

# O Hospital e a Assistência em Terapia Ocupacional com a População Infantil

MARISA TAKATORI  
MILENA OSHIRO  
CÉLIA OTASHIMA

*"Existo. Essa é para mim a eterna surpresa da vida."*  
TAGORE

## DESENVOLVIMENTO SUSTENTADO POR EXPERIÊNCIAS SAUDÁVEIS

Um desenvolvimento saudável acontece na interação e no encontro dos processos maturacionais que a criança herda com os efeitos facilitadores e preservadores de um ambiente externo. Isso significa que cada bebê é uma organização em marcha; em cada um há tendência para o crescimento e o desenvolvimento, algo inato que alivia a família, especialmente a mãe, da responsabilidade de considerá-lo produto exclusivo de seus cuidados. Segundo Winnicott, "eles crescem e vocês são as mães que propiciaram um ambiente apropriado<sup>1</sup>" (p. 30).

O desenvolvimento compreendido a partir do encontro do sujeito com o ambiente favorável a esse processo remete-nos a outra questão: qual o ambiente saudável para a criança?

## Capítulo

# 11

A família desemp... individual. Considera... dência absoluta do in... transformando em um... belecimento da auton... ponder às necessidad... independência. O cui... por ambos os pais, q... progressivo aumento... momento em que ele...

As primeiras exper... que permite a explor... ocupação de espaços... tornando-os seus espa...

E no caso de uma d... além de situações que... afastamento da família... tensão, medo, angústia... ambiente desconhecido... caso do uso de um serv...

Embora o lar seja o... na infância, algumas c... ausência de um ambient... se presente de forma... isto é, a criança e o con... depara-se com a situaç... voltados para as necessi...

Para Wavrek<sup>2</sup>, a pre... Quando o paciente é un... forços em sua recuperaç... ao seu bem-estar geral... tensão que existe no vive... envolto pelo senso de hu... maneira a viver intensa... em certos momentos, ela...

Fatores externos cau... aparecimento das doenç... aparência de uma crianç...

A família desempenha um importante papel no estabelecimento da saúde individual. Considerando que a vida tem início a partir de um estado de dependência absoluta do indivíduo em relação ao seu meio – que vai, aos poucos, se transformando em uma dependência relativa rumo à independência – e do estabelecimento da autonomia, as funções maternas são desempenhadas para responder às necessidades desse indivíduo no *continuum* entre a dependência e a independência. O cuidado materno inicial transforma-se no cuidado oferecido por ambos os pais, que se prolonga com as contribuições da família. Ocorre progressivo aumento do círculo humano que provê cuidados ao indivíduo num momento em que ele também pode dar sua contribuição à família.

As primeiras experiências envolvendo segurança e confiança se dão no lar, que permite a exploração, a experimentação de diferentes relacionamentos e a ocupação de espaços que a criança preenche com seus próprios fragmentos, tornando-os seus espaços e sentindo-os como tais.

E no caso de uma doença que leve à hospitalização? A criança vivencia a dor, além de situações que, muitas vezes, não favorecem seu desenvolvimento e do afastamento da família, a qual, por sua vez, passa por situações de incerteza, tensão, medo, angústia e dor. Durante algum tempo, essa criança vive num ambiente desconhecido ou acrescenta o novo espaço ao seu cotidiano, como no caso do uso de um serviço ambulatorial e de consultas médicas freqüentes.

Embora o lar seja o ambiente adequado para um desenvolvimento saudável na infância, algumas crianças nascem e têm seu início de vida marcado pela ausência de um ambiente bom o suficiente. Nesse caso, talvez o espaço do hospital se apresente de forma diferente para elas. Considerando uma e outra situação, isto é, a criança e o contexto familiar, expresso pela presença ou pela ausência, depara-se com a situação da criança que chega ao hospital e recebe cuidados voltados para as necessidades médicas individuais.

Para Wavrek<sup>2</sup>, a preservação da vida é a principal função de um hospital. Quando o paciente é uma criança, a equipe de profissionais concentra seus esforços em sua recuperação clínica; parece existir uma preocupação maior quanto ao seu bem-estar geral. Mas, o que é vida? É aprender a lidar com a constante tensão que existe no viver e tornar a realidade suportável por meio de um acordo, envolto pelo senso de humor, entre a realidade externa e a realidade interna, de maneira a viver intensamente as experiências na realidade social, mesmo que, em certos momentos, elas se apresentem muito difíceis.

Fatores externos causais e/ou hereditariedade são responsabilizados pelo aparecimento das doenças. A ausência ou diminuição dos sintomas e a boa aparência de uma criança são sinais de saúde, quando considerada ausência de

doenças. Sob certo aspecto, a ausência de doenças pode ser considerada saúde, mas não é vida. *Saúde*, como expressão de uma forma de viver criativa, é a capacidade de se enriquecer que deriva da intensidade da experiência em relação a uma figura materna humana, essencialmente adaptativa, e da capacidade de transferir algo dessa experiência para outras que se inserem na realidade compartilhada.

Ao percorrer o território da Pediatria e da Psicanálise, Winnicott<sup>3</sup> enfoca a crença na pessoa total e natural (referindo-se à natureza humana). Suas idéias marcam uma forma de pensar o sujeito da assistência, ou seja, a criança que, desde o nascimento, tem uma linha de vida que representa o contínuo desenvolvimento em que se acha, determinando um lugar para os profissionais de Saúde. Cabe a tais profissionais zelar para que essa linha não se rompa ou para que ela possa ser retomada.

A posição em que se está é a de prover um ambiente que promova a saúde de cada criança por meio da contínua oferta de experiências saudáveis, que transformem cada instante seu em um acontecimento.

### COTIDIANO E A CRIANÇA NA SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Os gestos cotidianos permitem ao bebê desenvolver-se de forma saudável. Ser carregado no colo, ser amamentado, tomar banho, trocar de roupa durante um passeio – tudo isso faz com que o bebê tenha noção de continuidade, na medida em que suas necessidades são satisfeitas e que ele tem a ilusão de poder controlar o mundo, representado pela mãe.

O cotidiano da criança também é marcado por atividades como comer, vestir, dormir, estudar, brincar, entre outras. Para Ferreira<sup>4</sup>, a rotina doméstica e o cotidiano organizam a criança, permitindo a identificação de desejos e formando sua individualidade nos diversos contextos nos quais está inserida.

As atividades cotidianas marcam o lugar e o papel da criança na sociedade (família/escola), dando-lhe sensação de existência e oferecendo-lhe as possibilidades de ser e estar no mundo, bem como de reconhecer o outro e de ser reconhecida por seus "fazeres". A perda desse lugar e do papel é vivida como momento de ruptura, no qual o desconhecido é uma situação constante, a qual desestrutura o cotidiano que lhe dá contorno. Segundo Kujawski<sup>5</sup>, essa ruptura compromete a vida, pois provoca o estranhamento e a incapacidade de familiarizar-se com as coisas, de projetar o futuro e, portanto, de inscrever-se no mundo.

Em um dado instante desse cotidiano, familiares, em especial pais e mães, vivenciam a experiência de deixar que os filhos "partam" temporariamente e permaneçam afastados do lar em razão da necessidade de internação hospitalar. Isso leva os pais ao sofrimento e à ansiedade de permanecer ao lado deles o maior tempo possível. A hospitalização rompe com as atividades cotidianas da

criança e de sua família social, consistindo

As situações que poderiam ser um problema psicológico:

"A criança saiu do hospital ao entrar, ela estava muito inibida, embotada, enquanto dormia nem uma vez

Mesmo quando de outros entes a rotina do hospital para almoçar, para as mães e parentes a sensação de ser sentida de mãe

A criança vive a sensação de estar num mundo carregado de obrigações dia-a-dia. Sons de medicação, injeção de medicamento, curativo, etc. Da rotina o procedimento é a criança. As paredes do hospital, em cada instante, chegam a conversar com ela

As mães e o sofrimento da criança em consequência de uma atenção voltada para ela, e, por vezes, geram

Olhar para o sofrimento das mães e do sofrimento do pai que passa em função das terapias da criança e das transformações em seu próprio cotidiano constante durante

criança e de sua família, fundamentais para seu desenvolvimento físico, mental e social, consistindo, muitas vezes, em uma ruptura brusca e urgente<sup>4</sup>.

As situações descritas são necessárias por causa da doença; entretanto, o que poderia ser uma bênção física, ocasionalmente se transforma em uma tragédia psicológica:

“A criança saiu do hospital completamente diferente de como era antes de entrar – ao entrar, ela era feliz e confiante, e saiu uma criança taciturna, desconfiada, inibida, embotada. (...) Essa garotinha confiante, de 2 anos de idade, foi levada enquanto dormia ‘para não ficar assustada’, e sua mãe não pôde vê-la no hospital nem uma vez durante os três meses de hospitalização!<sup>6</sup>” (p. 83).

Mesmo quando a mãe está presente, a situação é difícil. A criança se separa de outros entes queridos, de sua casa, de seus pertences mais íntimos, e, na rotina do hospital, a menor ausência da mãe, como nos momentos em que sai para almoçar, para conversar com algum profissional ou com outros familiares, mães e parentes de outras crianças em condição semelhante à de seu filho, pode ser sentida de modo acentuado.

A criança vivencia uma realidade desconhecida: é difícil compreender a necessidade de estar num lugar diferente, ao lado de pessoas estranhas, que passam por ela carregadas de objetos ou empurrando equipamentos que não fazem parte do seu dia-a-dia. Sons metálicos parecem anunciar novo procedimento – mais uma punção, injeção de medicação, troca de soro, medição da pressão e da temperatura, troca de curativo, etc. Da colocação do termômetro à sonda, dependendo da maneira como o procedimento é realizado, tudo pode ser sentido como invasivo e doloroso para a criança. As paredes do quarto, a cama, a comida e os sons são diferentes; a cada instante, chega uma pessoa desconhecida, que, ao cuidar, observa, pergunta, conversa com ela, a toca e a despe sem nem ao menos se anunciar ou se apresentar.

As mães e/ou acompanhantes podem passar por situações estressantes, em consequência de noites maldormidas, cansaço, desestruturação familiar e máxima atenção voltada à criança; seus sentimentos e necessidades não são prioridades e, por vezes, geram conflitos com a equipe médica.

Olhar para o filho com equipamentos, sondas e aparelhos acrescenta ao sofrimento das mães elementos concretos, intensificando-o, além de externar o sofrimento do paciente. No hospital, um ritmo lento lhes é imposto, e o tempo passa em função da hora da pesagem, do banho, da medicação, da visita médica e das terapias da criança. Essas mulheres experimentam o medo, as dificuldades e as transformações que a hospitalização provoca na vida da família, da criança e em seu próprio cotidiano. Por isso, o desejo de retornar à sua casa e à rotina é constante durante a internação e o tempo de espera pela alta.

É interessante observar o grande número de casos em que a presença da família repercute na condição da criança durante o período de internação. Não é difícil apontar e considerar os aspectos favoráveis do acompanhamento dos familiares nesse período, tendo em vista o conhecimento dos resultados positivos na melhora clínica do paciente e os benefícios no que se refere à facilitação do trabalho da equipe, em especial da equipe de Enfermagem, diante de um procedimento invasivo ao qual a criança precisa ser submetida. Muitas mães auxiliam no trabalho de profissionais pelo fato de estarem ao lado da criança nesse momento difícil, no qual a assistência hospitalar é necessária; o problema é administrar as conseqüências das visitas para as crianças que não as recebem e observam seus colegas de quarto junto de seus familiares ou para aquelas cujas visitas são interrompidas em razão de outras necessidades dos pais, que se ausentam do hospital por alguns períodos.

A criança tem capacidade para extrair coisas positivas de experiências como a hospitalização e a cirurgia. Aprender a lidar com a dor, a ficar longe de casa, constatar sua própria melhora após a cirurgia podem tornar-se experiências positivas, vistas pela criança como sinais de que se saiu bem. Entretanto, é necessário ajudá-la ou estar ao lado dela nessa descoberta<sup>7</sup>. Se estiver em um ambiente confiável, a criança será capaz de enfrentar situações as mais adversas.

Além da internação propriamente dita, há outros atendimentos ambulatoriais, em que, de certa forma, a criança é "internada". Essa experiência pode ser sentida pela família e pela criança como muito próxima da permanência contínua por um intervalo de tempo num dado espaço. A hospitalização aqui referida tem o sentido de intensa dependência do espaço representado pelo ambulatório, como ocorre no caso de crianças que precisam permanecer algumas horas no local para receber medicação ou para efetivar outro procedimento, o que pode implicar situação de ansiedade associada à dor. Embora não ocorra internação de fato, observa-se ruptura social em conseqüência da diminuição do tempo restante para atividades diferentes, nas quais poderiam estar com outras pessoas.

Outra situação é a das famílias que vão toda semana ao ambulatório com o intuito de buscar soluções para crianças com *deficits* no desenvolvimento por razões de ordem física, emocional ou mental. Nesses casos, a espera não é pelo retorno à rotina após a alta, mas se traduz em ter uma rotina que envolva ver a criança andar pela casa, ir à escola, brincar com outras crianças na rua, ir ao supermercado e a passeios e ir ao hospital quando necessário.

No transcorrer dos tratamentos, os familiares envolvidos compartilham sofrimentos, esperas, dúvidas e expectativas em relação ao estado da criança e à melhora de seu quadro clínico<sup>8</sup>. Eles vivenciam o desgaste de atender às necessidades e diferentes demandas da criança que está internada ou que vai ao ambulatório com freqüência.

Algumas experiências na meditação na criança, como a incerteza ou a proximidade de uma doença com o contato com a (p. 17). Estar intencionalmente o contato simbólico, reforço

A enfermagem intensiva pediátrica são espaços que compreendem os momentos de presença nos sentidos da hospitalar – dor física, o vamento do qual profissionais, pro e a presença de cuidado oferecido

Na maioria das vezes, as dificuldades sentidas pelas crianças são associadas a casos, é possível antes da internação, onde não a primeira boa e por um tempo períodos conflituosas e elas possam ser observadas nuamente pode acidente, do ad deficiência e, ta

Diante de situações quase sempre e proveniente de modo a tirar nela algo de si.

Algumas experiências levam os familiares pensarem na morte, que é trazida à tona na medida em que é associada aos aspectos relacionados ao adoecer da criança, como a dor, a separação, o sofrimento, a tristeza, a ruptura do cotidiano, a incerteza ou mudança de perspectiva de futuro, as limitações, o desconhecimento, a proximidade ou possibilidade de finitude. Segundo Kovács<sup>9</sup>, "o diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a possibilidade da morte mais próxima" (p. 17). Estar internado no hospital ou sob cuidados ambulatoriais coloca em evidência o constante jogo entre a vida e a morte, referida também em seu sentido simbólico, reforçado pelo contexto em que a morte concreta é fato presente.

A enfermaria, a unidade de terapia neonatal (UTN), a unidade de terapia intensiva pediátrica, o pronto-atendimento, o ambulatório e o centro cirúrgico são espaços que compõem um único – o hospital. Nesse contexto, busca-se compreender os significados e as representações que os familiares atribuem aos momentos de permanência, com diferentes durações, nesses espaços. Pensar nos sentidos dados ao hospital e aos acontecimentos inerentes à realidade hospitalar – dor física, deficiências e incapacidades, ameaça de morte, doença, agravamento do quadro clínico, reinternação, alta setorial ou hospitalar, equipe de profissionais, procedimentos, muitas vezes, invasivos, internação de novas crianças e a presença de seus familiares – remete à reflexão e à construção das ações de cuidado oferecidas ao paciente.

Na maioria das vezes, as vivências decorrentes da internação podem ser sentidas pelas crianças como momentos infelizes. Com frequência, essas vivências são associadas a sofrimento, perda, separação, dor e desconforto, mas, em alguns casos, é possível deparar-se com uma situação diferente. Para a criança que, antes da internação, vivia num ambiente familiar desfavorável ao seu desenvolvimento, onde não havia o que chamamos de "lar", a internação pode "fornecer a primeira boa experiência"<sup>10</sup>. Estar distante de casa e do convívio com familiares por um tempo pode constituir oportunidade de descanso, afastamento de situações conflituosas e chance de que a família e tudo aquilo que acontece em sua casa possam ser observados de fora. Estar no espaço do hospital periódica ou continuamente pode levar à criança a elaborar sua vida a partir da experiência do acidente, do adoecer, da consciência das incapacidades decorrentes de alguma deficiência e, também, do próprio processo de hospitalização.

Diante de situações diversas e desconhecidas, nas quais a dor e o sofrimento quase sempre estão presentes, a criança pode experimentar o enriquecimento proveniente de descobertas, mesmo inseridas em situações de crise, e como vivê-las de modo a tirar proveito delas, a tomar para si algo dessa experiência e colocar nela algo de si.

Algumas experiências levam os familiares pensarem na morte, que é trazida à tona na medida em que é associada aos aspectos relacionados ao adoecer da criança, como a dor, a separação, o sofrimento, a tristeza, a ruptura do cotidiano, a incerteza ou mudança de perspectiva de futuro, as limitações, o desconhecimento, a proximidade ou possibilidade de finitude. Segundo Kovács<sup>9</sup>, "o diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a possibilidade da morte mais próxima" (p. 17). Estar internado no hospital ou sob cuidados ambulatoriais coloca em evidência o constante jogo entre a vida e a morte, referida também em seu sentido simbólico, reforçado pelo contexto em que a morte concreta é fato presente.

A enfermaria, a unidade de terapia neonatal (UTN), a unidade de terapia intensiva pediátrica, o pronto-atendimento, o ambulatório e o centro cirúrgico são espaços que compõem um único – o hospital. Nesse contexto, busca-se compreender os significados e as representações que os familiares atribuem aos momentos de permanência, com diferentes durações, nesses espaços. Pensar nos sentidos dados ao hospital e aos acontecimentos inerentes à realidade hospitalar – dor física, deficiências e incapacidades, ameaça de morte, doença, agravamento do quadro clínico, reinternação, alta setorial ou hospitalar, equipe de profissionais, procedimentos, muitas vezes, invasivos, internação de novas crianças e a presença de seus familiares – remete à reflexão e à construção das ações de cuidado oferecidas ao paciente.

Na maioria das vezes, as vivências decorrentes da internação podem ser sentidas pelas crianças como momentos infelizes. Com frequência, essas vivências são associadas a sofrimento, perda, separação, dor e desconforto, mas, em alguns casos, é possível deparar-se com uma situação diferente. Para a criança que, antes da internação, vivia num ambiente familiar desfavorável ao seu desenvolvimento, onde não havia o que chamamos de "lar", a internação pode "fornecer a primeira boa experiência"<sup>10</sup>. Estar distante de casa e do convívio com familiares por um tempo pode constituir oportunidade de descanso, afastamento de situações conflituosas e chance de que a família e tudo aquilo que acontece em sua casa possam ser observados de fora. Estar no espaço do hospital periódica ou continuamente pode levar à criança a elaborar sua vida a partir da experiência do acidente, do adoecer, da consciência das incapacidades decorrentes de alguma deficiência e, também, do próprio processo de hospitalização.

Diante de situações diversas e desconhecidas, nas quais a dor e o sofrimento quase sempre estão presentes, a criança pode experimentar o enriquecimento proveniente de descobertas, mesmo inseridas em situações de crise, e como vivê-las de modo a tirar proveito delas, a tomar para si algo dessa experiência e colocar nela algo de si.

## ASSISTÊNCIA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Na população-alvo da Terapia Ocupacional em Pediatria encontram-se desde bebês, em geral acompanhados da mãe ou de ambos os pais, até crianças maiores, trazidas ao ambulatório ou acompanhadas durante a internação pelos pais ou pela avó, tia, tio, primo, irmãos, etc. De um lado, tem-se o bebê ou criança, sujeito-alvo<sup>11</sup> da assistência, temporária ou permanentemente com problemas de inserção social – estar internada ou necessitar de atendimentos ambulatoriais por razões físicas, psicológicas e/ou sociais pode levar a profundas modificações no sistema social próximo; de outro lado, estão os pais e/ou parentes que cuidam do sujeito-alvo no dia-a-dia e que estendem esse cuidado com a permanência ao seu lado num momento de doença e necessidade de tratamentos. Isso acarreta uma repercussão social que se inicia com o conhecimento da doença, dos sintomas ou da deficiência, mas que é vivida e representada pelas conseqüências da doença ou da presença dos sintomas no cotidiano da família.

Proporcionar um ambiente que favoreça a saúde da criança doente ou deficiente inclui considerar seu desenvolvimento emocional e o contexto familiar. A partir de uma visão dinâmica do desenvolvimento infantil, a assistência em Terapia Ocupacional contribui para a saúde da criança hospitalizada em seu sentido amplo, não levando em conta somente a doença ou a causa primária que a levou até o hospital, mas as repercussões psicológicas e sociais dessa situação. Segundo Mitre<sup>12</sup>:

“o trabalho do terapeuta ocupacional se inscreve como imprescindível nas enfermarias pediátricas, tendo como objetivo geral favorecer a continuação do desenvolvimento global da criança hospitalizada e a prevenção de sua saúde mental. O terapeuta ocupacional pode ser o agente facilitador de um processo de transformação; quando revemos o conceito saúde-doença, pensamos no adoecimento também como uma tentativa de reorganização, de reequilíbrio. É necessário perceber as peculiaridades dessa clientela, de modo a não atuar em ‘fragmentos’, e sim em seres complexos, indivíduos.” (p. 49)

Ao explicar a relação da criança com o mundo, Winnicott<sup>13</sup> menciona três estágios:

1. O bebê vive a experiência de estar no mundo ainda sem a consciência desse espaço externo, o que a torna uma experiência subjetiva de que o *self* e aquilo que o circunda – os braços da mãe – são únicos. Há, desde o início, um sentido, embora ainda não claro, da existência do ambiente representado pela mãe.
2. Nesse estágio o bebê mexe um cotovelo, um joelho, transpõe e descobre o meio ambiente, surpreendendo-o.

3. Por fim, a mãe também atende e novamente tra

Essa seqüência gradual inserção suficiente é capaz descobri-lo, ele se Essa explicação faz aos bebês e na su descobrir, a seu te que prepara a cria

É nesse espaço ao bebê que vai diante de tudo aq gios iniciais por al brincar, surpreend não se reduz a um fazeres, como ativ car que traz a dim jogo ou brincader

Não se está f capacidade de op externa se compo Para Brunello<sup>14</sup>, p melhor qualidade provocando, assir de apatia e aliena

Oferecer, na re instrumentos das brincar nos term coisas utilizando enfrentamento d acompanham a s realidades intern ao indivíduo sup quanto possível.

O cotidiano d vários momento

3. Por fim, a mãe ou aquele que provê os cuidados ao bebê carrega-o, mas também atende à campainha que acaba de tocar. Nesse instante, o espaço é novamente transposto, mas, dessa vez, o ambiente surpreende o bebê.

Essa seqüência de eventos aponta para a importância do meio ambiente na gradual inserção do bebê no mundo. Um bebê situado em um espaço bom o suficiente é capaz de executar movimentos que surpreendem o mundo e, ao descobri-lo, ele se prepara para receber as surpresas que esse mundo contém. Essa explicação faz pensar na relevância dos cuidados que o ambiente deve prover aos bebês e na sutil espera pelo seu gesto espontâneo, possibilitando ao bebê descobrir, a seu tempo, o que o mundo tem a lhe oferecer, num processo natural que prepara a criança para a vida.

É nesse espaço que o terapeuta ocupacional se localiza ao oferecer assistência ao bebê que vai ao hospital ou nele permanece e à criança mais velha, que, diante de tudo aquilo que acontece no local, pode precisar retroceder aos estágios iniciais por alguns minutos ou horas, até que se sinta segura para voltar a brincar, surpreender e ser surpreendida pelo mundo. Aqui, o jogo ou a brincadeira não se reduz a um recurso técnico, mas passa a ser qualificado, ao lado de outros fazeres, como atividades na relação terapêutica. Nesse sentido, fala-se do brincar que traz a dimensão ativa do verbo, da ação e do ato, mais que as expressões *jogo* ou *brincadeira*.

Não se está falando somente do brincar com jogos e brinquedos, mas da capacidade de operar numa área intermediária, na qual as realidades interna e externa se compõem na experiência de viver por meio de um fazer originário. Para Brunello<sup>14</sup>, pelas atividades lúdicas, produz-se um campo que proporciona melhor qualidade de vida não só para a criança, mas para todos ao seu redor, provocando, assim, novas formas de estar no mundo e rompendo com situações de apatia e alienação (Fig. 11.1).

Oferecer, na relação terapêutica, a possibilidade de fazer por meio de atividades, instrumentos das ações da Terapia Ocupacional, significa prover espaço para o brincar nos termos winnicottianos, sinônimo de qualidade de vida, isto é, fazer coisas utilizando a capacidade criadora e viver experiências que facilitem o enfrentamento da realidade, mesmo sabendo ou sentindo as dificuldades que acompanham a situação de estar num hospital. É chegar a um acordo com as realidades interna e externa de maneira "brincalhona", acordo este que permite ao indivíduo suportar a realidade e, em vez de negá-la, viver tão plenamente quanto possível.

O cotidiano da prática profissional do terapeuta no hospital é constituído por vários momentos, que, articulados, contribuem para o cuidado destinado à

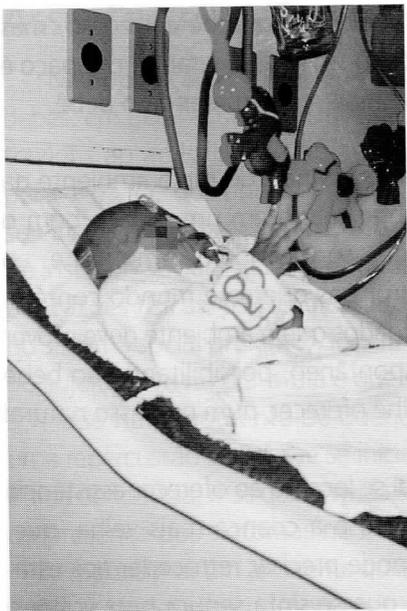


FIGURA 11.1 – Bebê aos seis meses de idade, internado desde o nascimento, que necessita de cuidados que favoreçam a exploração de objetos, proporcionando estimulação visual, tátil e auditiva. Ajudar a criança hospitalizada a brincar significa não apenas oferecer estímulos, mas aumentar sua qualidade de vida, ampliando suas possibilidades para melhor desenvolvimento físico e psíquico.

criança que ingressa no pronto-atendimento, na UTN, na UTI pediátrica, na enfermaria ou que frequenta o ambulatório.

A resposta às necessidades dessa criança acontece na medida em que o terapeuta proporciona situações nas quais diversos fazeres, inseridos na relação terapeuta-paciente-atividades, objetivam facilitar à criança e sua família a organização das atividades do dia-a-dia, bem como levá-la a descobrir e a desenvolver recursos que possibilitem dar continuidade ao seu cotidiano, apesar da doença ou da deficiência.

A experiência de estar internado ou necessitar dos serviços ambulatoriais passa a fazer parte desse cotidiano, muitas vezes acompanhada de angústia, medo, dúvidas, desamparo e pela modificação de uma rotina que envolve a criança e seus familiares e que a exclui de atividades sociais das quais participava até então.

Diante da internação, há necessidade de organizar as atividades do cotidiano, cuja quebra constitui a demanda por Terapia Ocupacional; trata-se do *estar doente*, ou melhor, do *estar vivendo de modo não saudável/criativo* segundo a concepção winnicottiana. A questão não é o fato de a criança estar no hospital, mas de como ela pode viver esse momento na sua história pessoal de modo saudável num determinado momento de seu desenvolvimento. Essa preocupação gera as seguintes questões: o que e como a criança fazia antes? O que e como faz durante a internação? O que e como fará após essa experiência, que modifica, transforma o sujeito pelo seu próprio acontecimento?

O trabalho com cri-  
processo de adaptação  
uma rotina hospitalar,  
cuidados gerais e espec  
e enfoques dos tratame  
existem, são decorrent  
difícil enxergar nos inú

O terapeuta ocupac  
como premissa básica  
hospital, um processo  
evolução do próprio at

A observação da c  
comunicação, seja por  
diferentes atividades pr  
tente e rotineiro, busca  
de estado, disponibilita  
responsáveis pela inclu  
por meio do brincar e  
pelos quais a criança pa  
ou da desolação que a

O terapeuta ocup  
hospital que atende à  
ternadas ou que fazem  
conhecimentos acerca  
de acidentes e/ou da h  
diante da condição me  
ocorrências na relação  
criança está vivencian  
e a pensar em algo qu

De acordo com W  
hospitais é tão boa qu  
aos 2 anos de idade  
depois do início de s  
tudo?" (p. 83).

A experiência clín  
Pediatria Somática é in  
uma vez que as doen  
plicam marcas que vã  
conflitos emocionais

O trabalho com crianças internadas pressupõe a observação e a análise do processo de adaptação à situação que se impõe. As pacientes são submetidas a uma rotina hospitalar, que se organiza de modo a oferecer procedimentos e cuidados gerais e específicos, seguindo padrões que contemplam todos os leitos e enfoques dos tratamentos. Diante dessa organização, na qual variações, quando existem, são decorrentes das necessidades clínicas de cada criança, pode ser difícil enxergar nos inúmeros leitos as diferentes crianças que lá se encontram.

O terapeuta ocupacional que se propõe estabelecer uma relação com a criança como premissa básica de sua intervenção deve observar, além da rotina geral do hospital, um processo vertical de individuação e outro horizontal, segundo a evolução do próprio atendimento.

A observação da criança a ser atendida é primordial para que se estabeleça comunicação, seja por meio do toque, do brincar, do olhar ou do falar, que são diferentes atividades presentes na relação terapêutica. Com esse contato intermitente e rotineiro, busca-se estabelecer uma relação de confiança. Atento às variações de estado, disponibilidade e participação da criança nessa relação, o terapeuta é um dos responsáveis pela inclusão de elementos como alívio, criação e amadurecimento, por meio do brincar e do fazer coisas, apesar da dor ou de qualquer desconforto pelos quais a criança passa, abrindo espaço para a expressão dessa dor, da tristeza ou da desolação que acompanham algumas fases da internação.

O terapeuta ocupacional que faz parte da equipe de profissionais de um hospital que atende à população infantil, ao oferecer assistência às crianças internadas ou que fazem uso do serviço ambulatorial, deve se instrumentalizar com conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil, dos impactos do adoecimento, de acidentes e/ou da hospitalização nesse processo e das necessidades da família diante da condição médica da criança. Esse conhecimento lhe permitirá observar ocorrências na relação terapêutica que podem ajudar a compreender como a criança está vivenciando os sentimentos gerados pela situação de hospitalização e a pensar em algo que possa auxiliá-la nesse processo<sup>2,4,15</sup>.

De acordo com Winnicott<sup>6</sup>, "poderíamos dizer que a organização dos nossos hospitais é tão boa que, quando esta garotinha teve diagnosticada uma difteria aos 2 anos de idade, estava no hospital e recebendo tratamento três horas depois do início de sua doença! Isso realmente é muito bom, mas será que é tudo?" (p. 83).

A experiência clínica aponta que considerar a Terapia Ocupacional a partir da Pediatria Somática é insuficiente para compreender as necessidades dos pacientes, uma vez que as doenças orgânicas e suas conseqüências na vida da criança implicam marcas que vão sendo deixadas na sua psique e que é freqüente observar conflitos emocionais expressos em doenças (psicossomáticas).

Considerar a pessoa total na aparência, com soma e psique inter-relacionados, parece óbvio, mas, ao oferecer soluções para os problemas inerentes ao desenvolvimento individual, sente-se a necessidade de se instrumentalizar com conhecimentos que vão além da compreensão da etiologia, da patologia, das manifestações e dos aspectos clínicos, do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento. O terapeuta ocupacional que atua em Pediatria necessita do conhecimento advindo dos estudos sobre as doenças físicas freqüentes na infância e sobre o desenvolvimento emocional primitivo.

A assistência em Terapia Ocupacional em hospitais precisa adaptar-se às especificidades decorrentes do tipo de serviço do qual faz parte, ambulatório ou internação. Além disso, depende da população atendida, que apresentará necessidades específicas relacionadas ao diagnóstico médico, às precauções e às medidas restritivas ligadas ao quadro clínico, ao tempo de permanência ou à necessidade de serviços hospitalares. Nesse aspecto, acrescentam-se outros conhecimentos que determinam estratégias e procedimentos específicos, conforme a problemática específica: bebês de risco, crianças com doenças neurológicas ou ortopédicas, queimados, pós-cirúrgico, entre outras situações.

Muitas vezes, para que a criança consiga brincar, o terapeuta ocupacional precisa colocá-la numa postura que lhe permita realizar a atividade. Colocar anteparos em determinadas posições ao redor do bebê pode facilitar sua organização postural e a aproximação de suas mãos na linha média, permitindo-lhe brincar, pegar e olhar para o brinquedo (Fig. 11.2).

O terapeuta utiliza técnicas de massagem cicatricial e exercícios que promovem, aos poucos, aumento da amplitude de movimento da articulação envolvida em área queimada ou cirúrgica, facilitando a realização das atividades pela criança (Fig. 11.3). Essas técnicas visam melhorar os movimentos e aumentar a amplitude articular, auxiliar no controle postural, estimular os aspectos sensorio-motores e cognitivos, posicionar melhor a criança para que haja melhora em sua organização dos estados comportamentais. Contudo, nada se sabe sobre o que permite a ela continuar vivendo e fazendo nesse espaço e nessas condições. Tais técnicas e conhecimentos são imprescindíveis para que ela possa realizar coisas, continuar a fazer, embora esteja internada.

Esses conhecimentos, técnicas e recursos se inserem nas técnicas de Terapia Ocupacional, por meio das quais é possível conhecer as necessidades da criança e oferecer-lhe uma assistência norteada pelo objetivo final de inserção social, inserção que significa a possibilidade de realizar e de vivenciar experiências na realidade compartilhada, portanto, social, mesmo em situações nas quais fazer algo parece ser difícil.

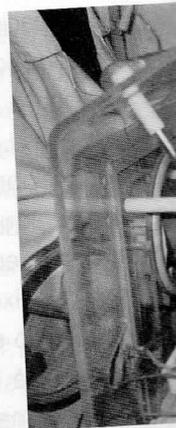


FIGURA 11.2 – Recém-nascido com anteparos para favorecer segurança e tranquilidade ao brincar físico e psíquico com movimentos, levar a mão à boca, a tocar seu corpo e ir se descobrindo pouco a pouco, vai se tornando voluntário e



FIGURA 11.3 – (A) E. foi em seu braço esquerdo. Exercícios de movimentação do membro, utilização da memória, forma, sentido e conteúdo. Em dado momento, a história do cotidiano do sujeito. (B) levou consigo seu segund

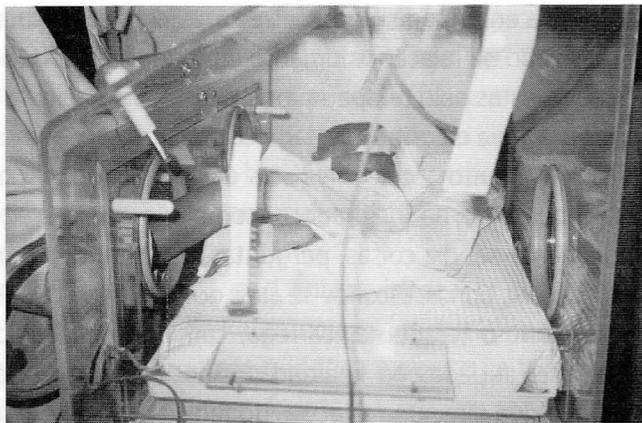


FIGURA 11.2 – Recém-nascido pré-termo sendo posicionado pela terapeuta em decúbito lateral, com anteparos para favorecer sua organização, deixando-o aconchegado. Isso proporciona segurança e tranqüilidade ao bebê, que, assim, evita a perda de peso e de energia e os desgastes físico e psíquico com movimentações desnecessárias. O posicionamento adequado o ajuda a levar a mão à boca, a tocar seu rosto e a realizar atividades, que, para o recém-nascido, consiste em ir se descobrindo pouco a pouco, iniciando com um movimento reflexo, que, aos poucos, vai se tornando voluntário e prazeroso.

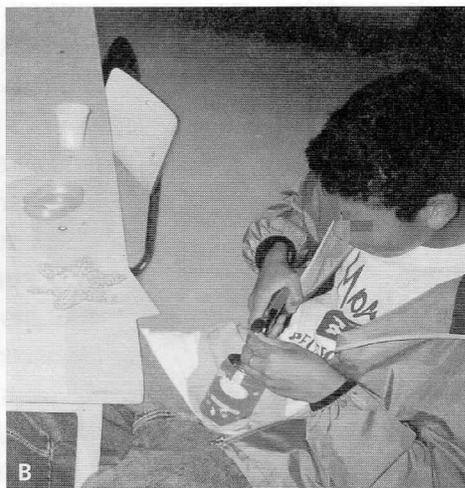


FIGURA 11.3 – (A) E. foi encaminhado à Terapia Ocupacional por motivo de cirurgia vascular no braço esquerdo. Exercícios de movimentação ativa, de mobilização passiva e massagem favoreciam a movimentação do membro, mas ainda não havia “uso”. Realizar atividades proporciona experimentação, utilização ou o presentear alguém com aquilo que fez na Terapia Ocupacional; dá forma, sentido e conteúdo a uma história que inicia com o fazer proposto na relação terapêutica. Em dado momento, a história continua não mais na presença do terapeuta ocupacional, mas no cotidiano do sujeito. (B) E. deixou sua primeira peça em mosaico na Terapia Ocupacional e levou consigo seu segundo projeto, como lembrança desse processo.

No ambulatório, na enfermaria ou no berçário, a Terapia Ocupacional se inicia com a entrada do sujeito na relação, momento em que diversas atividades começam a acontecer, propostas pelo terapeuta ou pelo próprio paciente. No primeiro encontro, a apresentação e o contrato estabelecido com a criança já evidencia as atividades como instrumento técnico. Na sala de Terapia Ocupacional, no leito da enfermaria, no berço ou na incubadora, como e o que faz aquela criança/bebê? Olha, movimenta-se, diz coisas, pergunta, fica parado, não entra na sala, chora ao ver o profissional, brinca, esconde-se atrás do familiar ou debaixo do lençol, mexe nos materiais que o terapeuta carrega, caminha na direção do armário, olha para as atividades iniciadas ou finalizadas expostas na sala – é o início da história dessa relação que direciona as ações do terapeuta ocupacional, na medida em que traz elementos da história pessoal do paciente (Fig. 11.4, A e B).

Grande parte dessa história é trazida pela família, em especial pela mãe, que “se vê internada” com a criança, pelo fato de permanecer quase o dia todo no hospital, ficando longe de casa, dos outros filhos e, muitas vezes, afastando-se do trabalho, o que pode lhe causar angústia adicional. Assim, é preciso dar atenção especial à mãe, que fica fragilizada.

Além disso, é preciso não esquecer que observar e cuidar da relação mãe-filho é essencial para o desenvolvimento da criança e a melhora de sua qualidade

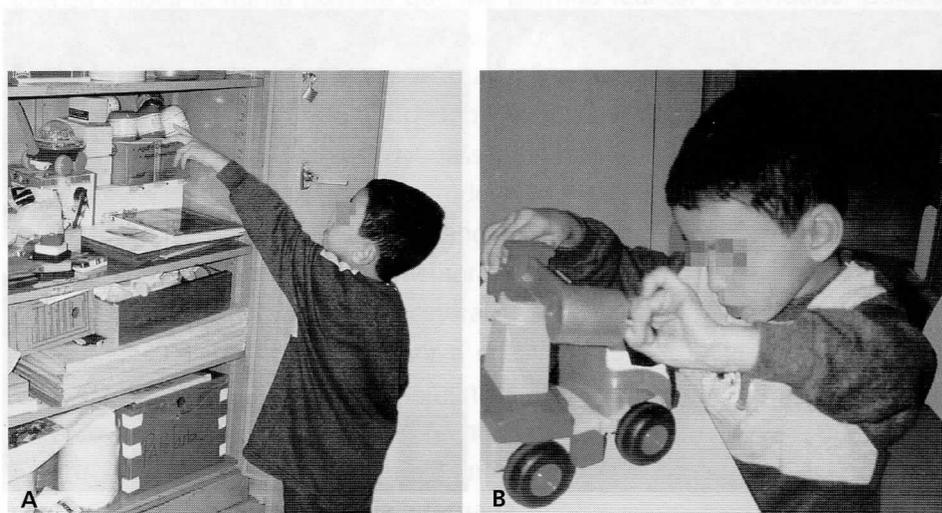


FIGURA 11.4 – (A) M., quando veio pela primeira vez à Terapia Ocupacional, chorou, não queria entrar na sala, não brincou, escondia seu braço direito, olhou de longe o armário que lhe foi mostrado; (B) Isso se repetiu algumas vezes, até que M. começou a brincar com a terapeuta, na medida em que o ambiente mostrou-se confiável. O brincar como atividades que vão acontecendo na relação permite analisar o que, como e com quem a criança “faz”. Isso também inclui o modo como M., que tem paralisia cerebral (hemiparesia espástica à direita), usa seu corpo durante as atividades.

de vida durante vínculo e instrum exercer a função pequeno. Deve-s manuseio, ao pos tubos, fios e sond parte dessa discu

Em companh

de pediatria de u diagnóstico de p Apresentava um repetição.

Na avaliação

- hipotonia r
- hipoativida
- alheament
- desenvolv
- controle ce
- respostas a
- eventuais r
- dificuldade

Iniciou-se o a contato, utilizand de aproximação e pessoas estranhas choro era um sin diferente da pass

As sessões pe ritual, a terapeuta primentava a mãe posicionando-a de a massagem propr repeti-lo em outro

Aos poucos, J. e pareceu reorgan se estendeu ao res tos mais definidos

de vida durante a internação. É tarefa do terapeuta ocupacional facilitar esse vínculo e instrumentalizar a mãe nos cuidados com seu filho, ou seja, ajudá-la a exercer a função materna de modo a se sentir capaz e responsável pela vida do pequeno. Deve-se oferecer a ela a possibilidade de sentir-se segura quanto ao manuseio, ao posicionamento, à higiene e à alimentação de seu filho, apesar dos tubos, fios e sondas. Um caso acompanhado em Terapia Ocupacional pode ilustrar parte dessa discussão:

Em companhia da mãe, J., de 1 ano de idade, foi internado na enfermaria de pediatria de um Centro de Referência em Nutrição, para esclarecimento do diagnóstico de possível síndrome genética e por seu alto grau de desnutrição. Apresentava uma história de várias internações em razão de pneumonias de repetição.

Na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, foi possível observar:

- hipotonia muscular acentuada e generalizada;
- hipoatividade;
- alheamento ao ambiente, incluindo pessoas e objetos;
- desenvolvimento do controle postural com acentuado atraso (ausência de controle cervical);
- respostas aos estímulos da terapeuta com choro e sem contato visual;
- eventuais respostas à presença materna, parecendo acalmar-se;
- dificuldades durante a amamentação.

Iniciou-se o atendimento em Terapia Ocupacional tentando estabelecer um contato, utilizando técnicas básicas de massagem e de manipulação na tentativa de aproximação e relaxamento, uma vez que J. demonstrava temor diante de pessoas estranhas, reação esta já esperada, considerando tantas internações. O choro era um sinal de desamparo, porém, configurava-se como uma reação, diferente da passividade normalmente observada.

As sessões persistiram cerca de um mês, quase todos os dias, e como num ritual, a terapeuta ocupacional aproximava-se sempre da mesma forma: cumprimentava a mãe e a criança, baixava a grade do berço e conversava com a criança, posicionando-a de frente para si de modo a ver seu rosto, e, em seguida, iniciava a massagem proprioceptiva. A mãe foi incluída nesse procedimento e orientada a repeti-lo em outros momentos.

Aos poucos, J. começou a identificar o toque como relaxante e não doloroso, e pareceu reorganizar-se. Iniciou contato com a terapeuta por meio do olhar, que se estendeu ao restante da equipe. O choro passou a ser demonstrado em contextos mais definidos, diante de situações de afastamento materno ou em conse-

quência de sua condição clínica. As ações em Terapia Ocupacional constituíam discussão na equipe sobre a necessidade de um contato mais personalizado com J., sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e a participação materna.

Com o desenvolvimento da percepção do próprio corpo e maior segurança em razão da presença materna, J. começou a apresentar maior atividade motora, permitindo maiores manipulações e posicionamentos que favoreciam seu desenvolvimento postural. Objetos e brinquedos começaram a despertar seu interesse, e, na medida em que tentava alcançá-los para brincar, a imobilidade dava lugar ao movimento e à ação, que indicava nova qualidade do tônus muscular e, em especial, uma forma de fazer diferente. Os brinquedos eram dispostos de modo a criar certo grau de dificuldade durante a brincadeira, com o cuidado de oferecer desafios, e não situações que pudessem fazer com que J. desistisse de seu intento diante de um obstáculo, o que poderia inibir seu gesto. Ao contrário, provocar o gesto espontâneo que levasse aos desenvolvimentos físico e psíquico era a intenção durante as atividades.

Cada ação da terapeuta era esclarecida à mãe, bem como a importância do contato afetivo e reorganizador, que facilitava a vivência dos procedimentos dolorosos decorrentes da internação, e a utilização de objetos e atividades que despertavam seu interesse, impulsionando-a rumo à busca e à vivência de experiências, em vez do isolamento. O brincar foi proporcionado como forma de bem-estar, de participação e de vida. Como propor que a mãe ou o acompanhante brinque com seu filho doente?

Há variações de acordo com a condição emocional da mãe e a elaboração e o desenvolvimento do papel materno, que influenciam na forma de olhar, perceber e compreender as necessidades do filho, respondendo a elas independentemente da situação. Quando é favorável à saúde da criança, o terapeuta ocupacional aproxima-se da mãe e auxilia no fortalecimento de sua confiança no fato de que é capaz de cuidar do filho.

Vários fatores interferem na condução da relação do profissional com a família do paciente: as características individuais dos familiares, seu estresse e, principalmente, as flutuações no estado geral da criança, isto é, quando a preservação da sobrevivência torna-se foco das atenções da equipe hospitalar e da família. Nessa situação, quando o *não morrer* torna-se prioridade imediata, há necessidade de um profissional que intermedeie o contato da família com a equipe médica de modo objetivo e rápido. Nesse caso, o terapeuta deve esperar o momento adequado de falar sobre desenvolvimento neuropsicomotor, qualidade de vida e brincar. Ele poderá facilitar a compreensão da condição da criança pela família de modo a poder participar mais tranquilamente do tratamento.

Na relação t ambiente confiáv nos procediment que, no discurso cimento daquilo

Observar, est criança na Terap uma criança; qu senta diferentes ridas em um cot

Na Terapia C sendo construída a criança experin contexto, ela po fora no momento Ocupacional.

## TERAPIA OC DA ASSISTÊN

Nos Estados U levaram a mudan prematuros. Eles para a elaboraçã criança em condi levá-lo para casa

Incluir os pais à humanização do hospital, por transformá-los p

A brinquedote um espaço saudá paciente pode se física e psíquica, tada pela equipe

Os procedime para que ele fiqu brinquedoteca d essencial para o c

Na relação terapeuta-paciente-atividades, são oferecidas experiências num ambiente confiável que viabiliza a saúde. As atividades, como instrumentos técnicos nos procedimentos de Terapia Ocupacional, abrem possibilidades para emergir o que, no discurso, pode estar sendo difícil, facilitando a comunicação e o aparecimento daquilo que é excluído no início.

Observar, estabelecer a comunicação, elaborar e realizar atividades com a criança na Terapia Ocupacional é conseguir perceber que, em cada leito, há uma criança; que, em cada horário, há um paciente no ambulatório que apresenta diferentes necessidades e histórias pessoais, as quais precisam estar inseridas em um cotidiano singular para que se dê continuidade à sua construção.

Na Terapia Ocupacional, por meio do brincar, uma história de fazeres vai sendo construída, possibilitando que, mesmo no espaço e no cotidiano hospitalar, a criança experimente e explore os objetos e se relacione com seus pares. Nesse contexto, ela pode dar continuidade ao seu cotidiano, a princípio deixado de fora no momento da internação, e acrescentá-lo às experiências vividas na Terapia Ocupacional.

## TERAPIA OCUPACIONAL E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Nos Estados Unidos, na década de 1970, trabalhos como o de Klaus e Kennel<sup>16</sup> levaram a mudanças significativas para o desenvolvimento e a saúde dos bebês prematuros. Eles demonstraram a importância da presença dos pais nos berçários para a elaboração dos sentimentos emergentes diante do nascimento de uma criança em condições não esperadas e a criação de laços com esse filho antes de levá-lo para casa.

Incluir os pais nesse ambiente do hospital levou a outras mudanças, visando à humanização dos berçários. Essa preocupação estende-se para outros espaços do hospital, por meio de ações da equipe de profissionais, no sentido de transformá-los para melhor acolhimento dos pacientes e dos acompanhantes.

A brinquedoteca começa a fazer parte do contexto do hospital. Ela é vista como um espaço saudável, onde, apesar da dor e dos aparelhos que carrega consigo, o paciente pode ser criança. O brincar aparece como necessidade de existência física e psíquica, momento em que, mais do que nunca, a criança deve ser respeitada pela equipe em seu direito.

Os procedimentos de enfermagem não devem ser realizados nesse espaço, para que ele fique marcado como um lugar seguro e diferente dos outros<sup>12</sup>. A brinquedoteca deve ser entendida e respeitada como lugar para a brincadeira, essencial para o desenvolvimento infantil, onde existe variedade de brinquedos e

materiais que estão disponíveis para serem explorados e utilizados num ambiente que convida a criança a explorar e experimentar e favorece sua utilização de modo autônomo<sup>17</sup>.

Trata-se de um dos espaços físicos do hospital que o terapeuta ocupacional pode utilizar para desenvolver seu trabalho e no qual o *setting* terapêutico é caracterizado, em Terapia Ocupacional, pelos espaços físico e humano, que incluem a terapeuta, o paciente, os materiais e as atividades, criando uma circularidade de experiências que constituem a narração de uma história construída, vivida e apreendida<sup>18</sup>.

Hoje, muitos hospitais contam com Programas de Humanização Hospitalar, que visam melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, bem como o cuidado e a capacitação dos profissionais, considerando que a assistência tecnológica não deve sobrepor a relação profissional de saúde *versus* paciente/família<sup>19</sup>. Na prática, isso se reverte na adequação dos mobiliários, na decoração e nos espaços físicos para receber o paciente e sua família, de modo que os acompanhantes tenham um ambiente favorável e as condições necessárias para acompanhar as crianças, como enfermarias com cadeiras confortáveis e banheiros.

Além disso, é necessário possibilitar à mãe/cuidador permanecer no hospital durante o período de internação da criança, oferecendo-lhe vale-transporte e todas as refeições. Outra preocupação é identificar as crianças e mães pelo nome, evitando a despersonalização do indivíduo, já destituído de privacidade por estar em contato com inúmeros profissionais e pacientes/familiares.

O terapeuta ocupacional e outros profissionais da equipe participam dessa discussão e da implementação de melhores condições de assistência à população que necessita dos serviços de saúde. Portanto, as ações desse profissional no ambiente hospitalar no tocante à população infantil, que consistem na assistência oferecida à criança, se inserem no trabalho em equipe de duas formas que se inter-relacionam no dia-a-dia: (1) o trabalho clínico por meio das atividades, instrumentos das ações do terapeuta; e (2) o trabalho comum a todos os profissionais da equipe, que se desdobra em ações que visam à humanização do hospital, ocupado temporariamente pela criança.

Outra forma de o terapeuta ocupacional trabalhar na equipe hospitalar vem sendo desenvolvida e relatada a partir de experiências localizadas: trata-se do atendimento domiciliar, que pode favorecer as relações sociais e o desenvolvimento das crianças e que surge como alternativa para aumentar a rotatividade dos leitos no hospital e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes crônicos.

O sistema *home-care* apresenta-se como solução para muitas famílias, que, apesar de terem equipamentos de alta complexidade montados em casa, podem

dar à criança o conforto situação comum na realidade, oferecendo à família

Para eleger um parâmetro são consideradas:

- Proximidade da emergência).
- Instalações de recepção).
- Ambiente físico).
- Capacidade da equipe manusear os ap

O hospital contém uma abordagem interdisciplinar que resulta no cuidado, isso pode ser entendido quando os profissionais circulam o território. Por outro lado, os benefícios de uma intervenção sentem conforto e segurança no ambiente, em seu qual

O terapeuta ocupacional trabalha com a criança, à organização do espaço. É preciso lembrar que a melhoria da qualidade de vida depende da possibilidade de se relacionar de maneira a promover

## FAZEMOS PARTE

No espaço da brincaç Ocupacional ou nos pedaços do mundo à terapêutica. Essas experiências tem do que a criança do terapeuta, que aborda situações nas quais a viver de modo criativo

Para a criança que na incubadora, a cria

dar à criança o conforto e aconchego do lar. Isso ainda não se configura como situação comum na realidade brasileira, mas alguns hospitais contam com esse sistema, oferecendo à família todo o equipamento e suporte técnico.

Para eleger um paciente para esse sistema, algumas questões importantes são consideradas:

- Proximidade da residência com algum hospital (prevendo situações de emergência).
- Instalações de rede elétrica, em razão do alto custo de energia dos aparelhos.
- Ambiente físico adequado.
- Capacidade da mãe/cuidador de perceber sinais de risco e entender e manusear os aparelhos.

O hospital continua responsável pela criança e conta com uma equipe interdisciplinar que realiza os atendimentos no domicílio do paciente. De um lado, isso pode ser entendido pela família como uma invasão, uma vez que profissionais circulam o tempo todo por sua casa, diminuindo sua privacidade; de outro, os benefícios de estar em casa são sentidos pela criança e pela família, que sentem conforto e segurança. O paciente fica acomodado em seu próprio ambiente, em seu quarto, sua cama, junto de seus brinquedos e roupas.

O terapeuta ocupacional pode auxiliar a mãe orientando-a quanto aos cuidados com a criança, à organização do cotidiano e à adequação do espaço físico. É preciso lembrar que a mera transposição do hospital para a casa não garante melhor qualidade de vida para a criança. É necessário investir nela, oferecendo-lhe a possibilidade de se relacionar, de brincar e de explorar os brinquedos e o ambiente de maneira a promover sua existência física e psíquica.

## FAZEMOS PARTE DE HISTÓRIAS

No espaço da brinquedoteca, na casa da criança, no leito, na sala de Terapia Ocupacional ou nos corredores do hospital, apresentam-se, continuamente, pedaços do mundo à criança, por meio das experiências vivenciadas na relação terapêutica. Essas experiências se traduzem na realização de atividades que partem do que a criança pode oferecer como gesto criativo, facilitada pela presença do terapeuta, que abre espaço para o brincar e que ingressa na brincadeira. São situações nas quais a criança faz e retoma ou confirma a confiança de que pode viver de modo criativo na internação e nos momentos de tratamento.

Para a criança que sofreu queimaduras, o bebê que permaneceu algum tempo na incubadora, a criança que nasceu com uma deficiência ou sofreu um trauma

craniano, são propostas e buscadas mudanças a partir dos acontecimentos na relação terapêutica, no sentido da saúde.

De acordo com Kovács<sup>9</sup>, "... segundo o relato dos próprios pacientes, curados do ponto de vista médico, psicologicamente carregam a ferida, as marcas, as memórias da doença" (p. 17). Esses acontecimentos passam a fazer parte da história do paciente. Entretanto, o terapeuta pode acrescentar à experiência de estar pelos espaços do hospital, onde dor, sofrimento e separação permanecem na memória, marcas e registros daquilo que foi vivido como experiência humana enriquecedora na Terapia Ocupacional, guardados e prontos para serem resgatados e utilizados quando necessário.

## Referências Bibliográficas

1. WINNICOTT, D. W. O bebê como organização em marcha. In: WINNICOTT, D. W. *A Criança e seu Mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982. p. 26-30.
2. WAVREK, B. M. Hospital services. In: CASE-SMITH, J.; ALLEN, A. S. *Occupational Therapy for Children*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, 2000. p. 807-822.
3. WINNICOTT, D. W. A localização da experiência cultural. In: WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 133-143.
4. FERREIRA, L. B. B. Terapia ocupacional: uma experiência em UTI pediátrica. *Revista de Terapia Ocupacional PUCAMP – Edição Especial*. Campinas, 1997. p. 32-34.
5. KUJAWSKI, G. M. A crise do século XX. In: KUJAWSKI, G. M. *A Crise do Cotidiano*. São Paulo: Ática, 1998. p. 31-61.
6. WINNICOTT, D. W. Higiene mental da criança pré-escolar. In: SHEPHERD, R.; JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Org.). *D. W. Winnicott – Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 75-88.
7. BRAZELTON, T. B. Ouvindo a criança hospitalizada. In: BRAZELTON, T. B. *Ouvindo uma Criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 157-167.
8. IDE, C. A. C.; SHNECK, C. A.; OLIVEIRA PAZ, M. de. Compartilhando uma vivência limite: as representações de familiares acerca do processo de hospitalização. *O Mundo da Saúde*, 24(24): 278-283, 2000.
9. KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. J. de.; CARVALHO, V. A. de. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 11-33.
10. WINNICOTT, D. W. Visitando crianças hospitalizadas. In: WINNICOTT, D. W. *A Criança e o seu Mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982. p. 249-255.
11. BENETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994, 190p.
12. MITRE, R. M. A. O terapeuta ocupacional nas enfermarias pediátricas. In: *V Congresso Brasileiro / IV Simpósio Latino-Americano de Terapia Ocupacional*. Anais. Belo Horizonte: UFMG, 1997. p. 49-51.
13. WINNICOTT, D. W. *Sab*. Martins Fontes, 1987.
14. BRUNELLO, M. I. B. *Deficiência*. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 2001, 215p.
15. DOMINGUES, A. C. G. *Caracterizar experiências em Terapia Ocupacional*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 1997.
16. KLAUS, M.; KENNEL, M. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
17. CUNHA, N. *A Brinquedo*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 1997.
18. FERRARI, S. M. L. *Terapia Ocupacional no Centro de Estudos de Saúde Mental*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, 1997.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/psiquiatria/psiquiatria.htm>>

13. WINNICOTT, D. W. Saber e aprender. In: WINNICOTT, D. W. *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p. 13-87.
14. BRUNELLO, M. I. B. *Ser lúdico: Promovendo a Qualidade de Vida na Infância com Deficiência*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001, 215p.
15. DOMINGUES, A. C. G.; MARTINEZ, C. M. S. Hospitalização infantil: buscando identificar e caracterizar experiências de terapia ocupacional com crianças internadas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 9(1): 16-29, 2001.
16. KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais e Bebês: a Formação do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
17. CUNHA, N. *A Brinquedoteca: um Mergulho no Brincar*. São Paulo: Maltese, 1994.
18. FERRARI, S. M. L.; TEDESCO, S. Acesso à teoria da técnica de trilhas associativas. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, 5(5): 32-36, 2000.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/homehuman.htm>>. Acessado em: 20/2/02.