crianças, já que, de forma geral, havia entre 3 e 5 crianças na sala durante as observações, algumas delas com idades inferiores e que, portanto, não faziam parte das brincadeiras das crianças maiores, como as do episódio descrito acima (5, 7 e 12 anos) e outras que preferiam as brincadeiras solitárias e que permaneciam brincando sozinhas mesmo quando havia um grupo que brincava próximo a elas, como também aconteceu neste episódio em que uma criança não participou, brincando sozinha na mesma mesa.

Nas brincadeiras associativas e cooperativas, nas quais havia interações, podemos observar tanto episódios com crianças de mesma idade quanto de idades diferentes, enquanto que com relação ao gênero elas variaram, tanto ocorrendo episódios só entre meninos, só entre meninas e entre meninos e meninas. Das 14 brincadeiras, associativas e cooperativas, 3 delas foram em díades exclusivamente femininas, 6 em díades exclusivamente masculinas e 3 em díades mistas, sendo que apenas foram observados 2 episódios em tríade, nos quais estiveram incluídos em ambos os casos dois meninos e uma menina.

Podemos perceber que grande parte das brincadeiras foram solitárias por alguns motivos já destacados anteriormente, embora tenhamos observado que, ao longo das observações da pesquisa, as crianças interagem cada vez mais, o que acreditamos ter sido um efeito da maior socialização que foi ocorrendo entre elas durante os dias de observações. Ou seja, as crianças que continuavam internadas de uma semana para outra e que tiveram a oportunidade de participar de mais de um dia de observação da pesquisa na sala de brinquedo, foram formando vínculos entre si, como foi possível observar através nas interações entre elas na enfermaria e nas brincadeiras em díades e tríades, como neste último episódio.

A seguir analisaremos o enfrentamento do estresse gerado pela doença da hospitalização nas crianças pesquisadas, agregando dados das entrevistas e mesmo das observações, a fim de se ter um panorama geral do processo de *coping*.

5.5. “EU GUITO”⁶ - DE COMO AS CRIANÇAS ENFRENTAM O ESTRESSE

Procuramos por meio das entrevistas com os pais e com as crianças compreender que situações relacionadas à doença (sintomas, cuidados, restrições, etc.) e à hospitalização eram consideradas causadoras de estresse e quais as formas citadas por ambos para que a criança enfrentasse estas situações. Mais do que o esforço em detectar estratégias, buscamos compreender como as crianças se sentiam frente à doença e à hospitalização na percepção de seus pais e como vinham reagindo ao internamento, de uma forma geral.

A convivência com estas crianças na enfermaria e a observação ocasional e assistemática de algumas delas sendo submetidas a procedimentos médicos e demais situações que poderiam ser consideradas de estresse também serviu para que pudéssemos chegar a alguns resultados relativos ao processo de *coping*.

⁶ Refere-se a “eu grito”, dito por uma criança de 03 anos ao ser perguntada como reagia diante das situações que foram identificadas como estressantes para ela.

5.5.1. “Chateado, chateado, muito chateado” – De como as crianças se sentem

Em função da pouca idade da maioria das crianças e, portanto, da dificuldade em elaborar e expressar seus sentimentos frente a situações de estresse, a maior parte dos dados a este respeito foi coletada nas entrevistas com as mães, embora em alguns casos a criança pôde expressar da forma como lhe foi possível, os seus sentimentos e emoções frente às situações de estresse citadas, como por exemplo quando uma criança diz “ chateado, chateado, muito chateado” ou quando uma outra bate num fantoche usado pela pesquisadora para falar sobre sua doença ou esconde o rosto sob a blusa ao ser perguntada como se sente diante de aspectos desagradáveis relacionados à doença e ao hospital.

Dessa forma buscamos, juntos aos genitores, compreender mais detalhadamente como, na percepção destes, as crianças se sentiam frente às situações desagradáveis vivenciadas em relação à doença e hospitalização, buscando comparar os dados com aqueles obtidos junto às crianças. Os relatos incluíram termos que se referiam aos sentimentos e estados emocionais da criança em relação a estas situações, os quais consideraremos como indicadores de estresse nas crianças, uma vez que não utilizamos neste estudo nenhum instrumento para mensurar o estresse vivenciado por elas.

<i>Crianças</i>	<i>Sentimentos/emoções</i>
F1	Triste, envergonhada, agressiva com as pessoas, sem vontade, estressada.
F2	Nervosa, agoniada, agressiva, sem aceitar
F3	Nervosa, com medo
M1	Nervoso, frustrado, desconfiado.
M2	Triste, estressado
M3	Chateado, estressado, nervoso

Quadro 7: Sentimentos e reações emocionais das crianças frente às situações estressantes

Nas descrições a seguir, apresentamos partes dos relatos nos quais os genitores descrevem os estados emocionais identificados nas crianças, demonstrados no quadro acima:

Mãe de F1

Sobre esse negocio dessa barriguinha dela, aí ela fica estressada. Ela fica triste, ela não tem vontade de brincar, ela fica com vergonha. Quando a barriguinha dela ta alta ela sente vergonha. Ninguém pode falar nada com ela que ela trata as pessoas mal. As meninas aqui vinham conversar com ela, ela não respondia, fechava a cara. Pra mim ela achava que a culpa era das pessoas. , mas não era das pessoas. Estava fazendo o que podiam fazer por ela. Mas ela já passou quase 15 dias aqui, desse jeito, só fechada, dormindo. Só falava: “mãe, o povo fica passando, me olhando. Eu não gosto... Porque não deixa eu aqui quieta” (fala da criança) ‘Se vêm conversar com você é pq gostam de você’. (fala da mãe) “mas se eu não gosto... eu quero ficar quieta” (fala da criança).

Durante as observações das brincadeiras esta criança pediu para voltar ao leito por diversas vezes, mostrava-se desconfiada, não interagia com as outras crianças e recusava-se a brincar com elas, mesmo quando estas se aproximavam, demonstrando claramente o que a mãe descreve no seu relato.

A mãe de uma outra criança refere-se às reações emocionais da filha a partir do início dos sintomas da doença:

Mãe de F 3

- Ela já estava estressada dentro de casa. Desde o outro hospital ela já estava estressada porque ela tomou muitos litros de soro, fez muitos exames de sangue.

- Tá agressiva, agitada, para dormir dá o maior trabalho, tem que dar tranqüilizante.

- Ficou agitada, agitada mesmo hoje. Gritando, não queria acordo, não queria nem comer. Pegava a comida e jogava fora. Eu peguei ontem, veio o lanche para ela, ela jogou fora, disse que já tinha tomado o lanche.

Uma outra mãe relata os sentimentos da filha suscitados pela hospitalização e pela cirurgia pela qual precisou passar. Ela afirma:

Mãe de F 2

Foi diagnosticado síndrome nefrótica. Ela ficava muito nervosa porque quando ela fazia xixi perguntava porque jogava fora (referência à sonda). Dizia: “mamãe eu vou morrer? Se eu morrer eu vou pedir a Deus para você ir comigo”.

Também esta criança, durante as observações das brincadeiras, foi a única que se referiu ao tema da morte em dois momentos: num deles quando ela afirma que a boneca está morta ao ver outra criança, numa simulação de uma cirurgia, fingir cortar com a faca o “coração” da boneca, e outro no qual ela, referindo-se a um cachorrinho de brinquedo, afirma que ele está morto pelo fato deste ter sido colocado dentro de uma panelinha de brinquedo, por outra criança. Durante a entrevista com esta criança percebemos que a cirurgia a que foi submetida foi uma situação de grande estresse para ela, mais importante que a hospitalização atual e suas conseqüências e do que a doença em si, diagnosticada há poucos dias. Inclusive, um dos episódios de brincadeira mais longo observado nesta criança referia-se à representação de uma situação de cirurgia, descrita anteriormente, onde ela representava o papel de médico, tomando a boneca como paciente.

O pai de uma outra criança refere-se também à forma como seu filho se sentiu durante um episódio em que precisou fazer um exame de sangue e como geralmente reage frente a este procedimento:

Pai de M 1

Essa semana mesmo, ontem, foram fazer exame de sangue nele, furaram três vezes. Aí eu tive que falar: “Fique quieto senão ela vai te furar de novo”. Aí foi que ele amenizou, aí deixou, aí furaram ele três vezes. Aí o meu bichinho já fica aqui frustrado ... Ele já fica meio cabreiro.

As reações emocionais descritas pelos pais em relação a fatores relacionados à doença e ao hospital são importantes indicadores de estresse nestas crianças, como é possível observar pelos relatos e vêm, em geral, seguidas de formas correspondentes para evitá-lo ou amenizá-lo, questão analisada mais adiante.

Uma dificuldade encontrada aqui se refere a diferenciar uma resposta de estresse de uma resposta de *coping* e do objetivo subjacente a esta resposta, como ressaltado por Rudolph, Dennig e Weisz (1995) que fazem uma diferenciação entre estes aspectos do que denominam de episódio de *coping*, tal como ressaltado anteriormente na discussão deste modelo. Dessa forma, os autores definem uma resposta de estresse como uma resposta não intencional e automática, uma resposta de *coping* enquanto uma resposta intencional e deliberada e o objetivo subjacente como a intenção ou objetivo para o qual está dirigida a resposta de *coping* que, em geral, relaciona-se à redução do estresse ou de algum aspecto aversivo da situação e reflete o caráter volitivo do processo de *coping*.

Considerando que a própria literatura apresenta inconsistências a este respeito, refletidas nas diferentes concepções dos autores, alguns definindo como respostas ou estratégias de *coping* apenas as respostas intencionais e deliberadas do indivíduo enquanto outros incluem em seus modelos teóricos tanto respostas voluntárias e intencionais quando

respostas involuntárias e automáticas (Compas et al, 2001 e Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007) e, uma vez que não podemos ter acesso aos estados internos das crianças e às suas intenções, **consideraremos como resposta ou estratégias de *coping* os esforços realizados pela criança a fim de evitar o estresse ou os aspectos aversivos de uma situação que tenha produzido estados emocionais desagradáveis, como os identificados pelos genitores (nervoso, medo, tristeza, etc.) e, ocasionalmente, pelas próprias crianças.**

Não trataremos aqui de respostas de estresse, mas de **indicadores de estresse**, ou seja, dos estados emocionais apresentados pelas crianças, conforme descrito pelos pais, frente a situações desagradáveis e que vêm seguidos de respostas ou estratégias de *coping*. Decidimos por não levar em conta o que Rudolph e col. (2002) denominam respostas de estresse por não termos condições de, através dos dados, identificar o que é uma resposta automática ou uma resposta intencional e em função das inconsistências citadas acima, presentes na literatura sobre o assunto.

Analizamos a seguir as situações que foram apontadas pelos pais e pelas crianças como situações desagradáveis e geradoras de estresse.

5.5.2 Situações estressantes para as crianças

Além das entrevistas, tanto nos diários de campo quanto nas observações e conversas informais com as crianças e os pais foi possível observar e ouvir relatos acerca dos fatores de estresse, ou seja, das situações responsáveis por produzir estados emocionais desagradáveis nas crianças, tais como os identificados pelos pais como raiva, tristeza, medo, nervoso, entre outros destacados acima (Quadro 7).

Os fatores de estresse relacionados ao contexto hospitalar, de forma mais ampla, referidos pelos pais como causadores das reações emocionais identificadas, incluíram: 1. a impossibilidade de a criança brincar, pelo espaço de brincadeiras não estar acessível

constantemente e pela criança não poder brincar em outros espaços; 2. não poder sair do leito ou do quarto, em função da alimentação por sonda, do uso de medicamento por infusão ou da própria condição de internamento; 3. a demora no diagnóstico; 4.o tempo longo de internamento e 5. os procedimentos médicos freqüentes, fatores estes ilustrados nos relatos descritos a seguir:

Uma das mães fala dos brinquedos que a criança gosta e do fato da sala ficar fechada:

Mãe de F 3

Ela brinca com aqueles negocinho do soro, negocinho de médico e também com o fogãozinho que ela gosta muito de brincar. Ontem mesmo foi uma luta pra o pai dela ir embora porque ela queria porque queria abrir aqui, gritando, batendo na porta, que era para abrir aqui para o pai dela ver o fogão dentro. Para o pai dela comprar pra ela. Foi uma agonia, uma agonia. “Abre a porta, abre a porta”. (imita a criança gritando). Eu digo: ‘não tem ninguém aí dentro não, seu pai vai comprar um fogão para você’.

Os espaços restritos para a brincadeira, o fechamento da sala e a não acessibilidade aos brinquedos foi uma questão levantada pelos pais que se incomodavam com o fato da criança não ter atividades lúdicas na enfermaria, ficando restritas aos quartos e aos seus leitos como ilustrado no relato desse outro pai que acrescenta, ainda, o incômodo dos profissionais quando vêem as crianças brincando em outros locais:

Pai de M 1

As enfermeiras, quando vê ele brincando por aqui, diz que não pode na área e para não ir nos outros quartos para não fazer contaminação cruzada. Só ali dentro mesmo (no quarto), eu mais ele. Ou quando não é, ele ta aqui – na sala de brinquedos.

Uma mãe refere que o hospital, enquanto um lugar novo, nos internamentos anteriores, era um fator de estresse para a criança que reagia chorando muito e pedindo para ir embora e que no internamento atual a restrição ao leito é o que tem deixado a criança mais estressada, como descrito no relato:

Mãe de M 2

Porque da primeira vez que ele veio era tudo novo assim pra ele, ele não conhecia ninguém. Agora não, ele já conhece a médica, as enfermeiras...

Em outro momento da entrevista:

Entrevistadora: *Aqui no hospital, o que você acha que é mais estressante para ele, quando ele tá internado?*

Mãe: *Sinceramente é ficar lá trancado, lá dentro do quarto, Só ali no quarto, é isso que eu acho.*

A demora no diagnóstico e o longo tempo de hospitalização foram também citados por outra mãe como um fator de estresse para o seu filho que estava internado em função de uma doença aguda, mas que permaneceu um longo tempo sem diagnóstico.

Mãe de M 3

(...) as médicas me disseram que ficou dando antibiótico quase quinze dias e a dipirona, mas enquanto o resultado não saísse que elas não podiam dar outra medicação. Aí quando foi no dia oito... aí durante esse período todo pediram vários tipos de exames, e quando foi no dia oito de manhã... eu fui para uma clínica que tem na Pituba, a assistência me levou com a enfermeira e lá fez um exame que foi para São Paulo, aí quando foi dia 8 chegou, oito já de dezembro. Assim que chegou o resultado ela disse: “Olhe mãe, chegou o resultado. Só estava dependendo desse para confirmar com o daqui.” Aí começou a dar a medicação agora, quando eu pensei que já estava terminando, ela disse que era 28 dias Eu digo: ‘Mas doutora eu quero ir embora, já esse tempo todo aqui’ ... Ah, ele quer ir embora, levanta e, diz que vai embora.

Neste relato podemos perceber uma coincidência das reações da mãe e da criança frente ao estresse gerado pelo longo tempo de hospitalização e pela demora do diagnóstico. O estresse gerado na criança relacionava-se principalmente à restrição ao leito para tomar a

medicação e à impossibilidade de se relacionar com outras crianças em função de estar num quarto de isolamento, sem atividades e sem poder ir para a sala de brinquedos, enquanto que o estresse gerado na mãe parecia referir-se à demora no diagnóstico, à longa hospitalização e à ausência de uma rede de suporte social, uma vez que a família residia no interior e a mãe tinha que ficar em tempo integral com a criança.

5.5.2.1. Estresse crônico e estresse agudo

A maioria das crianças estava internada por problemas agudos (F 2, F 3, M1 e M 6), não tendo, portanto, um tempo longo de convivência com a doença, os sintomas e o tratamento, havendo, nesse sentido, uma grande diferença em relação às crianças com doenças consideradas crônicas, diagnosticadas já há algum tempo e que conviviam com os sintomas e limitações da doença e, portanto, com fatores de estresse que se estendiam para além do hospital. Esta diferença foi percebida nos relatos dos pais e das crianças, uma vez que as crianças com doenças agudas e seus pais referiram situações de estresse localizadas no contexto hospitalar, enquanto que nas crianças com condições crônicas, tanto no relato das mães quanto na entrevista com a própria criança estas identificaram situações de estresse e conseqüências do adoecimento para além do ambiente hospitalar, como podemos observar nos relatos a seguir:

Mãe de M 2

Quando vai para um lugar assim que tá cheio de menino comendo misto, hambúrguer, ele me pede e eu digo que não posso dar. Fico triste, mas não posso dar para o bem dele. Eu percebo que ele fica triste.

Esta criança tinha algumas restrições alimentares em função da doença e situações que incluíam alimentação foram citadas, tanto pela criança quanto por sua mãe, como um fator de estresse no dia-a-dia, pois a criança freqüentava locais em que outras crianças podiam se alimentar normalmente e ela não podia, em função da patologia, o que parecia gerar um

estresse tanto na mãe que precisava coibir a criança, quanto na própria criança que não podia comer os alimentos que desejava. A genitora solicitou inclusive, do hospital, um atendimento psicológico para tratar dessa questão que a incomodava tanto quanto à criança.

Este mesmo aspecto foi identificado na entrevista com a criança enquanto uma situação de estresse para ela como pode ser observado no diálogo abaixo:

M 2: *Quero comer*

Entrevistadora: *Você gosta de comer? E o que você mais gosta de comer?*

M 2: *Pizza e hambúrguer*

Entrevistadora: *E você pode comer hambúrguer. Pode? Sua mãe da pra você?*

M 2: *Não posso direito. Posso, mas eu não posso muito. Eu não posso, nem posso comer sal.*

Entrevistadora: *E você fica com vontade de comer sal?*

(Silencio)

Entrevistadora- *Fica?*

M 2: *- Ham, ham (diz que sim)*

Entrevistadora: *Quando você quer comer sal que sua mãe não deixa você fica como?*

M 2: *Inchadão, inchadão, inchadão*

Em outro momento, ainda falando sobre a comida, pergunto-lhe se fica chateado por não poder comer e ele responde que sim ...

Entrevistadora: *E o que você faz quando você ta chateado ?*

M 2: *Fica chateado*

Entrevistadora: *E como é que fica chateado?*

M 2: *Chateado, chateado, muito chateado*

Podemos perceber que, neste aspecto, o relato da mãe também coincide com o da criança em relação às restrições alimentares enquanto um fator de estresse relacionado à doença, fora do contexto hospitalar.

Na segunda criança com doença crônica a mãe relata as dificuldades que a filha apresenta na realização das atividades escolares, em função da doença, e as conseqüências da doença e dos internamentos na vida escolar e social da criança, como descrito a seguir:

Mãe de F 1

“Em casa quando ia fazer a tarefa dela, ela não queria fazer. Dizia que tava cansada, tudo reclamava, sempre de cansaço, de cansaço”.

Mãe: *...esse ano ela foi até o meio do ano porque de abril para cá aconteceu isso com ela*

Entrevistadora: *Desde abriu?*

Mãe: *Desde abril, as hemorragias.*

Entrevistadora: *Mas ela precisou ficar internada?*

Mãe: *Ficava, passava 1 mês aqui e ia para casa. Ficou abril, maio, até junho ela veio aqui e saímos nove de julho. Quando foi depois, dois de agosto a gente veio para aqui até o final de setembro. O tempo todo. Ela vai em casa, passa 15 dias, 1 mês em casa, depois volta, tem hemorragia*

Entrevistadora: *E chega a ficar quanto tempo de internação?*

Mãe: *Ela chegou a ficar dois meses internada*

Referindo-se ao desempenho escolar da criança a mãe afirma:

“A professora disse que se não fosse esse problema dela, ela era primeira série. Ela é uma criança muito certa. Ela desaprendeu porque acho que ficou muito tempo internada... Ficava dois meses aqui e ia pra casa. Até ia se recuperar, se alimentar bem, direitinho, ganhar peso para ir para o colégio. Até quando ela estava bem para ir para o colégio acontece... (refere-se à hemorragia) Ela fazia o nome dela certo, fazia o nome dela certo, todinho, agora ela não faz, só faz K⁷. (primeiro nome)”

Esta mesma mãe aponta ainda as restrições impostas à criança por ela, em função da doença, apontando a sua própria dificuldade em permitir que a criança tenha uma vida normal, mesmo com a doença, ora afirmando que a criança não gosta de brincar com outras crianças e outros brinquedos ora afirmando que ela própria não permite.

Quando perguntada sobre as brincadeiras da criança em casa e no hospital a mãe afirma:

Mãe: *Assim, o brinquedo dela é esse daí. (mostra a criança brincando com a boneca e as seringas cheias de água em cima da cama). Não gosta. Ela ganhou uma bicicleta, mas ela brinca bem pouco porque eu não deixo, eu tenho medo.*

⁷ Inicial fictícia para o primeiro nome da criança

Entrevistadora: *Você tem medo de que?*

Mãe: *Dela cair por causa do problema dela. Ela brinca mais de boneca, o tempo todo. Invento fazer comidinha, com a prima, é o tempo todo. Só brinca disso*

Entrevistadora: *E ela brinca mais sozinha ou com outras crianças?*

Mãe: *Ela fica mais sozinha... É porque ela não tem assim criança, assim por perto, e eu não deixo ela sair muito.*

Em outros momentos da entrevista a mãe refere que não gosta de deixar a criança brincar com outras porque a mesma se sente envergonhada pelo aspecto físico causado pela doença e porque ela própria, a mãe, não gosta que a filha aprenda “coisas ruins” com as outras crianças.

Foi possível observar que, durante as brincadeiras na sala, a criança parecia desconfiada, relatando, algumas vezes, cansaço e vontade de retornar ao leito, onde brincava sempre sozinha com sua coleção de seringas e suas bonecas, corroborando o relato da mãe na entrevista.

Nas crianças com doenças agudas, diferente das com doenças crônicas, observamos que os relatos a respeito dos fatores de estresse referiram-se principalmente a aspectos do tratamento no hospital ou ao próprio ambiente hospitalar. No relato a seguir a mãe refere-se ao comportamento do filho durante os dias de internamento, explicando porque ele fica “nervoso”.

Mãe de M 3

Fica quatro horas deitado nessa cama (em função do uso de medicamento por infusão) sem poder levantar e doído para ir embora, ele quer ir embora, levanta e diz que vai embora... Antes de descobrir (refere-se ao diagnóstico) ele ficou tão chateado, tão nervoso aqui nesse quarto...

Esta criança estava num quarto sozinho com sua mãe, distante dos outros quartos e, tanto a mãe quanto a criança, se referiam ao estresse gerado por esta restrição e por não poderem andar livremente pela enfermaria.

Para uma melhor visualização e análise das situações estressantes identificadas nas entrevistas e observados entre as crianças, sintetizamos no quadro abaixo os aspectos citados como fatores de estresse relacionados à doença e à hospitalização nas crianças pesquisadas.

<i>Crianças</i>	Fatores de Estresse	
	<i>Relacionados à Doença</i>	<i>Relacionados à Hospitalização</i>
F 1	Aumento do abdômen Hemorragia – sangramento oral	Restrição ao leito ou quarto de internamento
F 2	Dor abdominal Medicação oral	_____
F 3	Dor abdominal	Colocar/trocar acesso venoso
M 1	Dor abdominal	Tomar medicação intravenosa Colocar/ trocar acesso venoso
M 2	Inchaço Restrições alimentares	Restrição ao leito ou quarto de internamento Colocar/trocar acesso venoso
M 3	Febre	Restrição ao leito ou quarto de internamento

Quadro 8 – Fatores de estresse identificados

Em todas as crianças os principais fatores de estresse relacionados à doença correspondiam aos próprios sinais e sintomas da doença, exceto “restrições alimentares” e “medicação oral” que, embora estejam relacionados à doença, não fazem parte dos sintomas, mas das conseqüências de estar doente ou do tratamento.

Entre os fatores de estresse relacionados ao contexto hospitalar, é possível observar que o acesso venoso foi um fator importante para as crianças, especialmente em crianças menores, uma vez que o acesso precisa ser trocado frequentemente, o que exige a punção da veia mais de uma vez, gerando dor. A dor relacionada a procedimentos médicos tem sido foco de estudos em *coping*, tanto em crianças com diabetes que necessitam ser submetidas a teste de sangue repetidas vezes quanto em crianças internadas que necessitam

passar por estes procedimentos no dia-a-dia do hospital. (Reid, Dubow & Carey, 1995; Spirito, et al, 1999).

A restrição ao leito ou ao quarto de internamento também parece ser um fator de estresse importante para as crianças, em função de limitar os seus movimentos, impedi-las de circular por outros espaços e de se relacionarem com outros adultos e crianças. Embora este fator tenha sido citado para três crianças, pudemos perceber, pela observação, que este parece ser um gerador de estresse para as outras crianças e seus pais. As crianças costumavam ficar irritadas por terem que tomar medicação por infusão, pois isso exigia que a mesma ficasse restrita ao leito por cerca de 3 a 4 horas, impedindo-as de ir para a sala de brinquedo ou participar de quaisquer outras atividades. Em função dessa restrição, acreditamos que a brincadeira com cadeiras de rodas, citada anteriormente e observada em algumas dessas crianças era algo tão naturalmente encontrado e aceito na enfermaria, em função de se constituir numa oportunidade da criança realizar movimentos, circular por espaços mais amplos e fazer algum tipo de exercício físico para posteriormente poder retornar ao leito e enfrentar de forma mais tranqüila o isolamento e a restrição impostos pelo uso de medicamentos, pela alimentação por sonda ou mesmo pelo internamento nos quartos.

Nos diários de campo, estão registrados momentos em que duas crianças exigiram que as observadoras permanecessem ao seu lado até que terminassem a medicação e elas pudessem ir até a sala de brinquedos. Nestes casos, a criança geralmente brincava com seus próprios brinquedos, sozinha, no leito ou desenhava, pintava e jogava vídeo-game. Para uma destas crianças⁸, com cerca de 5 anos, que costumava passar 4 horas seguidas no leito se alimentando através de sonda, tendo apenas uma hora de intervalo entre um e outro período de alimentação, foi possível observar numa brincadeira dela com um bebê de apenas alguns

⁸ Esta criança não era uma das participantes da pesquisa, mas este episódio parece bastante ilustrativo do que acontecia com as crianças que precisavam ficar no leito, situação que ocorria de forma semelhante também entre as crianças da pesquisa. A criança do episódio acima não pôde estar entre as participantes devido à sua impossibilidade de passar mais de uma hora na sala de brinquedos, tendo um horário determinado para sair do leito e retornar, o que dificultou as observações com ela.

meses que estava internado ao seu lado, em que ela cantava e brincava com o bebê através da canção “ *O pato não lava o pé, não lava porque não quer, ele mora na lagoa não lava o pé porque não quer*”, trocando, no entanto, o nome do pato pelo apelido da criança, tentando dessa forma manter-se no leito até a finalização do procedimento. Em outra ocasião percebemos esta criança negando-se a tomar o remédio para poder nos acompanhar até a sala de brinquedos.

Em apenas uma das crianças (F 2) não foram citados nem observados fatores de estresse relativos ao contexto da hospitalização. Podemos observar que dor abdominal foi a situação citada como fonte de estresse, em função da dor relativa à apendicite e da cirurgia que a criança precisou realizar. Nesta criança nos surpreendeu o fato de que, diferente das crianças em geral, tomar medicação intravenosa não era considerada por ela uma situação de estresse, mas pelo contrário, era algo que ela preferia a tomar medicação oral, sendo esta sim considerada uma situação estressante, como referido por sua mãe e por ela própria. Decidimos pela classificação do outro fator de estresse citado (tomar medicação oral) como fator relacionado à doença, pois, está relacionado ao tratamento da doença crônica recém diagnosticada e não à hospitalização.

Observamos que essa criança tinha os braços machucados com marcas de agulha em função de sua preferência pela medicação na veia, tal como ela referiu-se de forma tranqüila na entrevista:

Entrevistadora: *E como é quando você toma injeção?*

F 2: *Parece uma formiguinha que mordeu*

Entrevistadora: *E você fica como?*

F 2: *Quieta*

Observamos também esta criança durante o momento em que ela tomava medicação intravenosa e percebemos que, de fato, ela permanecia tranqüila, não apresentando aparentemente nenhuma reação de estresse durante o procedimento, ratificando os relatos das

entrevistas. Embora possamos pensar que esta é uma situação menos aversiva e estressante para a criança, quando comparada ao uso da medicação oral, não podemos afirmar com convicção que esta seja uma situação completamente livre de estresse para ela, uma vez que nos baseamos em indicadores observáveis de estresse e nos relatos dos pais acerca das emoções experimentadas pela criança. No entanto, um aspecto interessante é que a criança parece fazer uma avaliação da situação ao afirmar “parece uma formiguinha que mordeu” a fim de buscar recursos mais adaptativos para lidar com ela, evitando o estresse gerado pelo outro tipo de medicação.

Cabe destacar aqui uma dificuldade encontrada nas entrevistas com as crianças, e muitas vezes com os pais, que se refere ao fato de que, ao ser perguntada sobre que situação é desagradável, geradora de estresse ou como a criança fica, se sente ou reage frente a elas, a resposta geralmente refere-se a aspectos observáveis e a reações comportamentais. Estudos de *coping* em crianças pequenas têm inclusive utilizado instrumentos observacionais que identificam reações comportamentais, principalmente em crianças doentes e hospitalizadas considerando-as indicadores de estresse (Pretzlik & Sylva, 1999b). Estes geram uma inconsistência com a consideração de estratégias como respostas intencionais e deliberadas, uma vez que diante de uma situação desagradável ou aversiva, tal como fazer um teste de sangue, por exemplo, muitas, senão todas as crianças pequenas, reagem comportamentalmente de forma parecida e o pesquisador não pode ter acesso às intenções e objetivos da criança nestes momentos..

Nas entrevistas e relatos dos pais acerca dos fatores de estresse para as crianças, identificamos momentos em que estes falavam do estresse vivenciado por eles próprios em relação ao adoecimento e hospitalização da criança, como afirma esta mãe ao falar sobre o fato de ser de outra cidade e não receber visitas, exceto do pai da criança:

Mãe de F 1

Se eu tivesse mãe já estava aqui do meu lado. Pai praticamente eu posso dizer que não tenho. Porque “conveve” com outra mulher nem dá “ligança”. E eu sou uma pessoa que não peço nada, não me humilho, não corro atrás, Sou mais na minha. Eu que tenho que cuidar dela, então tenho que me virar sozinha.

Esta outra mãe fala sobre o percurso da criança até o internamento atual referindo-se ao seu próprio cansaço e estresse diante do comportamento da filha em reação à doença:

Mãe de F 2

“Desde lá do outro hospital que ela já estava assim e a médica dizendo: não é nada não, que era normal. Agora que melhorou, não melhorou assim para dizer que tá boa, mas melhorou porque pelo menos ela não ta mais tirando a roupa. Ela chora, “ah, já to vestida” (imita a criança), ela chora. ‘Não, mas tem que vestir de novo’. Não fica mais como antes, queria porque queria ficar nua dizendo que estava vestida sem estar vestida. Vinha a comida ela não queria comer, pq falava que já tinha comido a comida: “Eu já comi a comida, a minha comida já veio”. Eu ficava mesmo estressada ... Era muito cansativo mesmo.

A mesma mãe fala ainda sobre o fato de a criança muitas vezes dizer que ela não é a mãe, referindo-se a esta afirmação da criança durante vários momentos da entrevista, ao relatar o estresse vivenciado por ela e pela filha:

Ela me chama de mãe, mas ela me pergunta. Hoje mesmo ela perguntou ao meu esposo: “cadê minha mãe?” Ele disse: “olha sua mãe aí”. Ela disse: “ela não é minha mãe não”.

Consideramos importantes esses relatos das mães, já que a avaliação e enfrentamento das situações de estresse pelos genitores influenciam também o processo de *coping* das crianças, assim como os recursos psicológicos dos genitores e a estrutura familiar podem contribuir para o processo de adaptação da criança à doença (Castro e Piccinini, 2002).

Schimdt, Petersen e Bullinger (2002), referindo-se à dificuldade de acessar *coping* na população infantil, afirmam que os relatos dos pais geralmente referem-se às suas próprias

estratégias de enfrentamento frente ao estresse gerado pelos cuidados à criança doente ou ao impacto familiar e em apenas alguns casos, às estratégias realmente utilizadas pelas crianças.

Estes autores realizaram uma revisão de 391 artigos referentes a estudos de *coping* em crianças com doenças crônicas, na qual observaram que destes, em 71 buscou-se acessar *coping* utilizando a criança como informante, contra 118 que buscou acessá-lo utilizando os relatos dos pais. Ressaltam que dos 71 estudos que acessaram *coping* através da criança, apenas uma quantidade muito pequena utilizou inventários apropriados à idade, em função da pouca quantidade de abordagens metodológicas acessíveis para estudar *coping* na população infantil, o que justifica a maior quantidade de estudos em adultos e a pouca quantidade de estudos em crianças.

Em função destas dificuldades de acessar *coping*, tanto pelo relato dos pais quanto pelo relato das crianças, dadas as dificuldades lingüísticas e metacognitivas destas últimas, decidimos por conjugar as duas abordagens a fim de ter uma maior fidedignidade nos resultados, além da utilização das observações assistemáticas descritas nos diários de campo e das observações das brincadeiras que, juntas, nos permitiu tanto ratificar os dados das entrevistas quanto obter dados novos.

Analisaremos a seguir as formas observadas e relatadas pelas crianças e seus pais para que elas pudessem lidar com as situações estressantes relacionadas à doença e à hospitalização.

5.6. O QUE AS CRIANÇAS FAZEM PARA ENFRENTAR O ESTRESSE

Buscamos identificar que estratégias foram utilizadas pelas crianças para reagirem frente às situações citadas por elas e por seus pais como estressantes em relação à doença e hospitalização Utilizamos para tal as categorias propostas por Spirito, Stark e William (1988)

no instrumento Kidcope, descritas anteriormente, buscando analisar as respostas das crianças e dos pais com base nos itens utilizados para cada uma das categorias.

Entre as estratégias citadas pelos pais e pelas crianças para o enfrentamento das situações estressantes identificadas observamos: **distração, isolamento social, culpabilização de outros, resolução de problemas, regulação emocional e suporte social**, ou seja, das dez estratégias, seis foram citadas. No quadro abaixo apresentamos a distribuição destas por criança

	Distração	Isolamento social	Culpabilização de outros	Resolução de problemas	Regulação emocional	Suporte social	Outras
F1		X	X				
F2					X		
F3				X		X	
M1					X	X	
M2				X	X		
M3	X			X			X

Tabela 3: Estratégias de *coping* citadas para o enfrentamento do estresse

É possível observar que, em geral, as crianças usaram em média 2 estratégias, sendo que, em apenas uma criança (F 3), a mais nova (03 anos), foi observada apenas uma estratégia de *coping*. Na criança M 3 foi observada uma estratégia que não pareceu estar contemplada nas categorias delineadas no instrumento, a qual denominamos de Burla, já que não encontramos também na literatura nenhuma categoria de estratégias que incluísse a forma como esta criança utilizou para reagir frente à situação de estresse, como demonstrado nos relatos abaixo.

A mãe de M 3 fala que ele não gosta de ficar no leito para tomar medicamento e quando perguntada acerca de como a criança reage quando tem que passar por esta situação a mãe imita a criança falando com a

enfermeira: “ Ah, a senhora já vem de novo. Eu não sou G.⁹ não! G. é lá”. Aí a médica diz: “mas eu sei que G. é aqui”.

Categorizamos esta reação como uma estratégia de burlar, já que M 3, intencionalmente, tenta ludibriar a enfermeira para evitar a situação considerada estressante para ele. Esta estratégia foi utilizada apenas para esta situação e podemos categorizar como uma estratégia de *coping*, na medida em que se constitui numa ação direcionada para uma circunstância objetiva, na tentativa de evitar a situação de estresse resultante.

Como a maioria dos estudos sobre *coping* não tem levado em conta aspectos desenvolvimentais, havendo ainda controvérsias na literatura em relação à evolução das estratégias de *coping* da infância para a adolescência ou entre crianças em diferentes etapas desenvolvimentais (Schimdt, Petersen e Bullinger, 2002) e, em função da quantidade de participantes deste estudo não ser suficiente para que possamos detectar tendência relacionadas à idade ou aspectos desenvolvimentais, analisaremos as estratégias utilizadas pela criança a partir de um olhar sobre a situação como um todo e do processo de enfrentamento de forma geral, procurando conjugar os dados obtidos nas entrevistas e observações.

Também não utilizamos nesta análise nenhuma das dimensões encontradas na literatura: aproximação/evitação, focalizadas na emoção/ focalizadas no problema, primária /secundária, uma vez que as estratégias utilizadas no instrumento não se encontram necessariamente delimitadas dentro destas e não há, na literatura, um consenso sobre que estratégias se localizam em que dimensões classificatórias. Apresentaremos então os dados seguidos de relatos que ilustrem as estratégias utilizadas pelas crianças nas mais diferentes situações de estresse.

As estratégias mais utilizadas foram: Resolução de problemas e Regulação emocional, sendo que a estratégia Resolução de problema ocorreu tanto nas duas crianças

⁹ G. corresponde à inicial fictícia para o nome da criança

mais velhas (ambas de 07 anos), quanto em uma criança mais nova (04 anos) e a de Regulação emocional ocorreu apenas nas crianças mais novas (de 03, 04 e 05 anos), resultado consistente com a concepção destacada por Skinner & Zimmer-Gembeck (2007) e discutida anteriormente, que afirmam ser o processo de *coping* e de regulação emocional virtualmente sinônimos em crianças pequenas, uma vez que estas têm uma capacidade ainda limitada de modificar a realidade.

Foi possível observar, que os dois tipos de estratégias tiveram como foco, resolver o problema, ora modificando a realidade ao apresentar soluções, como no caso das crianças que utilizaram resolução de problemas, ora agindo de modo a impedir a ocorrência da situação de estresse, como nas crianças que usaram a regulação emocional, a fim de tentar resolver o problema da forma como era possível para elas (gritando, batendo, chutando). Podemos dizer que ambas as estratégias são estratégias de aproximação da situação estressante (Schmidt, Petersen e Bullinger, 2002).

A seguir apresentamos as situações de estresses citadas pelas mães e descrição das estratégias para as duas categorias citadas:

Resolução de Problemas

A mãe (F 2) afirma que tomar medicação oral é a situação que mais deixa a criança estressada e quando pergunto o que ela faz quando precisa passar por esta situação a mãe afirma: “*Quando ela vai tomar comprimido e medicamento oral, pede que troque por injeção.*”

A mãe de M 2, por sua vez, afirma que ficar restrito ao quarto e ao leito é uma situação estressante para seu filho e que ele tenta resolver o problema chamando-a para sair da enfermaria: “*... ele fica pedindo pra dar uma voltinha. Ele diz: ”Vambora mãe, sair um pouquinho”.* ‘Mas sair pra aonde’?(fala da mãe).

A mãe de M 3 descreve o estresse do filho por ter que ficar deitado no leito e relata o que ele faz para enfrentar a situação:

“O que deixa ele mais chateado é quando vai usar a medicação. Ele não suporta jamais de estar botando aquelas medicações. Aí deixa um pouco chateado... Porque fica 4 horas deitado nessa cama sem poder levantar e doído para ir embora... ele quer ir embora, levanta e diz que vai embora...”

Em outro momento em que a criança tinha muita febre e precisava ficar tomando medicação, reagia da mesma forma, como relatado pela mãe: “... pegava a sacola e dizia que ia embora.”

Regulação Emocional:

A mãe de F 2 fala sobre colocar e trocar o acesso venoso como a situação estressante para a criança:

Mãe: *Isso deixa ela muito nervosa*

Entrevistadora: *Como ela reage?*

Mãe: *Grita. Tu já viu ela gritando? Ela grita, ela chuta ... Aí ela começa: “sai daqui, você não é minha mãe. Vai chamar minha mãe, você não é minha mãe”.*

Esta outra mãe refere-se à estratégia utilizada pelo filho quando enfrenta uma situação em que ele quer comer algo que não pode, em função das restrições alimentares impostas pela doença

:

Mãe de M 2

-Aí quando ele quer salgadinho, se não der aí ele quer bater, quer chutar...”

- Vixe, ele me bate. “Me dê mãe, me dê...”(imita a fala da criança). Puxa meu cabelo, mas eu não posso dar.”

É importante destacar que uma mesma situação de estresse pode ser enfrentada pela mesma criança de uma outra forma, em outro momento ou uma mesma estratégia ou estilo de enfrentamento pode ser utilizado para várias situações diferentes, aproximando-se, neste último caso, da noção de *coping* como um processo mais disposicional, aspectos ainda em discussão na literatura sobre o assunto (Antoniuzzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998). Podemos observar esta variabilidade de estratégias, por exemplo, em M 3 que utilizou tanto a estratégia de Burla quanto a de Resolução de problemas para a mesma situação estressante (ficar no leito tomando medicação), o que poderíamos supor, ocorreu em função dele não ter obtido sucesso na primeira tentativa que foi a de dizer que ia embora, partindo então para uma forma alternativa de enfrentar a situação, burlar a “médica”, de acordo com a seqüência descrita pela mãe. A mãe afirma que a primeira alternativa ocorreu num período de maior estresse para a criança, que foi o período em que a criança tinha muita febre e ainda estava com o diagnóstico indefinido.

A literatura aponta que as estratégias são influenciadas pela avaliação cognitiva que o indivíduo realiza quando se depara com uma situação estressante, levando em consideração suas condições atuais, a eficácia e ineficácia de experiências anteriores, nível e grau de risco envolvido, além de analisar seus recursos disponíveis e alternativas possíveis para lidar com a situação (Lazarus e Folkman, 1980 apud Lisboa et al, 2002). Em função de todos estes fatores, as estratégias podem variar de uma situação para outra e numa mesma situação, como no caso de M 3.

Apresentamos outros relatos acerca das demais estratégias que foram utilizadas pelas crianças:

Isolamento Social

Esta categoria inclui reações nas quais a criança evita falar o que sente, ficando quieta, se expressando pouco ou não interagindo com outros, como podemos observar no relato a seguir:

Mãe de F 1

“... aí eu perguntava ‘mamãe, você tá sentindo alguma coisa?’ E ela dizia “não mamãe”, agoniada. Eu sabendo, sentindo que ela estava sentindo e estava dizendo que não tava sentindo. Porque ela pode sentir o que for ela não fala o que está sentindo”.

Referindo-se aos momentos em que a criança estava com um aumento abdominal mais significativo:

Só falava: “mãe, o povo fica passando, me olhando. Eu não gosto... porque não deixa eu aqui quieta?”... ‘Se vêm conversar com você é pq gostam de você’ (fala da mãe), “mas se eu não gosto, eu quero ficar quieta”.

Esta reação da criança relatada pela mãe coincide com a forma como a criança geralmente se comportava na sala de brinquedo e durante as brincadeiras, estando sempre sozinha e parecendo desconfiada, recusando a interação com outras crianças, exceto com uma criança surda-muda, com quem brincou uma única vez de uma brincadeira associativa. Esta criança, como relatado anteriormente pedia para voltar para o quarto frequentemente, não conseguindo permanecer na sala não apenas pelo cansaço gerado pela doença, mas podemos supor, pela vontade de permanecer isolada, uma vez que muitas vezes voltava ao leito, mas continuava brincando em pé sozinha, utilizando a cama para pôr os brinquedos.

Suporte Social

Esta categoria incluiu situações de busca de proximidade ou ajuda de outras pessoas para sentir-se melhor, como ilustra o exemplo abaixo:

“A médica disse que ela terá que tomar sempre esse medicamento para a perda de creatinina dos rins. Ela chorou perguntando se ia morrer.” (Mãe de M2)

Nesta parte da entrevista com outra criança (M 1), referindo-se à dor na barriga, observamos a busca de suporte ao falar com o pai sobre o que tá sentindo:

Entrevistadora: *Quando dói você faz o que?*

M 1: *“Pédo” a painho*

Entrevistadora: *- Pede o que?*

M 1: *Minha barriga tá doendo*

Culpabilização de outros

Neste trecho da entrevista a mãe afirma acreditar que a criança culpa as pessoas pelo seu problema de saúde, justificando o isolamento que ela busca em relação aos outros.

Mãe de F 1

Ninguém pode falar nada com ela que ela trata as pessoas mal. As meninas aqui vinham conversar com ela, ela não respondeu, fechava a cara. Pra mim ela achava que a culpa era das pessoas, mas não era das pessoas.

Distração

É importante destacar que na categoria Distração, a estratégia escolhida pela criança foi a brincadeira, além de que a mãe refere-se à brincadeira na sala de brinquedos como uma forma da criança enfrentar melhor a hospitalização, assim como do jogo de baralho no leito com ela que serve para a criança se distrair. Na entrevista com a criança, a mesma explica porque não gosta de ficar tomando medicamento no leito:

M 3:

M 3: *Tem vez quando a salinha ta aberta eu fico tomando medicamento eu não vou.*

Entrevistadora: *E quando você ta lá deitado e não pode sair para a salinha o que você faz?*

M 3: *Fico brincando com meus brinquedos lá, sozinho e brincando de baralho com minha mãe.”*

Apenas para esta criança a brincadeira foi citada como uma estratégia de *coping*, servindo como distração, uma vez que através da brincadeira a criança consegue tomar distância da situação estressante e, conseqüentemente, aliviar o estresse vivenciado por ela por ter que ficar deitada no leito tomando medicação.

Este aspecto nos parece bastante interessante para que possamos retomar questões relativas às concepções e funções atribuídas à brincadeira, por diferentes teóricos, que foram discutidas anteriormente neste trabalho. No próprio instrumento aqui utilizado, o Kidcope, a brincadeira é incluída como uma estratégia de distração, aspecto refletido em muitas outras interpretações e usos da brincadeira no contexto hospitalar e em outros contextos, sendo esta também uma visão bastante difundida no senso comum que se relaciona à noção do lúdico como algo prazeroso que “faz a criança esquecer” da dor ou media a reação desta com eventos traumáticos e estressantes.

No entanto, compreender se a brincadeira relaciona-se da alguma forma ao processo de *coping* na criança e como isso acontece é o grande desafio do qual partiu este estudo e que retornamos aqui.

5.7. A BRINCADEIRA E O PROCESSO DE *COPING*

À brincadeira, como discutido anteriormente, têm sido atribuídas as mais diferentes funções no desenvolvimento infantil e, ao longo da apresentação dos resultados, podemos facilmente perceber que a brincadeira, muito provavelmente, contribui de forma importantíssima para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. Tomamos como pressuposto deste trabalho a hipótese ontogenética, supondo que, na brincadeira, a criança desenvolve formas alternativas de lidar com situações novas e inesperadas, como destacado por Pellegrini, Dupuis e Smith (2007) e Bjorklund (2002), sendo possível também imaginar que, tanto no processo evolutivo da espécie quanto no próprio desenvolvimento das crianças, outros atributos foram sendo associados às brincadeiras no processo de adaptação ao meio onde vivem e se desenvolvem.

Queremos então discutir aqui duas atribuições que têm sido conferidas à brincadeira e que, a nosso ver, têm sido estudadas de forma estanque: uma delas é a da brincadeira como mediadora da relação da criança com o meio, de forma que, através do brincar, a criança regula emoções, aprende regras de socialização, desenvolve habilidades motoras, treina papéis adultos, entre outras e a que concebe a brincadeira como a própria ação da criança no mundo.

Podemos perceber neste trabalho, nos resultados obtidos com a observação das crianças em suas brincadeiras e nas entrevistas com os pais acerca de como as crianças agem numa situação específica que é a situação de doença e hospitalização, estas duas facetas da brincadeira que chamaremos aqui de **Brincadeira como estratégia de *coping***, ou seja, a brincadeira funcionando como uma forma através da qual a criança intermedia sua relação com a realidade e **Brincadeira como *coping***, querendo dizer que a brincadeira é o próprio processo de ação da criança no mundo, uma forma da criança estar e agir na realidade. Analisamos a seguir estas duas facetas.

5.7.1. A brincadeira como estratégia de *coping*

Quando dizemos que a brincadeira funciona como uma **estratégia de *coping*** estamos falando que a brincadeira é um instrumento mediador das ações da criança na realidade, noção já bem conhecida e explorada na literatura sobre o assunto. Nos resultados expostos aqui percebemos claramente esta função, quando, por exemplo, a brincadeira é utilizada como um instrumento de distração pela criança. Nesse sentido, a brincadeira media a relação da criança com uma situação real que, para ela, está sendo aversiva e desconfortável de lidar. Esta é a visão mais comum acerca da brincadeira e que encontramos nas mais diferentes concepções, que compreendem a brincadeira como um instrumento através do qual a criança desenvolve habilidades, expressa e lida com suas emoções, aprende regras de socialização, entre outras destacadas ao longo deste trabalho.

O próprio instrumento utilizado nesta pesquisa para categorizar respostas de *coping* (o Kidcope) concebe a brincadeira como uma atividade de distração, tal como percebemos também nos resultados, não considerando, no entanto, outro aspecto da brincadeira que se relaciona à própria ação da criança na realidade, não através de um objeto mediador que é o brinquedo ou de uma atividade imaginativa que é a brincadeira, mas considerando a brincadeira a ação legítima da criança para “enfrentar” ou “atuar” nesta realidade. Nesse sentido, podemos dizer que os resultados deste trabalho ratificam a concepção de brincadeira enquanto atividade mediadora, mas que estes mesmos resultados demonstram situações que nos fazem crer que a brincadeira não se resume a este aspecto, como explicitaremos no item a seguir.

5.7.2. A brincadeira como *coping*

Não queremos aqui negar a existência de estratégias conscientes e deliberadas da criança para agir frente à realidade ou a uma situação considerada desagradável ou estressante para ela, através do lúdico, principalmente porque nos resultados deste trabalho a criança cita a utilização da brincadeira com esta finalidade, mas propomos uma forma alternativa de conceber a brincadeira, uma vez que, no processo de enfrentamento dessas situações, surge não apenas como mais uma forma da criança “enfrentar” a realidade, mas como a própria ação na realidade que é a situação de adoecimento e hospitalização, neste caso. Alguns exemplos de episódios observados servem para ilustrar este aspecto da brincadeira, episódios que foram em geral longos, com enredos bem elaborados e que estão citados ao longo do trabalho. Retomaremos um deles aqui (episódio 16, p. 92) apresentando-o de forma breve para a discussão: a criança representa uma cirurgia em detalhes, demonstrando, durante todo o episódio, que durou metade da sessão de observação, que ela está agindo em sua realidade atual, que foi vivida durante a cirurgia pela qual ela passou e que ainda está sendo vivida no internamento atual, sendo, portanto, um fato que já faz parte da história desta criança e que não se resume ao ato da cirurgia. Na fala da criança durante a brincadeira ela afirma referindo-se à boneca após a “cirurgia”: *“Ela já tá melhor, mas não vai conseguir andar. Tem que ficar aqui 30 minutos”*. Nesta fala observamos três aspectos importantes: o resultado da ação que a criança sofreu e executou - na brincadeira – quando ela diz: *“ela já tá melhor”*; a consequência desta ação sofrida e executada quando afirma *“mas não vai conseguir andar”* e o prolongamento da ação, ou seja, da realidade que a criança vivencia ou está fazendo com que um outro (representado pela boneca) vivencie, quando diz: *“Tem que ficar aqui trinta minutos”*.

Neste ponto retornamos à questão do aspecto imaginativo ou simbólico da brincadeira, afinal podemos perceber que, concordando com algumas concepções teóricas

acerca da brincadeira, há neste episódio a representação de uma ação retirada da vida real, mas numa realidade simbólica que é a brincadeira. Teóricos como Vygotsky e Leontiev, que destacamos na discussão anterior sobre o assunto, ressaltam que a brincadeira só acontece vinculada à realidade, que as propriedades dos objetos e as ações executadas com eles são reais, que a ação reproduzida na brincadeira também é retirada da vida real e que uma chamada “situação lúdica” é, na verdade, o que há de imaginário na brincadeira. Leontiev (1999) afirma que, embora a criança conheça as propriedades reais dos objetos e ações reais possíveis com eles, ela atribui um sentido estranho ao significado real e aos seus usos habituais, rompendo o sentido e o significado reais a partir da imaginação que permeia a brincadeira.

Correlacionando esta concepção com a que trazemos aqui, a da brincadeira como a própria ação da criança na realidade, cabe perguntar: a criança atribui um significado estranho ao significado real e aos usos habituais dos objetos, mas estranho para quem? Na verdade, os adultos, também atribuem significados e usos aos objetos, de forma que agem na realidade a partir de uma representação do mundo, tal como faz a criança na brincadeira. Então, a brincadeira, assim como a ação no mundo para o adulto, é a ação no mundo para a criança, estranha, no entanto, aos olhos de alguém, que é o adulto, uma vez que, na brincadeira, a criança atribui um significado que não é exatamente o mesmo atribuído pelo adulto, o que gera neste a idéia de que a brincadeira é apenas um meio através do qual a criança age na realidade.

Voltando ao objeto deste estudo, propomos aqui a hipótese de que a brincadeira é a própria situação de enfrentamento da criança e não apenas um meio de enfrentamento. Dessa forma, propomos que a brincadeira seja estudada como o processo de *coping* da criança, ou seja, a criança não apenas representa na brincadeira a situação de estresse vivido, aprende formas de lidar com estas situações ou a utiliza como uma estratégia para lidar com

experiências estressantes, traumáticas, aversivas ou desagradáveis para ela, mas ela também age sobre esta realidade significando-a e transformando-a e a essa ação chamamos brincadeira.

Considerando as dificuldades encontradas na literatura sobre *coping* para acessar estratégias em crianças pequenas, acreditamos que este trabalho apresenta uma nova forma de conceber a brincadeira neste processo, não apenas como uma oportunidade de acessar estratégias de *coping*, mas como um fenômeno complexo que precisa ser “olhado” enquanto a ação da criança no mundo, na realidade vivida por ela e na sua própria história.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade dos fenômenos aqui abordados ficou cada vez mais clara à medida que o estudo evoluía, mas ao mesmo tempo, destrinchar alguns aspectos dos mesmos permitiu uma visão mais otimista em direção ao desvelamento gradual desta complexidade. Estudar o fenômeno da brincadeira e do processo de *coping* em crianças foi o grande desafio deste trabalho permeado de dificuldades relativas a pouca quantidade de estudos produzidos acerca do *coping* em crianças brasileiras e da incerteza inerente à possibilidade de integração entre estes dois fenômenos, que embora parecessem apontar para uma direção comum, seguia caminhos até então diferentes. A ciência exige um esforço em agregar dimensões, fenômenos e partes de um todo que permita uma aproximação da complexidade que observamos na realidade e foi com esse intuito que este trabalho foi iniciado, desde a sua concepção inicial.

Podemos dizer que este objetivo integrador foi cumprido porque acreditamos que este estudo pôde contribuir com resultados, análises e discussões referentes aos fenômenos estudados, respondendo aos objetivos propostos e fechando um processo de pesquisa sobre um tema ainda pouco abordado no Brasil, além de ter dirigido o olhar para uma convergência existente entre dois fenômenos: processo de *coping* e brincadeira. No entanto, este estudo é apenas um olhar à espreita, desconfiado, que convida à consideração de outros olhares aos mesmos fenômenos complexos que se produzem especificamente em cada contexto com, possivelmente, novas configurações.

Por isso, esperamos que este estudo sirva de estímulo a outros que possam estar atentos ao que é referido na literatura acerca do tema, em grande parte americana, como episódio de coping. Propomos aqui uma visão mais ampla deste fenômeno que o considere enquanto processo de *coping*, processo este não limitado a estratégias ou dimensões, não tão linear que possa ser definido em etapas de avaliação cognitiva- captação de recursos pessoais-

enfrentamento de situação de estresse – resultado adaptativo ou desadaptativo e não fragmentado em partes tais como cognição, emoção, comportamento, apenas justificado por questões analíticas provisórias exigidas, muitas vezes, pela pesquisa científica, esta mesma pesquisa que logo após solicita uma agregação no todo complexo dos fenômenos que através dela podemos compreender gradativamente.

Ao final de um estudo exploratório como este, temos resultados que são analisados e discutidos, questionamentos, hipóteses que são geradas a partir dos resultados e discussões e também novas e inúmeras questões. Os resultados e discussões da pesquisa foram colocados no capítulo anterior, de forma que aqui retornaremos à hipótese central gerada a partir deste estudo, apresentando os questionamentos que foram surgindo a partir daí.

Voltemos, pois à brincadeira como ponto inicial que, como destacado algumas vezes neste trabalho, é difundida, tanto nos meios científicos quanto no senso comum, como um instrumento que serve à criança para que ela possa lidar com a realidade, distraíndo-se de situações dolorosas, desprazerosas ou que muitas vezes, na avaliação do adulto, parecem “difíceis” para ela, como acontece no hospital, em situações de doença e morte, ou em qualquer contexto quando se parte da concepção de criança como um ser vulnerável que precisa ser protegido de lidar com tais situações. Esta visão abarca a idéia da brincadeira enquanto um instrumento que serve para mediar a relação da criança com a realidade, mediação esta que parece tornar esta realidade mais acessível à criança de uma forma que ela possa elaborá-la e enfrentá-la.

Destacamos aqui que esta não é uma concepção infundada, mas pelo contrário, sabemos que a brincadeira tem a importante função de mediar esta relação bidirecional da criança com o seu meio. No último resultado da pesquisa, relatado neste trabalho, em que a brincadeira é apresentada como distração, estamos na verdade falando dessa concepção do brincar, como um instrumento que serve para auxiliar a criança a elaborar situações “difíceis”

e traumáticas, enfrentando-as e adaptando-se à realidade por meio do lúdico. Nesse sentido podemos considerar a brincadeira como uma estratégia de enfrentamento do estresse e podemos encontrar ao longo deste trabalho, nas descrições das brincadeiras das crianças, outros exemplos que remetem a este aspecto.

No entanto, podemos ainda conceber a brincadeira a partir de um outro ponto de vista - que resulta na hipótese central gerada a partir deste trabalho - que é o de compreendê-la como interpretação e reinterpretação da realidade e enquanto ação dinâmica e coordenada da criança nesta mesma realidade, repleta de representações do mundo, simbolizações e interações com pessoas e objetos. Dessa forma, a brincadeira pode ser concebida, em consonância com a hipótese ontogenética, como modo de agir na realidade (próprio da infância), que permite à criança interpretar, transformar e adaptar-se criativamente a ela, abrindo caminhos de um curso desenvolvimental próprio e singular.

Ao mesmo tempo, e nesse ponto os dois fenômenos em estudo convergem, cabe perguntar o que é o processo de *coping* senão o lidar com a realidade que, no julgamento dos adultos, é uma realidade difícil para as crianças? O que são situações estressantes senão situações de risco que interagem com fatores de proteção e podem gerar respostas satisfatórias na medida em que, de forma geral, torna a criança fortalecida para seguir seu desenvolvimento? Podemos dizer que crianças que tem bons recursos de *coping* e estratégias adaptativas estão mais adaptadas à realidade porque enfrentam adequadamente a situação de estresse livrando-se da patologia?

Parece que, na realidade, o fenômeno *coping* é bem mais complexo e dinâmico do que parece supor o conceito de estratégias de *coping*. Acreditamos que, também em função disso, surgiram as dificuldades dos pais e, em alguns momentos das próprias crianças em identificar uma ou outra situação de estresse específica e formas específicas encontradas para enfrentá-las porque, para elas, não existem situações delimitadas de estresse nem uma forma

ou outra que conscientemente utilizam para lidar com estas situações, mas existe um contexto de vida real que inclui muito além da vida no hospital e da vida com uma doença que faz parte ou não do dia-a-dia da criança, mas abarca outros contextos e outros fatores familiares, sociais, individuais que interagem juntos para produzir uma história própria de cada criança e família.

Podemos então concluir desse estudo que, ao contrário do que fazem pensar os modelos teóricos e o próprio conceito de *coping*, este é um processo dinâmico e interativo que ocorre em toda a vida de cada indivíduo e nas relações diversas que ele estabelece com a realidade. Na criança, este processo dinâmico e interativo com o mundo é o que chamamos de brincadeira e, na convergência desses dois fenômenos é que deriva a hipótese de que a brincadeira, enquanto ação no mundo própria da infância é também o próprio processo de enfrentamento das supostas “situações difíceis” porque é uma ação genuína da criança sobre a realidade, seja ela de que ordem for.

Dessa concepção inicial da brincadeira no processo de *coping*, derivamos alguns pontos de discussão importantes a respeito dos dois fenômenos para aprofundamento em pesquisas futuras:

- A necessidade de se investigar *coping* não apenas como um “episódio” particular, mas como um processo que inclui a interação entre fatores de risco e proteção presentes na vida do indivíduo e para além de um contexto específico.

- A importância de novos estudos em *coping* em crianças brasileiras, que abarquem uma maior quantidade de participantes de diferentes idades, de forma que permitam uma articulação com aspectos desenvolvimentais inerentes ao processo de enfrentamento do estresse e em contextos diversos, que permitam compreender aspectos sociais, culturais e interacionais que influenciam o fenômeno.

- A integração de duas concepções de brincadeira que permita um acesso à amplitude e complexidade desse fenômeno: da brincadeira como mediação da criança com o mundo e da brincadeira como ação da criança no mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F.A. (2005) Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Boletim de Psicologia*, vol. IV (123), 149-167.
- Almeida, F.A. & Bomtempo, E. (2004). O brinquedo terapêutico como apoio emocional à cirurgia cardíaca em crianças pequenas. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, Ano XXIV, n° 1/ 04, 35-40.
- Antoniazzi, A.S.; Dell’Aglia, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. (D. Flaksman, Trad.), Rio de Janeiro: Zahar.
- Band, E.B. & Weisz, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: children’s perspectives on coping with everyday stress. *Development Psychology*, 24(2), 247-253.
- Bichara, I.D. (1994) Um estudo etológico da brincadeira de faz de conta em crianças de três a sete anos. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós Graduação em Psicologia Experimental, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Bichara, I. D. (2006) Delimitação do espaço como regra básica em jogos e brincadeiras de rua. In: E.Bomtempo, E.G. Antunha & V. B. Oliveira, (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp. 161- 171).Rio de Janeiro: Wak Ed.
- Bichara, I. D. & Carvalho, A. M. A. (2008). Gênero e brincadeira: parcerias e preferências lúdicas. Em: V. R. S. Cavalcanti & A. C. da Silva (Orgs). *Gênero: uma mirada interdisciplinar*. Madrid: Ed. Fiselgraf, Salvador: Tangran (no prelo).
- Bichara, I. D.; Lordelo, E. R.; Carvalho, A. M. & Otta, E. (no prelo). Brincar ou brincar: eis a questão – perspectiva da psicologia evolucionista sobre a brincadeira. In: M. E. Yamamoto e E. Otta (Org) *Psicologia Evolucionista*.
- Bjorklund, D. F. (2002) Homo Ludens: the importance of play. In: D. F.Bjorklund, *The origins of human nature: evolutionary psychology* (pp. 297-331). Washington, D. C.: American Psychological.

- Bjorklund, D. F. & Blasi, C.H. (2005). Evolucionary development psychology. In: D. M. Buss (Org). *The Handbook of Evolutionary Psychology* (pp.828-850). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Bjorklund, D. F. & Pellegrini, A. D. (2000). Child development and evolutionary psychology. *Child Development*, 71 (6), 1687-1708.
- Bock, J. (2004). Introduction: new evolutionary perspective on play. *Human Nature*, 15(1), 1-3.
- Boekaerts, M. e Röder, I. (1999) Stress, coping and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21 (7), 311-337.
- Brougère, G. (2004) Usos, costumes e brincadeiras da infância. In: G. Brougère. *Brinquedos e Companhia* (pp. 247-269) (M.A.A.S. Dória, Trad.). São Paulo: Cortez.
- Brougère, G. (2006) Brinquedo e Cultura (Coleção Questões da Nossa Época, v. 43, 6ª Ed.) (M. A. S. S. Dória, Trad). São Paulo: Cortez.
- Bruner, J.S. (1976) Nature and uses of immaturity. In: J. S. Bruner, A. Jolly & K. Sylva, *Play – Its role in Development and Evolution*. England: Penguin Books
- Guerrelhas, F. G.; Bueno, M. & Silveiras, E. F. M. (2000) Grupo de ludoterapia comportamental x grupo de espera recreativo infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (2), 157- 169
- Burghardt, G. M. (2005). *The Geneses of Animal Play: Testing the Limits*. Cambridge: The MIT Press.
- Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. In: *Revista Texto & Contexto*, 15(4), 679-684.
- Carver, C.S.; Scheier, M. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Castro, E. K. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 625-635.

- Ceccim, R. B. (1997) Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: R. B. Ceccim & P. R. A. Carvalho (Orgs), *Criança hospitalizada: Atenção integral como escuta à vida*. (pp. 27-41).
- Compas, B. E.; Connor-Smith, J.; Saltzman, H.; Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Cosmides, L.; Tooby, J. & Barkow, J. H. (1995). Introduction: evolutionary psychology and conceptual integration. In: L. Cosmides, J. Tooby & J. H. Barkow, *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Dessen, M. A. C. & Borges, L. M. (1998). Estratégias de observação do comportamento em psicologia do desenvolvimento. In: G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*.(pp. 31-50). Programa de pós graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES; Ribeirão Preto: Ed. Legis-Summa.
- Dell'Aglio, D.D. & Hutz, C.S. (2002a). Estratégias de *coping* de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), 203 – 225
- Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C.S. (2002b). Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1), 5-13
- Dell'Aglio, D.D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (1), 38-45.
- Folkman, S.; Lazarus, R. S.; Gruen, R. J.; DeLongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status and Psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3).
- Fournet, D. L.; Wilson, K. L. & Wallander, J. L. (1998). Growing or just getting along? Technical and adaptative competence in coping along adolescents. *Child Development*, 69 (4), 1129- 1114.
- Freud, S. (1969) Além do princípio do prazer. In: J. Salomão (Org) *Edição Standard brasileira e obras completas de Sigmund Freud*, Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1926).
- Gariépy, N. & Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child: Care, Health and Development*, 29 (6), 523-537.

- Geary, D. C. & Bjorklund, D. F. (2000) Evolutionary developmental psychology. *Child Development*, 71(1), 57-65.
- Gil, K .M.; Anthony, K. K.; Carson, J. W.; Redding-Lallinger, R.; Daeschner, C. W.; Ware, R. E. (2001). Daily coping practice predicts treatment effects children with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (3), 163 –173
- Johnson, J.E. Christie, J. F. & e Yawkey, T. D. (1999) *Play and early childhood development* (2 th ed.) New York: Logman.
- Keller, H. (1996). Evolutionary approaches. In: J.W. Berry, Y. H. Poortinga e J. Pandey (Eds) *Handbooks of cross-cultural psychology*, vol. 1: *Theory and Method* (pp 215 – 255) Boston: Allun & Bacon.
- Lei 11.104 (2005, 21 de Março) Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Recuperado em 17 de agosto, 2008, de www.revistajuridica.com.br/content/legislação.asp?id=8321
- Leontiev, A. N. (1999) Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar. In: L. S. Vygotsky, A. R. Luria & A. N. Leontiev, *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. (7a Ed) (pp. 119-142). São Paulo: Ícone.
- Lisboa, C.; Koller, S.H.; Ribas, F.F.; Bittencourt, K.; Oliveira, L.; Porciúncula, L.P. et al (2002) Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 345-362
- Lordelo, E.R. & Carvalho, A. M. A. (2006). Padrões de parceria social e brincadeira em ambientes de creches. In: *Psicologia em Estudo* (Maringá), 11(1), 99-108.
- Medrano, C.A. (2004) *Do silêncio ao brincar: história do presente da saúde pública, da psicanálise e da infância*. São Paulo: Vetor.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004) A promoção do brincar no contexto de hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1): 147 – 154
- Moraes, M. L. S.& Otta, E.(2003) Entre a serra e o ma. In: A.M.A. Carvalho, C. M. C. Magalhães, F. A. R. Pontes, I. D. Bichara (Orgs), *Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca*, v. 1, (pp. 127 – 156). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Morin, E. (2006) Introdução ao pensamento complexo. (E. Lisboa, Trad.) Porto Alegre: Sulina.
- Motta, A.B. & Enumo, S.R.F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9 (1): 19-28.
- Oliveira, S.S.G.; Dias, M.G.B.B.; Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação emocional em crianças hospitalizadas. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16 (1): 1-13.
- Pereira, E. T. Brincar e Criança. In: A. Carvalho; F. Salles; M. Guimarães; J. A. Debortoli (Orgs). *Brincar (es)*. Belo Horizonte: Ed.UFMG (pp.18-27)
- Petersen, L. (1989) Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3): 380-387
- Pellegrini, A.D.; Dupuis, D. & Smith, P.K.(2007) Play in evolution and development. *Development Review*, 27 (2), 261-276
- Pellegrini, A. D. & Smith, P. K. (1998). The development of play during childhood: forms and possible functions. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 3, (2), 51-56
- Pellegrini, A. D. & Bjorklund, D. F. (2004) The ontogeny and phylogeny of children's object and fantasy play. In: *Human Nature*, 15(1), 23-43.
- Piaget, J. (1971) *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Place, M.; Reynolds, J.; Cousins, A. & O'Neil, S. (2002) Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 162-167.
- Pretzlik, U. & Sylva, K. (1999) Pediatric patient's distress and coping during medical treatment: a self report measure. *Achieves of Disease in Childhood*, 81(6), 525-527
- Rudolph, K. D.; Dennig, M. D. & Weisz, J. R. (1995). Determinant and Consequences of children's coping in the medical setting: conceptualization, review and critique. *Psychological Bulletin*, 118(3), 328-357.

- Pretzlik, U. & Sylva, K. (1999a) Pediatric patient's distress and coping during medical treatment: a self report measure. *Archives Disease in Childhood*, 81 (6), 525-527
- Pretzlik, U. & Sylva, K. (1999b). Pediatric patients' distress and coping: an observational measure. *Archives Disease in Childhood*, 81 (6), 528-530.
- Reid, G. J.; Dubow, E. F. & Carey, T. C. (1995). Developmental and situational differences in coping among children and adolescents with diabetes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16 (4), 529-554.
- Rey, G.(2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Sandler, I. N.; Tein, J. Y.; Mehta, P.; Wolchik, S. & Ayers, T. (2000) Coping efficacy and psychological problems of children of divorce. *Child Development*, 71 (4): 1099-1118.
- Schanberg, L.E.; Lefebvre, J.C.; Keefe, F.J.; Kredich, D.W. & Gil, K.M. (1997). Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain*, 73 (2): 181-189.
- Schimdt, S.; Petersen, C. & Bullinger, M. C. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents – a conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health and Development*, 29 (1), 63-75
- Seixas, A.A.C. (2007). *Brincando na ilha nos frades*. Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia.
- Sikilero, R. H. A. S.; Morselli, R. & Duarte, G.A. (1997). Recreação: Uma pro posta terapêutica. In: Ceccim, R.B. e Carvalho, P.R.A. (Org) Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS.
- Skinner, E. A.; Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119-144.
- Smith, P. K. & Vollstrdt, R. (1985). On defining play: an empirical study of the relationship between play and various play criteria. *Child development*, 56(4), 1042-1050.
- Spinelli, L.H. P.; Nascimento, L. F. & Yamamoto, M.E. (2002). Identificação e descrição da brincadeira em uma espécie pouco estudada, o boto cinza (*Sotalia Fluviatilis*), em seu ambiente natural. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 165-171.

- Spink, M. J. P. (2003) *Psicologia social e saúde - práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spirito, A.; Stark, L. J. & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574.
- Spirito, A.; Stark, L. J.; Gil, K. M. & Tyc, V. L. (1995) Coping with everyday and disease related stressor by chronically ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (3), 283-290.
- Thomsen, A.H.; Compas, B.E.; Colleti, R.B.; Stanger, C.; Boyer, M.C.; Konic, B.S. (2002). Parents reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 57 (3), 215-226
- Vieira, T. & Carneiro, M. S. (2006) O brincar na sala de espera de um ambulatório pediátrico: possíveis significados. In: E.Bomtempo, E.G. Antunha & V. B. Oliveira, (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp. 75-110).Rio de Janeiro: Wak
- Vieira, T.; Carvalho, A. & Martins, E. (2005). Concepções do brincar na psicologia. In: A. Carvalho; F. Salles; M. Guimarães; J. A. Debortoli (Orgs). *Brincar (es)*. Belo Horizonte: Ed.UFMG (18-27)
- Vieira, M. L. V. & Prado, E. B. (2004) Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogêneses e ontogênese no desenvolvimento infantil. In: M. L. Seidl de Moura (Org), *O bebê do século XXI*. (pp. 155-203) (Coleção Psicologia e Educação) São Paulo: Casa do Psicólogo
- Vygotsky, L. S. (1984). *A formação social da mente*. (6a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Weisz, J.R.; McCabe, M. A. & Denning, M.D. (1994). Primary and Secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 324-332.
- Yamamoto, M. E. & Carvalho, A. M. A. (2002). Brincar para quê? Uma abordagem etológica ao estudo da brincadeira. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 163-164.

ANEXOS

ANEXO A**Termo de Consentimento Informado****Prezado Senhor (a):**

Venho através deste documento solicitar a sua participação e a participação do seu filho (a) ou criança aos seus cuidados em uma pesquisa realizada por mim, Keyla Costa Reis, aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da professora doutora Ilka Dias Bichara. Esta pesquisa tem como objetivo compreender como a brincadeira está relacionada à forma como a criança enfrenta o estresse gerado pela doença e pela hospitalização.

A participação é voluntária e inclui entrevistas, que serão gravadas em áudio, com a mãe/acompanhante e com a criança, sessões de observação da criança no hospital e a aplicação de um questionário com perguntas acerca das formas como a criança reage numa situação de estresse. Os dados são confidenciais e serão analisados sem a identificação dos respondentes, sendo que apenas os pesquisadores terão acesso direto aos questionários e entrevistas. Não há riscos envolvidos, mas você poderá, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas etapas.

Informações adicionais ou esclarecimentos acerca dessa pesquisa poderão ser obtidos junto à pesquisadora responsável pelo telefone (71) 3264- 4811 ou 8896-1296

Eu,.....considero-me informada sobre a pesquisa “ Brincadeira e estratégias de enfrentamento do estresse em crianças com doenças crônicas – Um estudo exploratório em contexto hospitalar”. Aceito participar e autorizo a participação do meu filho ou da criança aos meus cuidados, consentindo que as observações, entrevistas e questionário sejam utilizados para coleta de dados da pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A MÃE/PAI

Nome da Criança: _____ Idade: _____

Nome da mãe/ pai: _____

Cidade de Origem: _____

Estado Civil dos pais: _____

Quando se deu o diagnóstico da doença?

A criança já passou por outras hospitalizações ou passa por hospitalizações frequentes? Com que frequência?

Qual o tempo da hospitalização atual?

A criança frequente a escola?

Qual a série da criança?

Como é o desempenho escolar da criança?

A criança costuma brincar em casa?

Que tipos de brincadeiras a criança brinca em casa?

A criança brinca no hospital?

Que tipos de brincadeiras a criança brinca no hospital?

Que situações a mãe/pai percebe como mais estressantes para a criança com relação à doença e à hospitalização?

Como a criança geralmente se sente, reage ou se comporta diante dessas situações?

Como a mãe/pai acha que a criança enfrenta a doença e a hospitalização?

A criança recebe visitas no hospital?

Quem costuma visitá-la?

ANEXO C**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A CRIANÇA**

Nome da Criança: _____ **Idade:** _____

1. Identificar que aspectos ou situação relacionada à doença e/ou à hospitalização, a criança relata deixá-la triste, chateada, zangada, com raiva.
2. Identificar como a criança se sente frente a estes aspectos ou situações.
3. Identificar como a criança reage frente a estes aspectos ou situações.

ANEXO D**KIDCOPE**

Nome : _____ Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: __/__/__

Data de Admissão: __/__/__

1ª PARTE

Instruções: Nós estamos tentando saber como crianças enfrentam problemas relacionados às suas doenças. Pense sobre algo ligado à sua doença e que aconteceu com você no último mês. Por favor, descreva esta situação a seguir:

1) Esta situação deixou você nervoso (a)?

De forma nenhuma Um pouco De alguma forma Muito Bastante

2) Esta situação deixou você triste?

De forma nenhuma Um pouco De alguma forma Muito Bastante

3) Esta situação deixou você irritado (a) ou com raiva?

De forma nenhuma Um pouco De alguma forma Muito Bastante

Agora, vire a página e marque com um círculo se você usou as formas a seguir para ajudar você a enfrentar o problema.

2ª Parte

	Você fez isso?		O quanto isso te ajudou?		
1. Eu apenas tentei esquecer					
2. Eu fiz alguma coisa como ver televisão ou jogar um jogo	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
3. Fiquei sozinho	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
4. Me mantive reservado acerca do problema	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
5. Eu tentei ver o lado bom das coisas	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
6. Eu me culpei pelo problema	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
7. Eu culpei alguém por ter causado o problema	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
8. Eu tentei resolver o problema pensando em soluções	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
9. Eu tentei resolver o problema fazendo alguma coisa ou falando com alguém	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
10. Eu gritei, esbravejei ou fiquei bravo	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
11. Eu tentei me manter calmo	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
12. Eu desejei que o problema nunca tivesse acontecido	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
13. Eu desejei ter feito as coisas de forma diferente	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
14. Eu tentei me sentir melhor passando o tempo com outros como minha família, adultos ou amigos	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito
15. Eu não fiz nada porque o problema não podia ser resolvido	Sim	Não	De forma Nenhuma	Um pouco	Muito

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)