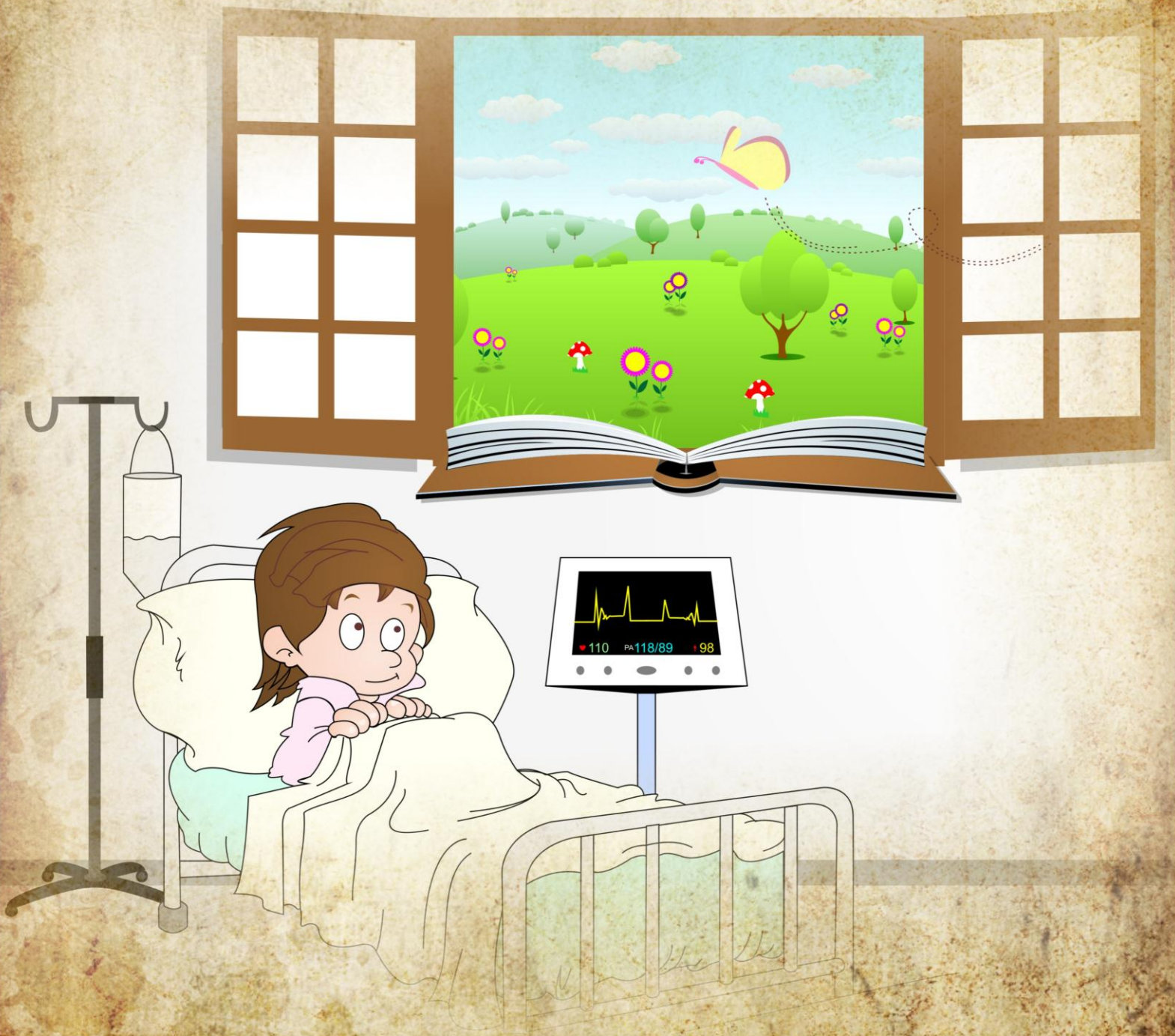
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CONTANDO HISTÓRIAS DE CUIDADO À INFÂNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA



ARIANE CRISTINY DA SILVA FERNANDES

NATAL
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CONTANDO HISTÓRIAS DE CUIDADO À INFÂNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Ariane Cristiny da Silva Fernandes

NATAL

2011

ARIANE CRISTINY DA SILVA FERNANDES

CONTANDO HISTÓRIAS DE CUIDADO À INFÂNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Dissertação elaborada sob a orientação da Professora Dra. Symone Fernandes de Melo e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

NATAL

2011

Catalogação da Publicação na Fonte.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Fernandes, Ariane Cristiny da Silva.
Contando histórias de cuidado à infância em unidade de terapia intensiva pediátrica / Ariane Cristiny da Silva Fernandes. – 2011.
292 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 2011.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Symone Fernandes de Melo.

1. Psicologia clínica da saúde - Natal (RN). 2. Literatura infantil. 3. Serviços de saúde infantil. 4. Unidade de tratamento intensivo - Natal (RN). 5. Fenomenologia. I. Melo, Symone Fernandes de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA CDU 159.922.7

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação "Contando histórias de cuidado à infância em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica", elaborada por Ariane Cristiny da Silva Fernandes, foi considerada APROVADA por todos os membros da Banca Examinadora e ACEITA pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal (RN), 27 de maio de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Symone Fernandes de Melo

Profª. Drª. Izabel Augusta Hazin Pires

Profª. Drª. Elizabeth Ranier Martins do Valle

A velha da casa do alto da serra contava ao menino coisas espantosas:
A velha dizia que havia na terra fadas, feiticeiras e bruxas maldosas.
Mas quando o menino cresceu em idade e trocou a serra pela povoação
E foi para a escola que era na cidade aprendeu as coisas tal como são.
Passaram-se anos e então quis voltar e ao subir a serra ficou admirado de encontrar a velha, que estava a fiar tal como nos dias de tempo passado.
Então, quis explicar-lhe nessa mesma hora tudo o que aprendera e tudo o que ouvira.
Quis dizer à velha que sabia agora que em suas histórias tudo era mentira.
"Tanta coisa, tanta que tu me dizias histórias tão esquisitas e tão baralhadas.
Não sei para quê tantas fantasias se afinal as coisas já estão inventadas.
Lembras-te da bruxa que tinha a mania de andar de vassoura, de varrer o chão, voando nos ares de noite e de dia? Se queria voar... tinha o avião.
E o conto pateta da princesa bela que foge ao gigante seu amo e senhor e deixa-lhe um cuspo a falar por ela tal como se o cuspo fosse gravador?
E aquele rochedo do Ali-Babá que abria e fechava com certas farinhas.
Mas que disparate! Agora há portas que se abrem e fecham sozinhas!"
A velha ia ouvindo toda a explicação que parecia nunca mais ter fim.
Até que encontrou uma ocasião de poder falar, e falou assim:
– Se os homens fizeram o que pensaram, sonharam bem antes de o realizar; e se o conseguiram foi porque o sonharam sonhos que ninguém queria acreditar.
E os contos de fadas, sempre repetidos de velhos e novos pelas gerações, traziam em si sonhos escondidos que os homens guardavam em seus corações.

(Autor anônimo, 1992)

À minha família, minha fada mãe, meu marido rei
e minha filha princesa, sentidos da minha existência...

À pequena Mel (in memoriam), por ter redirecionado os rumos*
deste estudo, e a todas as crianças que estão ou já estiveram
internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica,
pequenos grandes heróis desta história...

AGRADECIMENTOS

Aqui conta-se uma história de gratidão. Trata-se da gratidão que tenho por todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram parte dos caminhos e descaminhos percorridos ao longo da confecção deste trabalho. Várias foram as personagens que me ajudaram a tecer os fios do conto que a seguir se desvela. A eles dedico contos de *Cuidado*, exatamente o que representam para mim...

Cuidar do Ser: Em primeiro lugar, agradeço a *Deus*, que, diante de todos os grandes dragões que precisei enfrentar, me fortaleceu e mostrou saídas quando eu pensava em não mais persistir. Ao meu *Deus*, que apontou aquelas crianças que necessitavam de ajuda, que me colocou no lugar e hora certos.

Mamãe Bela, Mamãe Fera: Em segundo lugar, agradeço à minha querida *mãe*, minha grande fada madrinha, que com seu toque mágico me ilumina todos os dias, me ajuda e me oferece o suporte emocional de que tanto necessitei ao longo de toda a minha vida. Ao seu lado, me sinto cuidada e sempre capaz! Potência de vida e cuidado essencial que permite continuamente o alcance do meu poder-ser é o que você representa em minha vida! Quem dera se todas as nossas crianças pudessem contar com uma mãe como você... *Mãe*, a você devo mais essa vitória!

A Mãe da Menina e a Menina da Mãe: À minha pequena *Mari*, a princesinha desta história, a quem eu devo toda a minha inspiração e, mais que isso, devo a ela todo o sentido da minha existência. Filha, mágico e encantador é poder ser tocada (e me emocionar) diariamente pela luz, pela alegria e pela vida que emanam do seu olhar e preenchem meu caminhar com vitalidade, esperança e uma imensa sensação de plenitude!

O Reizinho Mandão: Ao meu marido, *Juscelino*, pelo apoio, na presença ou na ausência, e pelo ciúme das horas dedicadas ao mestrado. Obrigada, *Cê*, por me reposicionar no mundo e fazer renascer em mim a fé em *Deus*!

O Pequeno Príncipe: À minha orientadora, *Symone Fernandes*, por despertar em mim verdadeira paixão pelos contos de literatura infantil, pela consideração e apoio incondicional, pelas mãos que sempre estiveram estendidas a me acolher, nos momentos de vitórias e de tristeza, de renovação e de desânimo, pela sua fiel companhia e por sua orientação constante, atenta, respeitosa, ética e cuidadosa. Enfim, por acreditar ser possível sempre, por acreditar em meu trabalho, e depositar confiança em mim. Pela sincera paixão que nutriu ao estudo construído, não por mim, mas por nós duas, paixão esta que ajudou a dar sentido a todo o esforço empreendido e me impulsionou a seguir em frente até o final feliz!

O Menino Maluquinho: À querida grande *Mu*, pela amizade sincera, por sua irreverência, seu interesse autêntico, que me permitiu compartilhar os momentos difíceis, pelas gargalhadas que sempre atuam como um chamamento à vida, à alegria, à leveza do existir, por juntas enfrentarmos o passo a passo dessa trajetória, dividindo expectativas, medos, angústias e toda a sorte de sentimentos que emergem diante de grandes desafios.

A Menina que aprendeu a voar: À *Geane*, amiga do coração, que esteve comigo em momentos cruciais, me ajudando nas tormentosas transcrições e, sobretudo, enaltecendo o trabalho desenvolvido e me indicando a necessidade de perseverar.

A Menina Cabeça-de-Vento: À professora *Eulália Maia*, que despertou em mim o interesse pela pesquisa e pela Psicologia da Saúde/Hospitalar e que, com seus puxões de orelha, me sacudiu rumo à retomada do caminho até então trilhado.

Polegarzinha: À professora *Clara Santos*, pela leitura atenta e cuidadosa deste trabalho no nosso segundo seminário de qualificação de dissertação.

A Cigarra e a Formiga: Às minhas colegas de trabalho do Núcleo Articulador da Humanização, *Acácia*, *Geni* e *Sheylla,* que viabilizaram o tempo necessário para me dedicar aos estudos e conseguir conciliar as exigências acadêmicas com as tarefas laborativas. Em especial à *Acácia,* por seu imenso carinho, sua escuta compreensiva, sua sincera admiração pelo trabalho aqui construído e seu acolhimento contínuo que também me fizeram prosseguir.

Hospital não é Mole!: Às minhas colegas de trabalho do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel, *Denilde*, *Ivaneide*, *Jésia*, *Leila*, *Nilza*, *Odete*, *Rosana, Simone* e *Vanessa,* que escutaram pacientemente minhas lamentações com atenção, bom humor e carinho. Em especial à *Leila,* pela compreensão ao ceder o tempo necessário para que eu pudesse trilhar este árduo e delicioso caminho de mestrado. Agradeço desde sempre!

Um Cantinho só pra Mim: A *CAPES*, pela concessão da bolsa de estudos; a *Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, minha segunda grande casa; aos professores e colegas do *Programa de Pós-Graduação em Psicologia*, pelas valiosas discussões e contribuições ao longo do trajeto de mestrado; e aos membros do *Grupo de Estudos em Subjetividade e Desenvolvimento Humano* (GESDH), pelo partilhar de conhecimentos, especialmente os vinculados às noções teóricas heideggerianas.

Quem tem Medo de Quê?: Às professoras, *Dra. Elizabeth Valle* e *Dra. Izabel Hazin*, que aceitaram prontamente o convite para participar da Banca Examinadora deste trabalho.

A Cidade dos Carregadores de Pedras: Às enfermeiras, às técnicas de enfermagem e a todos os profissionais de saúde que fazem parte da equipe de cuidados da UTIPED do CHMWG.

Se Criança governasse o Mundo...: Acima de tudo, agradeço às crianças que fizeram parte deste estudo, as quais bravamente venceram grandes desafios e compartilharam comigo suas lutas e conquistas, ouvindo, criando e recriando contos de *Cuidado*.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS ..... **xii**

RESUMO ..... **xiii**

ABSTRACT ..... **xiv**

CONTANDO HISTÓRIA... APRESENTAÇÃO **15**

INTRODUÇÃO **21**

1. CURAR... PROTEGER... CUIDAR... – A UTI E SEUS VÁRIOS SENTIDOS **28**

1.1 BRANCA DE NEVE E OS SETE ANÕES – ABRIGANDO A VULNERABILIDADE... A CRIANÇA E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA 28

1.2 O PEQUENO POLEGAR E O GIGANTE – PROMOVENDO O CUIDADO... A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS GRAVEMENTE ENFERMAS 41

2. A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL A PARTIR DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL – CONTRIBUIÇÕES DA NOÇÃO DE CUIDADO **48**

2.1 A FÁBULA DE HIGINO – O CUIDADO COMO CONSTITUTIVO DO SER 49

2.2 O PEQUENO PRÍNCIPE – O SENTIDO DO CUIDADO E A PRODUÇÃO DE SAÚDE 60

3. OS CONTOS DE LITERATURA INFANTIL – SEU ENREDO E SUA APROPRIAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO À INFÂNCIA **70**

3.1 OU ISTO OU AQUILO... TECENDO AS DISTINÇÕES NECESSÁRIAS 71

3.2 A FADA MADRINHA E SUA VARINHA DE CONDÃO – NARRATIVAS PRODUZIDAS SOBRE O POTENCIAL TERAPÊUTICO DO CONTO 82

3.3 CONTAR PARA ACOLHER... PROTEGER... CUIDAR – O USO TERAPÊUTICO DA LITERATURA INFANTIL EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA 115

4. MÉTODO **131**

4.1 JOÃO E MARIA – O FENÔMENO A SER DESVELADO 131

4.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA 133

4.3 FLORESTA, CASTELO OU CASEBRE? CARACTERIZANDO O CENÁRIO 136

4.4 CONHECENDO OS HERÓIS E AS OUTRAS PERSONAGENS DESTA HISTÓRIA 139

4.5 CONTO POR CONTO – COMPREENDENDO OS CONTOS E SUAS TEMÁTICAS 148

4.6 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO *CORPUS* DA PESQUISA 151

4.6.1 Delineamento do Estudo 151

4.6.2 Instrumentos e Materiais 152

4.6.3 Pinóquio e Gepeto - O artesão e o desenrolar de encontros com contos e encantos... Descrição do passo a passo 157

4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO *CORPUS* – UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE OS DADOS... REVELANDO SENTIDOS 162

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DESAFIOS METODOLÓGICOS 165

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 172

5.1 ERA UMA VEZ... AS CRIANÇAS DA UTIPED 176

5.2 ENTRELAÇANDO OS SENTIDOS DO CUIDADO – CONTOS LITERÁRIOS E EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA... UMA APROXIMAÇÃO POSSÍVEL 185

5.2.1 Eixo lúdico 186

5.2.2 Eixo reflexivo 199

5.2.3 Eixo afetivo 226

5.3 E, AFINAL, O QUE AS CRIANÇAS ACHARAM DA HISTÓRIA? – NARRATIVAS TECIDAS PELAS PROTAGONISTAS DESTA HISTÓRIA 246

5.3.1 E no fim emergem os significados da experiência contada e vivida... 246

5.3.2 Conto ou não conto? Comentários adicionais 253

6 E VIVERAM FELIZES PARA SEMPRE... CONSIDERAÇÕES FINAIS 258

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 265

ANEXOS 276

APÊNDICES 278

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROTAGONISTAS DA HISTÓRIA 141

QUADRO 2: MATERIAIS ACESSÓRIOS PARA A EFETUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE PESQUISA 154

QUADRO 3: ETAPAS, OBJETIVOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA 156

QUADRO 4: DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO TERAPÊUTICO DAS SESSÕES DE PESQUISA 158

QUADRO 5: ESTRUTURA DA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO *CORPUS* DA PESQUISA 175

RESUMO

Os contos de Literatura Infantil, em seus enredos, assinalam dilemas existenciais do ser humano, como a morte, as situações de separação, perda, abandono, medo, desafios, conquistas, e outros elementos, que os tornam material apropriado para auxiliar as crianças em seu processo de desenvolvimento. Tais elementos presentes nas histórias infantis se aproximam, de modo especial, das experiências vividas por crianças em contexto de hospitalização. Isto posto, pretendeu-se compreender, pautando-se na noção heideggeriana de Cuidado e adotando a Fenomenologia como método, as possibilidades terapêuticas dos contos de Literatura Infantil no cuidado a crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED). Para tanto, elegeu-se como cenário a UTIPED de um hospital público estadual, localizado no município de Natal/RN, e como assistentes de pesquisa quatro crianças internadas em tal setor, com idade entre seis e nove anos, todas do sexo masculino, com quadros clínicos variados, e selecionadas a partir de critérios de faixa-etária e condições clínicas. O procedimento de construção do *corpus* abrangeu oito sessões individuais de contação de história, acompanhadas por recursos lúdicos de expressão. A proposta de compreensão fenomenológica acerca das possibilidades terapêuticas dos contos estruturou-se sob três eixos principais: (1) o eixo lúdico; (2) o eixo reflexivo; e (3) o eixo afetivo. Evidencia-se a adequabilidade da proposta terapêutica ao contexto da UTIPED e o potencial do conto como fator de proteção ao ser criança. A contação de histórias emoldurou um cenário de cuidado incomum em contexto de tratamento intensivo, demarcando ali um espaço simbólico de expressão infantil. Indica-se, com esse estudo, uma proposta terapêutica para o cuidado à criança em UTIPED que considera sua etapa evolutiva, o quadro clínico que lhe acomete e, sobretudo, suas necessidades emocionais diante da imersão em ambiente diverso do seu e repleto de elementos potencialmente prejudiciais ao seu pleno desenvolvimento.

Palavras-chave: Criança, Cuidado, Literatura Infantil, Unidade de Terapia Intensiva, Fenomenologia.

ABSTRACT

The tales of children's literature, in their plots, mark existential dilemmas belonging in human's lives, such as death, situations of separation, loss, abandonment, fear, challenges, achievements and other elements that make them suitable material to assist children in their developmental process. Such elements, present in children's storybooks, are close to the experiences lived by the children in the context of hospitalization in a special manner. With that said this study focus on the understanding of the therapeutic possibilities of the tales of children's literature in the care of hospitalized children in Pediatric Intensive Care Units (UTIPED) based on the Heidegger's concept of Care and adopting the Phenomenology as the method. The UTIPED of a state public hospital located in the municipality of Natal/RN was elected as the study site and four hospitalized children aged between six and nine years, all males, presenting different clinical conditions were selected to participate in the study following age and clinical conditions as the selective criteria. The procedure of *corpus* construction included eight individual sessions of storytelling accompanied by the use of ludic resources. The phenomenological understanding about the therapeutic possibilities of tales was structured under three main elements: (1) the ludic axis; (2) the reflective axis; and (3) the affective axis. The appropriateness of the proposed therapy in the context of the UTIPED and the potential of the tales as a protection factor to the child was evident. The storytelling activity framed a scenario of care unusual in the context of intensive care units, establishing a symbolic space for children's expression. Therefore, this study indicates this therapeutic proposal for children's care in the UTIPED that considers their evolutionary stage, their clinical conditions at the time and especially their emotional needs during their immersion in a diverse and foreign environment which is filled with potentially harmful elements to their full development.

Keywords: Child, Care, Children's literature, Intensive Therapy Unit, Phenomenology.

CONTANDO HISTÓRIA... APRESENTAÇÃO

> *Quando percorremos uma história, muitos caminhos se oferecem: caminhos sinuosos, obscuros, que nos levam a adentrar na floresta, com seus perigos e encantos, desafios e obstáculos. A ela nos entregamos e a ouvimos como a criança que ainda somos.*
>
> (Santos Filho & Arruda, 2005, p. 105)

Eis que um dia se resolve pela mudança. E como toda mudança, não foi fácil. Mas quem disse que procurava algo fácil? Os desafios aquecem minha alma, me fazem respirar mais fundo. Viver! Eis que surge, então, um novo projeto, cercado de cuidado, dúvidas, insegurança, tensão. Medo de errar, de não mais poder, de desistir, de não tentar.

Nas palavras acima tentei tecer o fio de uma história pessoal que versa sobre a trilha de um recomeço. Devo contar.

Minha inquietude com a temática relativa aos contos de literatura infantil surge em uma das aulas referente à disciplina *Psicoterapia Infantil Humanista-Existencial*, ministrada pela minha atual orientadora. Ora, na ocasião, a mesma afirmava serem os contos, em conformidade com a literatura científica especializada, potentes ferramentas para a mediação em ludoterapia, produzindo efeitos plurais no cuidado à criança. Até então, muito havia escutado sobre o brincar, os jogos, o desenho, como promotores do desenvolvimento infantil. Todavia, sobre os contos nada sabia. E aquela nova

informação me chamou a atenção, despertou-me o interesse, queria saber mais, conhecer os contos e tentar reconhecer neles o que os tornam terapêuticos, como podem ajudar as crianças, como atuam em sua subjetividade.

Passado algum tempo, ingresso no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, apostando em um projeto que tinha como intento principal empreender um estudo sobre o potencial terapêutico dos contos para crianças vítimas de abuso sexual. A orientadora sugere modificações pertinentes, no que diz respeito ao público-alvo do estudo. E assim o faço. Delineiam-se então os contornos de um novo projeto de pesquisa. Este teria como objetivo averiguar a função dos contos literários no auxílio a crianças em situação de acolhimento institucional. A questão central a ser respondida seria: que efeitos os contos produzem nas crianças que os escutam? O que esse instrumento de intervenção tem a contribuir na ajuda às crianças abrigadas?

Estabelecidas as questões norteadoras, mergulho em campo para prescrutar suas nuances, discorrer sobre seu dinamismo, conhecer as crianças e seu *locus* de desenvolvimento, qual seja a instituição de acolhimento. Define-se método, inspirado em métodos anteriormente utilizados por pesquisadores do campo, elencam-se instrumentos, etc.

E, no transcurso de um ano, como nos contos de fadas, novos rumos são traçados para o enredo, no meu caso rumos de vida, pessoal, profissional. Desafios são enfrentados, obstáculos vencidos. Talvez o conto, com sua propriedade de ressignificação de histórias, a possibilidade que ele aponta de um novo fim, tenha produzido seus efeitos na aluna que vos fala... Fim e recomeço, marcados por uma série de coincidências, magicamente ocorrem quase que em paralelo. Fim de uma história e o

desenrolar da trilha de um recomeço, já que “não há nada permanente exceto a mudança” (Heráclito, sec. VI a.C., citado em Papalia & Olds, 2006, p. 45).

Como em toda história, vivida, contada ou ouvida, há um divisor de águas e uma questão basal: o que faz você feliz? Dou-me conta do que me faria realmente feliz, do que de fato faria sentido produzir como fruto da tessitura de uma história. Tal história, para ser significativa, manteria como personagens principais as crianças, entretanto inseridas em outro contexto, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED) de um hospital da rede pública estadual. *Locus* de minha atuação profissional recente, o hospital e a área da psicologia hospitalar desperta em mim verdadeira paixão. Somado ao encantamento pelos contos, parecia-me bastante oportuno compreender a natureza terapêutica deles frente às demandas afetivas dos infantes hospitalizados em UTIPED.

Parecia-me relevante, de igual modo, estruturar uma proposta terapêutica direcionada especialmente às crianças em situação crítica, tais como o são aquelas que se encontram em tratamento intensivo, proposta que se mostrasse adequada àquele ambiente, onde os pequenos permanecem imóveis na maior parte do tempo, impedidos de realizar determinadas atividades lúdicas. O ouvir histórias se revelou uma possibilidade de atenção psicológica. Decidi-me por este caminho.

Como se não bastasse todas essas mudanças, rupturas e reviravoltas, não por acaso é que encontro uma princesa nesse caminho. Trata-se da pequena Mel. Convido todos a conhecer sua história.

Era uma vez Mel[1], internada na UTI em virtude de uma crise de apendicite aguda, não tratada devidamente e que, portanto, culminou em um quadro de septicemia generalizada e necrose do intestino. Por trás desse frio diagnóstico, existia uma garotinha de apenas cinco anos, amedrontada com os aparelhos e o barulho da UTI, longe de sua mãe e de seus familiares, sem comer e sem beber, tentando entender o que estava acontecendo com ela, que local era aquele, que pessoas eram aquelas que passavam pra lá e pra cá, que ora brincavam com ela, ora lhe infligiam dor.

Alvo de procedimentos constantes, cirurgia, punções, exames, Mel chorava, pedia por sua mãe, que só podia estar ao lado dela na hora da visita. Pedia que, por favor, alguém lhe desse ao menos água. Sem entender que não podia beber água e nem se alimentar. Pedia então que alguém lhe molhasse os lábios ao menos. E mais uma vez recebia o não como resposta, sem maiores explicações. A expressão de sofrimento e angústia marcava o seu rostinho e nada parecia capaz de lhe aliviar a dor. Naquele momento não só a dor física, mas, sobretudo, a dor emocional.

Nosso primeiro contato foi breve. A criança parecia ter desistido de seus protestos, e eu talvez representasse pra ela mais uma pessoa vestida de branco que iria lhe negar a satisfação de suas necessidades básicas e lhe trazer sofrimento, uma vez que ela não entendia o porquê de tudo aquilo. Mel me olhava com reserva, e respondia monossilabicamente a toda e qualquer tentativa de contato. Virava a cabeça, fingia dormir, não me queria ali.

- *Oi, Mel? Como eu posso lhe ajudar?*
- *Tia, me dá um copo d'água...*

[1] Os nomes das crianças foram alterados tendo em vista preservar suas identidades. Esta observação é válida para todas as demais crianças participantes deste estudo, que tiveram seus nomes substituídos por nomes de personagens de histórias infantis.

- *Infelizmente, meu amor, você fez uma cirurgia na barriginha, não pode beber água por enquanto... E nem se alimentar... Tá vendo esse sorinho ai? Ele é que tá lhe alimentando, deixando forte... É passageiro...*

Nesse primeiro diálogo mais duradouro, tentei explicar pelas vias da razão o que estava se passando. Mel pareceu entender, mas não era o suficiente. Acalanto, proteção, carinho, atenção... pareciam ser essas as suas maiores necessidades. Pergunto então o que ela gostaria de fazer enquanto estivesse ali, ao que ela me responde:

- *Tia, pega aquele livrinho ali que tá com Vitória... Conta a historinha pra mim...*
- *Tudo bem, Mel, vou pegar um livrinho e contar uma história pra você. Você gosta de alguma história?*
- *Qualquer uma, tia, qualquer uma...*

E assim, todas as tardes, já ao me ver no vidro da porta da UTI, antes de entrar, Mel estendia sua mãozinha, num gesto carinhoso, me convidando a contar histórias para ela. Convidando-me a cuidar, a lhe acolher e trazer algum momento de conforto e alegria, em meio àquela confusão de coisas que vivia. Aos poucos, passou a se alimentar e beber água. Aos poucos, foi tecendo os fios de afetividade e carinho para com a equipe e os coleguinhas que ali permaneciam. Aos poucos, preparou a sua despedida. E nos deixou...

Não por acaso a pequena Mel pedia justamente para ouvir histórias. E é à pequena grande Mel que devo o nascimento de um novo projeto. Pleno de sentido para mim.

Chegamos à reta final desse longo caminho, apresentando ao leitor esta dissertação, qual seja: *Contando histórias de cuidado à infância em Unidade de Terapia*

Intensiva Pediátrica. Nas páginas que se seguem, é possível ler o desenrolar de um conto.

Convido o leitor a imergir no mundo encantado da literatura infantil, considerando-a como potencialmente promotora do desenvolvimento infantil, mesmo em meio à adversidade. Iniciemos então nossa história. Espero que seja tão profícua para o leitor como o foi para mim.

INTRODUÇÃO

> *Voar parecia encantadoramente fácil, mas, ao tentarem, primeiro saindo do chão e depois das camas, eles sempre iam para baixo em vez de para cima.*
> *– Como é que você faz? – perguntou João, passando a mão no joelho.*
> *– É só pensar em coisas agradáveis e maravilhosas – Peter explicou –, que os pensamentos levantam vocês no ar.*
> *Claro que Peter Pan estava brincando com eles, porque nenhuma pessoa consegue voar se o pó mágico não for soprado sobre ela. Por sorte, uma das mãos de Peter estava cheia desse pó. Ele soprou uma pitada em cada irmão: o resultado foi incrível.*
>
> (Barrie em *Peter Pan*, adaptado por Sabuda, 2009)

Como apresentado no título desta dissertação, a proposta é estudar e propor como possibilidade psicoterapêutica a utilização dos contos de Literatura Infantil no cuidado a crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED).

Em primeiro lugar, é relevante apreciar a realidade da criança internada em UTI. E aqui então cabe elencar alguns questionamentos: considerando o hospital como instituição de saúde que prioritariamente acolhe a doença, afastando-se das expressões subjetivas daquele que adoece, o que dizer da atenção oferecida quando se trata de um pequeno paciente vivenciando o processo de doença e hospitalização? Que lugar as crianças ocupam na esfera assistencial especializada e que lugar essa esfera ocupa no

seu universo existencial? De que maneira é ofertado o cuidado a esse público, em fase peculiar do desenvolvimento humano? Quais são suas necessidades em face dessa vivência e tudo que ela suscita?

Compreender a criança como ser em desenvolvimento, sujeito de direitos e ser-no-mundo carente de cuidados em prol de sua existência é um primeiro passo a ser dado na busca de responder a tais questões.

Como ser em desenvolvimento, a criança revela-se ativa na construção do mundo, e o faz caracteristicamente por meio do brincar. A construção de sua singularidade, de suas possibilidades de ser-com, de suas formas de compreender e lidar com as vicissitudes do existir, são emolduradas por suas atividades lúdicas (Medeiros & Andreoli, 2008). O brincar poderia, então, ser considerado como constitutivo e constituinte da subjetividade infantil. Daí extrai-se uma reflexão: qual o lugar do lúdico no contexto hospitalar, uma vez considerado como eixo balizador do desenvolvimento do infante?

A resposta a esta pergunta revela, portanto, o quão maléfico pode ser o processo de doença e hospitalização na infância. Ora, se o hospital historicamente se constituiu como lugar onde se tratam doenças, e não pessoas circunstancialmente doentes, de que forma é possível a manifestação de necessidades que transcendem a doença? Em que espaço simbólico há a chance de se fazer expressar as dimensões saudáveis da existência infantil?

Assim como ocorre com os demais sujeitos assistidos na instituição referida, as crianças habitualmente são tratadas como doenças ou órgãos doentes, desrespeitando

suas singularidades e necessidades constitutivas (Angerami-Camon, 2009; Campos, 1995; Chiatonne, 2003).

Diante do exposto, torna-se possível imaginar o lugar ocupado pelo hospital no universo existencial dos pequenos pacientes: um ambiente potencialmente ameaçador, desconhecido, hostil, que separa a criança de sua família, que lhe toma de assalto a independência recém-conquistada, que lhe impõe uma série de restrições (Chiattone, 2003). E, como afirmado logo acima, quando se considera a Unidade de Terapia Intensiva como *locus* de permanência da criança, tende a haver um redimensionamento, particularmente em termos emocionais, das experiências.

Perante esse quadro, o qual ameaça a integridade do desenvolvimento infantil, é imperativo a investigação de métodos capazes de promover o cuidado, fortalecer a resiliência e prevenir o desencadeamento de formas de existência inautênticas derivadas da situação que engloba três elementos principais: afastamento temporário dos familiares e de sua rotina, destituição de sua singularidade enquanto indivíduo em fase peculiar do desenvolvimento e vivência de experiências potencialmente aversivas a sua constituição subjetiva.

Desta feita, pensar e propor o cuidado em UTIPED que transcenda a dimensão essencialmente biológica, considerando a criança em todas as dimensões de sua existência, constitui tarefa a ser cumprida de forma prioritária. O *Cuidado* aqui é entendido como categoria ontológica do existir humano, tal como proposto por Heidegger (1927/2005), e será alvo de considerações posteriormente. Eis então que se inserem os contos literários infantis: como possibilidades de cuidado.

Alguns estudos têm apontado o potencial terapêutico e preventivo dos contos de literatura infantil, evidenciando seu papel como facilitador da expressão de sentimentos, da identificação projetiva, da elaboração de conflitos internos e crenças acerca da experiência vivenciada, como recurso auxiliar e pacificador das emoções (Bettelheim, 2007, Caldin, 2010; Canton, 2009; Corso & Corso, 2007; Góes, 2010; Gutfreind, 2003; Lucas, Caldin & Silva, 2006; Radino, 2003; Rodrigues & Rubac, 2008).

Os contos são concebidos como elementos capazes de fomentar o enriquecimento da vida imaginária das crianças e o processo de ressignificação de suas experiências, sejam elas positivas ou negativas (Bettelheim, 2007; Gutfreind, 2010). São, portanto, possibilidades de *Cuidado*, uma vez que oportunizam o que já era defendido lá no início da era cristã por Fílon e os Terapeutas de Alexandria: "antes de tudo, cuidar do que não é doente em nós, do Ser, do Sopro que nos habita e inspira" (Crema, 1996, citado por Silva, 2006, p. 137).

Em que pese a escassez de trabalhos relacionados ao uso dos contos de literatura infantil no cuidado a crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), o empreendimento de investigação fenomenológica do tema tem como principal objetivo lançar luz sobre tal instrumento e facilitar a compreensão de suas possibilidades psicoterapêuticas. O método fenomenológico, neste sentido, se apresenta como uma das possibilidades plausíveis para acessar o fenômeno tal como ele se impõe à experiência.

Intenta-se, pois, fazer uso do conto de literatura infantil, entender como ele funciona na ajuda psicoterapêutica a esse público específico, apreender como ele atua no sentido de trazer à tona a criança para além da patologia que lhe acomete. Pretende-se considerar o ponto de vista das crianças, o auto-relato de suas experiências quando

em contato com o conto, efetuando uma investigação *com* as crianças, possibilitando que elas ocupem um lugar social diferente do que costumeiramente ocupam (lugar de objeto, seja de intervenção, estudo, disciplinamento, ou educação e moralização), e desse lugar exprimam, simbólica e verbalmente, suas fragilidades e suas potencialidades, num processo mediado pelo conto (Cruz, 2008).

Dito de maneira mais clara, os objetivos do atual trabalho são:

1. **Objetivo geral:** compreender as possibilidades psicoterapêuticas dos contos de Literatura Infantil no cuidado a crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público estadual, localizado no município de Natal/RN.

2. **Objetivos específicos:** (a) entender como a utilização da literatura infantil atua no acesso e compreensão das necessidades da criança gravemente enferma; (b) investigar o papel dos contos na promoção do cuidado à infância frente à experiência de adoecimento, hospitalização e separação dos pais; (c) apreender a construção de sentidos e significados relativos à experiência de adoecimento e hospitalização facilitada pela contação de histórias; (d) compreender a função exercida pelos contos na relação terapêutica entre psicólogo e criança.

Tais objetivos foram lançados visando responder à seguinte interrogação: que efeitos os contos produzem nas crianças que os escutam?

Alguns desdobramentos dessa pergunta inicial são: o que esse instrumento de intervenção, ainda não utilizado amplamente como o são o brincar, os jogos e os desenhos, tem a contribuir na ajuda às crianças hospitalizadas em UTI pediátrica? Em

que medida a interação da criança com a tradição literária pode lhe servir como mecanismo de apoio e proteção a sua saúde psíquica?

No intuito de responder a tais questões, a presente dissertação será desenvolvida por meio dos seguintes capítulos:

1. **Curar... Proteger... Cuidar... – a UTI e seus vários sentidos:** este capítulo está subdividido em dois tópicos. No primeiro tópico, explicitam-se as peculiaridades da esfera hospitalar e os efeitos na subjetividade dos infantes que vivenciam a experiência de hospitalização. O último tópico aborda como a intervenção psicológica pode fomentar espaços de cuidado ao ser-criança.

2. **A hospitalização infantil a partir da Fenomenologia Existencial – contribuições da noção de Cuidado:** o segundo capítulo se subdivide em dois tópicos. O primeiro é dedicado a elucidar, em termos teóricos, a noção de Cuidado heideggeriana. O segundo e último tópico versa a respeito do entrelaçamento entre o sentido do cuidado e a produção de saúde.

3. **Os contos de literatura infantil – seu enredo e sua apropriação terapêutica no cuidado à infância:** mergulha-se no mundo encantado dos contos de literatura infantil, explicitando as distinções entre contos, fábulas, mitos, lendas; alguns trabalhos relevantes que asseveram serem os contos literários instrumentais psicoterapêuticos, bem como trabalhos que apresentam o uso da literatura infantil em âmbito hospitalar.

4. **Método:** são expostas as inquietações e interrogações sobre o fenômeno a ser pesquisado e o caminho metodológico escolhido para respondê-las, com a explicitação do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia. Ademais,

são apresentados os protagonistas do enredo construído e a caracterização do cenário da história. Os procedimentos de construção e de análise do *corpus* da pesquisa são detalhados, bem como os procedimentos éticos e desafios metodológicos.

5. **Resultados e discussão:** o capítulo é dedicado a indicar os resultados alcançados, as aproximações e distanciamentos frente à literatura especializada sobre a temática, os discursos produzidos pelas crianças, os sentidos e significados das histórias compartilhadas.

6. **E viveram felizes para sempre... Considerações finais:** o derradeiro capítulo tece apontamentos sobre a imersão em campo, sentimentos e pensamentos despertados na pesquisadora, os encontros e desencontros da construção de uma história de cuidado à infância em UTIPED.

De acordo com a estrutura apresentada, dá-se início à construção dissertativa.

1. CURAR... PROTEGER... CUIDAR... – A UTI E SEUS VÁRIOS SENTIDOS

> *Trabalhar com crianças doentes e hospitalizadas é uma experiência única, inigualável. É viver cada momento como se fosse o último. É estar junto, sempre. É sorrir, brincar, sofrer. É aprender a viver!*
>
> (Chiattone em *Aprendendo a viver*..., 2003, p. 24)

Este capítulo tem por objetivo apresentar a problemática da criança internada em Unidade de Terapia Intensiva, contextualizando este espaço de oferta de cuidado e a atenção psicológica possível e necessária para auxiliar a criança e sua família no manejo da situação de vulnerabilidade física e psíquica.

1.1 BRANCA DE NEVE E OS SETE ANÕES – ABRIGANDO A VULNERABILIDADE... A CRIANÇA E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Descrita por alguns autores como ambiente asséptico em termos técnico e, sobretudo, afetivo, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) define-se como um setor hospitalar constituído por maquinário de alta eficiência tecnológica de suporte à vida

que assiste de forma especializada e intensiva pacientes em estado crítico, com as mais variadas enfermidades. O objetivo desta unidade é oferecer profissionais especializados e tecnologias avançadas para o diagnóstico, terapêutica e monitoramento contínuo das funções vitais, com vistas à manutenção da vida e à estabilização de quadros clínicos e/ou cirúrgicos que comprometam a sobrevivência do paciente (Dias, Laloni & Baptista, 2008; Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Torres, 2008).

As UTIs podem ser classificadas segundo as patologias predominantes que assistem, como UTI Cardiológica, UTI Geral; de igual modo, podem ser nominadas de acordo com a faixa etária a qual abarcam, como UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal. Essa modalidade de alta complexidade assistencial surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos e se propalou pela Europa nos anos de 1960, em resposta à necessidade de atendimento especializado a pessoas gravemente doentes. Em 1970, as UTI's começaram a ser implantadas também aqui no Brasil (Haberkorn, 2004; Nucci & Perina, 2008; Torres, 2008).

Geralmente as UTI's são estruturadas sob os moldes de um ambiente completamente fechado, com pouca visibilidade e contato com o mundo externo, com iluminação artificial constante e estimulação sonora de repetição produzida pelos aparelhos de monitoramento da vida, obedecendo a uma rotina frenética de cuidados durante 24 horas por dia, contínua movimentação da equipe de saúde, entre outros elementos que dificultam o repouso e relaxamento do paciente. Este comumente se encontra restrito ao leito, sem acompanhante, sendo seus cuidados de higiene pessoal e alimentação assumidos pela equipe de saúde (Dias, Laloni & Baptista, 2008; Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Nucci & Perina, 2008; Pregnolatto & Agostinho, 2010).

A UTI figura como lugar de intensidades, tudo é intenso: os riscos, as emoções, o ritmo de trabalho. A temporalidade da existência parece fixar-se no presente, na situação imediata, que em seu desfecho determinará o prolongamento ou a emergência da condição finita inerente ao ser humano. O tempo é precioso, o tempo é vida na unidade de tratamento intensivo, o que exige condutas no momento exato; rapidez, agilidade, competência, eficiência, eficácia e efetividade são exigências da rotina intensivista (Nucci & Perina, 2008; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Simonetti, 2004; Torres, 2008).

A terapia intensiva é ícone representativo da cultura ocidental, local de maior expressão da racionalidade médica, que anseia pelo poder e saber através da técnica e do domínio sobre o viver e o morrer (Andreoli, 2008; Sá, 2010; Torres, 2008). Nela, o paradoxo existencial entre vida e morte, traduzidos pelos termos sucesso e fracasso terapêuticos coexistem como possibilidades, a despeito da tentativa dos profissionais de saúde de afastar o fracasso como possível desfecho do tratamento concedido aos pacientes. A ambiguidade abrange elementos como a dor, a tristeza e a angústia e, por outro lado, a superação, a alegria e as vitórias (Torres, 2008).

Percebe-se o investimento maciço em aparelhos de alta complexidade voltados ao prolongamento da vida, de um lado, e a pouca atenção à subjetividade humana, de outro (Torreão, Pereira & Troster, 2004; Torres, 2008). Dito de outro modo, acompanhando o progresso tecnológico e o aprimoramento dos recursos existentes para a assistência à saúde, em especial no âmbito da atenção intensiva, pode-se verificar o incremento de práticas tecnicistas, algumas vezes descomprometidas com a qualidade de vida do paciente. Neste contexto, a relação predominante se estabelece entre a equipe

de saúde e os aparelhos que mantêm vivos os pacientes (Andreoli, 2008; Azzi & Andreoli, 2008; Lago *et al.*, 2005; Nucci & Perina, 2008; Torres, 2008).

A inobservância dos aspectos éticos e humanos em prol de uma busca incessante do afastamento temporário e a todo custo da morte pode gerar malefícios ao bem-estar psíquico do paciente e de seus familiares. Os procedimentos, muitas vezes invasivos e dolorosos, o ambiente ordenado por situações de urgência e emergência, vida e morte, entre outros fatores já citados podem contribuir para a instauração e/ou agravamento de distúrbios nas esferas emocional, social e cognitiva. Tais distúrbios podem servir como elemento de retroalimentação da condição física desfavorável do paciente, produzindo ou intensificando os sinais e sintomas que compõem seu quadro clínico (Andreoli, 2008; Dias, Laloni & Baptista, 2008; Lorençon, 1998; Mello, 2008; Nucci & Perina, 2008; Torreão, Pereira & Troster, 2004; Torres, 2008).

No que diz respeito à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), seu objetivo primordial é conservar a vida de crianças e adolescentes gravemente doentes, reduzindo os índices de mortalidade e tentando assegurar melhor sobrevida a esse público. Atende situações de urgência (quadros que podem ser assistidos no período entre 24 e 48 horas) e emergência (quadros de maior gravidade que necessitam de assistência imediata ou até 24 horas) (Dias, Laloni & Baptista, 2008; Scaranto, 2007).

Especialmente nessa modalidade de UTI (pediátrica) se testemunha a possibilidade de inversão da ordem biologicamente determinada do ciclo vital no tocante à morte. Tal possibilidade incrementa a utilização da tecnologia de suporte à vida, perante a dificuldade da própria equipe de saúde em gerir decisões em conjunto com a família a respeito das medidas a serem tomadas nos casos de crianças portadoras de quadros irreversíveis e de prognóstico reservado. A UTI pediátrica amiúde é palco de

violações dos princípios do respeito à autonomia, da beneficência e não-maleficência determinados pela *Bioética* (Garros, 2003; Lago *et al.*, 2005; Nucci & Perina, 2008; Torreão, Pereira & Troster, 2004).

Equipada com um arsenal tecnológico para o enfrentamento de demandas de alta complexidade, a UTI constantemente coloca o médico e demais profissionais de saúde frente a um dilema ético e ideológico que envolve a sobrevivência e a morte (Andreoli, 2008; Hoffmann, 1993; Torreão, Pereira & Troster, 2004). Citando o que Rotta (2005) denomina de cálice sagrado do intensivismo, algumas vezes, é difícil distinguir se o profissional – ao optar por empregar procedimentos de suporte avançado apropriados para situações potencialmente reversíveis em pacientes considerados terminais – está prolongando sua vida, ou seu processo de morte.

Como resposta a tal estado de coisas, segundo Garros (2003), a medicina paliativa está ocupando lugar de destaque nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, como um recurso para a manutenção de uma qualidade de vida e uma morte digna e humana dentro de tal contexto. Deste modo, aliado aos cuidados paliativos dirigidos ao alívio da dor e dos sintomas de desconforto apresentados, há um movimento em prol da criança enferma, movimento este que prevê a abertura da UTI para a participação ativa dos pais, inclusive no momento da despedida, com a inserção de rituais que julguem necessários, bem como o oferecimento de privacidade e da oportunidade de tomar parte nos processos decisórios relativos ao seguimento do tratamento da criança.

Crianças hospitalizadas e/ou gravemente doentes têm sido alvo de vários estudos, que tomam por empréstimo noções teóricas e experiências profissionais para relatar a vivência infantil em hospital (Kudo & Maria, 2009). Há unanimidade entre os autores a respeito da configuração potencial de experiência traumática do processo de

adoecimento e internamento na infância, que habitualmente ocorre de forma abrupta e inesperada, ocasionando intensas transformações (Teles & Valle, 2010).

Diversos são os efeitos elencados como prováveis, tais como: ansiedade, medo, insegurança, sensação/fantasias de abandono e temor à perda do amor das pessoas queridas, distúrbios comportamentais variados (como a regressão), inapetência, irritabilidade/agressividade, intolerância, raiva/revolta, tristeza, estados depressivos, isolamento, negativismo/oposicionismo, temor à aproximação, alteração da autoimagem/autoestima/autoconceito, embotamento afetivo, instabilidade emocional, apatia, conformismo, sensação de perda, de culpa, de castigo/punição, distúrbios psicossomáticos e do sono, dentre outros (Azzi & Andreoli, 2008; Baldini, 1997; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Dias, Laloni & Baptista, 2008; Fortuna, 2007; Kudo & Maria, 2009; Lima, 2004; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010).

Entretanto, como afirmam Valle e Françoso (1997), as reações perante o adoecer são reveladoras dos modos de existência da pessoa acometida. Desta feita, os efeitos da hospitalização sofrerão influência das características singulares da criança, como disponibilidade ou não para mudanças e adaptações, idade, sexo, modo de ser e de se relacionar com as pessoas, contexto familiar e de desenvolvimento, experiências anteriores e ao longo do internamento (compensatórias ou invasivas), relacionamento com a equipe de saúde, tipo de internação (via ambulatório/enfermaria ou via serviço de pronto socorro), natureza (se aguda, crônica e/ou terminal) e evolução da doença, rotinas e procedimentos aos quais a criança é submetida, duração do internamento, entre outras (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010;

Lima, 2004; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Scaranto, 2007; Torres, 2008).

Considerando a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), a qual em algumas instituições destitui o direito básico da criança de permanecer acompanhada por seus pais (realidade parcialmente modificada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990, e pela Cartilha dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, Resolução nº 41/1995 – CONANDA), principalmente sob a égide da necessidade de conservação da assepsia do ambiente, os efeitos citados como prováveis galgam maior expressão e podem efetivamente delinear os contornos do modo de enfrentamento das crianças diante da hospitalização em tal unidade (Azzi & Andreoli, 2008; Baldini, 1997; Barbosa & Rodrigues, 2004; Campos, 1995; Chiattone, 2003, 2011; Lima, 2004; Nucci & Perina, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Scaranto, 2007; Teles & Valle, 2010).

Com a atenção focalizada no monitoramento incessante da vida, na realização de atendimentos emergenciais, no cumprimento de protocolos técnicos medicamentosos e de rotina, comumente os profissionais de saúde que executam suas atividades diárias no *locus* intensivista pouco ou nada atentam para as necessidades infantis que transcendem o cuidado ao corpo adoecido, interpretando inclusive com certo estranhamento os protestos, choro, irritabilidade e/ou apatia dos pequenos seres alvos de seu cuidado. A criança, não diferente dos demais pacientes, comumente é vista e identificada como um órgão doente, um diagnóstico médico, um número de leito ou de prontuário. Seus familiares são habitualmente alijados do cuidado, agora delegado exclusivamente à equipe de saúde, uma vez que a mesma é que supostamente detém o poder e o saber técnicos necessários à manutenção da vida da criança (Azzi & Andreoli, 2008;

Chiattone, 2003; Fortuna, 2007; Haberkorn, 2004; Lima, 2004; Nucci & Perina, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Torres, 2008).

Espaço completamente diverso do seu, a UTIPED exige da criança um alto grau de esforço, em termos cognitivo e emocional, para, em primeiro lugar, tentar compreender o que lhe ocorre, o que está fazendo naquele lugar, qual o objetivo de todos aqueles que a manipulam e a fornecem por hora os cuidados básicos, para que servem todos os aparelhos que a cercam e emitem sons estranhos e repetitivos, por que seus pais e demais familiares não estão ao seu lado, qual a função dos medicamentos e demais procedimentos, dentre outros elementos que lhe são estranhos e que por isso mesmo podem lhe causar temor, ansiedade, fantasias e dúvidas (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003; Hoffmann, 1993; Kudo & Maria, 2009; Lima, 2004; Lindquist, 1984; Medeiros & Andreoli, 2008; Nucci & Perina, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Scaranto, 2007; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

Entendida como fase específica do desenvolvimento humano, em que se adquirem importantes habilidades físicas, cognitivas, sociais e afetivas, a infância se constitui e é constituída com a inserção da criança no mundo, em interações dentro e fora da família, em instituições como a escola, a comunidade, a igreja, dentre outras. Um dos principais eixos estruturantes da subjetividade infantil é a atividade lúdica. Outro eixo estruturante paralelo a esse são seus relacionamentos afetivos, especialmente com seus pais e/ou figuras significativas de cuidado (Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010). E são notadamente os dois eixos estruturantes do viver infantil aqui apontados diretamente afetados pelo ingresso na UTIPED, espaço físico o qual privilegia a técnica em detrimento da noção humana de cuidado (Silva, 2008).

As consequências nocivas da hospitalização sobre o desenvolvimento da criança envolvem, ainda, o transtorno da dinâmica familiar, a interrupção ou retardo do processo de escolarização, a interferência no cotidiano e no processo evolutivo infantil, a limitação de suas atividades lúdicas e de estimulação, a intensificação do sofrimento físico determinado pelas condutas diagnósticas e terapêuticas, a interpretação dos procedimentos, desconhecidos e/ou não comunicados, como agressões físicas e psíquicas (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Fortuna, 2007; Kudo & Maria, 2009; Lima, 2004; Lindquist, 1984; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010).

Todavia, o maior malefício trazido se refere à separação da criança gravemente doente de seus pais, conforme já mencionado, precisamente diante de uma experiência altamente crítica de sua existência, em que ela carece do apoio e atenção materna/paterna e/ou de uma figura (parental ou não) significativa, e pode compreender a ausência de seus entes queridos como indicativo de abandono. Tal malefício deve estar claro para todos aqueles que, no afã de suas atividades cotidianas no hospital proíbem a presença de familiares junto a seus filhos em UTI's, mostrando-se por vezes insensíveis ao sofrimento da criança afastada das pessoas com as quais mantém vínculo (Campos, 1995; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Lima, 2004; Lindquist, 1984; Nucci & Perina, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Scaranto, 2007; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010).

Mesmo perante as adversidades, aos poucos o ambiente intensivista pode tornar-se menos amedrontador, especialmente quando são estabelecidas relações balizadas pela confiança, pelo cuidado, proteção, segurança, sinceridade, quando as informações e

procedimentos relativos à doença e hospitalização passam a ser assimilados e compreendidos pela criança e sua família. Se à criança é ofertado um espaço lúdico em que possa esclarecer suas dúvidas e expressar suas opiniões, o conteúdo emergente provavelmente será rico, demonstrando o nível de compreensão que detém sobre sua doença e tratamento. Ela pode encontrar formas saudáveis e criativas para manejar a situação, revelando o que adquiriu de conhecimento no tocante à sua experiência de internamento; e, a depender do tempo de hospitalização, formar laços de amizade e compartilhar suas vivências. Ademais, estar em um setor especializado e dotado de múltiplas possibilidades de intervenção para reabilitação pode gerar sentimentos de confiança na sobrevivência e cura (Kudo & Maria, 2009; Nucci & Perina, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Torres, 2008).

A vivência em Unidade de Terapia Intensiva comumente é permeada por conflitos e sentimentos ambivalentes cultivados não só pelas crianças, como também pelos familiares e pela equipe de saúde. Isto porque, muitas vezes desconhecido e assustador para alguns, tal ambiente de assistência à saúde carrega consigo representações fortemente negativas relacionadas ao agravamento da enfermidade e à iminência de morte (Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Nucci & Perina, 2008; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Torres, 2008).

Considerando a constelação familiar, quando um membro de tal constelação adoece, todos os outros padecem, já que frente à doença e à necessidade de hospitalização, a dinâmica familiar sofre modificações significativas, uma desorganização vinculada ao sentimento de vulnerabilidade. Perante a instalação da doença, os familiares podem se sentir impotentes e manifestar atitudes de desespero, desesperança, sentimentos de solidão, de culpa, impotência, fracasso, incredulidade,

raiva/hostilidade, ansiedade, medo, desintegração familiar, frequentemente lançando mão de mecanismos de defesa variados, superproteção ao filho doente, afastamento/rejeição ao filho, negação da gravidade da doença, emergência de doenças em outros membros, etc. (Borges, 2009; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Favarato & Gagliani, 2008; Haberkorn, 2004; Lima, 2004; Lorençon, 1998; Nucci & Perina, 2008; Oliveira, 2007; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Scaranto, 2007; Torres, 2008).

Contribuem ainda mais para o desajustamento emocional da família as atitudes da equipe de saúde, que, por diversas ocasiões, omite informações sobre o quadro clínico da criança, trata de forma desrespeitosa os familiares e dificulta o acesso destes às visitas médicas e aos prontuários. É necessário ter em mente que a doença, a hospitalização e a morte são experiências que atingem de forma intensa todo o núcleo familiar, devendo ser este tomado como um dos pontos de intervenção. Faz-se mister o incentivo à participação da família em todo o período de internamento em UTI, mantendo-a consciente do real estado de saúde e do prognóstico do paciente e, ao mesmo tempo, alimentando a esperança na reabilitação tendo em vista preservar a orientação para o futuro e evitar o possível desinvestimento afetivo diante da possibilidade de perda do infante (Azzi & Andreoli, 2008; Barbosa & Rodrigues, 2004; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Haberkorn, 2004; Lima, 2004; Lindquist, 1984; Lorençon, 1998; Nucci & Perina, 2008; Poles & Bousso, 2006; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

A relevância da preparação dos pais para o devir se situa na necessidade destes contribuírem efetivamente com o tratamento, transformando-se em elementos ativos e participantes de todo o processo. Isto, a depender do desfecho do internamento em UTI,

facilitará a vivência de um luto saudável, o que poderá preservar a integridade psíquica da família. Sendo assim, prestar assistência à criança deve significar também considerar o seu entorno sócio-afetivo, o que engloba a assistência à família. Oferecer apoio à mesma, informar acerca da evolução clínica da criança e favorecer a compreensão da situação vivenciada torna-se tarefa indispensável e medida básica no processo de relação de ajuda (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Lima, 2004; Lorençon, 1998; Nucci & Perina, 2008; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

Infelizmente, a assistência centrada na criança e na família é um movimento ainda muito incipiente entre os profissionais de saúde e depende em boa parte da motivação pessoal de cada um (Pauli & Bousso, 2003). Geralmente, a família não é valorizada no contexto hospitalar, sendo poucos os profissionais de saúde que conseguem compartilhar o espaço com ela e concebê-la como um sistema enfraquecido pela enfermidade de sua criança, bem como uma ferramenta essencial na terapêutica por promover o bem-estar e a confiança do pequeno paciente. A atitude mais comum é considerar a família como um elemento intruso, o qual apenas atrapalha a rotina da assistência e conserva a intenção de supervisionar o trabalho dos profissionais (Azzi & Andreoli, 2008; Barbosa & Rodrigues, 2004; Chiattone, 2003, 2011; Nucci & Perina, 2008; Scaranto, 2007; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

Verifica-se ser de suma relevância que os membros da equipe sejam capazes de projetar-se no lugar daquela família que sofre, tendo em vista melhor avaliar a dimensão da inquietude e do sofrimento experimentado e ampliar o espectro da atuação profissional para além da cura, auxiliando tal família a se aproximar da criança no momento da perda e promover a despedida (Poles & Bousso, 2006). O profissional,

deste modo, percebe que o universo do cuidar é bem mais abrangente que o do curar, já que ele não poderá curar sempre, mas sempre poderá cuidar e amenizar o sofrimento.

Até aqui se discorreu sobre a criança e sua família no enfrentamento da situação de adoecimento e hospitalização em UTI. Cabe questionar: e os profissionais de saúde, como se situam existencialmente frente ao contexto da terapia intensiva? O "modo-de-ser-profissional-de-saúde" parece implicar ambivalência nas relações mantidas com o exercício de suas atividades laborais e com as pessoas de quem cuidam. Sentimentos de aflição, tristeza, temores e um alto nível de ansiedade e estresse podem compor seu quadro psicológico. Lidar com a possibilidade de morte a todo instante, imerso em uma rotina frenética na busca de manter a vida, traz à tona uma forte carga emocional que produz efeitos comportamentais adversos a curto, médio e longo prazo (Borges, 2009; Favarato & Gagliani, 2008; Torres, 2008).

Um desses efeitos é a assunção de postura fria e distante por parte do profissional no relacionamento com o paciente e sua família. Presume-se que esta atitude seja um elemento de defesa contra o envolvimento afetivo, na tentativa de evitar o consequente sofrimento. Esse afastamento emocional por parte dos profissionais é acompanhado, por vezes, por sentimentos de depressão, culpa pelo "sofrimento administrado", fracasso/impotência/frustração, prejuízo do raciocínio clínico, comportamentos estereotipados e/ou aditivos (toxicomania), agressividade e autoritarismo, desumanização da assistência, temor à morte e à própria condição de finitude, podendo gerar inclusive conflitos entre os integrantes da equipe como reação à angústia transmitida pelos pacientes e seus familiares (Borges, 2009; Chiattone, 2011; Lorençon, 1998; Torres, 2008).

Assim, percebe-se que por trás de uma apresentação fria e tecnicista, há um misto de sentimentos de culpa, impotência, fracasso, medo e insegurança, o que torna difícil lidar com a situação de maneira satisfatória, bem como acolher eficazmente as pessoas envolvidas (Poles & Bousso, 2006; Torres, 2008). A convivência diária com pacientes críticos, em contraponto, pode gerar a manifestação de uma conduta, mais humana e afetiva, de aproximação dos familiares e pacientes, optando o profissional por compartilhar a dor e sofrimento sentidos (Hoffmann, 1993).

Em suma, é função da UTI Pediátrica, também, cuidar da criança e de sua família, considerando todas as dimensões de seu existir, transcendendo o tratamento à doença restritivamente (Scaranto, 2007).

Ora, dada a materialidade do cuidado técnico, o distanciamento emocional mantido pelos profissionais de saúde em relação às crianças que assistem, o afastamento temporário das figuras de referencial afetivo para a criança, a ruptura com o seu cotidiano e seu modo de ser, a imersão em ambiente desconhecido e ameaçador, e a negligência a eixos estruturantes de seu existir, que revelam suas necessidades e fragilidades, lança-se a indagação: há espaço para o cuidado à infância, ao ser-criança em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

1.2 O Pequeno Polegar e o Gigante – Promovendo o Cuidado... A Intervenção Psicológica na Assistência a Crianças Gravemente Enfermas

Este tópico abordará a atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Para autores como Chiattone (2003, 2011), Lorençon (1998), Teles e Valle (2010) e Torres (2008), a intervenção em UTI deve priorizar a comunicação terapêutica, no sentido de reduzir os níveis de ansiedade, conflitos e sofrimento psíquico do paciente e sua família em face do processo de hospitalização, além de incentivar a participação ativa desses atores, facilitar a compreensão e a adaptação ao processo vivenciado. De igual modo, essa comunicação terapêutica deve ser dirigida à expressão de sentimentos e pensamentos, oferecendo o apoio emocional necessário e estimulando a manutenção do equilíbrio.

Quando a pessoa hospitalizada é uma criança, o recurso principal a ser utilizado pelo psicólogo é a atividade lúdica, já que esta é parte essencial do processo evolutivo infantil, é a linguagem constitutiva e um dos elementos estruturantes e mantenedores da saúde mental na infância. O brincar, o brinquedo e o jogo são amplamente defendidos como instrumentais importantes para a promoção da saúde, das habilidades motoras, cognitivas, sociais e afetivas, do autoconhecimento, da reflexão e expressão de sentimentos inquietantes e dolorosos, da formação de vínculos e socialização, da interação profícua com o mundo, organizando percepções, experimentando e solucionando desafios, aprendendo a reconhecer e respeitar regras e limites, orientando a ação e o pensamento da criança de forma espontânea e prazerosa (Azevedo, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Fortuna, 2007; Gimenes, 2007; Góes, 2010; Kudo & Maria, 2009; Lange & Matina, 2008; Lindquist, 1984; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Oliveira, 2007; Romano, 2008; Silva, 2008; Sunderland, 2005; Teles & Valle, 2010; Vieira & Carneiro, 2008).

Diante da alta relevância do brincar na vida das crianças, o que dizer a respeito de seu valor para aquelas que se encontram hospitalizadas em UTIPED? Qual a relação entre o brincar e a promoção da saúde? E o que pode acontecer quando privamos essas crianças, em situação de crise e de alta vulnerabilidade psíquica, da atividade que lhes é de extrema utilidade em seu cotidiano para enfrentar situações conflituosas e difíceis?

A significância do brincar no hospital é consenso entre os autores que versam sobre a hospitalização na infância.

Como dito no tópico anterior, a hospitalização em terapia intensiva representa para a criança um evento adverso, por produzir uma série de modificações em sua rotina, como o afastamento temporário de suas figuras parentais e de seus amigos, da escola, além de ser o ambiente completamente desconhecido e ameaçador para ela. O brincar como recurso terapêutico pode contrabalancear as experiências negativas da internação e possibilita à criança compreender sua vivência da maneira como lhe é possível, exprimir desejos, medos, fantasias, dúvidas, e superar os obstáculos e as tensões que o processo de adoecimento lhe impõe. Uma criança gravemente doente pode, por meio do brincar, resgatar os aspectos sadios de sua existência e se situar de maneira ativa perante o adoecer, experienciando a infância em sua dimensão lúdica, mobilizando sua capacidade imaginativa, sua autoconfiança e segurança, mesmo em meio ao contexto de adversidades inerentes à hospitalização em UTI. De certo modo, por meio da brincadeira transformam-se as desventuras do adoecimento e hospitalização a favor do desenvolvimento infantil (Chiattone, 2003, 2011; Favarato & Gagliani, 2008; Fortuna, 2007; Gimenes, 2007; Lange & Matina, 2008; Lindquist, 1984; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Oliveira, 2007; Romano, 2008; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Vieira & Carneiro, 2008).

Scaranto (2007) propõe, como atividades que podem promover um ambiente de acolhimento, entretenimento e bem estar na UTIPED, o *Teatro de Clown* (teatro de palhaços que faz uso da brincadeira dirigida com vistas a trabalhar humoristicamente com elementos constitutivos do contexto de internamento); a *Brinquedoteca* adaptada ao contexto em questão por meio de brinquedoteca móvel ou baú de brinquedos (espaço lúdico regulamentado pela Lei Federal nº 11.104/2005 e destinado à execução de atividades livres e dirigidas, de cunho terapêutico, recreativo e/ou educativo); e o *Contador de histórias* (definido como integrante de equipes especializadas e treinadas para contar histórias às crianças hospitalizadas, selecionando textos de acordo com a idade e patologia).

Atividades como desenho e pintura, recorte e colagem, modelagem, teatro de fantoches, dramatização, contação de histórias, entre outras, são citadas como importantes para propiciar à criança expressar suas inquietações, distinguir seus afetos, colocar em ação sua capacidade criativa, ensaiar e, então, elaborar e enfrentar as situações vividas, perceber e interpretar a hospitalização e assumir atitudes profícuas perante a situação que vivencia. O psicólogo, que deve focar sua intervenção na experiência de adoecimento e hospitalização em UTI e na utilização de meios lúdicos de expressão simbólica, adota uma relação de empatia e abertura ao ser criança e suas possibilidades de existir e lidar com a doença (Chiattone, 2003, 2011; Favarato & Gagliani, 2008; Oliveira, 2007; Teles & Valle, 2010).

É fundamental que a criança seja ouvida em suas necessidades e informada sobre o que lhe ocorre, respeitando seu direito de participar ativamente do tratamento e das decisões sobre sua vida. Isto permite ao infante aderir de forma satisfatória aos procedimentos. Ademais, permite estabelecer com os membros da equipe e com sua

família uma relação de confiança, abandonando crenças e fantasias sobre o adoecimento, e mobilizando recursos favoráveis para organizar sua experiência, amenizar seu sofrimento e lidar de forma criativa com a hospitalização (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Lima, 2004; Medeiros & Andreoli, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Oliveira, 2007; Teles & Valle, 2010).

Faz-se de suma importância o acolhimento aos familiares da criança, com a efetuação de orientações acerca da Unidade de Terapia Intensiva e seu funcionamento, bem como a prestação de esclarecimentos sobre a forma como encontrarão a criança dentro da UTI e a facilitação da interação entre a família e o paciente, tarefa que pode ser realizada antes da visita diária. Também é relevante incentivar a reflexão e a revisão dos papéis de cada membro na estrutura familiar, visando facilitar as adaptações necessárias no modo de operar da família em relação à criança doente. A reflexão, de igual modo, pode ser direcionada a escutar, acolher e clarificar junto à família o sentido e significados que atribui à situação de internamento do filho em unidade intensivista. Deste modo, poderá favorecer junto à família a ocupação do lugar de continência para o pequeno paciente (Azzi & Andreoli, 2008; Borges, 2009; Chiattone, 2003, 2011; Favarato & Gagliani, 2008; Haberkorn, 2004; Lorençon, 1998; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Pregnolatto & Agostinho, 2010; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

No que tange ao relacionamento entre equipe de saúde-paciente-família, o psicólogo, por vezes, representa uma fonte segura de suporte afetivo, o que pode ser usado como um instrumento para fortalecer o sentimento de confiança nos cuidadores e a adesão satisfatória ao tratamento. Fomentar a comunicação compreensiva entre equipe de saúde e familiares também é tarefa essencial (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone,

2003, 2011; Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

No trabalho em equipe, é imprescindível que o psicólogo atue com vistas a favorecer a interdisciplinaridade, tomando parte nos estudos sobre o quadro clínico da criança, por meio de discussões integradas com a equipe, e nas decisões que envolvam dilemas da esfera bioética, como, por exemplo, os casos em que há de se decidir o que se fará frente ao desejo da criança de saber a respeito de seu quadro clínico, a despeito da determinação de seus pais para que não sejam fornecidas informações deste tipo à mesma. Somente através da instauração de uma prática interdisciplinar é que o psicólogo e demais profissionais poderão efetuar cuidados de saúde sob a perspectiva da humanização. Na interação com os colegas, seja nas discussões de casos clínicos ou em ocasiões diversas, o psicólogo pode facilitar a abertura de um espaço institucional para que os demais profissionais possam expressar os sentimentos e ansiedade mobilizados pela lide diária com pacientes terminais, objetivando promover um melhor preparo dos colegas frente à morte. O trabalho pode ser feito por meio de grupos terapêuticos, rodas de conversa, grupos de discussão, cursos e seminários (Azzi & Andreoli, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Favarato & Gagliani, 2008; Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Torres, 2008).

Outras medidas que podem ser sugeridas pelo psicólogo, com vistas a tornar a UTI pediátrica um ambiente menos hostil, consistem em modificações ambientais, que envolvem a decoração com a inserção de motivos infantis; modificações também nas normas de acesso à UTI, flexibilizando horários de visita e garantindo a presença de um familiar junto à criança; incentivo à participação dos pais nos cuidados ao filho; realização de trabalhos em grupo com os pais (grupos terapêuticos e/ou operativos), em

que estes possam compartilhar a experiência de ter um filho internado em UTI; consecução de intervenções dirigidas à equipe de saúde, no sentido de trabalhar as resistências nutridas pela mesma no que tange à flexibilização das normas e ao convívio mais acentuado com os familiares, procurando o psicólogo promover um relacionamento harmonioso entre a equipe, os pacientes e seus familiares (Borges, 2009; Chiattone, 2003, 2011; Favarato & Gagliani, 2008; Haberkorn, 2004; Mello, 2008; Pauli & Bousso, 2003; Scaranto, 2007; Torres, 2008).

No que diz respeito à postura exigida do profissional de Psicologia, torna-se imperativo o exercício da empatia, do interesse sincero pelo paciente e sua situação atual, o estabelecimento de aliança terapêutica satisfatória, colocando-se à disposição caso o paciente sinta necessidade de atendimento psicológico. A inserção do psicólogo na assistência em UTI pode configurar uma abertura à subjetividade, ao olhar que transcende o corpo adoecido e promove o cuidado ao ser criança em sua integralidade existencial (Borges, 2009; Favarato & Gagliani, 2008; Teles & Valle, 2010).

Feitas as considerações sobre a UTIPED, as principais personagens que compõem o cenário e a intervenção psicológica, dar-se-á início ao segundo capítulo, referente à noção heideggeriana de cuidado e as práticas de saúde.

2. A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL A PARTIR DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL – CONTRIBUIÇÕES DA NOÇÃO DE CUIDADO

> *– ... Tu procuras galinhas?*
> *– Não – disse o príncipe. – Eu procuro amigos. Que quer dizer "cativar"?*
> *– É algo quase sempre esquecido – disse a raposa. – Significa "criar laços"...*
> *– Criar laços?*
> *– Exatamente – disse a raposa. – Tu não és ainda para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho necessidade de ti. E tu também não tens necessidade de mim. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo...*
>
> (Saint-Exupéry, 1943/2006, pp. 67-68)

As próximas linhas serão dedicadas a tecer os fios que integram a noção heideggeriana de *Cuidado*, entendido como condição ontológica do humano, às práticas de promoção e manutenção da saúde.

Três são os eixos centrais deste trabalho, como pode observar o leitor. De um lado, os contos de literatura infantil e suas propriedades psicoterapêuticas; do outro, a noção de *Cuidado* enquanto constitutivo do ser-no-mundo. E, permeando estes dois

eixos, a condição de adoecimento e hospitalização em UTIPED na infância. É na interposição entre os três eixos que reside o foco da pesquisa empreendida.

2.1 A FÁBULA DE HIGINO – O CUIDADO COMO CONSTITUTIVO DO SER

> Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil" (Fábula-mito de Higino, extraído de Boff, 2008, p. 46).

A *fábula-mito do Cuidado essencial*, acima reproduzida, é de origem latina com base grega e galgou seu contorno literário definitivo pouco antes de Cristo em Roma. Seu autor, *Higino*, era um escravo egípcio e, anos depois, se tornou diretor da Biblioteca Palatina em Roma (Boff, 2008).

A *fábula-mito de Higino* é referida por Martin Heidegger como emblemática para versar a respeito do caráter ontológico do *Cuidado* para o ser humano. Discorre sobre a criação do homem, moldado pelo *Cuidado* a partir de uma porção de barro. Ilustra simbolicamente a noção de que o *Cuidado* é o fundante do existir humano. Disso resulta a ideia de que o ser do homem tem sua existência permanentemente constituída pelo *Cuidado*, é dele que emana o ser e sem ele o homem seria apenas um pedaço de barro, desprovido de forma e de vida, tal como os entes simplesmente dados (Silva, 2006).

Fernandes (2011) faz uma instigante análise da fábula-mito apresentada a partir das ideias de Heidegger:

> Nesta fábula, vemos testemunhado o saber de que o ser, a partir do qual emerge e se configura o humano, enquanto filho do *Céu* e da *Terra*, encontra a sua origem primordial no *Cuidado*. O humano é cidadão de dois reinos, mas seu ser se recolhe na unidade do cuidado. Ao cuidado ele pertence, enquanto viver. Esta origem o tem e não o abandona, enquanto ele vigora como ser-no-mundo. Essa é, afinal, a decisão do *Tempo* (Saturno). Viver é, para nós, cumprir esta decisão do Tempo, a saber, realizar a determinação de que pertencemos ao cuidado, do nascer ao morrer, dia e noite, a cada momento e em todo o lugar. Somos, antes de tudo, filhos do cuidado: é no cuidado que irrompemos para o existir, é nele que somos gerados como ser-no-mundo, é nele que nos formamos e nos constituímos como o ser que somos (p. 21-22).

Em que pesem os simbolismos impregnados nas palavras que, como advogam os filósofos, gestam significados existenciais, é relevante resgatar aqui uma breve análise das origens do vocábulo cuidado, conforme apresentado por Boff (2008). Um unívoco erudito de cuidado é a palavra cura, ou *coera* – tal como se escrevia cura em latim em sua forma mais antiga. Este vocábulo era contextualmente usado frente a relações de

amor e amizade, denotando atitude de desvelo, preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por objeto de estima. Alguns filólogos, de igual modo, apontam a palavra em latim *cogitare-cogitatus*, e sua corruptela *coyedar, coidar,* como possibilidades de tradução do sentido etimológico do termo cuidado, mantendo o mesmo significado de cura, ou seja, cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar atitude de desvelo e de preocupação. (Boff, 2008; Silva, 2006)

No estudo empreendido, trabalha-se, pois, com a noção de *Cuidado*, a partir das ideias de Martin Heidegger (1889-1976), considerado o "filósofo do cuidado". Para compreendermos a centralidade do cuidado no pensamento deste autor, é importante discorrermos sobre algumas de suas ideias.

Heidegger (1927/2005) denomina *Dasein* (Ser-aí) o ente que nós mesmos somos, que tem o modo de ser do homem, que não possui uma essência positiva determinada *a priori*, de modo que o que ele é está sempre em jogo no seu existir. O *Dasein* diferencia-se dos entes simplesmente dados que, embora intramundanos, são destituídos de mundo, "não possuem o caráter da *pre-sença*" (p.165). Considerando-se mundo como "estrutura de sentido, contexto de significação, linguagem, sempre historicamente em movimento" (Sá, n.d., p. 02), compreendemos que o ente que é segundo o modo de ser-no-mundo é o homem.

"A expressão ser-no-mundo revela a unidade estrutural ontológica da existência do *Dasein*" (Sá, n.d., p. 02). O *Dasein* se dá sempre "no mundo", numa estrutura de significância, num contexto de relações. (Sá, 2002, p. 259). *Da-sein* significa uma abertura "de um âmbito do poder-apreender daquilo que aparece e que se lhe fala a partir de sua clareira" (Heidegger, 1947/2009, p.33).

Segundo Heidegger (1927/2005), o esclarecimento do ser-no-mundo mostrou que, de início, um mero sujeito nunca é dado sem mundo, tampouco é dado um eu-isolado, sem os outros. O mundo da pre-sença é sempre mundo compartilhado. A palavra cuidado (*Sorge*) é utilizada para significar a característica ontológica do ser-no-mundo de estar sempre em relação com outrem.

> O modo de ser da pre-sença dos outros que vêm ao encontro dentro do mundo se diferencia da manualidade do ser simplesmente dado. O mundo da pre-sença libera, portanto, entes, que não apenas se distinguem dos instrumentos e das coisas, mas que, de acordo com seu modo de ser de pre-sença são e estão "no mundo" em que vêm ao encontro segundo o modo de ser-no-mundo. Não são algo simplesmente dado e nem algo à mão. São como a própria presença libertadora – são também co-presença (p.169).

O *Cuidado*, assim como os demais existenciais, revela a condição ontológica que guarda consigo diversos modos ônticos de expressão cotidiana, que vão desde o modo da indiferença, passando pelo modo amoroso, até o modo da pré-ocupação.

A partir da apreensão de suas dimensões ontológica e ôntica, torna-se possível compreender o duplo sentido do cuidado, tal como proposto por Heidegger, que diz respeito ao modo do ser humano se relacionar com os outros e com as coisas, a saber: o cuidado como *ocupação* e o cuidado como *pré-ocupação*.

O cuidado como *ocupação* (*Besorge*) faz referência ao modo das relações com os "entes cujo modo de ser é simplesmente dado" (*Vorhandenheit)*. O filósofo refere-se aos instrumentos, às coisas, aos entes intramundanos, cujo modo de ser revela-se a partir da utilidade instrumental (Sá, 2002). A palavra latina *occupare*, encerra o verbo *capere*, que significa pegar, tomar, agarrar, prender, apreender (Fernandes, 2011).

O cuidado como *preocupação* (*Fürsorge)* remete ao modo das relações com os "entes também dotados do seu modo de ser, os outros humanos e seres viventes" (Sá, 2002, p. 263). O ente, com o qual a pre-sença se comporta enquanto ser-com, (...) ele mesmo é pre-sença. Desse ente não se ocupa, com ele se preocupa (Heidegger, 1927/2005, p. 173). Ao cuidado com o outro se denomina também solicitude (Fernandes, 2011).

A preocupação admite possibilidades diversas de expressão: o cuidado indiferente, o substitutivo e o antepositivo.

O modo indiferente sinaliza o modo impróprio, impessoal, inautêntico de ser-com, e é evidenciado pela ausência de surpresa e pela banalização da existência do outro. Enquanto nos ocupamos com o mundo circundante, os outros nos vêm ao encontro naquilo que são. Cotidianamente eles comumente são o que empreendem. Na convivência cotidiana, a pre-sença está muitas vezes sob a tutela dos outros. A tutela do outro dispõe sobre as possibilidades cotidianas de ser da pre-sença. A presença é dissolvida no modo de ser dos outros, desaparecendo as possibilidades de diferença e expressão. O impessoal prescreve o modo de ser da cotidianidade (Heidegger, 1927/2005).

Também "ocupar-se" da alimentação e vestuário, tratar do corpo doente é preocupação. (p.173). Na maior parte das vezes e antes de tudo a pre-sença se mantém nos modos deficientes de preocupação (p. 173). O ser por um outro, contra um outro, sem os outros, o passar ao lado um do outro, o não sentir-se tocado pelos outros são modos possíveis de preocupação. E precisamente estes modos, que mencionamos por último, de deficiência e indiferença caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com outro (p.173).

O cuidado substitutivo consiste, por assim dizer, em "retirar" o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-o. Essa preocupação assume a ocupação que outro deve realizar. Este é deslocado de sua posição, retraindo-se para, posteriormente assumir a ocupação como algo disponível e já pronto ou então se dispensar totalmente dela. Nessa preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado, mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado (Heidegger, 1927/2005, p.174).

De acordo com proposição heideggeriana, "nos modos de pré-ocupação indiferente e substitutivo, o arbítrio dos outros dispõe sobre as possibilidades cotidianas de ser da pre-sença. O domínio do outro é assumido sem que a pre-sença enquanto ser-com, disso se dê conta" (Heidegger, 1927/2005, p. 179).

Na nossa existência, o risco de perder-se nas próprias ocupações é sempre iminente, sendo comumente um fato na vida humana. Assim sendo, é preciso resgatar o cuidado, resgatá-lo da cadência precipitada e atropelada a qual nos lançamos, a que Heidegger denomina de-cadência (*Verfall*) (Fernandes, 2011).

É importante considerar, entretanto, que, conforme Heidegger (1927/2005) "mesmo quando cada pre-sença de fato não se volta para os outros, quando acredita não precisar deles ou os dispensa, ela ainda é no modo de ser-com." (p. 175). "O ser-com determina existencialmente a pre-sença mesmo quando o outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar-só da presença é ser-com no mundo." (p. 172). O impessoal, entretanto, tira a responsabilidade de cada presença, vem ao encontro do outro o dispensando de ser.

Segundo Critelli (1996) lançados no mundo somos convocados e pressionados a aprender a ser impessoais. “Somos chamados para sermos como se é no mundo, como se é de praxe, segundo o padrão” (p.122). Esta impessoalidade é um modo inautêntico de se cuidar da vida. No entanto, o ser, por condição ontológica, é plural e singular. Sendo assim, há um constante apelo de vivermos a vida segundo quem nós mesmos somos, a que Heidegger chama de clamor da consciência. “O encontro ou a aprendizagem de ser quem propriamente nós somos é um acontecimento que se abre como uma compreensão.” (p. 123).

A compreensão da impropriedade suscita o vazio e a necessidade de recuperar um novo sentido para ser. À experiência do vazio e à compreensão da falta de sentido Heidegger (1927/2005) chama de angústia. A experiência da angústia sempre nos revela sós, entregues a nós mesmos, por nossa própria conta para dar conta de ser.

É importante reafirmar que:

> Mesmo quando a pre-sença dos outros se torna, por assim dizer, temática, eles não chegam ao encontro como pessoas simplesmente dadas. Nós as encontramos (...) em seu ser-no-mundo. Mesmo quando vemos o outro meramente “em volta de nós”, ele nunca é apreendido como coisa-homem simplesmente dada. O estar em volta é um modo existencial de ser. (...) O outro vem ao encontro em sua co-presença no mundo (Heidegger, 1927/2005, p.171).

O último modo de cuidado como preocupação, que em sua essência diz respeito ao cuidado propriamente dito, atua na existência humana como sustentáculo que permite o vir-a-ser do homem permanentemente. O *Cuidado* como “antecipação libertadora” é aquele que devolve o outro a si mesmo, liberando-o para seus modos próprios e singulares de ser-no-mundo (Sá, 2002). Nas palavras de Heidegger (1927/2005):

> Subsiste ainda a possibilidade de uma pré-ocupação que não tanto substitui o outro, mas que se lhe antepõe em sua possibilidade existenciária de ser, não para lhe "retirar" o cuidado e sim para "devolvê-lo" como tal. Essa preocupação que, em sua essência diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se em sua cura transparente a si mesmo e livre para ele (p.174).

Desta forma, conforme aponta Heidegger (1927/2005), os modos de *Cuidado* como pré-ocupação, a substituição e a anteposição liberadora, são possibilidades extremas da preocupação não indiferente. Na convivência cotidiana, se dão inúmeras formas mistas.

Heidegger (1927/2005) coloca que a preocupação está sempre guiada pela consideração e pela tolerância. "O relacionar-se com alguém, com o outro numa maneira envolvente e significante, é o que Heidegger chama de solicitude, que imbrica as características básicas do ter consideração para com o outro e de ter paciência com o outro" (Spanoudis, 1981, p.19).

É importante ressaltar que, para Heidegger (1947/2009), "o *Dasein* deve ser visto sempre como ser-no-mundo, como ocupar-se com coisas e cuidar de outros, como ser-com as pessoas que vêm ao encontro, nunca como um sujeito existente para si" (p. 199). No âmbito do cuidado com as coisas e com os outros está também o cuidado do homem consigo mesmo. Tal cuidado, entretanto, se perde na multiplicidade de ocupações com as coisas, em meio a que "fugimos de nós mesmos, de nossa possibilidade mais própria de ser" (Fernandes, 2011, p. 26).

> Mas cuidado como constituição fundamental existencial do *Da-sein* do homem no sentido de Ser e Tempo é, nada mais nada menos, do que o nome de toda a essência do *Dasein*, uma vez que este é sempre dirigido para algo que se lhe mostra e, como tal, é absorvido constantemente, desde o início,

> sempre num relacionamento qualquer, em cada caso, com aquilo que se lhe mostra. Assim também, todos os modos de relacionamento ônticos, seja dos amantes, dos que odeiam, do cientista natural objetivo, etc. estão igualmente fundamentados em tal ser-no-mundo como cuidado (Heidegger, 2009, p. 267).

Considerando que existir corresponde a ser-no-mundo-com-os-outros, e que o cuidado é constitutivo do humano, é apropriado ressaltar uma colocação proposta por Critelli (1996) sobre o cuidado. Ela afirma:

> Cuidando de existir, os homens, então, tomam para seu cuidado tudo o que pertence à existência: o mundo, as coisas do mundo, os outros homens, si mesmos. O cuidar é, ainda que veladamente para a consciência, 'seletivo'. Individual e/ou coletivamente, os homens 'escolhem' o que vai estar sob seus cuidados, aproximando-o e afastando-o de sua cercania, de sua cotidianidade, de seu mundo vivido, de sua atenção, de seu interesse. O cuidar de ser é uma possibilidade que se estrutura sobre uma escolha com tríplice aspecto: do que se vai cuidar/do que não se vai cuidar; de como se vai cuidar e/ou não cuidar; de como se vai cuidar do cuidar mesmo. É cuidando de ser, é dando conta de ser que os homens existem como homens e como o homem que cada um deles é (p. 120-121).

Mattar e Sá (2008) asseveram que o cuidado (*Sorge*), segundo Heidegger, é um dos existenciais, isto é, uma das características ontológicas que fundam o existir humano, ao lado de outros existenciais, como: (1) a abertura original do ser ao mundo; (2) a temporalidade e a espacialidade originais; (3) a compreensão e a disposição afetiva; (4) o ser-com-o-outro; (5) o discurso; (6) a corporeidade; e (7) o ser-para-a-morte.

A compreensão do cuidado requer a alusão a outros existenciais. A análise das características ontológicas da pre-sença suscita a necessidade de explicitação de três existenciais fundamentais: disposição afetiva, compreensão e discurso.

O que ontologicamente denominamos disposição pode ser onticamente designado como humor, ou estado de humor. O humor revela "como alguém está e se torna" (Heidegger, 1927/2005, p. 188). Pela disposição afetiva a pre-sença "se abre para si mesma antes de qualquer conhecimento e vontade e para além de seus alcances de abertura" (p. 190). A angústia constitui-se na disposição afetiva fundamental, pois traz consigo a possibilidade de ruptura do domínio da impessoalidade sobre o ser e a possibilidade de uma retomada do poder-ser mais próprio (Casanova, 2009).

A compreensão é outro constituinte do ser, sendo este um existencial fundamental. Trata-se de um modo possível de conhecimento, sintonizado com o humor. Por meio desta o mundo se abre como significância. A compreensão se apropria do que compreende pela interpretação. Toda interpretação se funda na compreensão. Trata-se da apropriação do que se compreende (Heidegger, 1927/2005).

O discurso é também originário da disposição e compreensão. A compreensão está sempre articulada no discurso. A compreensibilidade do ser-no-mundo se pronuncia como discurso. A linguagem é o pronunciamento do discurso. Das significações brotam palavras:

> A palavra não é uma relação; a palavra revela, abre. O decisivo da linguagem é o significado. O sonoro também pertence à linguagem, mas não é o fundamental. Pela linguagem posso dizer a mesma coisa em diversas línguas. O essencial da linguagem é o dizer, que uma palavra diga algo e não que tenha um som. Que uma palavra mostre algo. Dizer – mostrar. A linguagem é o que mostra (Heidegger, 1947/2009, p. 223).

Para Heidegger (1927/2005), a escuta e o silêncio também são inerentes à linguagem discursiva, dela fazendo parte como possibilidades intrínsecas, "escutar é o estar aberto existencial da pre-sença enquanto ser-com-os-outros". (p.222). O silêncio é outra possibilidade constitutiva do discurso, pois o estar em silêncio também articula a compreensibilidade da pre-sença. (Heidegger, 1927/2005).

A centralidade da noção de ser-para-a-morte na *analítica heideggeriana* faz-se relevante neste trabalho, dado o *locus* escolhido para realização da pesquisa e a necessidade de compreensão dos modos de cuidado aí presentes e atuantes.

Para o referido filósofo, ser um poder-ser, ser um ser-no-mundo significa ser uma dinâmica existencial finita que tem em sua finitude a sua determinação fundamental. Para o ser-aí cotidiano, entretanto, a morte não é uma experiência existencial e sim um evento extrínseco. A morte tem um potencial desvelador, pois traz à tona o todo fenomenal do ser-aí. A partir da antecipação da morte, o ser-aí passa a se realizar plenamente em sintonia com todos os existenciais que lhe constituem, o que desvela a possibilidade de uma nova relação consigo mesmo enquanto cuidado (Casanova, 2009). Nas palavras de Heidegger (1927/2005), "é na compreensão do ser-para-a-morte enquanto possibilidade mais própria que o poder-ser próprio se torna totalmente transparente em sua propriedade." (p. 99).

Os existenciais aqui descritos são úteis na tarefa de entendimento do âmbito assistencial do intensivismo, especificamente do intensivismo pediátrico. O ser-com-o-outro, a disposição afetiva, a linguagem, a compreensão e o ser-para-a-morte são existenciais que se ancoram, todos eles, no cuidado enquanto característica ontológica fundamental do ser-aí. Em suas expressões ônticas, desvelam modos de ser com o outro capazes de produzir estranhamento nos que da saúde não fazem parte, uma vez que

elucidam situações em que predomina a objetificação do outro, enquanto ser de cuidados primariamente intervencionistas.

Sem a intenção de extenuar as proposições heideggerianas sobre a noção de cuidado e seu caráter ontológico, esta discussão que por hora se inicia será alvo do próximo tópico, que busca tratar do sentido do cuidado nas práticas de saúde considerando a esfera da atenção terciária.

2.2 O PEQUENO PRÍNCIPE – O SENTIDO DO CUIDADO E A PRODUÇÃO DE SAÚDE

Neste tópico, far-se-á a teorização sobre os entrelaçamentos possíveis entre o sentido do cuidado, na perspectiva fenomenológico-existencial, e as práticas de produção de saúde, especialmente no contexto hospitalar.

Como indicado na discussão prévia, concebe-se o *Cuidado* como o solo fundamental de onde brota a existência humana. Logo, o cuidado antecede toda e qualquer atitude, perpassa todas as práticas, imbuindo de sentido a vida e tudo o que se faz (Heidegger, 1927/2005).

Não é diferente com o exercício profissional, particularmente, o exercício profissional na área da saúde. O cuidado também aqui se faz presente, chegando inclusive a denominar a área e as categorias profissionais que a compõe como categorias do cuidado. Entretanto, o que se observa neste campo multidisciplinar é a dificuldade de se fazer revelar o cuidado enquanto atenção, solicitude, desvelo,

inquietação perante o outro, preocupação. Não é à toa que atualmente existem movimentos em prol da humanização nas práticas de produção de saúde.

Considerando-se ser função da equipe de saúde o "cuidado" ao paciente que lhe chega, como este construto se relaciona com a noção ontológica de cuidado proposta por Heidegger?

> Evidentemente, como um existencial, o cuidado jamais pode ser vivido, pensado ou sentido como um ato meramente atrelado a uma categoria profissional, ou como algo que se possui como objeto ou característica pessoal. Mais do que uma ação isolada, pontual, ou uma virtude dentre outras, o cuidado expressa um "modo-de-ser essencial", uma atitude perante a vida, a própria vida e a vida de outrem. Por conseguinte, esta categoria existencial transcende a transitoriedade de momentos de atenção, zelo e de desvelo. "Não temos cuidado. Somos cuidado". Constituímo-nos a partir dele e por ele preservamos o nosso existir e a presença humana no mundo (Boff, 2008, p. 89).

Desta forma, o cuidado que o profissional de saúde dispensa ao paciente é, inelutavelmente, uma expressão ôntica do cuidado ontológico. Tratando-se de uma relação entre dois seres que têm o modo de ser do *Dasein*, o cuidado como preocupação se faz presente na relação profissional de saúde-ser doente, em seus mais diversos modos de expressão. Sendo uma relação existencial, não pode ser objetivada, pois "sua essência fundamental é ser aproximado e deixar-se interessar, um corresponder, uma solicitação, um responder, um responder por baseado no ser tornado claro em si da relação" (Heidegger, 1947/2009, p. 222).

Como se apresenta o "cuidado" em saúde hoje? Sem a pretensão de dar uma resposta cabal a tal pergunta, considera-se relevante tecer algumas considerações a esse respeito.

Uma primeira questão que se apresenta refere-se à noção de homem que fundamenta a intervenção em saúde. A prática profissional neste campo evidencia um cuidado ao corpo que sofre, como algo distinto do ser. Tal divisão revela-se artificial, se considerarmos que, numa perspectiva heideggeriana,

> Tudo o que chamamos a nossa corporeidade, até a última fibra muscular e a molécula hormonal mais oculta, faz parte essencialmente do interior do existir, não é, pois, fundamentalmente, matéria inanimada, mas sim um âmbito daquele poder perceber não objetivável, não opticamente visível de significação do que vem ao encontro, que constitui todo o *Dasein.* Este corporal forma-se de tal modo que pode ser utilizado no trato com o "material" do animado e inanimado do que vem ao encontro. Mas, ao contrário de uma ferramenta, as esferas corporais do existir não ser descartadas do ser homem. Não podem ser guardadas isoladas numa caixa de ferramentas. Ao contrário, elas permanecem permeadas pelo ser homem, seguras por ele, pertencentes a ele, enquanto um homem viver. (Heidegger, 1947/2009, p. 272).

Como, então, cuidar do corpo sem cuidar do ser?

> Certamente o corporal do *Da-sein* admite que já em vida ele seja visto como um objeto material, inanimado, como uma espécie de máquina complicada. Tal observador, na verdade, já perdeu de vista para sempre o essencial do corporal. Então, a consequência de tal observação inadequada é a perplexidade perante todas as manifestações essenciais do corporal (Heidegger, 1947/2009, p. 272).

Para a fenomenologia do cuidar, existir é cuidar de ser; é cuidar de ser si-mesmo e cuidar de ser-com-o-outro; é existência na coexistência (Pokladek, 2004). O cuidado na produção de saúde ultrapassa a instância ôntica apenas quando singulariza o doente; caso contrário, transforma-se em meras técnicas e normas a serem seguidas. Retomando Heidegger (1947/2009):

> Se o médico achar que ele está operando a cura de um objeto, então o ser do homem e o ser-com desaparecem... Para os médicos, o fenômeno do corpo como tal está tão encoberto porque eles apenas se ocupam do corpo material, reinterpretando-o como função corporal (p. 250).

Há diversas tentativas de explicação para a perda gradativa da habilidade de ofertar cuidado genuíno na terapêutica em saúde. Uma das hipóteses defendidas é a de que a modificação que se opera no modo de se relacionar entre os membros da equipe de saúde e o ser doente dá-se fundamentalmente em virtude da necessidade desses membros se protegerem do sofrimento e da dor que podem ser provocados pelo contato autêntico com a experiência do outro. Deste modo, lança-se mão de recursos para afastar-se, distanciar-se do outro, o que culmina em uma atitude fria, imprópria, impessoal de interação com o outro ser de quem se cuida.

A esta discussão, convida-se Saint-Exupéry (1943/2005) e um trecho de sua obra *O pequeno príncipe* para ajudar a refletir sobre a hipótese acima mencionada:

> *– Para que servem os espinhos?*
> O pequeno príncipe jamais renunciava a uma pergunta, uma vez que a tivesse feito. Mas eu estava irritado com o parafuso e respondi qualquer coisa:
> *– Espinhos não servem para nada. São pura maldade das flores.*
> *– Oh!*
> Mas, após um silêncio, ele me disse com uma espécie de rancor:
> *– Não acredito! As flores são fracas. Ingênuas. Defendem-se como podem. Elas se julgam poderosas com os seus espinhos...* (p. 28).

Como as flores supostamente conservariam seus espinhos para se defenderem, os profissionais de saúde podem adotar o modo de ser cuidado da indiferença, do desprezo, do descaso, ou o modo de ser cuidado que se assemelha à mera ocupação com os entes simplesmente dados como recurso para enfrentar e se proteger do dia a dia

carregado de sofrimento, inquietude, angústia diante da possibilidade de morte do outro e de si mesmo. Análises simplistas podem levar a crer que o modo indiferente de ser cuidado consiste em um "traço de personalidade", ou um modo de ser permanente, imutável. Entretanto, tal modo de ser integra um rol contínuo que oscila entre as diferentes possibilidades de ser apontadas por Heidegger (1927/2005). O homem é abertura ao mundo e, como tal, ser de possibilidades múltiplas.

Outra hipótese é a de que, gradualmente, o cuidado em saúde, que antes privilegiava a relação entre médico e paciente e dela extraía informações valiosas que serviam ao propósito de estabelecer diagnóstico, tratamento e compreensão macrodinâmica dos casos clínicos, passa a ser mediado pela alta tecnologia, que progressivamente distancia o médico do paciente em busca da objetividade no entendimento das afecções e seus determinantes (Silva, 2006).

Preocupa-se muito mais com a atuação pautada na objetividade da tecnociência e a consequente necessidade da conservação de uma atitude de assepsia emocional, do que propriamente com a pessoa acometida por dada patologia. A ênfase no aparato tecnológico, em detrimento do cuidado ao ser doente, é um processo resultante de transformações na própria acepção do fazer médico.

Em sua origem, a medicina ocidental consistia em uma ciência essencialmente humanista, assentada em um sistema teórico-filosófico que propunha uma visão integral do ser humano, pautada no entendimento de que este homem é um ser dotado de matéria e espírito, elementos indissociáveis. O médico era, antes de tudo, um homem sábio, um humanista que fundamentava sua prática na compreensão minuciosa do ser a quem prestava seus cuidados. Para formular seu diagnóstico, este profissional não restringia seu olhar aos dados puramente biológicos. Tentava apreender a totalidade do ser, de sua

família, seu contexto de desenvolvimento, dados socioculturais, psicológicos, ambientais e até mesmo espirituais (Silva, 2006).

Contudo, conforme assinala Silva (2006), em meados do século XIX, a sabedoria médica paulatinamente cede lugar às grandes descobertas relativas aos agentes infecciosos causadores das enfermidades, às análises laboratoriais dos microorganismos e ao desenvolvimento de drogas medicamentosas úteis no combate às doenças. O poder de cura é incrementado pela invenção de equipamentos resultantes de um acelerado processo de desenvolvimento técnico-científico.

Ora, a atuação e formação médicas já não mantêm em seu cerne a compreensão proposta pela tradição filosófica humanista. Com o avanço tecnológico, cumpre aprofundar por hora os estudos sobre os mecanismos etiopatogênicos e fisiológicos das moléstias que acometem as pessoas, extirpar do organismo os efeitos danosos desses agentes microbianos, desenvolver máquinas e substâncias efetivas no diagnóstico e tratamento das doenças. O olhar clínico, a relação de proximidade entre médico e paciente, o exame e anamnese, enfim, os princípios hipocráticos de condução dos casos, já não são mais ferramentas suficientes, pois guardam supostamente a imprecisão e imperícia determinada pela subjetividade humana (Silva, 2006).

Prima-se pela objetividade e isso implica, em consequência, relações objetivas. A relação sujeito-sujeito é substituída pela relação sujeito-objeto. A pessoa doente se torna tão somente um objeto de análise e intervenção terapêutica. Acredita-se, pois, que a objetividade necessária será garantida unicamente a partir da coisificação do outro, exatamente o outro de quem se almeja cuidar (Sá, 2002; Silva, 2006).

A antiga “arte de curar” é deixada de lado em prol do estabelecimento de uma ciência exata e fundamentalmente biológica, perdendo pouco a pouco o seu caráter humanístico. Esta tendência que se inaugura no campo do fazer médico repercute na formação em saúde, determinando a centralidade do estudo dos órgãos e de sua funcionalidade. Capacitar profissionais para a leitura de um sem número de variáveis biológicas, o manuseio eficiente de máquinas, o estudo de medidas terapêuticas complexas e eficazes: estes são, grosso modo, alguns dos objetivos delineados para a formação em saúde, todos direcionados à procura incessante por afastar a sombra da morte. É a luta pela manutenção da vida que secundariza a própria vida, suas nuances, suas histórias, e o detentor de seu pulsar: o homem em sua integralidade (Silva, 2006).

Bernard Lown (1997), cardiologista e autor do trabalho *A arte perdida de curar*, citado por Silva (2006), propõe: “nunca a medicina avançou tanto no diagnóstico e tratamento das doenças como no século passado, contudo nunca o ser humano enfermo foi tão mal cuidado” (p. 43). Isso porque o foco do cuidado não reside na pessoa circunstancialmente enferma, mas sim na doença que lhe acomete. Ora, a doença como ente simplesmente dado só permite uma modalidade de cuidado: a mera “ocupação”. Se se transforma o ser doente em mero objeto, em doença, se estabelece com ele o modo de cuidado semelhante à “ocupação”, alimentando-o, higienizando o seu corpo, administrando medicamentos (Iencarelli, 2009). “Este conviver dissolve inteiramente a própria pre-sença no modo de ser dos ‘outros’ e isso de tal maneira que os outros desaparecem ainda mais em sua possibilidade de diferença e expressão” (Heidegger, 1927/2005, p. 179).

O cuidado é um existencial que revela nossa condição de ser-no-mundo-com-os-outros. Os profissionais de saúde, quando deixam de acolher o outro como sujeito, que

pede ajuda, que requer atenção e zelo, distanciam-se da efetiva produção de saúde e de vida. Nas palavras de Boff (2008), inspirado em Heidegger (1927/2005), "o cuidado é um existencial, é o que nos faz existir. Sem o cuidado, deixamos de ser humanos, pois é dele que surge permanentemente o ser" (p. 89).

Os apelos a favor da humanização na área da saúde denunciam que, considerando o cuidado como fundante do ser do homem, enquanto cuidado, a existência humana está impregnada pelo modo deficiente de ser-no-mundo e ser-com-os-outros. Um modo inautêntico, impróprio, impessoal, como assinalado por Heidegger (1927/2005). Os profissionais do "cuidado" não escapam a este *modus operandi* peculiar dos tempos atuais (Silva, 2006).

Boff (2008) aponta o modo-de-ser-no-mundo do homem como essencialmente paradoxal. Ora prevalece o modo-de-ser-cuidado, ora o modo-de-ser-trabalho. O cuidado e o trabalho podem caminhar juntos, não são modos-de-ser excludentes, mas complementares. Todavia, o que se vivencia nos tempos atuais é a dominação do modo-de-ser-trabalho em detrimento do modo-de-ser-cuidado, o que pode culminar em práticas desprovidas de solicitude e atenção ao outro que, no campo da saúde, pode fundar relações impróprias, impessoais, despojadas de afeto e consideração. Tal estado de coisas pode ser compreendido à luz das transformações macroestruturais decorrentes da progressiva evolução social.

Diante dos enfrentamentos na luta pela manutenção da vida, com o cotidiano marcado pela impessoalidade, o modo de ser impróprio, as mais variadas situações deixam de despertar surpresa ou estranhamento nos profissionais de saúde, que acabam por adotarem a indiferença como modo-de-ser-cuidado prevalente em seu fazer diário.

O outro já é sempre previamente dado como “paciente”, “doente”, “doença”, “número de leito”. E isso não é tão diferente quando se trata de crianças (Boff, 2008; Sá, 2002).

Assim, após as digressões sobre o cuidado e o contexto de atuação em serviços de saúde, parte-se para a problematização do lugar da criança e do cuidado à infância na terapia intensiva, considerando os contos de literatura infantil como alternativa de concretização do cuidado essencial. A pergunta central é: e quando se trata de crianças, o que podemos dizer sobre o cuidado a elas ofertado no âmbito do intensivismo pediátrico?

Para refletir sobre essa questão, pede-se novamente o auxílio de *O pequeno príncipe* (Saint-Exupéry, 1943/2006):

> Todas as pessoas grandes foram um dia crianças – mas poucas se lembram disso (p. 7).

A frase acima é representativa do estranhamento que a pesquisadora vivenciou ao notar que, no campo de estudo escolhido, embora seja direcionado especialmente às crianças gravemente enfermas, não há nada que evidencie que ali se cuidam de crianças, a não ser, ironicamente, a presença das mesmas. As formas de ser da infância, prioritariamente expressas pelo brincar, pela fantasia, pelos jogos, pelo simbólico, não encontram espaço naquele lugar.

Considerando a resposta ao questionamento sobre o cuidado ofertado à criança no hospital, e mais especificamente na UTI, é plausível afirmar que predomina o modo de cuidado (*Sorge*) semelhante ao da mera ocupação (*Besorge*), nos termos heideggerianos, alternando-se com o modo de cuidado como pré-ocupação (*Fürsorge*) que beira à indiferença, o descaso, o afastamento crítico em relação ao ser cuidado. O

cuidado substitutivo e o antepositivo, evidentemente, modalidades de pré-ocupação não indiferente, também são verificáveis na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, embora predomine a primeira modalidade. Esta assertiva toma por base a observação de que ora a criança usualmente é alvo dos procedimentos de rotina, manipulada como objeto de mera ocupação, ora ela e sua família são, por vezes, alvos de condutas que desconsideram sua existência e que as desalojam de seu lugar no mundo.

Reafirmando a proposição anteriormente citada, primordial se faz indicar modos de intervir em tal espaço a fim de construir o cuidado como pré-ocupação, em seu modo de antecipação libertadora, que permite uma sustentação existencial para que a criança possa vir-a-ser, expressar-se como criança que é, experimentar a liberdade de ser, de construir significados e sentidos próprios para o fragmento de seu viver determinado pelo adoecimento e internamento em UTI. Garantir o autêntico cuidado, como movimento capaz de dar o outro a si mesmo, ao abrir espaço para que a fala e a vida se deem em liberdade, o que permite a revelação do ser (Sá, 2002).

Esta modalidade de cuidado, que se evidencia por meio de uma atitude de desvelo, solicitude, zelo, atenção, bom trato, pode se revelar como uma alternativa para responder às necessidades da criança internada na unidade de tratamento intensivo. A pouca frequência desse tipo de cuidado, provavelmente emerge do fato de que as crianças, e todos os demais seres assistidos em unidades de atenção à saúde, são destituídos de sua própria condição humana, são cuidados de forma inautêntica, são meras doenças: “sem Cuidado, deixamos de ser humanos, pois é dele que surge permanentemente o ser” (Boff, 2008, p. 89).

Finalizar-se-á aqui esta discussão sobre cuidado. Adiante, aponta-se o capítulo contendo as reflexões sobre as histórias infantis.

3. OS CONTOS DE LITERATURA INFANTIL – SEU ENREDO E SUA APROPRIAÇÃO TERAPÊUTICA NO CUIDADO À INFÂNCIA

> *Uma vida se faz de histórias – a que vivemos, as que contamos e as que nos contam*.
>
> (Corso & Corso, 2006, p. 23)

Pretende-se, aqui, apresentar as contribuições de alguns dos vários autores que se propuseram a estudar os contos como ferramentas de promoção do desenvolvimento humano, abordando desde as considerações sobre as raízes históricas das narrativas até sua apropriação como instrumento de trabalho terapêutico.

Antes de tudo, definir-se-á o que se concebe como Literatura e Literatura Infantil para, em seguida, apresentar as principais diferenças entre as espécies literárias escritas em prosa: contos de fadas, mitos, fábulas, contos de ensinamento, lendas e histórias realistas, levando em consideração que o estudo por hora descrito elegeu como instrumentais de trabalho os contos de fadas e, especialmente, os textos realistas.

Em segundo lugar, será explanada sucintamente a história das histórias, o surgimento dos primeiros contos, de tradição oral, a finalidade que cumpriam em épocas remotas. Só então serão apresentadas algumas contribuições de diversos autores para o reconhecimento dos agentes curativos presentes nos enredos literários. Isto seguido de

uma explicitação dos trabalhos já realizados na área da saúde que usam a literatura infantil como ferramenta principal de acesso ao universo simbólico da criança.

Finalizar-se-á com a exposição breve do uso psicoterapêutico das histórias em âmbito hospitalar, especificamente em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

3.1 OU ISTO OU AQUILO... TECENDO AS DISTINÇÕES NECESSÁRIAS

De antemão, faz-se necessário delimitar alguns conceitos no que tange à arte literária. A primeira conceituação indispensável diz respeito ao que cá é denominado de Literatura e, especificamente, o que é considerado Literatura Infantil.

Cada época histórica concebeu e gerou a literatura a seu modo, daí a dificuldade em estabelecer exatidão nas conceituações relativas a esta área. A compreensão da natureza, da maneira de entender e de produzir literatura em cada época nos habilita a acessar as particularidades e o processo evolutivo da Humanidade (Coelho, 2000, 2010).

Em que pesem as imprecisões conceituais, adota-se neste trabalho a definição de Literatura proposta por Coelho (1986), a saber:

> Literatura é arte, é um ato criador que, por meio da palavra, cria um universo autônomo, realista ou fantástico, onde os seres, coisas, fatos, tempo e espaço, mesmo que se assemelhem aos que podemos reconhecer no mundo concreto que nos cerca, ali transformado em linguagem, assumem uma dimensão diferente: *pertencem ao universo da ficção* (p. 29-31).

Literatura, portanto, é concebida como arte que comunica pela palavra os elementos que estruturam a existência humana: “Como arte, ela expressa a presença do homem no mundo e eterniza os seus atos e os seus pensamentos” (Góes, 2010, p. 12).

No que tange à definição de Literatura Infantil, esta é controversa entre os estudiosos. Jesualdo (1978) lança o seguinte questionamento: “Existiria mesmo uma literatura propriamente infantil? Haverá livros, pois, que correspondam cabalmente à intimidade da criança?” (p. 14).

Embora se admita a provável existência de livros que, mesmo não sendo direcionados às crianças, possam lhes despertar o interesse, neste trabalho assume-se uma posição diversa.

Para a pesquisadora, em conformidade com a suposição de Coelho (2000), especialmente a partir da apreciação dos produtos literários contemporâneos, existe uma literatura especificamente direcionada à criança, hoje entendida como sujeito de direitos e dona de expressivas possibilidades de ser e estar no mundo de maneira peculiar, correspondente ao seu processo de desenvolvimento.

A literatura infantil, sobretudo a contemporânea, deixando de lado o caráter puramente pedagógico e/ou disciplinador, consiste em uma expressão artística rica em simbolismos, bem escrita e com alto valor estético que, utilizando prioritariamente a linguagem metafórica, a linguagem da imaginação (ou seja, a linguagem que caracteriza a infância), é capaz de despertar o interesse do infante por levar em consideração seu modo de existir e pensar sobre as coisas, utilizando recursos gráfico-ilustrativos importantes para a facilitação da interação criança-conto e, sobretudo, respeitando e valorizando a potencialidade de reflexão, imaginação, capacidade lúdica, poética,

criativa e de simbolização infantil (Abramovich, 1997; Amarilha, 1997; Caldin, 2010; Coelho, 2000, 2010; Góes, 2010; Oliveira, 2008; Parreiras, 2008; Sunderland, 2005).

A despeito da consideração da literatura infantil como uma modalidade específica, aspecto polêmico entre os autores, é notória e unânime a relevância da articulação entre o conteúdo abordado no livro, a linguagem utilizada e o processo de desenvolvimento global infantil, com vistas à assunção de sentidos benfazejos e o despertar do interesse da criança pela história ali contada. A necessidade de tal articulação sobrepuja qualquer rotulação prévia do que seja ou não literatura infantil (Góes, 2010; Jesualdo, 1978; Parreiras, 2008).

De posse dos conceitos abraçados nesta dissertação em relação ao que é Literatura e, especificamente, ao que é Literatura Infantil, principia-se por hora as delimitações atinentes ao campo específico da Literatura Infantil, alvo das produções da investigação aqui proposta.

Dada a centralidade das histórias de fadas e dos contos realistas no trabalho, a ênfase recairá sobre essas duas categorias literárias. Deste modo, torna-se importante diferenciar, quanto a sua origem, os contos de tradição oral (também referidos como folclóricos, clássicos ou tradicionais) e as histórias contemporâneas (denominadas contos modernos, contos realistas ou histórias de autor).

De acordo com Gutfreind (2010), o conto de tradição oral é considerado “antigo, pertencendo ao patrimônio mundial ancestral sob diferentes formas, conforme países e regiões”. E continua: “trata-se do conto polido pelos séculos, engrandecido pela sabedoria e a memória humana” (p. 26). Sugere-se que essas histórias acompanharam a

humanidade e se proliferaram mundo afora a partir da figura dos narradores, carregando os valores, a cultura e as crenças de um povo.

Já as histórias modernas, segundo o mesmo autor, consistem em textos de caráter realista, os quais "não possuem essa densidade conferida pelo tempo (...) representam um produto da língua escrita..." (p. 26). São expressões artístico-culturais que refletem a realidade atual, em muitos casos, contemplando, igualmente, contos tradicionais recontados sob o prisma da cultura vigente.

Feita essa distinção primeira, e antes de sinalizar outras diferenciações imprescindíveis, é interessante ressaltar que, por vezes, ao longo dessa dissertação, a exemplo de alguns autores (Busatto, 2008; Gutfreind, 2010; Jesualdo, 1978), o termo genérico "contos" será utilizado como sinônimo de literatura infantil.

Conforme assinalado anteriormente, o acervo literário destinado a crianças abrange gêneros diversos. Delinear as diferenças e semelhanças entre eles, entretanto, revela-se tarefa árdua, tendo em vista a controversa nomenclatura presente nas várias obras que tratam do tema e sua imprecisão conceitual.

Sem a pretensão de uma exposição exaustiva, consensual e/ou absoluta no tocante a essa questão, proceder-se-á a uma breve caracterização dos principais gêneros narrativos, de acordo com a classificação proposta por autores como Bettelheim (2007), Busatto (2008), Caldin (2010), Coelho (2008, 2010), Corso e Corso (2006), Gutfreind (2010), Góes (2010), Jesualdo (1978), Oliveira (2008) e Radino (2003). A categorização é de cunho exclusivamente didático, dada a impossibilidade de se restringir a arte literária aos limites de qualquer arranjo classificatório, sua riqueza simbólica implica dificuldade prática em organizá-la em divisões fixas (Coelho, 2010; Góes, 2010).

Isto posto, os gêneros literários da prosa – contos de fadas, mitos, fábulas, contos de ensinamento, lendas e histórias realistas – serão caracterizados enfocando os aspectos relevantes ao objetivo deste trabalho.

Iniciando pela descrição dos contos de fadas, seus primeiros exemplares se caracterizam por serem derivados da tradição oral (Bettelheim, 2007; Busatto, 2008; Caldin, 2010; Radino, 2003).

E por que contos de fadas? Essa denominação não é consensual entre os autores, e aqui se aceita a concepção de contos de fadas como sinônimo de conto maravilhoso, como propõe Propp (1997, citado por Corso & Corso, 2006), em função da presença de um elemento mágico ou fantástico, não necessariamente uma fada.

Os contos maravilhosos se caracterizam por desenharem situações que, embora mirabolantes, se aproximam das vivenciadas pelos mortais, proporcionando, assim, a identificação dos que ouvem o conto com suas personagens. Os próprios nomes dados às personagens, geralmente comuns ou gerais, exemplificam essa tendência dos contos de se assemelharem ao real (Abramovich, 1997; Bettelheim, 2007, Góes, 2010).

Ademais, as histórias traduzem situações tormentosas que terminam em desfechos harmoniosos, o que produz, em seus ouvintes, uma sensação de alívio das pressões internas geradas pelo enredo e um conforto frente à possibilidade de alcance de conquistas e vitórias diante de desafios inicialmente percebidos como insuperáveis e insuportáveis. As situações ocorrem em lugar e tempo indefinidos (*Era uma vez, num certo lugar...*), característica que cumpre a função de assegurar o ingresso na fantasia, em uma dimensão composta por elementos fantásticos, possibilidades e lógicas diversas

do real (Abramovich, 1997; Bettelheim, 2007; Corso & Corso, 2006; Jesualdo, 1978; Silva, 2006).

De modo geral, com base na preocupação de manter a verossimilhança, eles ilustram situações típicas de enfrentamento de adversidades, impostas quer seja por vivências concretas, quer seja por experiências advindas de elementos fantásticos. Em seu bojo, o conto de fadas, ainda conforme os autores, traz comumente a figura de um herói, representando o bem, e a figura de uma bruxa ou outra personagem, representando o mal (Abramovich, 1997; Bettelheim, 2007; Jesualdo, 1978; Leivas, 2011; Rosa, 2011; Silva, 2006).

São exemplos de contos de fadas os clássicos da literatura infantil, como *Chapeuzinho Vermelho*, *Branca de Neve*, *O Pequeno Polegar*, *João e Maria*, *Cinderela*, *O Patinho Feio*, *Os Três Porquinhos*, *A Bela Adormecida*, *O Gato de Botas*, entre outros.

Outra marca inconfundível do conto de fadas é que ele, a partir de uma trama que envolve amigos e inimigos, situações conflituosas e dramáticas, fatores de fantasia e realidade, sinaliza em seu desenlace a superação dos obstáculos de forma mágica pelo herói da história, o que culmina, conforme referido, no tradicional final feliz (Abramovich, 1997; Bettelheim, 2007; Corso & Corso, 2006; Jesualdo, 1978; Silva, 2006).

E é exatamente nesse ponto, dentre outros aspectos, que os contos se diferenciam dos mitos. Estes últimos, como propõem Bettelheim (2007) e Góes (2010), na maior parte dos casos, resultam em um final trágico. O pessimismo é uma das características marcadamente pertencente à estrutura narrativa dos mitos, em

contraposição ao otimismo transmitido pelos contos de fadas (Bettelheim, 2007; Busatto, 2008; Góes, 2010).

As fábulas, os contos de ensinamento e as lendas, do mesmo modo, se constituem em variações da literatura infantil clássica. Considera-se relevante defini-las, de modo a fornecer ao leitor um panorama global da literatura destinada às crianças, entretanto, optou-se por não ater-se às mesmas, por não fazerem parte do escopo desta pesquisa.

Por *fábula*, entende-se toda e qualquer história cujos protagonistas são animais dotados de características humanas, e cujo mote basilar é uma máxima moral emanada das situações apresentadas. Os *contos de ensinamento*, semelhante às fábulas, trazem como foco valores e preceitos éticos como a solidariedade, o respeito ao próximo, a cooperação, a fé, a lealdade, a compaixão, a generosidade. Porém, diferentemente das fábulas, se inspiram em linhas filosóficas e/ou religiosas. As *lendas*, por sua vez, ilustram episódios conservados pela tradição popular de fatos que poderiam ter acontecido, ou aconteceram muito próximo do narrador e que explicam coisas que racionalmente não podem ser explicadas. Trata-se de contos que falam de casos corriqueiros do dia-a-dia de um povo (Busatto, 2008).

Uma última variação da literatura infantil clássica em prosa refere-se aos textos realistas, os quais, por sua relevância neste estudo, serão abordados de forma mais extensa.

No Brasil, a partir do denominado *boom* da Literatura Infantil, o qual ocorre nos anos de 1970 em diante, surgem os textos realistas, categoria na qual se encontra a

maioria das histórias utilizadas neste estudo (Coelho, 2010; Góes, 2010; Vasconcelos, 2008).

Caldin (2010), ao versar sobre os textos realistas, resume:

> Na esteira de Lobato foi criado o que se convencionou chamar de *realismo mágico*, uma junção de fatos cotidianos com personagens características dos contos de fadas. São narrativas que, ao mesmo tempo em que apresentam os heróis reais ou fictícios da tradição, questionam verdades cristalizadas pelo tempo. Na maior parte, valem-se de recursos da paródia e do humor como forma de crítica às ideologias. É uma literatura *engajada*. (...) Como um jogo, de forma prazerosa e instigante, interroga a realidade e permite ao leitor-criança a compreensão dessa realidade (p. 98-99).

Em tais contos, as fadas, bruxas e demais elementos fantásticos contidos nas narrativas clássicas são substituídos por pessoas e fatos cotidianos, os quais se aproximam das experiências das crianças, em um realismo mágico e/ou objetivo que estimula o imaginário infantil e traduz essas experiências em uma linguagem, embora clara e concisa, também poética e sedutora (Góes, 2010; Oliveira, 2008).

Comumente, as crianças aparecem nesses contos como atores principais, os heróis da história, assumindo uma postura tipicamente ativa, questionadora e crítico-reflexiva. O protagonismo infantil presente nos enredos, que podem atuar como exercícios preparatórios para o enfrentamento de situações variadas da vida, evidencia a exaltação da nova concepção de infância na literatura contemporânea, como um período de intenso desenvolvimento, de construção de conhecimento de mundo a partir das experiências vividas pela criança, considerada como ser criativo, espontâneo e sensível, dotado de uma capacidade imaginativa que lhe possibilita dar vida aos objetos por meio da fantasia, com direitos e necessidades a serem assegurados, com liberdade para viver

a infância e a ludicidade intrínseca a tal tempo existencial (Góes, 2010; Jesualdo, 1978; Vasconcelos, 2008; Oliveira, 2008).

Essa categoria literária geralmente apoia o enredo em recursos de humor, paródia e descontração, enfatizando, de igual modo, questionamentos à ordem instituída. Além disso, as ilustrações, abundantes nos contos realistas, cumprem papel essencial, pois que estabelecem diálogos efetivos com o enredo dos contos e com o imaginário infantil (Caldin, 2001; Oliveira, 2008).

Os contos realistas atendem à sugestão de Parreiras (2008), quando argumenta em favor de que os textos literários infantis devam trazer o que há de mais característico da infância: a ludicidade, e devam guardar em si o olhar da criança sobre o mundo, a infância, respeitando o ponto de vista dos pequenos. Esse respeito à infância é tributário da concepção de que hoje não há mais como conceber a criança como um vir a ser, como um projeto de homem, como um ser futuro. A criança é o "presente, o hoje, o agora". Nem é um ser passivo, nem mero reprodutor de sentidos do mundo adulto. Precisa ser considerada em sua existência e modo de se posicionar no mundo, precisa ser valorizada como ser da dúvida e da produção de sentidos.

Góes (2010) caracteriza da seguinte forma as histórias maravilhosas modernas: "histórias que tratam do maravilhoso dentro do real com uma intencionalidade crítica. (...) Realidade e maravilhoso, sonhos e verdades são confrontados, (...) sempre numa linguagem gostosa, ritmada, cuja fonte é o encantamento da poesia e a sabedoria popular" (p. 241-242).

Em contraponto aos contos de fadas, nas histórias modernas frequentemente intervém o elemento real. Os obstáculos a serem superados pelos heróis comumente não

são de natureza fantástica ou sobrenatural, são obstáculos reais, cotidianos, sobre os quais o protagonista triunfa, seja em virtude de sua inteligência e sagacidade, seja lançando mão das invenções científicas ou à custa de grandes façanhas; ao contrário dos contos de tradição oral, que habitualmente ilustram conquistas decorrentes da intervenção de objetos mágicos e pouco esforço humano (Jesualdo, 1978).

Histórias ilustrativas da contemporaneidade são: *O Menino Maluquinho* (Ziraldo, 2005), *Flicts* (Ziraldo, 2009), *Quem tem medo de quê?* (Rocha, 2003), *A Cidade dos Carregadores de Pedras* (Branco, 2008), *Nós* (Furnari, 1999), *Alguns medos e seus segredos* (Machado, 2009), *A Menina Cabeça-de-vento* (Branco, 2008), as obras literárias infantis de Monteiro Lobato, etc.

Esse e outros contos realistas retratam uma infância vivida com liberdade de ser e se expressar no mundo, abandonando rotulações anteriores que advogavam em prol dos bons costumes, do disciplinamento dos corpos, julgando as travessuras e demais comportamentos típicos do ser criança como problemáticos, requerendo séria intervenção de caráter pedagógico, visão que também predominava na literatura dirigida ao infante (Caldin, 2010; Oliveira, 2008; Vasconcelos, 2008).

Há autores que apontam sérias objeções às produções literárias modernas dirigidas às crianças, como é o caso de Bruno Bettelheim, julgando serem produções empobrecidas de conteúdos simbólicos, ao se restringirem ao realismo maravilhoso (Gutfreind, 2010). A esse respeito, Caldin (2010), mencionando atividades usando textos literários com finalidades terapêuticas, assevera:

> A experiência (...) tem mostrado que histórias modernas, com forte apelo estético, com personagens-crianças que vivenciam situações muito próximas da realidade cotidiana, seduzem e possibilitam a identificação. (...) Não há

> necessidade de seres míticos, de objetos mágicos ou grandes desafios a ser vencidos. O compromisso com a verossimilhança nas narrativas contemporâneas, a valorização do cotidiano, a inserção do humor como forma de enfrentamento das dificuldades, a cadência rítmica, a informalidade na escrita, a criatividade e originalidade, características dos novos textos literários infantis, envolvem a criança de tal forma que tais narrativas se configuram como um espaço poético terapêutico (p. 160-161).

Para Caldin (2010), qualquer história que dê primazia ao imaginário, que ofereça ao ouvinte o envolvimento efetivo com o texto literário e com suas personagens por meio do mecanismo da identificação, e que ilustre situações verossímeis, pode ser proveitosa nas atividades de contação de histórias.

Sobre as objeções aos contos realistas, Gutfreind (2010) acrescenta: "o que aprendi na experiência é que, em contos, qualquer ideia mais rígida se esvai pela plasticidade e abertura do material" (p. 179).

A propósito da qualidade das produções literárias correspondentes aos séculos XIX e XX, Corso e Corso (2006) se dizem satisfeitos, haja vista também ter sido neste período que efetivamente se cria a ficção propriamente voltada à infância. Argumentam que as histórias são estruturalmente semelhantes aos contos de fadas, no que diz respeito às potencialidades que apresentam em prover as crianças de elementos que as ajudem a refletir e organizar seus conflitos e sentimentos intrigantes (sobre isto, ver Tópico 3.2). É perceptível a mudança de temas, tempos, lugares, personagens, no entanto, a operação é a mesma dos contos tradicionais, trazendo à tona cenas que podem ser usadas pelas crianças tanto como oportunidade de crescimento emocional, quanto para fins de regressão desenvolvimental, e tal uso dependerá da disposição afetiva ou momento da vida experienciado pela criança.

Desta feita, a literatura infantil contemporânea, ou significativa parcela dela, sustenta predicados que se coadunam com a Fenomenologia Existencial heideggeriana, adotada nesta dissertação, o que, então, justifica a eleição prioritária de tal modalidade literária como material de estudo e construção do *corpus* da pesquisa.

Completada, mas não esgotada, a tarefa de caracterização e distinção dos contos de literatura infantil, resta indicar que foram selecionados apenas contos de fadas (ou contos maravilhosos) e histórias modernas como instrumentos durante a construção do *corpus* da pesquisa, inspirando-se em trabalhos da mesma natureza que apontam as duas categorias como as mais adequadas para os fins a que se propõe este estudo. A finalidade é intercalar essas modalidades a cada encontro entre a pesquisadora e os pequenos participantes, em consonância com suas necessidades e interesses.

Crianças como sendo as protagonistas desta história por hora tecida assumirão o cerne das discussões empreendidas nos tópicos subsequentes, em que se buscará explicitar os aportes teóricos acerca do potencial terapêutico dos contos para essa população.

3.2 A FADA MADRINHA E SUA VARINHA DE CONDÃO – NARRATIVAS PRODUZIDAS SOBRE O POTENCIAL TERAPÊUTICO DO CONTO

De onde viemos? Para onde vamos? Quem somos?

Diz-se que os contos de literatura oral são frutos da imaginação humana na busca de respostas a essas e tantas outras perguntas que circundam a vida; nascem, então, da tentativa da humanidade de traçar um sentido para sua existência, da

necessidade do homem de formular explicações acerca de suas origens e da origem dos elementos da natureza (explicações pautadas no pensamento mágico, frente à ausência de domínio do conhecimento científico), extraindo daí exemplos ou cantos/fórmulas mágicas (para vencer as forças hostis da natureza), consolação ou mecanismos para exorcizar os "espíritos malignos" e atrair para seu cotidiano os "espíritos do bem" (Busatto, 2008; Canton, 2009; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2011; Góes, 2010; Jesualdo, 1978; Rosa, 2011; Silva, 2006).

Conta a história das histórias, que não existiria local ou época precisa para o surgimento dos contos. Há indícios que teriam surgido no Oriente, mas não há consenso quanto a esta questão (Coelho, 2010; Radino, 2003).

Aos contadores de histórias é conferida a responsabilidade pela propagação da literatura oral, "até o dia em que antropólogos, folcloristas, historiadores, literatos, linguistas e outros entusiastas do imaginário popular saíram a campo para coletar e registrar estes contos" (Busatto, 2008, p. 20).

A difusão oral, por séculos, representou a única forma de transmissão de valores, ensinamentos, costumes e regras sociais compartilhadas por um povo. E foi graças a ela que os contos se perpetuaram, atravessaram fronteiras geográficas, mostrando a força e a perenidade do folclore popular e alcançando os tempos atuais (Abramovich, 1997; Coelho, 2008, 2010; Góes, 2010; Jesualdo, 1978; Radino, 2003; Rosa, 2011; Safra, 2005).

Em muitas dessas sociedades antigas, que ainda não dispunham do sistema de escrita, a transmissão oral dos contos retratava momento ritualístico de grande importância. Todos se organizavam em roda perante o fogo e um contador de histórias

iniciava sua tarefa de contar e encantar com narrativas que revelavam as vicissitudes da vida daqueles ouvintes, seus medos, suas angústias, os perigos aos quais estavam submetidos, as doenças, a magia e o poder da natureza e dos elementos sobrenaturais. Diante da escassez de alimentos e itens de sobrevivência, os contos lhes serviam como alimento à alma, com a finalidade de "instruir e distrair". Neste caso, o conto ostentava as características de um totem, rodeado de significados sagrados cuja função era preservar as tradições e os tabus de uma aldeia, comunidade, tribo ou outra forma de organização social (Canton, 2009; Corso & Corso, 2006; Góes, 2010; Jesualdo, 1978; Radino, 2003; Rosa, 2011; Safra, 2005; Silva, 2006; Tatar, 2004).

Ao longo dos tempos, os contos – considerados como fundamentos essenciais de uma civilização por carregarem informações diversas de cunho histórico, etnográfico, sociológico, jurídico, entre outras – passaram por transformações que obedeciam às características e tradições do povo para os quais eram apresentados, sendo omitidos e/ou acrescidos cenas, personagens, situações e desfechos consoantes com as necessidades dos narradores e de seus ouvintes (Canton, 2009; Jesualdo, 1978; Radino, 2003; Rosa, 2011; Silva, 2006; Tatar, 2004).

O que chama a atenção em toda essa trajetória é que os contos, a despeito de hoje funcionarem, especialmente, como aconchego e fomento à imaginação infantil, não surgiram com o referido intento. E nem poderia ser diferente, uma vez que nesses tempos arcaicos sequer existia a infância como categoria social tal qual a concebemos nos dias atuais. Os enredos literários da época retratam esta realidade (Canton, 2009; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006; Rosa, 2011).

De totem a acalanto, o conto não perde sua função social e terapêutica no decurso dos tempos, sinalizando seu potencial como protetor dos homens e apaziguador

de suas aflições (Canton, 2009; Corso & Corso, 2011; Oliveira, 2008; Radino, 2003; Rosa, 2011; Santos Filho & Arruda, 2005).

As narrativas originais sofreram uma série de transformações com vistas ao abrandamento do que dantes era retratado pelos contadores de histórias de maneira direta, nua e crua; um mundo de brutalidade, de perigos e morte iminente, de fome e caos, componentes da realidade vivida naqueles tempos longínquos, e que ainda hoje perduram nos contos em certa medida (Canton, 2009; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006; Tatar, 2004).

Essa "infantilização" dos contos e suas versões modernas, em alguns casos de caráter moralista e pedagógico, são datadas do século XIX e respondem à invenção da família, enquanto núcleo de funcionamento social de elevada importância para a estruturação e ordenação do mundo; e à invenção da infância, enquanto fase peculiar do desenvolvimento que necessita de cuidados especiais voltados à moralização, controle de instintos e disciplinamento, em que o lúdico é tomado apenas como uma via para o alcance de objetivos didático-pedagógicos (Amarilha, 1997; Canton, 2009; Corso & Corso, 2006).

Registros anteriores, entretanto, indicam que esse endereçamento dos contos ao público infantil ocorre antes, na segunda metade do século XVII, na França, com Charles Perrault (1628-1703), em virtude da preocupação crescente com a criação de uma *literatura para crianças ou jovens*. Conquanto produzido em um momento em que ainda não existia o gênero literário infantil, *Os Contos da Mãe Gansa* (Perrault, 1691-1697) galga forte apelo popular, por ser derivado da coletânea de histórias da tradição oral, da Antiguidade Clássica, e valorizar a cultura dos povos. Com o passar do tempo, o volume de contos reunidos e reescritos por Perrault propalam-se como leitura para

crianças (Canton, 2009; Coelho, 2000, 2008, 2010; Parreiras, 2008; Tatar, 2004; Vasconcelos, 2008).

Conhecendo o panorama geral de como emerge a "literatura infantil", evidenciam-se as metas subjacentes que balizaram cada um dos títulos confeccionados ou reescritos para tal público.

Eis, então, que os contos chegam até as crianças, frutos de adaptações sucessivas que se preocupavam em resguardar esse público de suas tramas originais, perversas e inapropriadas frente à nova concepção de infância e aos desígnios da educação e da moral higienista e religiosa. Ora de cunho religioso, ora de cunho didático-pedagógico, ora pura e simplesmente lúdico e fantástico, os livros infantis conquistam as crianças, quando a estas é dada a oportunidade de deles se valer (Abramovich, 1997; Amarilha, 1997; Canton, 2009; Coelho, 2000, 2010; Rosa, 2011; Tatar, 2004).

Desta feita, pode-se perceber que as histórias têm sido usadas pela humanidade, através dos tempos, com diversas finalidades: medicinais, religiosas, filosóficas, etc. (Safra, 2005).

Bom, sinalizado o percurso histórico que solidificou os contos como agentes importantes no processo de evolução humana, e antes de adentrar de forma mais acurada na discussão sobre a terapêutica dos contos, cumpre especificar o sentido da palavra *terapia* adotado neste trabalho.

O adjetivo "terapêutico", segundo Pintos (1999), tem sido usado de forma indiscriminada na linguagem cotidiana, para designar atividades as mais diversas, como caminhar, andar de bicicleta, passear com os filhos, ir ao cinema, frequentar aulas de teatro, dança, música, etc. Embora possam se configurar como atividades terapêuticas,

não obedecem a critérios de sistematização e ordenação com objetivos e planejamento para o alcance de efeitos que repercutam no modo de ser da pessoa beneficiada. Não necessariamente consistem em circunstâncias de cuidado ao ser que resultem da relação terapêutica eu-outro.

Terapêutica, como concebida neste trabalho, implica a "abertura compreensiva aos estados do adoecer e aos sentidos atribuídos a essas modalidades de existir e estar no mundo", conforme aponta Pazinato (2008, p. 296), ao falar sobre a utilização terapêutica dos contos em âmbito hospitalar, ancorada nos pressupostos filosóficos da Fenomenologia. Nesse sentido a terapêutica estaria necessariamente apoiada em uma relação de aproximação existencial, que favoreceria ao ser a assunção de suas possibilidades de viver de forma autêntica e criativa.

É notório que, historicamente, os contos guardam consigo a possibilidade de traduzir os sentidos e significados do existir humano. Logo, muito se tem argumentado em favor do uso desse recurso literário no fomento ao amadurecimento pessoal e cognitivo, ou seja, como instrumental terapêutico, de cuidado com o ser.

Conforme assinala Busatto (2008), já entre os povos orientais havia a crença de que os contos de literatura oral, mais do que divertimento, produziam encantamento e carregavam um poder curativo. Neles estariam contidos os ensinamentos e o modo de pensar e funcionar de um povo, e por meio deles se apontavam condutas, se resgatavam valores e se curavam doenças: "eles acreditavam no poder curativo do conto, e em muitas situações o remédio indicado era ouvir um conto e meditar sobre ele" (p. 17).

Caldin (2010) também faz alusão aos povos antigos que anteciparam a apreensão das narrativas como fontes terapêuticas, sendo recomendadas para leitura individual, como parte do tratamento médico:

> A intuição da capacidade terapêutica do livro remonta às antigas civilizações egípcia, grega e romana, que consideravam suas bibliotecas um espaço sagrado, repositório de textos cuja leitura possibilitaria um alívio das enfermidades e, assim, medicina e literatura sempre foram parceiras no cuidado com o ser (p. 12).

O conto, para esses povos, atuava como material capaz de promover o reequilíbrio emocional, frente a situações de desestruturação psíquica as quais geravam distúrbios físicos. Desta feita, aos contos eram atribuídas propriedades terapêuticas, um encanto que cura (Busatto, 2008; Caldin, 2010; Gutfreind, 2010; Safra, 2005).

E por que os contos produzem encantamento? Por que é possível afirmar que possuem propriedades terapêuticas? Justamente por possuírem características que auxiliam o ser humano a entender e dar significado a sua existência, por alimentarem sua imaginação e serem abertos a toda e qualquer interpretação, a depender da subjetividade, da história de vida e do modo como cada ouvinte se permite ser afetado pela narrativa (Busatto, 2008; Caldin, 2010; Coelho, 2000, 2008, 2010; Corso & Corso, 2006, 2011; Góes, 2010; Gutfreind, 2010; Oliveira, 2008; Tatar, 2004).

Um fator que inquieta os autores e os remetem a considerar o conto como instrumento terapêutico se traduz na questão: como, diante de uma sociedade caracterizada pela tecnologia e pela primazia da ciência e da razão em contraponto à fantasia e à imaginação, os contos e seu encantamento ainda persistem despertando o interesse de crianças e também de adultos? Que elemento subjetivo tão poderoso está presente nos contos a ponto de garantir, inclusive, a comunalidade das histórias, as

quais formam um acervo compartilhado pela humanidade ao longo dos anos? O que torna essas histórias especiais, fazendo com que elas sobrevivam a despeito das transformações sociais? (Busatto, 2008; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006; Gutfreind, 2010; Oliveira, 2008).

Ensaiando uma resposta à indagação acima, Gutfreind (2010) afirma que, considerando seu caminhar evolutivo, "é de crer que os contos tiveram, desde o princípio, uma função terapêutica, o que já explicaria sua permanência e transmissão de geração a geração" (p. 26).

O fato de a literatura surgir junto com o próprio homem, com o advento da comunicação oral, de todos partilharem um acervo comum de histórias em um mundo plural de ideologias, tradições e religiões, e delas subsistirem até os dias de hoje, pode indicar a força do conto e de suas mensagens: "podemos supor que, se eles sobrevivem, é porque nos tocam de determinada forma e que provavelmente algo foi preservado de seu arranjo inicial; caso contrário, teriam perdido a força, o encanto e cairiam no esquecimento" (Corso & Corso, 2006, p. 28).

Todavia, a função terapêutica do conto, assinalada como historicamente uma das responsáveis por sua conservação, era exercida empiricamente, não havendo investigações que apontassem nesse sentido. Até que um dia, por volta do século XIX, a Psicanálise, com Freud e seus discípulos, resolve tomar os contos como objeto de estudo científico, donde se inicia, então, a edificação de aportes teóricos relacionados às propriedades terapêuticas das narrativas; muito embora, já no início da civilização, Aristóteles fizesse alusão ao papel catártico de gêneros literários como a tragédia, defendendo a função de cura da literatura por meio da catarse frente às pressões

emocionais sofridas pelos homens (Bettelheim, 2007; Caldin, 2004; Coelho, 2008; Corso & Corso, 2006; Gutfreind, 2010; Safra, 2005).

Destarte, é tributado à Psicanálise o mérito de desvelar as narrativas como instrumentos terapêuticos eficazes, haja vista conterem, em suas tramas, motivos e representações significativas do funcionamento psíquico do ser humano.

Gutfreind (2010), citando Freud (1908), afirma que o teórico se aventurou a lançar hipóteses a respeito das raízes históricas dos mitos e dos contos, alegando que tais fenômenos seriam produtos de "sonhos seculares da jovem humanidade" e "fonte de motivos humanos". Freud, em seus escritos, já havia apontado o poder dessas histórias, em função de seus conteúdos, que permitiriam ao leitor ou ouvinte reconhecer seus desejos mais profundos e, concomitantemente, mantê-los à distância, pois que representados metaforicamente a partir de personagens e cenas fictícias; "como se o conto permitisse viagens, a um só tempo necessárias, perigosas e seguras" (p. 145).

Investigações de caráter científico sobre os contos podem ser divididas em três tipos principais: (1) estudos clínicos e/ou funcionais, que utilizam as histórias como material clínico no diagnóstico ou propõem o uso terapêutico dos contos e sua compreensão na evolução de pacientes; (2) estudos teóricos, cujo objetivo é descrever o funcionamento psíquico humano tomando por exemplificação os elementos ilustrativos dos contos e mitos; (3) estudos texto-analíticos, que têm como finalidade apreciar as estruturas narrativas e morfológicas dos contos, as problemáticas principais abordadas neles e as representações simbólicas, arquetípicas e/ou inconscientes ali contidas (Simonsen, 1981, citado por Gutfreind, 2010). Faz-se mister salientar que o atual estudo se enquadra no primeiro tipo descrito.

Outra classificação dos estudos, restrita ao primeiro tipo acima exposto, tem por critério o referencial teórico elucidativo usado. Para Gutfreind (2010), há notadamente predominância de estudos embasados na abordagem teórica junguiana ou na abordagem freudiana ou clássica. Isto revela o desafio de lançar um estudo de base fenomenológico-existencial em um terreno pouco explorado por esta perspectiva teórico-metodológica.

Sobre os estudos de base freudiana que exploram o país dos contos de literatura infantil, destaca-se como marco a obra de Bruno Bettelheim. Na introdução do clássico *A psicanálise dos contos de fadas*, o psicanalista austríaco, considerado o primeiro teórico a propor uma sistematização das ideias sobre a relevância dos contos de fadas na vida da criança, já no ano de 1976, argumenta que uma das principais tarefas a ser empreendida pelo homem, se não a principal, consiste em encontrar e produzir sentido para sua existência. Diz ele:

> Se esperamos viver não apenas de momento a momento, mas sim verdadeiramente conscientes de nossa existência, nossa maior necessidade e mais difícil realização será encontrar um significado em nossas vidas. (...) A aquisição de uma compreensão segura do que o significado da própria vida pode ou deveria ser é o que constitui a maturidade psicológica. E essa conquista é o resultado final de um longo desenvolvimento: a cada idade buscamos e devemos ser capazes de achar alguma quantidade módica de significado congruente com o quanto nossa mente e compreensão já se desenvolveram (p. 09).

Um dos mais valiosos apetrechos para incitar a formação de significados à própria vida, quando se trata de crianças, é, na visão do autor aludido, a literatura infantil.

Incontáveis estudos se seguiram ao de Bettelheim, corroborando o poder terapêutico dos contos, sendo tal proposição hoje irrefutável.

As histórias, como todas as outras coisas do mundo, não têm um sentido em si mesmas. São capazes, isto sim, de "fazer gerar sentidos", e nesse "fazer gerar sentidos" é que se tornam significativas para as crianças. Além de despertar sua curiosidade, e aperfeiçoar suas habilidades intelectivas, os contos promovem a justa medida das emoções e, de igual modo, ajudam-nas a compreender suas angústias, lidar com ansiedades e medos e enriquecer suas potencialidades criativas (Caldin, 2004; Corso & Corso, 2006; Safra, 2005; Silva, 2006).

Isto porque, em seu cerne, as histórias retratam, de forma indireta e, portanto, não ameaçadora, conflitos enfrentados pelos infantes no decurso de seu processo evolutivo e para os quais não sabem atribuir nomes e nem fontes originárias, o que incrementa sua aflição. O conto atua como mediador – por meio de metáforas alusivas a circunstâncias de abandono, negligência, separação, perigos, desafios, e toda uma gama de fantasias inerentes ao processo de simbolização infantil –, facilitando a expressão de sentimentos e pensamentos e a reorganização emocional.

Assim, ao mesmo tempo em que oferece a oportunidade de representação de situações conflitivas, permite à criança manter um distanciamento crítico em relação ao que lhe perturba. Esse distanciamento é garantido a partir da fórmula mágica *Era uma vez...* – proposta inicialmente por Perrault, em 1649, em seu poema intitulado *Os desejos ridículos*, direcionado a adultos –, que sinaliza ao ouvinte ou leitor o ingresso em um mundo de fantasia que não oferta perigos, operando como uma senha para a imersão em um imaginário simbólico rico, repleto de emoções e eventos perturbadores sob o manto da magia e encantamento (Caldin, 2010; Canton, 2009; Góes, 2010;

Gutfreind, 2010; Jesualdo, 1978; Safra, 2005; Santos Filho & Arruda, 2005; Silva, 2006).

O interesse por determinadas histórias é delimitado pelo entrelaçamento das mesmas com as vivências e a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, como dizem Corso e Corso (2006): "Cada história conteria uma mensagem, um desafio e um desfecho que para a criança interessa ouvir em determinado momento de sua vida" (p. 26). Mais do que a idade da criança, importa a essa seleção de histórias preferidas as experiências vividas por ela naquele momento, e o quão bem os contos a ela apresentados satisfazem seus anseios atuais e respondem as suas necessidades afetivas (Bettelheim, 2007; Silva, 2006).

As mensagens transmitidas às crianças pelas narrativas são diversas. Como aponta Bettelheim (2007), os contos, com seus heróis e os obstáculos que estes precisam vencer, informam à criança que:

> Uma luta contra dificuldades graves na vida é inevitável, é parte intrínseca da existência humana – mas que, se a pessoa não se intimida e se defronta resolutamente com as provações inesperadas e muitas vezes injustas, dominará todos os obstáculos e ao fim emergirá vitoriosa (p. 15).

Segundo o referido autor, mensagens de otimismo, de grandiosidade e de superação são frequentes nos contos, o que potencializa na criança um sentimento de ser forte e competente para solucionar seus problemas, dominar seus medos e amadurecer.

Os grandes temas concernentes à existência humana são abordados nas histórias infantis. Essas histórias falam figurativamente de temores, desamparo, traições, rejeição, fantasias, juramentos, inveja, sonhos, desejos, sentimentos de perda, carências, abandono, desafios, amor, tristezas, desconfortos, descobertas, sexualidade, indolência,

imprevidência, sagacidade, ciclos de vida e de morte, dificuldades de ser criança, turbulências internas, busca da felicidade, e de como todos esses grandes temas, parte da condição humana, figuram e precisam ser compreendidos e resolvidos, por vezes a duras penas (Abramovich, 1997; Tatar, 2004; Safra, 2005; Santos Filho & Arruda, 2005; Silva, 2006; Sunderland, 2005).

Todos esses temas fazem parte das inquietações e curiosidades da criança ao longo de seu desenvolvimento e as histórias podem ajudá-la a compreender o mundo em seu entorno de forma lúdica e prazerosa, por meio do uso de metáforas como respostas aos seus questionamentos e interesses. Os contos podem propiciar um diálogo interior (Abramovich, 1997; Oliveira, 2008; Safra, 2005; Santos Filho & Arruda, 2005; Silva, 2006; Sunderland, 2005; Tatar, 2004).

Desta feita, entende-se o porquê é importante contar histórias para as crianças. Nas palavras de Rosa (2011): “Conta-se e ouve-se para satisfazer essa íntima sede de conhecimento e instrução, que é própria da natureza humana. Enquanto se vai contando, passam os tempos de crise, o inverno, as tristezas, as catástrofes, as doenças” (p. 46), tal como ocorria com os nossos antepassados.

Ao mesmo tempo em que tratam de temas de extrema valia e capazes de mobilizar sentimentos angustiantes, as histórias trazem o apaziguamento por meio da resolução mágica, através do encantamento, da presença do maravilhoso (Abramovich, 1997).

Além de problemáticas existenciais, os contos ilustram situações rotineiras, cotidianas, como “noções sobre organização e limpeza; comportamentos pró-sociais e

anti-sociais; educação ambiental; o relato de inverdades; a importância da rotina e de uma dieta saudável; a sexualidade" (Vasconcelos, 2008, p. 190-191).

Portanto, ao entrar em contato com uma história e transitar entre o mundo real e o mundo imaginário, a criança pode gradualmente despertar seu potencial crítico para pensar, duvidar, questionar, sentindo-se inquieta com o conteúdo do conto, querendo saber mais sobre o que ele trata (Abramovich, 1997; Vasconcelos, 2008).

Na Literatura Infantil, o mundo é todo ele representado de forma simbólica, resultado da mescla entre a fantasia, o maravilhoso, o fantástico, o sonho, o mágico. Sua matéria-prima é a própria vida humana, transformada em palavras e comunicada por meio de metáforas, ou, dito de outro modo: "literatura é experiência de vida, que se expressa pela palavra" e "é pelo verbo, pela palavra, que as realidades existem". É pela palavra que "o mundo real existe, nomeado/recoberto pelo mundo da linguagem" (Oliveira, 2008, p. 11-12).

O mundo organizado em forma de narrativa oferece à criança a coerência de que ela necessita; o mundo aparentemente caótico a seu modo de percebê-lo, sob narrativa torna-se compreensível e racional (Amarilha, 1997).

Por meio de histórias, torna-se possível ao adulto dialogar com a criança sobre o que é importante e dá sentido às nossas vidas, sobre questões e fantasias da criança que vão desde o medo do abandono e da morte a fantasias de vingança, castigo e culpa, sobre as diferentes situações pelas quais o ser humano passa em sua trajetória no mundo (Silva, 2006; Tatar, 2004).

Em resumo, "a literatura é vista como expressão da vida humana e agente de formação da mente infantil", e é nas mãos e mentes dos pequenos, que transitam

livremente entre o real e o fantástico, entre o sonho e o lúdico, brincando simultaneamente com a realidade e com a fantasia, que emergem as possibilidades formativas e terapêuticas da literatura infantil (Oliveira, 2008, p. 14).

Para as crianças, a literatura age como um "brinquedo bem elaborado, um jogo cujos dados são a emoção e a imaginação" (Caldin, 2010, p. 119). A concepção do brinquedo, do brincar e da brincadeira como componentes soberanos da infância sinaliza a relevância da literatura como integrante da cultura lúdica constitutiva da subjetividade infantil (Gimenes, 2007; Parreiras, 2008).

Literatura Infantil pode, então, ser entendida como um brinquedo, ou um jogo dramático proposto em linguagem, um jogo de faz-de-conta, um jogo de fantasia que proporciona prazer, media a comunicação, permite a criação constante de si mesmo e, assim, age terapeuticamente. Ela fala a língua das crianças: a ludicidade, e esta é o motor propulsor da imaginação na vida do infante (Amarilha, 1997; Caldin, 2010; Gimenes, 2007; Parreiras, 2008).

Como o brinquedo, o livro fornece à criança a possibilidade de fazer de conta, sonhar, imaginar, associar, recordar. Muito mais que a ludicidade, as histórias e as brincadeiras em geral são, para a criança, um instrumental de trabalho a serviço do imaginário e da construção de seu modo de ser no mundo e de se relacionar com as pessoas e as coisas, organizar sua vida e seus dilemas (Caldin, 2010; Corso & Corso, 2011; Gimenes, 2007; Parreiras, 2008).

A paixão pela fantasia acompanha a criança desde a tenra idade, não há como conceber infância sem ela. Na verdade, algumas teorias relativas à psicologia infantil defendem que a imersão no mundo da fantasia, no mundo da simbolização, ainda é a

grande saída para promover a saúde mental. Essa paixão pela fantasia encontra solo fértil nas histórias infantis (Corso & Corso, 2006; Gimenes, 2007; Gutfreind, 2010; Silva, 2006).

Para Corso e Corso (2006), a fantasia é "resolutiva de conflitos, constitutiva de identidades, criadora de espaços psíquicos tão reais e potentes quanto à dita realidade da vida" (p. 16). A aproximação entre a criança e a fantasia é intermediada pelo brincar, atividade inerente e fundamental à infância. Seja através de brinquedos, jogos ou contos literários, o brincar promove a saúde física e psicológica das crianças.

De acordo com Vasconcelos (2008), brincar com livros, como jogo, permite "o desenvolvimento de noções básicas de interação social, de valores culturais, de noções éticas e, até mesmo, o desenvolvimento de uma visão crítica pela criança" (p. 13). Brincar de solucionar problemas no plano da fantasia, criando e ampliando alternativas para galgar êxito, pode trazer implicações reais para o incremento de habilidades cognitivas importantes na resolução de conflitos que fazem parte do cotidiano da criança.

No curso das últimas décadas, psicólogos infantis recorreram aos contos clássicos como veículos terapêuticos privilegiados para ajudar crianças, através da reflexão sobre os dramas neles encenados, a buscar alternativas para a resolução de seus conflitos, a enfrentar seus medos e a "desembaraçar-se de sentimentos hostis e desejos danosos".

> Ingressando no mundo da fantasia e da imaginação, crianças e adultos garantem para si um espaço seguro em que os medos podem ser confrontados, dominados e banidos. Além disso, a verdadeira magia do conto de fadas reside em sua capacidade de extrair prazer da dor. Dando

> vida às figuras sombrias de nossa imaginação como bichos-papões, bruxas, canibais, ogros e gigantes, os contos de fadas podem fazer aflorar o medo, mas no fim sempre proporcionam o prazer de vê-lo vencido (Tatar, 2004, p. 10).

À criança é necessário fornecer recursos para que possa administrar sua angústia de maneira saudável, quando o que sente é difícil ou intenso demais, ultrapassando sua habilidade para entender e regular o nível de suas emoções. A linguagem cotidiana não é suficiente, ou não é eficaz, para estabelecer diálogo com a criança e procurar ajudá-la. Para ela, a linguagem do dia a dia não é sua linguagem natural, especialmente quando é solicitada a falar sobre seus afetos. A linguagem dos afetos, dos sentimentos, é aquela derivada da imagem, da metáfora, do simbolismo, como a linguagem que subjaz às histórias e sonhos (Sunderland, 2005).

O uso do conto como veículo para acessar a experiência emocional da criança permite uma aproximação de maior profundidade com a mesma, uma vez que esse instrumento é estruturado na *linguagem da imaginação*, natural da criança, e não na *linguagem do pensamento*, ou linguagem literal cotidiana. Se tal linguagem fosse apta a apontar com sutileza, clareza, complexidade e profundidade os afetos humanos, não seriam necessárias as grandes produções culturais, como a música, o teatro, a literatura, as artes plásticas ou a poesia, por exemplo (Sunderland, 2005):

> Para uma criança, as palavras do cotidiano e os rótulos comuns para os sentimentos são sensorialmente muito áridos. Para ela, são palavrinhas mortas. São rasas demais, reducionistas demais, cognitivas demais para prender sua atenção. Em geral, não são suficientemente fortes para a intensidade do modo de ser da criança. Elas não são compatíveis com a força absoluta dos sentimentos que ela experimenta de vez em quando. No mundo imaginativo em que ela vive, tão cheio de cor, magia, imagens, ação,

> luz e outras coisas, palavrinhas insípidas não conseguem capturar suas experiências imaginativas, emocionalmente carregadas. Para uma criança, os rótulos comuns como “triste” ou “apavorado” pouco fazem além de comunicar sentimentos (p. 19).

Essa linguagem limita as possibilidades de expressão infantil, não consegue captar ou traduzir a experiência da criança, restringindo sua compreensão de mundo e de si mesma a um nível superficial e inautêntico. Os rótulos sentimentais são convenientes aos adultos que, na *cotidianeidade mediana*, se ancoram neles para mascarar o que realmente estão vivendo, sendo a eles então permitido manter-se na *impessoalidade*, na *impropriedade*, como aponta Heidegger (1927/2005).

Ao contrário da linguagem cotidiana, a linguagem metafórica das histórias representa um mecanismo mais respeitoso e menos invasivo de dialogar com o infante, atua como um ingresso de acesso ao universo infantil, como um pedido de permissão delicada para entrar neste universo, mobilizar afetos, compreender e cuidar. Caso a história seja bem escolhida, em geral o ingresso é aceito e a criança ouve com atenção e percebe que o outro assume uma postura compreensiva e empática para com o que ela sente (Sunderland, 2005). Ademais,

> A história terapêutica apresenta esperança e possibilidades em forma de modos de ser e de mecanismos para enfrentar problemas que sejam mais saudáveis e criativos. Com isso, ela leva a criança a um mundo fantástico, um mundo mágico. Mas é um mundo que contém mais do que o olho vê. Os processos psicológicos representados, nesses mundos, pelas personagens e suas aventuras, são repletos de significado. Se a criança está aberta a isso, ela pode entrar, através do mundo da história, num mundo de esperança, de opções e de possibilidades. No mundo da história, ela pode encontrar as ferramentas para um futuro mais rico e mais gratificante. Ela pode deixar as

> “ferramentas” ali mesmo ou pode levá-las consigo e usá-las em sua vida, agora ou em outro momento (p. 27-28).

As histórias terapêuticas podem libertar ou tornar a criança capaz de conviver com seus sentimentos perturbadores, intensos ou dolorosos demais, uma convivência que permite o tempo necessário para que ela possa pensar sobre tais sentimentos, sobre o que está acontecendo consigo mesma, sem precisar fugir deles ou escondê-los. Pensar sobre os afetos se torna possível porque a imagem e a metáfora lançadas pela história propiciam à criança recursos para que ela possa observar seus sentimentos a uma distância segura, que equivale ao que Gutfreind (2010) chama de *duplo alcance* dos contos, por “oferecerem as representações do conflito e mantê-lo a distância através da metáfora” (p. 34).

Caldin (2010) sobre o uso da linguagem metafórica, a considera importante por permitir às crianças “deslizarem com segurança nos dramas e conflitos das personagens, e assim, aprenderem a lidar com seus próprios dramas e conflitos. Sem cobranças, sem ameaças, a metáfora é um remédio poderoso: cuida brincando” (p. 12).

E esse processo de observação e reflexão sobre os próprios sentimentos e conflitos pode permitir uma percepção derivada da imaginação criativa, e não do pensamento árido que tenta por tudo encobrir as angústias. A descoberta de afetos e o que eles significam, quando ocorre por intermédio da imaginação criativa, tem maior probabilidade de ser sentida profundamente e ser duradoura (Sunderland, 2005).

Para Caldin (2010), as propriedades terapêuticas das narrativas residiriam, na sua capacidade de promover três fenômenos primordiais: (1) a catarse, “na medida em que liberam emoções”; (2) a identificação com as personagens, “no momento em que o sujeito assimila um atributo do outro ficcional”; e (3) a instrospecção, “a educação das

emoções". Nesse sentido, a catarse, a identificação e a introspecção são defendidas pela autora como os principais "componentes biblioterapêuticos ativados no receptor do texto literário" (p. 20).

A arte de cuidar na terapia mediada pela literatura é fundada no relacionamento interpessoal eu-outro de ajuda e confiança e, sendo assim, a narração se configura como um tratamento, uma forma de promoção da saúde, um cuidado com o desenvolvimento do ser (Caldin, 2010; Pintos, 1999).

Os contos são fenômenos complexos, por abordarem questões basais da existência humana de forma articulada e temporalmente organizada em narrativas com início, meio e fim, tal como se expressa a própria temporalidade existencial, o vir a ser humano. Dentro de uma estrutura complexa de relações, conflitos e resoluções, as histórias, como objeto lúdico, permitem à criança encontrar um sentido para as suas experiências entendidas em sua temporalidade e espacialidade (Safra, 2005).

Ora, narrar é contar uma história que tem seu desenrolar circunscrito a um tempo e espaço, assim como a existência humana é permeada por estas circunscrições da temporalidade e espacialidade, conforme definida por Forghieri (2002), como dimensões subjetivas do ser no mundo. O experienciar da contação de uma história permite à criança navegar por diversos tempos, que pressupõem espaços subjetivos também distintos: "os tempos cronológico (sucessão de acontecimentos no enredo), histórico (época histórica do conto), psicológico (tempo subjetivo dos ouvintes) e discursivo (contação da história pelo narrador)" (Pazinato, 2008, p. 310).

Ainda referindo-se às inter-relações entre histórias e temporalidade da existência, Pazinato (2008) acrescenta: "Na narrativa como na vida o que opera desde o

começo é a noção de fim. Tudo chama, tudo convoca a um final, dando sentido à vida cotidiana em sua plenitude existencial" (Pazinato, 2008, p. 311).

A dimensão do cuidado procedente de tal modalidade terapêutica, expressa inclusive na sinalização narrativa da temporalidade do existir, propicia uma abertura do ser ao mundo que se lhe apresenta sob forma de enredo, levando o ser a interpretar e compreender o mundo e si mesmo: "pela leitura desvelamos o mundo: o mundo do texto, o mundo da imaginação, o mundo exterior, o mundo sensível" (Caldin, 2010, p. 67).

> Pode-se dizer, então, que todo texto literário é terapêutico? Seria mais sensato dizer que todo texto poético tem o potencial de ser terapêutico. Não se sabe, de fato, o quanto uma narrativa ficcional atinge cada pessoa. Entram em cena sentimentos, valores, faixa etária, estado de ânimo e personalidade (Caldin, 2010, p. 120).

Portanto, para ser terapêutica, a história precisa garantir ao seu interlocutor a possibilidade de abertura ao mundo e de produção de novas percepções e significações. O espaço poético que se desvela pela literatura é um terreno fértil, carregado de simbolismos e potencialidades terapêuticas.

Todas essas proposições se coadunam com a perspectiva heideggeriana de que o homem precisa ser compreendido como ser de abertura, e esta abertura se dá temporalmente, na relação com o mundo, criando-se e recriando-se em suas interpretações de si e do mundo. A abertura como possibilidade e as interpretações múltiplas daí decorrentes podem ser facilitadas pela aproximação entre histórias literárias e histórias de vida (Pazinato, 2008).

Alguns autores tentaram sistematizar, em obras dirigidas a investigar os contos e suas potencialidades na promoção do desenvolvimento psíquico infantil, os temas que emergem com maior frequência ao longo das narrativas.

Assim o fizeram Bettelheim (2007) e Corso e Corso (2006), lançando estudos acerca desse material sob o enfoque psicanalítico. Ambas as obras tentam explanar as relações existentes entre os contos, seus conteúdos simbólicos e os sentidos e significados produzidos consciente e inconscientemente pelas crianças a partir da imersão no mundo fantástico proposto. Deste modo, conto por conto, selecionados pela sua relevância e sobrevivência nos tempos modernos, são analisados tendo em vista os dilemas essenciais envoltos no processo de desenvolvimento psíquico infantil. Ao longo de suas obras (Bettelheim, 2007; Corso & Corso, 2006), são indicados eixos de análise dos contos coerentes com os conflitos intrapsíquicos e as vivências infantis.

Não há, por parte dos autores, a ambição de exaurir as possibilidades de interpretação do conteúdo imbricado nas narrativas infantis. Além disso, como bem assinalou Kehl, no prefácio do livro *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*, que apresenta o trabalho empreendido por Corso e Corso (2006), seria um tanto quanto "ingênua a pretensão de se propor uma única chave de entendimento para as histórias, uma vez que as crianças sabem utilizar os contos à sua maneira e segundo suas necessidades" (p. 16). Na assertiva dos próprios autores:

> Seria uma deslealdade tratar qualquer fantasia de modo simplista, é necessária uma relação de respeito com o caráter surpreendente de cada história, assim como uma assumida humildade do quanto sua riqueza transcende nossa capacidade de análise (p. 22).

Tais assertivas mostram-se condizentes com o referencial que fundamenta este projeto – a Fenomenologia, ao dar ênfase ao significado atribuído pela criança ao conto. Porém, não desconstroem o que há subjacente a tais interpretações: a tendência à simplificação e ao reducionismo da riqueza simbólica presente na arte literária e das possibilidades de alcance da mesma na promoção do cuidado à infância.

Estudos das estruturas narrativas presentes nos contos, de modo similar, sinalizam dados morfológicos e estruturais que auxiliariam o exercício da função terapêutica, tais como a presença do sentido de *reparação* e a técnica da *repetição* ou *reiteração* (Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006; Gutfreind, 2010).

A *reparação* consistiria no delineamento de desfechos felizes para histórias que em seu curso, costumeiramente, produzem elevados níveis de ansiedade e medo. Dito de outra forma, a despeito dos aspectos negativos e das experiências amedrontadoras e difíceis, há frequentemente nos enredos a predominância da *esperança* e da *confiança na vida e na superação dos desafios*, o que atua como veículo importante para a criança acreditar na possibilidade de obter sucesso na resolução de seus conflitos. O sentido de *reparação*, que corrige o erro, repara o mal e acaba com o sofrimento, nem sempre esteve presente nas narrativas, orais e/ou literalizadas, emergindo ao longo das reiteradas transformações às quais foram submetidas (Canton, 2009; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006; Gutfreind, 2010).

Destaque-se como exemplo os diferentes finais do conto *Chapeuzinho Vermelho*. Na versão de Perrault, a história finaliza após o lobo devorar *Chapeuzinho* e sua avó; enquanto na versão dos Irmãos Grimm, a figura do caçador é introduzida com o objetivo de "reparar o dano", permitindo que *Chapeuzinho* e sua avó sejam salvas (Canton, 2009; Coelho, 2010; Corso & Corso, 2006).

No que se refere à *repetição* ou *reiteração* como outro dos elementos constitutivos básicos da estrutura narrativa dos contos populares, somada à simplicidade dos enredos e das problemáticas tratadas, Coelho (2010) assinala tratar-se de uma técnica que "consiste (como o nome já diz) na repetição exaustiva dos mesmos esquemas básicos (argumentos, tipos e atributos de personagens, motivos, funções das personagens, valores ideológicos, etc.)" (p. 154). E complementa:

> Da mesma forma que a elementaridade ou simplicidade da mente popular ou da infantil repudia estruturas narrativas complexas (devido à dificuldade de compreensão imediata que elas apresentam), também se desinteressa da matéria literária que apresente excessiva variedade ou novidades que alterem continuamente as estruturas básicas já conhecidas. É só lembrarmos, a respeito, do prazer sempre renovado com que as crianças ouvem repetidas vezes as mesmas histórias, e como as exigem imutáveis em seus termos, reclamando contra quaisquer alterações que o "contador" lhes queira introduzir (p. 154).

Tal repetição ou reiteração dos mesmos esquemas na literatura infantil parece atender a uma exigência de caráter subjetivo de seus interlocutores, uma vez que permite a eles:

> Apreciarem a repetição das "situações conhecidas", porque isso permite o *prazer* de conhecer ou de saber, *por antecipação*, tudo o que vai acontecer na história. E mais. Dominando, *a priori*, a marcha dos acontecimentos, o *leitor sente-se seguro* interiormente. É como se pudesse dominar a vida que flui e lhe escapa (Coelho, 2010, p. 154).

A técnica de reiteração também é apontada por Caldin (2010) e Parreiras (2008) como importante artefato terapêutico, habitualmente presente nas experiências de

contação de histórias fundamentadas na *Biblioterapia*[2]. Caldin (2010) diz ser fato curioso o quão as histórias são capazes de despertar o interesse das crianças repetidas vezes, por mais conhecidas que já sejam. Relaciona tal permanente interesse em determinadas histórias como um indicativo de que elas carregam propriedades terapêuticas, possivelmente por conterem elementos que se aproximam da vivência das crianças ouvintes. Por meio da repetição, a criança adquire ferramentas para dissolver medos, ansiedades e ameaças, ou abrandá-las pela sensação de domínio resultante da repetição (Caldin, 2010; Parreiras, 2008).

Contudo, existe uma série de críticas relativas aos autores que discorrem sobre interpretações possíveis para as narrativas literárias, baseadas seja em seus enredos, seja em suas estruturas morfológico-narrativas. Ainda que relativizem suas anotações, de modo simplista e reducionista apontam significados que cerceiam o simbolismo e a pluralidade de interpretações possíveis para qualquer tipo de arte, especialmente a literatura.

[2] De acordo com Caldin (2010) e Pintos (1999), *Biblioterapia*, etimologicamente definida, significa "terapia por meio de livros". É caracterizada como "a leitura compartilhada e a posterior discussão em grupo. Isso implica o uso de materiais de leitura que nutram a saúde mental, a presença de um profissional que atue como mediador da leitura e um público-alvo que aceite participar de um programa de leitura. A produção bibliográfica no Brasil tem apontado a Biblioteconomia como área atuante na biblioterapia, seguida pela Psicologia. É dividida em duas categorias: "biblioterapia de desenvolvimento e biblioterapia clínica, sendo a primeira desenvolvida por bibliotecários e a segunda, por psicólogos clínicos" (Caldin, 2010, p. 13). A esse respeito, cumpre aclarar ao leitor as distinções entre a biblioterapia e o trabalho por hora apreciado. A primeira se propõe, "por meio de um trabalho sistemático de leituras (narrações e/ou dramatizações)", além do desenvolvimento emocional do ser, a desenvolver habilidades do ponto de vista educacional, cognitivo, promoção da cidadania, resgate da memória popular, entre outros aspectos. Os objetivos do presente trabalho são módicos em relação ao escopo de atuação da biblioterapia, e o modo de entender o uso terapêutico da literatura também é substancialmente diferente, haja vista se assentarem em áreas de estudo específicas, quais sejam: a Biblioteconomia, no caso da Biblioterapia, e a Psicologia, no caso do atual estudo. A despeito das diferenças, os conhecimentos advindos desta área trazem excelentes contribuições para se pensar e compreender a função terapêutica da literatura infantil.

A título de ilustração, Coelho (2010) menciona alguns estudos (de áreas como a Psicanálise, a Sociologia, a Antropologia, o Misticismo/Esoterismo, a História, etc.) que se detiveram a investigar a suposta simbologia implícita nas histórias, sobretudo as originárias de fontes arcaicas, como o são, por exemplo, os contos de fadas e os mitos, chegando tais estudos a diferentes conclusões analítico-interpretativas, a depender do ponto de vista de cada autor proponente, de qual perspectiva ele adota para "ler" as histórias.

A autora faz alusão, de forma especial, às interpretações psicanalíticas, a seu ver as mais numerosas e expressivas, e cita as obras de Erich Fromm, *A Linguagem Esquecida* (Fromm, 1982), e Bruno Bettelheim, *A Psicanálise dos Contos de Fadas* (Bettelheim, 1976), como emblemáticas. Em relação a esta última, Caldin (2010) aponta sérias restrições no que tange às proposições do autor relativas ao processo de identificação das crianças com as personagens dos contos, bem como às suas análises de cunho psicossexual.

Caldin (2010) argumenta ser possível a identificação das crianças não apenas com os protagonistas das histórias, como advoga Bettelheim, mas também com personagens coadjuvantes, ou mesmo personagens dotadas de características malévolas. A exemplo dessa possibilidade, o lobo mau poderia representar para a criança a personificação da força, da bravura e da coragem, características desejadas por crianças que, por exemplo, se encontrem em situação de vulnerabilidade e impotência. Para Caldin (2010), qualquer personagem pode ser alvo de identificação, sendo suficiente para tanto que manifeste "qualidades desejáveis que o ouvinte admire e gostaria de possuir (e aí acontece a introjeção), ou atributos indesejáveis que o ouvinte despreze e gostaria de não possuir, mas infelizmente os possui (quando dá-se a projeção)" (p. 153).

Ainda em relação ao processo de identificação, Caldin (2010) sinaliza o que seria para a estudiosa o "erro" de alguns autores, como Cashdan (2000), que creditam à verossimilhança das personagens a facilitação da identificação das crianças com elas. E questiona como concordar com tal hipótese, considerando que as personagens das histórias, especialmente quando se trata de contos de fadas, não são, sequer se aproximam, de crianças comuns:

> Princesinhas que trabalham como escravas, filhas de moleiros que enganam a realeza, meninos pequenos do tamanho de um dedo polegar que vencem ogros, meninas presas em uma torre que se casam com príncipes e meninos que vendem a vaquinha por grãos de feijão e enganam gigantes, não descrevem a realidade infantil deste século nem dos que passaram. É justamente a *diferença* que estimula a identificação, pois se admira o que não se tem (p. 158).

As críticas às análises psicanalíticas e/ou psicológicas também são derivadas das hipóteses divergentes sugeridas pelas correntes interpretativas de cunho histórico, que sinalizam elementos e fatos contextuais como importantes influências na construção e reconstrução das narrativas literárias.

Canton (2009) e Tatar (2004) chamam a atenção para o fato dos contos de fadas, por exemplo, não poderem ser considerados textos atemporais e/ou neutros, uma vez que seu material de fundo se ancora em períodos e lugares circunscritos. Cada conto possui um autor e um contexto histórico, elementos essenciais para definir a "voz do texto", para definir e agregar valores morais particulares e universais, ligados à história de vida e à conjuntura política, social e econômica experienciada pelo autor que escreveu ou transcreveu o conto. Assim é que se justificam, inclusive, as diferentes versões para um mesmo conto em cada época reescrito.

Os componentes narrativos, portanto, não seriam exclusivamente produto da imaginação humana às voltas pela busca da realização de desejos inconscientes, e sim arroubos literários que expressam o vivido, a realidade social de cada período evolutivo da humanidade. Sujeito a toda sorte de adversidades, é de se compreender, pois, que as histórias contemplassem as ameaças, perigos e temores que, vencidos, convertiam o homem em *herói* (Coelho, 2010; Tatar, 2004).

Em que pesem a historicidade, a temporalidade e a pertença cultural dos contos, eles sobreviveram quase incólumes até os tempos atuais e ganharam aceitação quase universal nas mais diferentes sociedades, transformando-se em parte vital de nosso capital cultural. Para autores como Tatar (2004), "o que os mantém vivos e pulsando com vitalidade e variedade é exatamente o que mantém a vida vibrando: angústias, medos, desejos, romance, paixão e amor" (p. 15).

Além da compreensão sócio-histórico-cultural, é imperativo salientar que alguns autores (Braunschvig, 1914; Rigaul, 1935, citados por Jesualdo, 1978), rechaçam os contos literários infantis, notadamente os oriundos da tradição oral (contos de fadas ou contos maravilhosos), por acreditarem que os mesmos são perniciosos na educação das crianças, uma vez que conduzem os pequenos a alimentarem falsas percepções sobre o mundo e a vida. Conforme aponta Tatar (2004): "Despertando a um só tempo medo e alumbramento, os contos de fadas atraíram ao longo dos séculos tanto defensores entusiásticos, que celebram seus encantos vigorosos, quanto críticos severos, que deploram sua violência" (p. 10).

Ao ilustrar situações de confronto entre o bem e o mal, entre o forte e o fraco, entre o belo e o feio, e propagar a falsa ideia de que a felicidade é fiel companheira da virtude e o infortúnio acompanha de maneira infalível o vício, os críticos literários

advogam que às crianças se apresentam verdadeiras ilusões que, mais cedo ou mais tarde, resultarão provavelmente em amargas decepções com a vida (Jesualdo, 1978; Tatar, 2004).

Ademais, as objeções também dizem respeito à vinculação recorrente nos contos entre virtude e alcance de conquistas, sejam elas materiais e/ou sociais. O efeito que isso produziria, ainda conforme os autores citados por Jesualdo (1978), seria uma suposta associação da virtude como "fonte asseguradora de lucros" e benefícios, o que poderia acarretar na crença de que o que importa não é a virtude em si, mas os resultados através dela galgados. É como se às crianças fosse ensinado "o cálculo em vez da moral" (Braunschvig, 1914; Rigaul, 1935, citados por Jesualdo, 1978, p. 17).

Em realidade, significativa parte das censuras à literatura destinada a crianças e jovens provém de educadores franceses, como Rousseau e Lamartine, os quais avaliavam os contos, especialmente as fábulas, como nocivos ao adequado desenvolvimento moral dos infantes, então (entre os séculos XVIII e XIX) reconhecidos como categoria social dotada de características peculiares e de cuja educação dependeria seu preparo apropriado para tornar-se um adulto civilizado e de bom caráter (Coelho, 2010; Góes, 2010; Tatar, 2004).

Tatar (2004), entretanto, argumenta:

> Se por um lado os contos de fadas não nos fornecem as lições morais e mensagens adequadas pelas quais às vezes ansiamos, por outro continuam a nos proporcionar oportunidades para pensar sobre as angústias e desejos a que dão forma, para refletir sobre os valores condensados na narrativa e discuti-los, e para contemplar os perigos e possibilidades revelados pela história (p. 12).

Para Jesualdo (1978), o maior argumento em favor da utilidade dos contos para as crianças é a expressiva riqueza criativa dos grandes escritores, que, por meio de enredos fantasiosos e altamente simbólicos, disponibilizam os recursos necessários para o fomento à imaginação infantil, enriquecendo seu pensamento e o repertório de contato com experiências diversas das suas.

Ora, em sendo o sonho, a imaginação, a fantasia, eixos vitais para a existência do homem no mundo, condutores do sentido da realidade, apenas a militância inflexível e destrutiva de um adulto pode retirar da criança seu potencial imaginativo. Por questões religiosas, educativas e/ou moralistas, alguns consideram a fantasia como danosa por falsear a realidade, tentando afastar a criança de artefatos que induzam à fertilidade da imaginação e/ou à ilusão. Outras crianças são afastadas do mundo fantástico pelas próprias condições precárias de vida, em que só lhes resta dedicar-se ao trabalho para suprir suas necessidades de sobrevivência e as de sua família (Corso & Corso, 2011).

Os “exilados da fantasia”, como denominam Corso e Corso (2011), depois que crescem podem enfrentar sérias limitações em sua capacidade de criação, de abstração, apresentando uma subjetividade empobrecida, enrijecida, que opera como um motor sem lubrificação, que lhes dificulta a abertura ao mundo em suas infinitas possibilidades, a habilidade de interpretação compreensiva das pessoas, das coisas e dos fatos, a capacidade de entender as sutilezas das diversas manifestações do humano, e até mesmo o relacionamento interpessoal. Ademais, como elucidam os autores, a “privação da ficção é um estreitamento das possibilidades de ser”, haja vista as narrativas serem fundamentais inclusive para organizar e dar sentido à vida, dado que traduzem a experiência vivida. E, “mais do que a experiência vivida, somos a versão que damos a

ela", portanto, nossa vida é também uma narrativa ficcional, montada de acordo com nossa percepção e organização do mundo (Corso & Corso, 2011, p. 256).

Felizmente, não é fácil escapar à fantasia, pois ela encontra brechas para sua emergência, se não por meio da arte, da literatura, por meio então dos sonhos (Corso & Corso, 2011).

Ainda em contraposição às objeções anteriormente explanadas, outros autores da área da Educação, Pedagogia, Linguística defendem os contos não só como instrumental terapêutico: o adotam também como ferramenta eficaz e essencial à promoção do desenvolvimento intelectual dos educandos, à facilitação do processo de aprendizagem da leitura e da escrita, à formação de um leitor crítico e com ampla visão de mundo (Abramovich, 1997; Amarilha, 1997; Coelho, 2000, 2010; Góes, 2010; Radino, 2003).

Em face às exposições acima elencadas, é patente o contraponto entre as interpretações de cunho psicanalítico, as de cunho sócio-histórico-cultural, e aquelas derivadas de princípios pedagógicos. E, então, explicitados pontos e contrapontos acerca da utilização de histórias ao longo do desenvolvimento da criança, é importante por hora assinalar para o leitor as concepções assumidas nesta dissertação.

Em primeiro lugar, seja qual for a ótica de compreensão, o fato é que as narrativas, a literariedade, as histórias, a arte literária, a literatura infantil, ou qualquer outra denominação, têm, em seu caráter transitório e aberto, alta relevância como ferramenta que convida à reflexão por meio da ludicidade e imaginação, e fornece a "possibilidade de organizar, interpretar e dialogar com os acontecimentos do viver psicológico" (Pazinato, 2008, p. 302).

Em segundo lugar, não se trata de atestar as propriedades terapêuticas dos contos. Essa tarefa, na percepção da pesquisadora, está amplamente efetivada. O intento é, tão somente, compreender tais propriedades terapêuticas para as crianças em situação de vulnerabilidade, hospitalizadas em UTIPED. De que modo elas fazem uso dessas propriedades, como elas significam suas experiências a partir da contação de histórias, de que modo essas crianças podem ser beneficiadas. Este é o propósito assumido pela pesquisa de campo a ser explanada posteriormente.

Em terceiro, parte-se do princípio de que, ao se aproximarem da vivência das crianças, os contos consistem em narrativas experienciais que possivelmente reverberariam em sua subjetividade, produzindo sentidos e significados os mais distintos.

No tocante a este último ponto, a *produção de sentidos e significados*, do mesmo modo é indispensável clarificar ao leitor que, quando se fala sobre possibilidades, potencialidades e/ou propriedades terapêuticas dos contos de literatura infantil, os achados teóricos cá explicitados são apreciados como importantes subsídios para a compreensão dos contos como aliados no cuidado à criança em UTI.

Entretanto, em consonância com a abordagem teórico-metodológica assumida pelo estudo, a Fenomenologia, concebe-se que os sentidos e significados gerados pelo contato entre criança-conto-pesquisadora vão além dos constructos conceituais assinalados, são muito mais frutos da relação subjetiva que se estabelece entre as personagens aludidas, que compõem uma tríade produtora de múltiplas possibilidades de apropriação e simbolização experiencial. Os resultados que podem ser atingidos sobrepujam qualquer análise apriorística, e podem ou não corresponder ao que já foi construído de narrativas a respeito do potencial terapêutico da literatura infantil. Citando

Caldin (2010): “ao relatar um projeto de finalidade terapêutica, lembra-se que a fenomenologia é uma metodologia da compreensão, e, assim, a atitude fenomenológica implica (...) em mostrar que a narração só adquire sentido na vivência” (p. 87-88).

Os sentidos estarão sujeitos inclusive à própria singularidade da criança participante, sua história de vida, suas necessidades emocionais, suas características de desenvolvimento, seu contexto familiar e social, a vivência atual e anterior de adoecimento e hospitalização, o seu modo de ser e de estar no mundo, de se relacionar com os outros e com os entes simplesmente dados, a natureza e qualidade da relação que estabelecerá com a pesquisadora, entre outros elementos que edificam sua existência.

Sobre isso, Sartre (2004) e Iser (1996-1999), ambos citados por Caldin (2010), asseveram que, em realidade, o leitor (ou o ouvinte) é o verdadeiro criador da obra literária, uma vez que o sentido da obra não está contido nas palavras ali alocadas, mas é atribuído pelo ouvinte, da maneira que lhe aprouver, preenchendo as lacunas da narrativa e fornecendo-lhe os significados em conformidade com sua visão de mundo, suas lembranças e expectativas.

A literatura, como toda forma de arte, dá margem a várias apreensões de sentido, fornece liberdade à imaginação e ao poder de criação humana. Nas palavras de Caldin (2010):

> É essa liberdade de criação de um novo texto, esse preenchimento dos vazios do texto literário, que permite ao leitor/ouvinte/espectador pensar sobre seus sentimentos e problemas e, amalgamando suas lembranças e expectativas com o simbólico, transformar uma narrativa ficcional em narrativa terapêutica, posto que todo texto literário carrega como germe essa possibilidade de terapia. O objeto literário tem essa potencialidade

> embutida; pode-se mesmo afirmar que justamente por ser ficcional, a narrativa é terapêutica (p. 85-86).

O que tão logo à criança é possível apreender por meio da aproximação com a literatura infantil é que "os seres humanos dão sentido ao mundo contando histórias sobre ele – usando o modo narrativo para construir a realidade". As histórias são ferramentas, "instrumento(s) da mente em prol da criação do sentido" (Geertz, 2001, citado por Corso & Corso, 2011, p. 21).

Interagir com a criança por intermédio do uso de contos, como fomento à ludicidade, e daí apreender como eles podem lhe ajudar na significação de sua realidade, como auxílio à reflexão, este é o ponto nodal do estudo, e do tópico subsequente, que busca evidenciar algumas pesquisas que se aproximam deste intuito junto a crianças hospitalizadas.

3.3 CONTAR PARA ACOLHER... PROTEGER... CUIDAR – O USO TERAPÊUTICO DA LITERATURA INFANTIL EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Pois bem, considerando o percurso histórico que a vinculou à infância, as propriedades terapêuticas, educativas, lúdicas, sociais e culturais as quais sustenta, os encontros e desencontros entre correntes teóricas que tentaram dar conta de sua conceituação, uso e análise, neste estudo à Literatura Infantil é creditada a possibilidade de cuidado antepositivo à criança em UTIPED. Cuidado antepositivo tal como

concebido por Heidegger (1927/2005), como o cuidado que liberta o ser para o seu autêntico poder-ser.

Sinalizada esta compreensão basilar, a seguir elenca-se a matéria objeto de discussão do último tópico desta história sobre as histórias.

Em que pese o número acentuado de trabalhos que abordam a literatura infantil, seja do ponto de vista pedagógico, terapêutico, lúdico, entre outros, são escassos aqueles referentes à utilização do conto em contexto hospitalar.

Sem a pretensão de apresentar aqui uma revisão bibliográfica exaustiva sobre o assunto, em primeiro lugar serão elencados alguns estudos gerais compilados por meio de buscas em livros e em bancos de dados científicos que reúnem dissertações, teses e artigos (tais como o Scielo, BVS-PSI, entre outros) – sobre a utilização dos contos de literatura infantil com os mais diversificados propósitos, locais e públicos.

Assim, é possível encontrar estudos com adultos referentes a contos e sua utilização junto a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias químicas – álcool e outras drogas (Caldin, 2010; Zago, 1998); usuários de CAPS portadores de transtorno mental (Moraes, 2008); pacientes com AIDS (Meneghel, Farina, Silva, Walter, Brito, Selli & Schneider, 2008); idosos em asilos (Caldin, 2010; Silva, 2006); mulheres em presídio (Caldin, 2010); pacientes cardíacos em UTI (Pereira & Costa-Rosa, 2008); indivíduos em tratamento psicoterapêutico (Pintos, 1999) e professores da educação infantil (Radino, 2003).

No tocante à população infantil, há estudos que envolvem o contexto da adoção (Prestes, 2008; Rosa, 2008; Vieira, 2006); crianças separadas de forma prolongada de seus pais, em situação de abrigamento (Carvalho, 2008; Gutfreind, 2010); crianças com

déficits de simbolização (Lima, 2010); pré-escolares (Caldin, 2001; Heck, 2008; Kishimoto, Santos & Basílio, 2007; Lucas, Caldin & Silva, 2006; Maia, 2004; Motta, Enumo, Rodrigues & Leite, 2006; Rodrigues, Henriques & Patrício, 2009; Rodrigues, Oliveira, Rubac & Tavares, 2007; Rodrigues & Rubac, 2008; Simões, 2000) e escolares (Almeida, 2010; Alves, 2010; Botelho, 1998; Gonçalves, 2009; Gonçalves, 2009; Klein, 2010; Seitenfus, 2009; Silva, 2006; Souza, 2005; Souza, Folquitto, Oliveira & Natalo, 2008); crianças com asma (Schneider, 2008); crianças em tratamento psicoterápico (Branco, 2001; Safra, 2005); crianças vítimas de violência doméstica (Alves, 2007; Alves & Emmel, 2008); crianças vítimas de abuso sexual (Gutfreind, 2010); e alguns com crianças doentes e/ou hospitalizadas (Caldin, 2002, 2004; Castanha, Lacerda & Zagonel, 2005; Ceribelli, 2007; Fontenele, Pinto, Andrade, Dias, Moura & Pinto, n.d.; Gutfreind, 2010; Mendes, Broca & Ferreira, 2009; Moreno, Diniz, Magalhães, Souza & Silva, 2003; Oliveira, 2009; Rockenbach, 2006; Silva, 2006; Vieira, 2005).

Em correspondência ao recorte assumido por esse estudo, serão a seguir apresentadas pesquisas referentes ao contexto da saúde infantil.

Em investigação realizada por Caldin (2002), a partir da leitura de histórias em grupo, leitura individual para crianças restritas ao leito, contação e dramatização de histórias, e utilização de recursos lúdicos (música, gravuras em cartolinas e isopor, figuras fixadas em palitos, dedoches, desenhos, etc.), objetivou-se promover a humanização do processo de tratamento das crianças hospitalizadas na divisão pediátrica de um hospital universitário, com vistas a ajudar as crianças a superar medos, tristeza, desalento e ansiedade que acompanham o processo de doença-hospitalização. Os principais resultados alcançados dizem respeito aos efeitos benéficos das atividades de biblioterapia para as crianças hospitalizadas, sendo comum o arrefecimento do

desconforto, da dor e da apatia, que cediam lugar à identificação com as personagens, à vivacidade, à descontração e ao riso, ao processo de socialização, ao estímulo à imaginação e à criatividade, ao alívio/pacificação das pressões emocionais pela satisfação das necessidades estéticas e lúdicas dos participantes.

Em outro trabalho, Caldin (2004) procede a uma análise literária de seis contos de literatura infantil, sendo cinco contos realistas (*Seu Feliz, A Casa Sonolenta, Lúcia-já-vou-indo, Chapeuzinho Amarelo* e *Maria-vai-com-as-outras*) e um conto tradicional (*Chapeuzinho Vermelho*), com o objetivo de delinear sua aplicabilidade terapêutica junto a crianças hospitalizadas. A autora finaliza a discussão defendendo a utilização de textos breves, haja vista a condição clínica da criança dificultar a sua concentração e atenção; destaca os contos de fadas como terapêuticos em virtude de reassegurarem vitórias e apresentarem desfechos felizes; assinala a catarse proporcionada pela literatura como benéfica, por permitir a redução do medo e ansiedade da criança hospitalizada; e a identificação com as personagens como importante por traduzir a capacidade libertadora do texto literário, que conduz a criança ao universo ficcional, com o consequente desprendimento da realidade.

Fontenele, Pinto, Andrade, Dias, Moura e Pinto (n.d.), na descrição de um trabalho que usa a biblioterapia como coadjuvante no tratamento de crianças com câncer, argumentam em favor da leitura associada a outros recursos lúdicos como instrumentos eficazes na melhoria da qualidade de vida das crianças com câncer, no estabelecimento da comunicação e vinculação entre equipe e paciente, no fomento à expressão de si mesmo por meio da verbalização, do desenho, da criação de histórias e da expressão corporal.

Com o objetivo de avaliar a importância da leitura mediada para crianças, acompanhantes e equipe hospitalar, Moreno, Diniz, Magalhães, Souza e Silva (2003) utilizaram um questionário padronizado a ser preenchido por mediadores de leitura ao longo da contação de histórias, observando os seguintes aspectos: participação/interação, receptividade, colaboração, atenção, alegria, entusiasmo, dispersão, indiferença e ausência. A avaliação de tais aspectos se referia às crianças, acompanhantes e profissionais de saúde participantes da mediação de leituras. Além do registro das observações, foram realizadas entrevistas com os acompanhantes e os profissionais de saúde. Os resultados apontam os benefícios da leitura mediada na percepção dos participantes, auxiliando no bem-estar das crianças, aliviando as tensões e ansiedades, favorecendo momentos de entretenimento, benefícios que podem ser favoráveis à evolução clínica. A inclusão da família na mediação de histórias infantis parece ter favorecido a coparticipação ativa da mesma no processo de tratamento da criança. Ademais, foram apontados benefícios pelos entrevistados, tais como: melhor aceitabilidade de procedimentos dolorosos; alívio da dor; esquecimento da doença; sentimentos de alegria, relaxamento e confiança; melhora da auto-estima; melhora da doença; viagem ao mundo da fantasia; e construção do processo de leitura/hábito de leitura.

Em uma pesquisa de caráter qualitativo-descritivo, realizada com dez crianças hospitalizadas, dez acompanhantes, sete mediadores de leitura e dez membros da equipe de enfermagem, Mendes, Broca e Ferreira (2009) traçaram como objetivos: (1) identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às ações de mediação de leitura realizadas junto à criança hospitalizada; (2) caracterizar as contribuições da leitura mediada no âmbito do tratamento e recuperação da criança hospitalizada, a partir da

experiência dos sujeitos envolvidos na ação; (3) analisar as possibilidades de integração da leitura mediada no cotidiano do cuidado à criança hospitalizada; e (4) discutir a leitura mediada como estratégia expressivo-lúdica de cuidado fundamental. Os resultados apontam o resgate da alegria das crianças; o lúdico como "linha de fuga" às normas instituídas pelo hospital; a leitura como catalisador das adversidades, facilitador da integração ao meio, da boa qualidade das relações interpessoais entre crianças-familiares-equipe; a otimização da participação da criança no processo de tratamento; o estímulo à autonomia e à criatividade da criança; a promoção do bem-estar geral. A leitura mediada, neste trabalho, atuou como estratégia de humanização do cuidado, diminuindo a sobrecarga psíquica e proporcionando conforto emocional à criança no decorrer do processo de hospitalização. Evidenciou-se o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que o cuidado à criança deve ultrapassar a intervenção puramente técnica, envolvendo o lúdico como elemento intrínseco à arte de cuidar de crianças hospitalizadas.

Castanha, Lacerda e Zagonel (2005) relatam a experiência sobre a atuação do enfermeiro como cuidador na modalidade "contador de histórias" em um hospital pediátrico. O contar histórias é adotado como instrumento de cuidado que alimenta o imaginário das crianças, transformando a realidade vivida e transportando-a para um mundo de fantasias onde não existe dor e sofrimento. Além disso, as histórias mediam e fortalecem a relação entre enfermeiro e criança, auxiliando em sua recuperação, na aceitação de sua atual condição e na sua adaptação ao ambiente hospitalar, alterando seu estado emocional geral e permitindo ao profissional de enfermagem desenvolver o cuidado sensível.

Rockenbach (2006), em uma pesquisa qualitativa realizada com crianças em situação de hospitalização prolongada no setor de onco-hematologia de um hospital pediátrico e no setor de pediatria de um hospital geral, intentou produzir conhecimento nas áreas de Teoria da Literatura e Musicoterapia, partindo da hipótese de que a literatura infantil e a musicoterapia podem contribuir para a melhoria do estado de ânimo das crianças hospitalizadas. Utilizou sessões de musicoterapia e contação de histórias, efetuando 139 avaliações do estado emocional das crianças antes e depois das sessões. Além das sessões, foram realizadas, em conjunto com as crianças, improvisações e composições musicais, baseadas nas histórias de vida de cada criança participante e nas suas vivências relativas à hospitalização, tendo como pano de fundo os contos de fadas. Dentre as principais considerações do estudo, Rockenbach aponta a melhora no estado de ânimo em 74,8% das crianças hospitalizadas participantes das sessões de musicoterapia e contação de histórias. E acrescenta: "crianças hospitalizadas precisam de música e de contos de fadas para continuarem sonhando e para que novas canções e histórias sejam compostas. São vidas que se transformam em histórias e histórias que se transformam em vidas" (p. 15).

Silva (2006) avalia como satisfatórios os resultados alcançados no atendimento arteterapêutico de crianças com leucemia a partir da utilização de histórias infantis breves. Dentre os achados, destaca a expressão/liberação de conteúdos emocionais significativos pelas crianças, através do jogo, do desenho e da brincadeira após a contação de história.

Em sua dissertação de mestrado, intitulada "*A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado de enfermagem*", Ceribelli (2007), partindo da análise do

Projeto Biblioteca Viva em Hospitais (PBVH – Fundação Abrinq), procurou apreender em que medida a estratégia da mediação de histórias infanto-juvenis proposta pelo projeto pode ser um recurso de comunicação com a criança e o adolescente hospitalizados. Valendo-se da observação de sessões de mediação de leitura terapêutica e de entrevistas semi-estruturadas realizadas com nove mediadores de leitura e quatorze crianças maiores de sete anos de idade, a autora constatou que a mediação de leitura foi benéfica para estabelecer a qualidade da comunicação e da relação entre a equipe de enfermagem e a criança, destacando o papel essencial do lúdico que atua como estratégia de aproximação e humanização dos cuidados à criança. Argumenta que a contação de histórias trouxe benefícios tanto para quem ouve quanto para quem conta a história. A função terapêutica da leitura mediada ficou patente nos depoimentos dos participantes da pesquisa. Ademais, a leitura mediada foi apontada como facilitadora do processo de aprendizagem formal de leitura e escrita, da apreensão de formas adequadas de manejo das dificuldades e do preparo psicoemocional da criança, trazendo benefícios também para seus familiares e equipe de saúde.

Também como trabalho de mestrado, Vieira (2005) se propôs a compreender a percepção da criança hospitalizada sobre o sentido das histórias infantis utilizadas como estratégia promotora de saúde em Terapia Ocupacional. Trata-se de uma pesquisa qualitativo-descritiva realizada em unidade pediátrica de um hospital geral, com dez crianças vítimas de acidentes não intencionais, entre 6 e 10 anos, de ambos os sexos. Com a utilização de diário de campo, contação de histórias, atividades simbólicas pós-contação e entrevistas, Vieira concluiu que o sentido que as crianças atribuem às histórias está diretamente relacionado as suas vivências nos diversos contextos sociais, culturais e pessoais dos quais fazem parte. Ademais, as crianças encontraram nas

histórias correlações com suas próprias histórias de vida, correlações que foram retratadas em seus desenhos pós-contação. As narrativas funcionaram como excelentes dispositivos de promoção à saúde, proporcionando momentos de alegria, prazer e fantasia para as crianças e ressignificando para a contadora-pesquisadora o seu exercício profissional.

Mais especificamente relacionada à produção acadêmica aqui apresentada, a tese de doutorado de Oliveira (2009), cujo título é "*Tecendo histórias: intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica*" foi o único trabalho encontrado em contexto de terapia intensiva com crianças, cuja proposta inicial era fazer uso dos contos de fadas. Buscava-se compreender o papel do procedimento interventivo de contar histórias para crianças no fortalecimento psíquico das mesmas e no enfrentamento da hospitalização em UTI. Utilizando o método fenomenológico-hermenêutico e inspirada nos construtos teóricos propostos por Winnicott e Safra, a autora se propôs inicialmente a narrar contos de fadas escolhidos pelas crianças internas em UTI. Todavia, no curso da pesquisa, Oliveira percebeu o potencial terapêutico do encontro entre pesquisadora-criança-familiares-equipe de saúde. Deste modo, alterou seu enfoque, que deixou de ser o conto e passou a ser a escuta de histórias construídas pelos sujeitos mencionados e suas próprias experiências pessoais como pesquisadora. A autora concluiu que, mais do que as histórias, seu encontro com os atores em cena intensivista marcou um espaço potencial de cuidado e intervenção clínica.

Gutfreind (2010), em seu livro *"O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança*", faz alusão a alguns trabalhos na área de saúde utilizando o conto como mediador (Battin, 1977; Krietemeyer & Heiney, 1992). Cita o trabalho de Lafforgue (1988), desenvolvido na França, como inspiração para o seu estudo. O autor

citado propõe e desenvolve uma técnica que denomina *ateliê de contos terapêuticos*, com o que trabalha no tratamento de crianças institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (hospital-dia) por diferentes enfermidades, sobretudo autismo e quadros psicóticos (Lafforgue, 1995, citado por Gutfreind, 2010).

Resguardadas as distinções determinadas pelo referencial teórico capital, pelos procedimentos metodológicos adotados, o público alvo e o *locus* do estudo, o trabalho que inspira esta dissertação foi realizado por Gutfreind (2010) na França, no ano de 2000, junto a crianças "carentes afetivamente e separadas de modo prolongado de seus pais". O psiquiatra e psicanalista brasileiro tratou de criar dois grupos: um *experimental*, formado por crianças em situação de abrigo, vivendo em dois lares mantidos pelo governo frânces; e um grupo *controle*, formado por crianças não separadas de seus pais, alunas de duas escolas municipais. Foram ao todo 23 crianças participantes do estudo, na faixa etária entre cinco e onze anos, divididas igualitariamente e de forma emparelhada (idade, sexo e origem cultural) entre os dois grupos.

O autor utiliza a estratégia de *ateliê terapêutico de contos*, que consiste na intervenção em grupo de no máximo seis crianças, compreendendo a sessão três momentos principais: (1) contação de história; (2) espaço aberto para encenação da história ou outra forma de expressão, de acordo com o desejo do grupo; (3) desenho, diálogo sobre a história, ou mediação com massa de modelar. Os encontros, aproximadamente 26 para cada grupo (um por semana), foram desenvolvidos em regime de coterapia, haja vista a necessidade do que Gutfreind chama de "auxiliares de escuta", responsáveis por registrar as atitudes das crianças ao longo das sessões e desempenhar a função de continência frente às expressões emocionais das crianças em relação às histórias ouvidas. Foram utilizados contos tradicionais e histórias modernas. Os ateliês

tiveram a duração de um ano escolar e as crianças foram avaliadas antes do início dos ateliês e após sua finalização, com o uso de instrumentos projetivos e psicométricos, questionários e entrevistas semi-estruturadas com os educadores e/ou professores, relatórios clínico-descritivos e análise dos desenhos feitos pelas crianças, sendo estes dois últimos instrumentos avaliados pelo pesquisador como os mais ricos em termos de dados ilustrativos a respeito da evolução terapêutica das crianças.

A partir de sua pesquisa clínica experimental, cujo objetivo primordial foi "observar os efeitos terapêuticos de um ateliê de contos sobre uma população de crianças separadas, de forma prolongada, de seus pais", o autor constatou ter sido possível ofertar às crianças participantes mecanismos para representarem seu sofrimento, através da organização de narrativas próprias, relativas às suas histórias de vida, à separação e ao abandono de seus pais; bem como através da identificação com as tramas e as personagens, o que as ajudou a entender melhor e nomear os seus sentimentos, desejos, conflitos, pensamentos e necessidades emocionais. Além disso, como fruto dos dados projetivos e psicométricos, Gutfreind (2010) aponta que houve ganhos importantes do ponto de vista cognitivo, expressivo e social das crianças do grupo *experimental* em comparação com as crianças do grupo *controle*. São indicados como principais resultados: melhora no nível dos discursos (menos inibidos e mais elaborados); maior capacidade de verbalização de afetos; melhora na capacidade de simbolização, abstração e conceitualização, com enriquecimento da vida imaginária; e desenvolvimento da habilidade de construção de relatos obedecendo à estruturação narrativa de um conto.

O trabalho de Gutfreind (2010), ao mesmo tempo em que serve de inspiração para o estudo hora elucidado, também guarda distinções consideráveis, respectivamente

explicitadas: (1) referencial teórico psicanalítico *versus* referencial fenomenológico-existencial; (2) avaliação dos efeitos terapêuticos dos contos com uso de instrumentos projetivos e psicométricos *versus* compreensão fenomenológico-interpretativa das possibilidades terapêuticas dos contos; (3) intervenção em grupo *versus* intervenção individual; (4) situação de separação dos pais em condição de abrigamento *versus* situação de separação dos pais em condição de hospitalização.

No entanto, a proposta de compreensão das possibilidades terapêuticas dos contos de literatura infantil assinalada pelo referido autor servem como pilares para a intenção do atual estudo.

Neste sentido, o cuidado mediado pelos contos literários, sejam eles de fada ou realistas, pode ser compreendido por dois eixos de análise, em consonância com a proposição de Gutfreind (2010): o eixo lúdico e o eixo reflexivo, separados didaticamente, mas emaranhados no cuidado à criança.

O autor conceitua o eixo lúdico de compreensão das possibilidades terapêuticas dos contos valendo-se do conceito de *espaço lúdico*, tal como proposto pelo psicanalista Pavlovsky (1980): "o espaço no qual, a partir da combinação de imagens, de jogos, de ilusões, a criança poderá jogar, inventar, imaginar, criar, olhar de outra forma o concreto, guardando-o como um local, interno, onde poderá sempre se refugiar nos momentos mais difíceis de sua vida" (p. 42). A abertura deste espaço lúdico seria uma das formas pela qual o conto enriqueceria a vida imaginária, simbólica da criança.

Também amparado em conceitos psicanalíticos, Gutfreind (2010) define o eixo reflexivo como a propriedade terapêutica do conto de, ao ser utilizado, gerar espaço para o auxílio à reflexão, ao pensar, uma vez que, exercendo as suas duas funções

principais, a saber, organizador e continente, o conto poderia ajudar a criança a ordenar seus pensamentos, dar-lhes sentido e estimular a reflexão sobre suas vivências, a partir do enredo literário.

Os eixos lúdico e reflexivo assinalados por Gutfreind (2010), que fundamenta sua descrição na teoria psicanalítica, podem ser compreendidos à luz da Fenomenologia, especialmente considerando o ambiente hospitalar.

Ora, inserida nesse contexto, a criança é comumente privada do que há de mais próprio em seu existir: o brincar. Seja pela própria condição clínica, que lhe exige repouso, seja pelas normas hospitalares instituídas, à criança não é permitido o acesso ao que lhe é fundamental, inclusive para que possa interagir com o mundo e apreender o processo que vivencia, de adoecimento e hospitalização.

O cuidado ofertado pelo psicólogo pode lhe devolver recursos expressivos e criativos com o intento de se apropriar autenticamente de sua atual realidade. E a forma de assegurar tais recursos é, essencialmente, abrir espaços de ludicidade, seja por meio de brinquedos, jogos, brincadeiras, ou contos de literatura infantil. A inserção destes últimos, deste modo, compreenderia o fomento ao brincar, ao criar, ao imaginar, à possibilidade de ser criança mesmo inserida em um ambiente que possivelmente não lhe reconhece enquanto tal, por não demonstrar compreensão de suas reais necessidades para além do cuidado técnico ao corpo. Representaria, pois, uma possibilidade de aproximação ao ser-mais-próprio. Esta pode corresponder à compreensão de eixo lúdico sob a perspectiva fenomenológico-existencial adotada.

Entretanto, considerando o espaço hospitalar intensivista e a rigidez de suas rotinas, rituais de investigação nosológica e procedimentos interventivos de alta

complexidade, a inserção de um ritual de cunho lúdico e artístico como o é a contação de histórias, pode causar estranhamento e certo grau de hostilidade, de repulsa, ou de indiferença, escárnio ou discórdia. Não é, pois, tarefa fácil, ainda que necessária, benéfica e constitutiva dos direitos da criança (Pazinato, 2008).

No que se refere ao eixo reflexivo, este remete à possibilidade da criança pensar sobre o mundo, as pessoas, as coisas e si mesma, a partir das tramas retratadas pelas histórias infantis, em respeito à linguagem da imaginação que lhe é própria. Também este eixo pode ser abraçado como uma possível forma de compreensão fenomenológica sobre as possibilidades terapêuticas dos contos, aproximando-se à noção de pensamento meditante.

Assim, embora inicialmente definidos sob o prisma da Psicanálise, os eixos compreensivos propostos por Gutfreind (2010) podem servir de base para produzir reflexões de base fenomenológica adequadas à atual proposta de pesquisa-intervenção.

Neste sentido, é importante ressaltar o que assevera Pazinato (2008):

> O contador de histórias, ancorado na ótica fenomenológico-existencial, tende a olhar para o ser-doente em suas necessidades, capacidades, apelos e desejos, manifestos em relações históricas, situadas e delineadoras de horizontes do viver. A doença é percebida como o viver corpóreo em sua facticidade, como experiência de finitude e fragilidade da existência humana (p. 298).

Encarando o fenômeno do adoecimento e hospitalização como expressão ôntica da condição ontológica de fragilidade humana, carente de cuidado para existir, é possível conceber que o cuidado à criança em UTIPED deve abarcar a garantia de um espaço que auxilie a produção de sentidos e significados à existência e ao estar doente

no mundo (eixo reflexivo), bem como a criação de perspectivas e recursos para a transformação da experiência (eixo lúdico). Portanto, "gerar um espaço dialógico para contar histórias é a tentativa de firmar-se ao lado do outro como parceiro da totalidade da experiência do existir, nas quais o morrer, adoecer e sofrer são pertencentes à condição ontológica e ôntica do ser" (Pazinato, 2008, p. 299).

Como sugere Gutfreind (2010), os eixos lúdico e reflexivo, embora separados com a finalidade de assegurar a precisão conceitual, se misturam na interpretação compreensiva do potencial terapêutico da literatura infantil. Este fenômeno corresponderia ao que é descrito por Pazinato (2008) como *paradoxo lúdico*, que, a um só tempo, promove a brincadeira gratuita e a reflexão e elaboração psicológicas. A autora assinala:

> A condução do enredo suscita a criação de um vínculo de cumplicidade, envolvimento e imaginação entre seus participantes, na qual o estar-só e o estar-com se entrelaçam no paradoxo lúdico promotor de elaboração psicológica. A arte do contador encanta os "fantasmas hospitalares" e os humaniza, tornando-os reconhecíveis para a consciência subjetiva e coletiva (...) (p. 300).

O vínculo de cumplicidade, envolvimento e imaginação sinalizado pela autora como fruto da arte de contar histórias pode alterar a percepção do mundo, suavizar a relação da criança com sua realidade adversa de adoecimento e internamento em terapia intensiva, além de poder favorecer o alívio de sua dor e sofrimento. É perceptível a relação entre as histórias e o cuidado. Como indica Pazinato (2008):

> Contar, como atividade lúdica, é exploração da condição de liberdade e da espontaneidade, mesmo que restrito às condições do tempo e do lugar. Narrar como atividade lúdica é condução a outro mundo, à outra realidade, na qual o ritual, a magia, o mistério e o sacramento indicam o poder de

> transformação do ser doente. A aceitação de que os acontecimentos cotidianos comportam o amor e o ódio, o viver e o morrer, expressos nas personagens e seus enredos, auxilia a potencializar o que já existe no ambiente, enquanto recurso transfomador do adoecer em horizonte de saúde (Pazinato, 2008, p. 313).

A relação entre conto e cuidado, ou *cura*, já é assinala por Walter Benjamin (1995, citado por Santos Filho & Arruda, 2005). Tal relação se revela na noção de cuidado que revitaliza, "da palavra que espanta os males da enfermidade":

> A criança está doente. A mãe a leva para a cama e se senta ao seu lado. Então começa a lhe contar histórias (...). A cura pela narrativa (...). Se sabe como o relato que o paciente faz ao médico no início do tratamento pode se tornar o começo de um processo curativo. Daí vem a pergunta se a narração não formaria o clima propício e a condição mais favorável de muitas curas (Benjamin, 1995, p. 269, citado por Santos Filho & Arruda, 2005, p. 60).

Assume-se, nesta produção dissertativa, que o literário para a criança é hábil na tarefa de envolvê-la emocionalmente por meio da ficção, transportando-a para o mundo da fantasia (eixo lúdico) e traduzindo e/ou tornando-se cúmplice de suas vivências (eixo reflexivo).

Por hora, é o que há a dizer. Seguem as seções constituídas pelos elementos nodais de toda e qualquer produção acadêmica, o que efetivamente pode garantir a produção de novos conhecimentos.

4. MÉTODO

O meu olhar é nítido como um girassol, sei ter o pasmo essencial que tem a criança se, ao nascer, reparasse que nascera deveras... Sinto-me nascido a cada momento para a eternidade do mundo... Creio no mundo como num malmequer, porque o vejo. Mas não penso nele. Porque pensar não é compreender... O Mundo não se fez para pensarmos nele (Pensar é estar doente dos olhos). Mas para olharmos para ele e estarmos de acordo... Não basta abrir a janela para ver os campos e o rio. Não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. Para ver as árvores e as flores é preciso também não ter filosofia nenhuma. Procuro despir-me do que aprendi, procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram. E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos, desencaixotar as minhas emoções verdadeiras, desembrulhar-me e ser eu... O essencial é saber ver. Mas isso (triste de nós que trazemos a alma vestida!), isso exige um estudo profundo, uma aprendizagem de desaprender...

(O meu olhar, Alberto Caeiro)

O leitor é convidado agora a conhecer o trajeto, desde a formulação da questão de partida, até o detalhamento dos procedimentos seguidos no estudo.

4.1 JOÃO E MARIA – O FENÔMENO A SER DESVELADO

João e *Maria* tinham um grande problema pela frente: sua madrasta planejava abandoná-los no bosque... como fariam para voltar para casa? Que estratégias lançariam mão para achar o caminho de volta? Assim como as crianças desta história precisariam encontrar a solução para um problema que se apresentava, aqui também se busca os caminhos que apontem quais as possibilidades de auxílio dos contos junto a crianças hospitalizadas.

Inspirado no trabalho desenvolvido por Gutfreind (2010), a interrogação de base é: que efeito produz o conto sobre a criança que o escuta? (p. 30).

Outros questionamentos que norteiam o trabalho são: O que esse instrumento de intervenção, ainda não utilizado amplamente como o são o brincar, os jogos e os desenhos, tem a contribuir na ajuda às crianças em regime de internamento hospitalar? Em que medida a interação da criança com a tradição literária pode lhe servir como mecanismo de apoio e proteção a sua saúde psíquica? O que considerar ao se optar pelo conto como possibilidade de auxílio quando se trabalha com o público infantil em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

Partindo da inquietação e interrogação sobre o fenômeno assinalado, pretendeu-se compreender, pautando-se na noção heideggeriana de cuidado e adotando a Fenomenologia como método, as possibilidades terapêuticas dos contos de Literatura Infantil no cuidado a crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Para tanto, elegeu-se como cenário a UTIPED de um hospital público estadual, localizado no município de Natal/RN, e como assistentes de pesquisa quatro crianças

internadas em tal setor, selecionadas a partir de critérios de faixa-etária e condições clínicas.

Tomando como referência o fenômeno interrogado, a primeira imersão no contexto da UTI ocorreu por meio da confecção de um diário de campo, produzido como ferramenta para delineamento metodológico da investigação e como alicerce para a problematização dos apontamentos teóricos. É válido lembrar ao leitor que o diário de campo foi produzido na Unidade de Terapia Intensiva campo deste estudo, fruto dos registros pessoais da pesquisadora, no transcurso de dez dias de observação. Nele se encontram relatos de cenas emblemáticas da produção de saúde em terapia intensiva, falas ilustrativas dos profissionais, das crianças e de seus familiares, descrição da dinâmica de funcionamento da UTIPED, impressões pessoais sobre a qualidade e natureza das relações entre os atores principais da trama.

Face ao fenômeno alvo de pesquisa exposto, tratar-se-á de apresentar os recursos teórico-metodológicos dos quais se lançou mão no transcurso da confecção do *corpus*.

4.2 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: FENOMENOLOGIA

A pesquisa fenomenológica, essencialmente qualitativa, responde a investigações sobre o humano, investigações não passíveis de quantificação quando o intento é compreender um nível de realidade que engloba como matéria-prima os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores, as atitudes, as experiências, a cotidianidade. O mundo das relações, das representações, da subjetividade e da intencionalidade humanas dificilmente pode ser reduzido a

indicadores quantitativos. A preocupação em foco não é descrever, explicar ou quantificar, mas sim *compreender* os fenômenos estudados, *compreender* o vivido (Amatuzzi, 2001, 2003; Holanda, 2003; Minayo, 2010; Moreira, 2004; Valle, 1997).

Fenômeno, do grego *phainomenon*, significa o manifesto, o revelado, o que se mostra tal como é. É através do fenômeno, do mundo tal como experienciado pelo homem, que se pode chegar ao conhecimento do mundo. E este desvelamento do fenômeno, da experiência vivida, emerge no envolvimento entre pesquisador e pesquisado (Amatuzzi, 2001; Bruns & Trindade, 2003; Forghieri, 2002; Holanda, 2003; Moreira, 2004; Valle, 1997).

Esta busca pelo acesso ao vivido torna o estudo de natureza fenomenológica necessariamente uma pesquisa-intervenção, na medida em que o limite entre pesquisa e ação se esvanece na interação dialética entre o pesquisador e o indivíduo participante (Amatuzzi, 2001, 2003; Holanda, 2003).

Aqui o vivido expressa uma realidade psicológica que compreende tríades de palavras, a saber: "sentimento-pensamento-ação, experiência-percepção-comunicação, vivido-simbolizado-manifesto" (Amatuzzi, 2001, p. 57).

É possível afirmar, então, que o acesso ao vivido se efetua através de pensamentos e ações que o revelam de forma direta. Nas palavras de Amatuzzi (2001):

> Lemos o vivido, entrando em contato com suas manifestações. *Depoimento* é o nome que se convencionou dar para essas manifestações quando são tomadas exatamente como apoio empírico para pesquisas. Obviamente existem formas mais adequadas de depoimento para cada pesquisa. Mas em princípio qualquer forma de expressão humana pode se constituir em depoimento. Pois o que importa é a luz sob a qual lemos essa expressão.

> Deve ser justamente uma luz que atravessa a materialidade do depoimento, e embarcando em sua intencionalidade, vai em direção ao vivido puro (ou ao sentimento primeiro que se faz presente) buscando expressá-lo em outro pensamento que faça sentido no contexto da problemática trazida pelo pesquisador (p. 58).

Deste modo, as expressões do vivido, no caso deste estudo, estão evidenciadas nas falas, nas atitudes, nos comportamentos, na manifestação de sentimentos, por parte das crianças participantes em sua experiência imediata no contato com os contos de literatura infantil; além dos indicativos de afetação expressos pela pesquisadora em diário de campo, posteriormente organizado em relatório de descrição fenomenológica das sessões de contação de histórias. Esta é a matéria-prima constitutiva do *corpus* da pesquisa, consoante ao indicado por Holanda (2003): "o fenômeno escolhido para a pesquisa, por se tratar da *experiência*, mesmo podendo ser detectado pela observação externa, não pode ser apreendido senão por sua vivência". Portanto, "um estudo que vise à *vivência* de um determinado fenômeno, necessitará trabalhar com dados obtidos através de experiências relacionadas com o fenômeno em questão" (p. 50).

Neste tipo de empreendimento investigativo, os significados e sentidos dados pelo indivíduo pesquisado às suas vivências, elementos centrais da pesquisa, são apreendidos por meio da compreensão e interpretação fenomenológicas. Isso implica uma atitude de abertura ao fenômeno tal como ele se apresenta, uma atitude empática e de aceitação, evitando pré-julgamentos sobre o vivido a ser desvelado. Trata-se de uma pesquisa de *construção da compreensão* a partir da vivência comunicada pelo participante, e não de *verificação* do que já está disposto em teorias (Amatuzzi, 2001, 2003; Bruns & Trindade, 2003; Forghieri, 2002; Holanda, 2003; Minayo, 2010; Moreira, 2004; Valle, 1997).

4.3 FLORESTA, CASTELO OU CASEBRE? CARACTERIZANDO O CENÁRIO

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED) de um hospital público estadual localizado na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, foi o cenário escolhido para a realização da pesquisa. A escolha desta UTIPED como *locus* da investigação fundamenta-se na ausência de propostas de intervenção psicológica junto à criança que possam resgatar os aspectos sadios de sua existência, prevenindo os efeitos potenciais da hospitalização infantil em tal contexto, conforme apontado nos capítulos precedentes.

Tal local conta com seis leitos de internação, sendo um leito dedicado ao isolamento, para aquelas crianças que apresentem quadros clínicos com alto risco de contaminação.

As crianças internadas na UTI recebem cuidados intensivos e monitoramento das funções vitais durante vinte e quatro horas por dia, com equipe de plantonistas que trabalham seis horas diariamente, ou em plantões de doze horas diárias.

Todos os leitos são equipados com máquinas de monitoramento dos batimentos cardíacos e pressão arterial, oxímetros, bomba de infusão endovenosa e/ou nasogástrica, aparelhos de ventilação mecânica. O ambiente possui ar-condicionado central, cortinas de isolamento para cada leito, estantes para armazenamento dos itens de higiene pessoal do paciente ao lado dos leitos, suporte para soro, cadeiras para acomodação dos visitantes ao lado de cada leito, frigobar para armazenamento de medicamentos e vacinas, etc. Há um posto de prescrição, onde a equipe fica alocada. Em frente ao posto de prescrição, há um balcão e pia para preparação dos medicamentos e procedimentos.

A estrutura física da UTI pediátrica também é composta por um pequeno cômodo onde se situam os armários contendo brinquedos e livros de histórias infantis, além de armários para armazenamento de materiais para procedimentos e para artefatos de uso pessoal da equipe de saúde. Duas portas dão acesso ao ambiente em questão, uma destinada à entrada de funcionários e visitantes, e outra para a entrada e saída de macas transportando os pacientes. Finalizando a descrição física, a UTI pediátrica dispõe de janelas (com películas) na parte superior de uma das paredes, voltadas para a parte externa do hospital.

No que concerne aos profissionais que prestam seus serviços na UTI, esta unidade conta com uma equipe multidisciplinar, composta por: (1) uma nutricionista; (2) dez pediatras intensivistas; (3) dois fisioterapeutas; (4) uma fonoaudióloga; (5) uma terapeuta ocupacional; (6) uma psicóloga; (7) uma assistente social; (8) cinco enfermeiras; (9) vinte técnicos de enfermagem; (10) três especialistas médicos, sendo um infectologista, um nefrologista e um cardiologista. As demais especialidades médicas porventura necessárias atendem na UTI quando há solicitação da equipe plantonista.

Quanto à presença dos pais e demais familiares ao lado da criança[3], esta só é permitida em três horários destinados à visita: no turno matutino, das 10h às 11h; no turno vespertino, das 15h às 18h; e no turno noturno, das 20h às 21h. Em cada horário, é permitida apenas a entrada de três visitantes por criança internada.

[3] É válido informar ao leitor que, antes da defesa da dissertação, no dia 01 de maio de 2011, a equipe de saúde da UTIPED, campo deste estudo, decidiu em reunião permitir a permanência da mãe e/ou responsável 24 horas ao lado da criança, em cumprimento às determinações legais do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e da Cartilha de Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (Resolução nº 41/1995 – CONANDA)

Iniciemos a caracterização assistencial, sem a pretensão de dar conta dos dados nos moldes estatísticos, o que escaparia aos propósitos deste estudo. Os dados levantados dizem respeito ao número total de internamentos, às idades e gênero das crianças assitidas, à média de permanência e à média de internamento mensal em tratamento intensivista, quadros clínicos mais comuns, a procedência das crianças e o destino pós-alta.

Para tal caracterização, adota-se por referência o livro de atas da equipe de enfermagem da UTIPED (em que se registram dados referentes à admissão, alta, óbito, procedência, e encaminhamento das crianças) e o intervalo entre o mês de janeiro do ano 2009 e o mês de julho do ano 2010. Assim, foram 372 internamentos ao todo. Destes, 221 internamentos foram de crianças do sexo masculino e 147 foram de crianças do sexo feminino, sendo quatro o número de omissões em relação a esse dado. A faixa etária prevalente engloba crianças em diferentes fases do desenvolvimento. Entre 0 e 3 anos foram internadas 174 crianças do número total de internamentos no intervalo de tempo considerado. Crianças na faixa etária entre 4 e 6 anos somam 49 ao total. Crianças entre as idades de 7 a 11 anos são 80 ao todo. As omissões de idade totalizaram oito.

Considerando a faixa etária selecionada para participação na pesquisa, qual seja crianças entre seis e onze anos, depreende-se dos dados que elas somam 96 ao todo, no período analisado, o que constituiu prerrogativa adicional para opção metodológica.

A média de permanência das crianças na unidade intensiva configura, de igual modo, dado relevante para delineamento do estudo. Desta feita, no ano de 2009, o tempo de permanência das crianças variou entre 4 e 8,7 dias, sendo a média de 6,4 dias. A proposta metodológica prevê oito encontros com cada criança participante. Tal média

de permanência não inviabilizou o estudo, haja vista que, quando a criança recebia alta da UTI antes de concluídos os procedimentos, dava-se continuidade no ambiente da enfermaria pediátrica, até sua alta hospitalar.

Ademais, a média de internamento mensal é de 19,6, considerando os meses entre janeiro de 2009 e julho de 2010. As crianças são procedentes, em boa parte, de outros serviços hospitalares e/ou do serviço de pronto-socorro. São acometidas por diversos quadros clínicos, como traumatismo crânio-encefálico, insuficiência respiratória aguda, insuficiência cardíaca congestiva, convulsão, ferimento por arma de fogo e/ou arma branca, pós-operatório imediato de diversos tipos de cirurgia, dentre outros quadros. As crianças, finalizado o internamento em UTI, são redirecionadas para a enfermaria pediátrica do próprio hospital (175 ocorrências), ou encaminhadas para outros hospitais (82 ocorrências). Algumas são encaminhadas para outros serviços, internos ou externos ao hospital. Foram registradas durante o período investigado 78 ocorrências de morte.

Cumprida esta etapa, passemos às considerações sobre os protagonistas da pesquisa.

4.4 CONHECENDO OS HERÓIS E AS OUTRAS PERSONAGENS DESTA HISTÓRIA

Previamente, é imperativo clarificar os critérios de inclusão para a seleção das crianças participantes da pesquisa. Portanto, em razão dos objetivos da presente investigação compreensiva, delinearam-se como critérios de inclusão, fundamentalmente, a faixa etária da criança e sua condição clínica.

Adotou-se especificamente como critérios de inclusão os seguintes: crianças na faixa etária de 6 a 11 anos, logo vivendo a fase da terceira infância, segundo classificação desenvolvimental (Papalia & Olds, 2006), de ambos os sexos, internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital público estadual já referido, em condições de vigília, orientação espaço-temporal, preservação da capacidade de expressão verbal, de responsividade a estímulos e de atenção dirigida.

Como critério para participação na pesquisa também se estabeleceu a anuência dos pais e/ou responsáveis pela criança, através de preenchimento do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* – TCLE (Apêndice A), e a anuência da própria criança. Estando as crianças que corresponderam aos critérios de inclusão em número superior ao intervalo de quantidade proposto para a pesquisa, qual seja quatro, foram selecionados por critério de condição clínica os assistentes que participaram, sendo eleitas aquelas crianças que possivelmente permaneceriam por um período maior de tempo na UTIPED em virtude de seu quadro clínico.

A prevalência significativa de crianças na faixa etária referente à terceira infância (conforme demonstrado em levantamento de dados exposto no tópico anterior), bem como a adequabilidade da proposta a tal público, motivou a escolha por crianças nas idades acima mencionadas.

Elucidados os critérios para seleção dos colaboradores do estudo, convida-se por hora o leitor a conhecer os protagonistas da história aqui tecida. São as crianças participantes da pesquisa que pedem licença para se apresentar.

Foram quatro ao todo os heróis desta narrativa. Cada um deles recebeu um nome fictício, o nome da personagem principal do conto que mais lhe marcou e/ou que mais

se aproximou de sua vivência, na percepção da pesquisadora. Porquanto, temos *Bulu*, personagem do conto de fadas *O lobo e os sete cabritinhos* (Girassol Brasil Edições Ltda, 2005); *Bié*, personagem da história moderna *Bié, doente do pé* (Pimentel, 1989); *Pedro*, protagonista do conto realista *Pedro e Lua* (Moraes, 2004), e *Arthur*, personagem central da história contemporânea *Arthur vai para o hospital* (Bennet, 2010). É válido ressaltar que o fato das crianças serem todas do sexo masculino não se deveu a qualquer opção metodológica, mas à disponibilidade durante o período de construção do *corpus* da pesquisa. Abaixo o quadro com a identificação das crianças.

QUADRO 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROTAGONISTAS DA HISTÓRIA

PERSONAGEM	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
BULU	**Nome da criança (iniciais):** V. K. C. **Idade:** 8 anos **Sexo:** Masculino **Data de admissão (UTIPED):** 05.06.2010 **Tempo de internamento (UTIPED):** 10 dias **Diagnóstico médico:** insuficiência renal crônica/peritonite/derrame pleural
BIÉ	**Nome da criança (iniciais):** J. V. M. P. D. **Idade:** 6 anos **Sexo:** Masculino **Data de admissão (UTIPED):** 03.07.2010 **Tempo de internamento (UTIPED):** 06 dias **Diagnóstico médico:** Pós-operatório de laparotomia exploradora por trauma abdominal fechado importante
PEDRO	**Nome da criança (iniciais):** E. S. D. N. **Idade:** 9 anos **Sexo:** Masculino **Data de admissão (UTIPED):** 04.07.2010 **Tempo de internamento (UTIPED):** 06 dias **Diagnóstico médico:** Politrauma por acidente de moto com fratura exposta grave de fêmur direito, tíbia direita e fratura fechada do cotovelo direito

ARTHUR	**Nome da criança (iniciais):** P. C. L. S. **Idade:** 7 anos **Sexo:** Masculino **Data de admissão (UTIPED):** 12.09.2010 **Tempo de internamento (UTIPED):** 09 dias **Diagnóstico médico:** Diabetes mellitus e nefropatia

Estes são os heróis do estudo. A seguir a pesquisadora convoca o leitor a conhecer um pouco das histórias dos pequenos assistentes de pesquisa.

Em primeiro lugar, faz-se mister apontar que as crianças que participaram desta pesquisa apresentam alguns aspectos em comum que, certamente, repercutiram em sua forma de vivenciar a situação de hospitalização. São crianças oriundas de famílias de classe sócio-econômica baixa, cujos pais têm pouca escolarização. Apenas *Bulu* não se encaixa em tal descrição, constantando-se condições econômicas favoráveis e nível superior de escolarização paterna. Duas crianças, *Bulu* e *Arthur*, foram internadas por doenças crônicas, insuficiência renal crônica e diabetes, respectivamente. As outras duas crianças, *Bié* e *Pedro*, tiveram sua hospitalização determinada por adoecimento agudo, ambas foram vítimas de acidente. Esta divisão em adoecimento agudo e crônico foi casual, não fazendo parte de qualquer delineamento metodológico.

Bulu: uma história de (des)amparo e proteção

Bulu, primeira criança a participar da pesquisa, mora com sua mãe, sua irmã mais nova e seu padrasto, pois seus pais são separados. Frequenta a escola nas séries iniciais. Há poucos meses (setembro de 2009), sua família descobriu que Bulu tem

insuficiência renal crônica. Desde então, a criança é dependente de diálise com periodicidade diária.

Em seu formulário de história clínica, documento anexo ao prontuário, é possível encontrar a seguinte descrição:

> Paciente renal crônico descompensado encaminhado de outro hospital com edema agudo de pulmão. Portador de insuficiência renal crônica. Internado há 11 dias com quadro de insuficiência renal crônica, peritonite, diarréia, desidratação, edema agudo de pulmão, tosse cheia, dispnéia, afebril, dor abdominal difusa, desconforto respiratório, obstrução do cateter de diálise peritoneal.

Bulu tem deficiência auditiva parcial em um dos ouvidos. É uma criança reservada, que interage pouco em termos de verbalização e contato. Tem comprometimento significativo de seu desenvolvimento, especialmente no aspecto psicossocial, o que dificulta sua interação social, sua comunicação verbal, a formação de vínculos, etc. Seu pai já chegou a acreditar que ele tivesse autismo. Bulu, conforme relata sua mãe, nunca foi uma criança de pedir para se alimentar, sempre ela precisou levar a criança até a mesa nas horas das refeições, pois ela comumente não expressa seus desejos e necessidades. Costuma brincar sozinho e suas brincadeiras e atividades favoritas são: andar de bicicleta, jogar videogame, assistir DVD e filmes, jogar lego.

A mãe de Bulu afirma que ele era uma criança “normal”, alegre. Teve uma infância saudável, segundo relato de seus pais, até a descoberta da doença. Em virtude desta, a mãe refere restrições relativas à alimentação, brincadeiras, etc. Desde que adoeceu é constantemente hospitalizado, permanecendo a maior parte do tempo entre hospitais e clínica para diálise. Entretanto, esta é a primeira internação de Bulu em UTI.

Seu pai considera ser este um momento crítico devido à gravidade do quadro clínico da criança.

Bié, doente da barriga e do pé

Bié tem registrado no seu formulário de história clínica a seguinte descrição:

> Criança vítima de trauma abdominal fechado após queda de bicicleta ontem (02 de julho de 2010). Hoje (03 de julho de 2010) submetido a laparotomia branca exploratória". Bié foi encaminhado de um pronto-socorro pediátrico do município de Natal/RN. Encontrava-se estável, lúcido, consciente, orientado, leve sonolência, pálido, hidratado, com dieta zero e hidratação venosa.

A criança tem seis anos, mora com a mãe, a irmã mais velha e o pai. Estuda o primeiro ano do Ensino Fundamental. Suas brincadeiras e atividades favoritas são: assistir televisão, comer, passear, jogar futebol, estudar, escrever e ir ao cinema. A criança nunca havia sido hospitalizada antes. É descrito por sua mãe como uma criança muito esperta, que gosta muito de brincar com outras crianças, com carrinhos e com animais.

Pedro: uma história de perdas e vitória

No formulário de história clínica de Pedro, encontrava-se a seguinte descrição:

> Paciente vítima de politrauma (acidente automobilístico), apresenta fratura exposta grave de fêmur direito e tíbia direita. Submetido a procedimento cirúrgico: debridamento e fixador externo (fixação transesquelética) e sutura de lesão. Criança encaminhada de um hospital regional. Vítima de acidente de moto, seu pai e sua mãe estavam na moto também. Ambos foram a óbito. A criança chegou em choque, com fraturas expostas de membros superiores e inferiores. O acidente ocorreu no interior. Hipotérmica. Escoriações em todo o corpo. Respiração espontânea. Oxigênio ambiente. Calha gessada em 1/3 do antebraço direito. Hematoma bipalpebral. Palidez. Sonolência. Dieta líquida. Hidratação venosa.

Pedro é filho único do relacionamento de seus pais. Morava com seu pai e sua mãe. Está no quarto ano do Ensino Fundamental. Sua mãe tem outro filho, de 21 anos de idade, fruto de seu primeiro casamento, mas que não mora com o casal. Seu pai e sua mãe eram alcoolistas e estavam embriagados no momento do acidente. Os pais tiveram morte instantânea.

Pedro é descrito por sua tia como uma criança dócil, inteligente, que gosta de fazer amizade com todo mundo, o descreve como um menino agitado, que não pára quieto quando está em casa. Afirma que alguns comportamentos da criança soam como inadequados para sua idade. A voz de Pedro é infantilizada. Seu comportamento também. Pedro tem uma linguagem imatura, com comunicação verbal confusa.

Suas atividades favoritas são brincar de *bola*, *esconde-esconde*, *tica-gelo*, e estudar. Já permaneceu internado por uma semana, aos quatro anos de idade, devido a um quadro de pneumonia.

Arthur: uma história de resiliência no conviver com a doença crônica

No formulário de história clínica de Arthur estava registrado:

> Criança portadora de diabetes, apresentando há mais ou menos quatro dias edema periorbitário e generalizado, hipocorado, diurese pouca, diarréia, eupnéico.

Na verdade, a equipe médica investigava se a criança teria alguma comorbidade, qual seja nefropatia associada ao quadro de diabetes, pré-existente e em tratamento com administração de insulina diariamente.

Arthur apresenta aspecto edemaciado e pressão arterial elevada. Até então realizava tratamento para controle de diabetes, através da aplicação diária de insulina (três vezes ao dia). A descoberta da comorbidade (nefropatia) se deu a partir de sua internação no hospital. Tal fato mobiliza significativamente a família (mãe, pai, irmãos e tia). A mãe chora constantemente. E fica ainda mais angustiada pelo fato de seu filho ter que permanecer na UTIPED, longe de sua companhia.

O tratamento contra a diabetes é diário, o que exige rotinas diferenciadas para a criança, em relação às outras crianças. Inclusive exige dieta rigorosa e incomum para crianças em sua faixa etária. Uma criança com doença crônica e afastada de sua mãe, em virtude da hospitalização em UTIPED.

Durante a pesquisa, foi possível presenciar Arthur realizando o exame de glicose e, logo em seguida, administrando insulina em si mesmo, sem a ajuda e/ou supervisão de ninguém. Surpreendente para uma criança na sua idade. Ela demonstra franca adesão e participação ativa em seu próprio tratamento, de forma natural, sem protestos, sem choro, com aceitação e maturidade.

No entanto, a mãe de Arthur também relata que, em alguns momentos, a criança assume um comportamento de revolta, ficando "estressado", questionando a Deus o porquê de ele pedir tanto para ser curado e não ter o seu pedido atendido, e afirmando que não aguenta mais conviver com a doença.

A criança, referida pela mãe como habitualmente comunicativa, permanece a maior parte do tempo calada, comportamento frequente entre as crianças hospitalizadas em UTIPED. Mora com sua mãe e seus dois irmãos em um povoado em município interiorano. É descrito como um menino inteligente, amigável, curioso, ansioso, inquieto, muito amado pelos familiares e amigos, o filho caçula "*xodó*" da casa.

O diagnóstico de diabetes foi descoberto quando a criança ainda tinha três anos de idade e, de lá para cá, conforme relata sua mãe, houve uma reviravolta em sua vida e na vida da criança. A rotina de Arthur é perpassada pelos cuidados em prol do controle das taxas de glicose no sangue. Entre suas atividades diárias estão a frequência à escola, onde cursa o primeiro ano, o assistir televisão e o brincar. Suas brincadeiras e atividades favoritas são: andar de bicicleta, andar de motocicleta com o pai e o irmão, jogar bola, brincar de carrinho, assistir televisão e DVD, passear com a mãe. Geralmente brinca sozinho. Arthur nunca havia sido internado, apesar de já ter permanecido em observação em serviço de urgência e emergência.

Sobre o contato prévio com os contos de literatura infantil, dado extraído das entrevistas iniciais com as crianças e seus pais/responsáveis, fica patente que as histórias já faziam parte da vida das quatro participantes da pesquisa e, de acordo com a opinião destas e/ou de seus pais/responsáveis, elas gostam de ouvir histórias, que são contadas pelo pai e/ou padrasto (no caso de Bulu), pelos irmãos mais velhos (no caso de Bié e Arthur), e pela professora (no caso de Pedro).

Concluída a apresentação dos pequenos heróis, agora serão expostos os contos de literatura infantil utilizados ao longo do processo de investigação compreensiva.

4.5 CONTO POR CONTO – COMPREENDENDO OS CONTOS E SUAS TEMÁTICAS

Os contos de literatura infantil são, nesta dissertação, simultaneamente, objetos de estudo e material de acesso ao universo simbólico das crianças participantes da pesquisa. Deste modo, cabe por hora trazer à baila as informações referentes à seleção dos livros utilizados como mediadores nas sessões de contação de histórias.

O critério de seleção abarcou a análise prévia das temáticas gerais presentes nos contos, buscando apreender a pertinência destas ao manejo terapêutico de crianças internadas em unidade de tratamento intensivista.

Para definir os contos a serem utilizados ao largo das sessões com cada criança, duas etapas principais foram cumpridas.

A primeira consistiu na definição dos critérios de seleção das histórias, que englobaram quatro aspectos centrais: (1) considerando o número de encontros a ser realizado, qual seja oito, ao todo, com cada criança participante, adoção de contos clássicos da tradição oral e histórias modernas com textos realistas – não obedecendo critério igualitário em número, variando conforme a necessidade da criança, e sendo intercalados na consecução do trabalho; (2) escolha de contos que contivessem em seu desenrolar temas próprios ao processo de desenvolvimento infantil e, de maneira especial, ao processo de doença e hospitalização, ou seja, os conflitos típicos desse

processo, como separação entre pais e filhos, perdas, morte, superação de dificuldades, medos, enfrentamentos bem sucedidos, conquistas, temas estes hipoteticamente próximos da realidade de infantes em UTIPED; (3) a aplicabilidade e adequação dos contos à faixa etária alvo da pesquisa; e (4) os protagonistas da narrativa serem crianças ou filhotes de animais, supondo que a identificação dos participantes com tais personagens seria facilitada.

A segunda etapa consistiu em identificar os principais elementos dos contos selecionados, quais sejam: título do conto, autor original, modalidade (se conto de fadas ou conto realista), o protagonista, temáticas emergentes e o resumo do mesmo. Esta etapa resultou na produção de um quadro-síntese contendo a descrição das histórias. As mesmas estão organizadas na seqüência de uso previsto (não obedecida criteriosamente), totalizando quatorze livros de contos infantis (Apêndice B).

Feita essa seleção prévia, os contos foram utilizados em uma sequência que obedecia às necessidades afetivas da criança participante, a partir do que comunicava seu comportamento, a especificidade de sua vivência em hospital, as indicações de sua mãe ou figura de referência.

Conforme assinalado no terceiro capítulo, os contos modernos foram adotados com primazia, haja vista retratarem em seus enredos a noção de infância contemporânea e serem adequados às necessidades relativas à terceira infância, por apresentarem relatos realistas que favorecem uma aproximação com as questões individuais relativas ao desenvolvimento e à situação atualmente vivenciada (Jesualdo, 1978; Papalia & Olds, 2006; Vasconcelos, 2008).

Igualmente, fez parte das preocupações na seleção dos contos, entendidos como possibilidade de cuidado à criança em UTI, a apresentação de um final feliz, uma dose de humor e a referência a situações cotidianas da infância e/ou da criança em hospital (para assegurar a verossimilhança, a provável identificação com as tramas e as personagens e a simbolização de sua própria experiência). Buscou-se, ainda, enredos instigantes, capazes de promover reflexão. Essas características são consideradas importantes para facilitar a compreensão da narrativa, seu conteúdo simbólico e a apropriação dela como realmente benéfica do ponto de vista terapêutico (Caldin, 2010; Gutfreind, 2010; Safra, 2005; Silva, 2006).

Como propõe Góes (2010): "Os livros infantis devem atender às necessidades fundamentais da infância. (...) Assim, é importante que os assuntos escolhidos correspondam ao mundo da criança e ao seu interesse; facilitem progressivamente suas descobertas" (p. 39).

Obviamente, a depender das singularidades de cada criança participante, seu contexto de desenvolvimento e situação atual, os interesses, necessidades, capacidade de compreensão e aproveitamento das histórias também sofrem variações. Nesse sentido, procedeu-se à seleção caso a caso de algumas narrativas, inclusive como forma de evitar a utilização de contos que pudessem intensificar as aflições das crianças, em vez de ajudá-las na elaboração das mesmas. Tal preocupação é necessária tendo em vista assegurar a apresentação das temáticas em conformidade com as possibilidades de cada criança assimilá-las (Góes, 2010; Safra, 2005).

Ademais, considerando as condições clínicas de crianças em UTI, que geralmente implicam debilidade física e cognitiva, além dos próprios efeitos possíveis da hospitalização, é premente a utilização de contos com enredos breves, de

estruturação simples e linear. Em resumo, as circunstâncias ditaram a escolha do repertório utilizado, levando em conta o que é afirmado por Kast (1996, citado por Gutfreind, 2010, p. 181): “escolher o conto correto no momento certo”, uma escolha baseada na problemática da criança e na necessidade de propostas terapêuticas breves e focais, em respeito às características do internamento em UTI.

O leitor interessado em conhecer os critérios de seleção dos contos utilizados para cada criança pode verificar o Apêndice C, em que encontrará dados sobre a seleção comum e a seleção caso a caso das histórias. A seguir, serão descritos os procedimentos da pesquisa.

4.6 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO *CORPUS* DA PESQUISA

Item por item, descreve-se aqui o percurso realizado na busca de respostas à interrogação de pesquisa. Destaque-se, antecipadamente, que os procedimentos foram adaptados às condições do contexto intensivista e das crianças participantes. Tais condições estão longe de serem as ideais, entretanto foram as possíveis. O trabalho com contos, como argumenta Gutfreind (2010), deve ser aberto o suficiente para se adequar criativamente a cada circunstância, instituição ou população. A adoção da Fenomenologia como método para acesso e compreensão do vivido possibilita essa abertura/flexibilidade necessária dos procedimentos.

4.6.1 Delineamento do Estudo

O referencial teórico-metodológico adotado para a construção e análise do *corpus* da pesquisa baseia-se no *método fenomenológico*, fundamentado nas acepções heideggerianas de interpretação compreensiva. A metodologia se fundamenta na *abordagem qualitativa* e no desenvolvimento de estudo com caráter de *pesquisa-intervenção*, com a participação ativa do pesquisador na etapa de construção do *corpus*, fazendo uso da *observação participante* e da intervenção direta sobre os pequenos assistentes do estudo.

4.6.2 Instrumentos e Materiais

Os procedimentos metodológicos utilizados, conforme descrito anteriormente, foram pensados com base nos elementos obtidos a partir da confecção de diário de campo, durante dez dias de observação da UTIPED.

Além da sequência de oito encontros com as crianças, lançou-se mão de dois formulários de entrevista semi-estruturada com a mãe e/ou responsável pela criança (Apêndice D e E). Um deles era aplicado antes de dar início às sessões de contação de história, com vistas a conhecer melhor a criança, antes e após seu internamento, conhecer a natureza e evolução da doença, como a criança e sua família estão enfrentando a atual situação de doença e hospitalização, e a opinião do familiar sobre como o infante irá receber a proposta de contação de histórias e o que ele (familiar) espera das sessões propostas. O outro formulário, aplicado após a finalização dos encontros com a criança, traz questões direcionadas a levantar as opiniões do familiar

sobre as sessões realizadas, a avaliação que este familiar faz do processo e como percebe que os encontros afetaram o pequeno participante.

Analogamente, foram utilizados dois formulários de entrevista semi-estruturada com as crianças (Apêndice F e G). A entrevista inicial com a criança, além do objetivo de iniciar o vínculo terapêutico, intencionou compreender melhor a criança, como ela estava se sentindo na UTI, o entendimento que tinha acerca do que estava acontecendo, do que sentia falta, entre outros aspectos. Já o formulário de entrevista final teve o objetivo de conhecer sua opinião sobre as sessões de contação de história durante sua permanência no hospital, qual história mais gostou e menos gostou, buscando um relato breve da experiência.

Além dos formulários de entrevista, e do registro áudio-gravado, lançou-se mão da observação e relato fenomenológicos de todos os encontros. Este material foi consolidado em relatório de descrição fenomenológica, inspirado na *Versão de Sentido* proposta por Amatuzzi (2001), consistindo em uma espécie de "radiografia fenomenológica" dos encontros de pesquisa, em que se buscou esboçar o sentido dos encontros, construídos na interação dialética entre pesquisadora e criança. Nos relatórios encontram-se descritos basicamente três fenômenos: (1) comportamento, reações, comentários e atitudes das crianças ao longo das sessões de contação de histórias; (2) afetos, vivências e impressões pessoais da pesquisadora; (3) descrição do encontro e da relação entre pesquisadora e criança.

Quanto aos materiais utilizados, estes, conforme já referido, variavam de acordo com a necessidade e o desejo da criança participante, porém os encontros e os procedimentos a serem realizados em cada sessão foram todos previamente desenhados. O quadro a seguir apresenta uma síntese dos materiais utilizados, incluindo aqueles que

sempre estavam disponíveis para a criança, caso a mesma optasse por aderir à proposta metodológica para o encontro específico.

QUADRO 2: MATERIAIS ACESSÓRIOS PARA A EFETUAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

MATERIAL	ITENS
LIVROS DE LITERATURA INFANTIL	02 Contos de fadas 12 Contos realistas
CAIXA LÚDICA	Lápis grafith nº 02 Borracha Apontador Régua Tesoura pequena Pincel Cola branca Durex colorido Tinta para pintura de rosto Aquarela em pasta para pintura Coleção de lápis de cor em madeira Coleção de giz de cera Coleção de lápis hidrocor Gravuras para colagem Dedoches Jogo da memória Sentimentos
OUTROS MATERIAIS	Papel Ofício nº 2 Prancheta Cartolina guache Cartela dos sentimentos

A cada encontro era levada uma história. Na contação houve a utilização direta dos livros e as histórias foram lidas, em alguns encontros, e contadas, em outros. A *caixa lúdica* e os *outros materiais* estavam disponíveis às crianças, a depender delas o

uso ou não. Caso a criança optasse por escutar mais uma história (em vez de fazer uso da caixa lúdica), ao término daquela destinada à sessão, lhe era apresentado o conto relativo ao encontro seguinte ou aquele pelo qual manifestasse interesse. As crianças acompanhadas, durante a permanência na UTI, tinham limitações físicas para a execução de algumas atividades previstas após a contação, o que foi respeitado.

Cabe esclarecer o uso de dois materiais em especial, qual seja a *cartela de sentimentos* e o *jogo da memória dos sentimentos*. Trata-se de materiais elaborados pela pesquisadora, recorrendo a figuras do tipo *emoticons*, para confeccionar uma cartela e um jogo da memória.

Na cartela estão dispostas lado a lado carinhas que expressam diversos sentimentos, nomeados como se segue: *alegre*, *triste*, *bravo*, *sono*, *espanto*, *vergonha*, *medo*, *dúvida*, *berrando*, *chorando*. Tal cartela era apresentada à criança ao início e ao final de cada encontro.

Já o jogo da memória fazia parte dos materiais que compunham a caixa lúdica, sendo de livre acesso à criança, a depender de seu desejo. Ele era composto pelas mesmas carinhas utilizadas na cartela de sentimentos. Eram vinte cartões ao todo, contendo, cada um, uma carinha de sentimento, colorida em um cartão e sua correspondente em preto e branco em outro cartão. A cada par formado, seja pela pesquisadora, seja pela criança, o jogador deveria falar sobre o sentimento ilustrado na carinha e que situação ou pessoa lhe desperta tal sentimento. Almejava-se, com isso, investigar o estado emocional da criança frente à contação de história estreitamente vinculada à sua vivência.

Feitas as devidas considerações, a seguir apresenta-se quadro sintético com as etapas, objetivo de cada etapa e os instrumentos correspondentes no decorrer do processo de investigação.

QUADRO 3: ETAPAS, OBJETIVOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

ETAPA	OBJETIVO	INSTRUMENTO
ETAPA INICIAL	**Compreensão Preliminar das Crianças antes do Início dos Encontros de Pesquisa**	**1.** Entrevista inicial semi-estruturada com os pais e/ou responsáveis pela criança; **2.** Entrevista inicial semi-estruturada com a criança.
ETAPA INTERMEDIÁRIA	**Pesquisa-intervenção – As Sessões de Contação de Histórias**	**1.** Relatório de cada sessão, contendo descrição fenomenológica do encontro e incluindo os desenhos e demais produções das crianças; **2.** Registro áudio-gravado dos encontros.
ETAPA FINAL	**Compreensão da Experiência das Crianças ao Final dos Encontros de Pesquisa**	**1.** Entrevista final semi-estruturada com os pais e/ou responsáveis pela criança; **2.** Entrevista final semi-estruturada com a criança; **3.** Observação das crianças durante as sessões; **4.** Análise dos relatórios de descrição fenomenológica das sessões e análise das transcrições dos registros áudio-gravados durante as sessões.

Passemos à descrição do passo a passo.

4.6.3 Pinóquio e Gepeto - O artesão e o desenrolar de encontros com contos e encantos... Descrição do passo a passo

Inicialmente, foram feitas dez visitas à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, em dias e turnos alternados. No decorrer das visitas, se observavam alguns aspectos, de forma livre e assistemática, porém evidenciando quatro pontos principais: (1) rotina, dinâmica, funcionamento da UTIPED; (2) qualidade e natureza das relações tecidas entre profissionais, crianças e familiares; (3). cenas e falas ilustrativas do *modus operandi* do serviço intensivista e da equipe que o compõe; e (4) impressões, considerações e análises pessoais dos elementos observados.

Este material serviu de base para a definição de caminhos teóricos a serem adotados, inclusive no que tange à escolha do conceito principal que orienta todo o trabalho, qual seja a noção fenomenológico-existencial de *Cuidado*.

O diário de campo inicial também foi de suma relevância para a demarcação do percurso em termos de procedimentos a serem utilizados, os horários mais adequados para a pesquisa, a definição dos possíveis empecilhos e das maneiras de solucioná-los.

Feito isto, deu-se início ao delineamento das sessões de contação de história, com a definição dos contos a serem utilizados, os materiais, a sequência dos encontros, e a sequência de atividades a cada encontro.

A seguir a descrição do enquadramento terapêutico das sessões, disposta em quadro-síntese, em que estão elencados os contos literários utilizados em cada encontro, bem como as demais atividades após a contação de história.

QUADRO 4: DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO TERAPÊUTICO DAS SESSÕES DE PESQUISA

PROTAGONISTA	SESSÃO	CONTO	ATIVIDADE
BULU	1ª	*Quem tem medo do novo?*	Contação de história
	2ª	*Gaspar no hospital*	Contação de história
	3ª	*O lobo e os sete cabritinhos*	Desenho
	4ª	*Quem tem medo de quê?*	Desenho
	5ª	*O patinho feio*	Contação de história
	6ª	*Marilu*	Contação de história
	7ª	*O lobo e os sete cabritinhos*	Contação de história
	8ª	*O patinho feio*	Contação de história
BIÉ	1ª	*Quem tem medo do novo?*	Contação de história
	2ª	*Gaspar no hospital*	Contação de história
	3ª	*O lobo e os sete cabritinhos*	Painel temático
	4ª	*Quem tem medo de quê?*	Jogando fora os medos
	5ª	*O patinho feio*	Desenho
	6ª	*Marilu*	Contação de história
	7ª	*Bié doente do pé*	Contação de história
	8ª	*Se criança governasse o mundo...*	Contação de história
PEDRO	1ª	*Quem tem medo do novo?*	Contação de história
	2ª	*Gaspar no hospital*	Contação de história
	3ª	*Pedro e Lua*	Jogo da memória Sentimentos
	4ª	*Alguns medos e seus segredos*	Desenho e pintura
	5ª	*Quem tem medo de quê?*	Jogando fora os medos
	6ª	*A menina cabeça-de-vento*	Bons e maus pensamentos
	7ª	*Hospital não é mole!*	Minha história
	8ª	*Se criança governasse o mundo...*	Contação de história
ARTHUR	1ª	*Quem tem medo do novo?*	Contação de história
	2ª	*Gaspar no hospital*	Desenho e pintura
	3ª	*O patinho feio*	Desenho e pintura
	4ª	*Arthur vai para o hospital*	Desenho e pintura
	5ª	*O menino maluquinho*	Eu sou o doutor!
	6ª	*A menina cabeça-de-vento*	Bons e maus pensamentos
	7ª	*Hospital não é mole!*	Minha história
	8ª	*Se criança governasse o mundo...*	Desenho e pintura

É preciso chamar a atenção do leitor que neste quadro explicitam-se apenas os oito encontros previstos como procedimento. Contudo, excederam-se o número de sessões inicialmente delineadas, sendo o acompanhamento com histórias efetuado até a alta hospitalar de cada criança.

Os encontros foram divididos em quatro momentos distintos, assim denominados:

- *Palavreando*: neste momento, a criança era convidada a expressar, através da *cartela de sentimentos* previamente fabricada pela pesquisadora, como estava se sentindo naquele dia. Ou ainda, optava-se por explorar de antemão, por meio da capa ou das ilustrações contidas no livro de história previsto para aquele encontro, o que a criança achava que aquele conto trazia como enredo.

- *Contando história*: este era o momento dedicado à contação de história propriamente dita.

- *Conversando sobre o conto, entrelaçando história*: este momento da sessão era destinado ao diálogo sobre o conto, procurando investigar o que a criança achou da história, como a história afetou e que significados produziu a criança em sua subjetividade.

- *Produzindo sentidos – o tempo do jogo, do desenho... ou de mais uma história*: neste momento a criança era livre para escolher o que gostaria de fazer, sendo as atividades previstas apenas sugeridas, ficando a cargo da criança optar pela adesão ou realização de outra atividade de seu interesse. Assim, o quarto e último momento poderia ser dedicado ao jogo, ou ao desenho, ou à contação de mais uma história.

Conforme anteriormente descrito, todas as atividades executadas foram sugeridas às crianças, que podiam fazer a escolha se desejavam ou não participar. Em alguns casos, só foi possível como atividade a própria contação de história, seja pela disposição das crianças, seja pelas limitações físicas que lhes impedia de se envolver em outras atividades para além da contação.

Os encontros tinham frequência diária e duração aproximada de sessenta minutos. A opção por tal enquadramento é tributária do respeito às peculiaridades da permanência em UTI e do tempo vivido naquele espaço: tempo da brevidade, da urgência, da carência, da necessidade de acompanhamento intensivo, tempo distinto do cronológico. O horário escolhido para os encontros correspondeu àquele ainda não preenchido no dia a dia da criança em UTI, o horário após a visita do turno vespertino, Prezou-se pela manutenção da regularidade das sessões, no que tange ao horário aproximado e periodicidade.

Sobre as atividades elencadas no quadro 4, cumpre esclarecer alguns pontos.

A atividade intitulada "*painel temático*" consistia na apresentação à criança de gravuras recortadas em uma caixa que deveriam ser escolhidas por ela livremente e coladas em uma cartolina guache. Feito isto, a criança era convidada a criar uma história que contemplasse em seu enredo as figuras selecionadas. Aqui a finalidade era propiciar ao participante a oportunidade de criar suas próprias cenas e recriar a história.

A atividade "*jogando fora os medos*" acontecia da seguinte forma: a pesquisadora incentivava a criança a falar sobre todos os seus medos, estivessem eles relacionados ou não à situação de hospitalização em UTI, anotando-os (a pesquisadora procedia à anotação) em sequência numa folha de papel em branco. Esgotado o relato

dos medos da criança, a mesma era convidada a amassar a folha e, figurativamente, "jogar no lixo" todos os seus medos. O intuito dessa atividade era, simbolicamente, restaurar na criança sua capacidade de enfrentar medos, desafios e fantasias, com a mediação da temática tratada pela história dessa sessão, qual seja *Quem tem medo de quê?*.

O "*jogo da memória dos sentimentos*", descrito na seção de instrumentos e materiais, foi utilizado com a finalidade de investigar os diversos sentimentos, sua vinculação com a vivência da criança em UTI e o papel da contação de histórias.

"*Bons e maus pensamentos*", semelhante à atividade "*jogando fora os medos*", consistia no registro pela pesquisadora, em folha de papel, dos bons e maus pensamentos da criança, divididos em colunas. Após o relato da criança sobre seus bons e maus pensamentos, dividia-se o papel ao meio e a metade que continha os maus pensamentos era entregue à criança para que a mesma pudesse jogá-los fora. A outra metade era mantida com o participante, que decidiria se iria guardá-los ou não. Pretendia-se, desta forma, a partir da temática suscitada pelo conto *A menina cabeça-de-vento*, levantar as ideias, pensamentos e sentimentos principais da criança e suas necessidades.

A atividade denominada "*Minha história*" era fruto da interpretação das imagens contidas no livro *Hospital não é mole!*, a partir das quais a criança era convidada a criar uma história.

Como é possível perceber no quadro anterior (Quadro 4), algumas histórias foram comuns a todos os participantes, outras variaram conforme a experiência vivida pela criança.

Feita a descrição do passo a passo, a indicação do procedimento para análise do fenômeno segue logo abaixo.

4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO *CORPUS* – UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE OS DADOS... REVELANDO SENTIDOS

Primordial se faz explanar a opção metodológica de análise do *corpus*.

Em pesquisa fenomenológica, a análise do *corpus* tem como objetivo revelar a experiência *intencional*, *vivida*. Para tanto, toma de empréstimo o relato verbal feito pelo participante no decurso da pesquisa. É sobre este material que se debruça o pesquisador de base fenomenológica para desvelar os sentidos e significados intencionais verbalizados. O relato traz à tona a experiência vivida (Amatuzzi, 2003).

Ademais, o material que serve ao exame analítico, caso os encontros de pesquisa sejam profícuos e produzam a afetação necessária, é construído na própria relação pesquisador-pesquisado. É aí que se delineiam os contornos da experiência vivida. Isto não pode ser diferente quando se trata de uma pesquisa fenomenológica, que é caracterizada essencialmente pela dimensão investigativa e interventiva, participante (Amatuzzi, 2003).

A análise do fenômeno em estudo deve ser efetuada mediante a preocupação em despir-se de teorizações e hipóteses pré-concebidas, estando baseada no “talhamento de um olhar”, como propõe Critelli (1996).

Isto posto, a apreciação do *corpus* será inspirada em apontamentos de pesquisadores como Amatuzzi (2003), Bruns e Trindade (2003), Giorgi (1985, citado por Moreira, 2004). Esta opção metodológica justifica-se pela conformidade com o referencial teórico-filosófico, além de se julgar mais adequada e útil na compreensão dos sentidos e significados emergentes dos elementos estudados. Acrescente-se a isso o fato desse método ser amplamente utilizado nas pesquisas qualitativas de base fenomenológica. Tal método aponta alguns passos a serem efetuados para extrair informações do *corpus* da pesquisa (Amatuzzi, 2003; Bruns & Trindade, 2003; Giorgi, 1985, citado por Moreira, 2004).

Em primeiro lugar, estabelece-se a necessidade da organização dos resultados, culminando na produção de um texto de referência, que pode ser fruto de transcrições de entrevistas, observações anotadas em diários de campo, etc. No caso deste estudo, o texto de referência será constituído por três pilares básicos: (1) as entrevistas iniciais e finais com as crianças e seus responsáveis; (2) os relatórios de descrição fenomenológica caso a caso das crianças participantes, registrados pela pesquisadora; (3) as transcrições de cada sessão de contação de histórias realizada com as protagonistas, material fruto de registros áudio-gravados.

Formado o texto de referência, o segundo passo consiste em efetuar a leitura inicial do material e a releitura, almejando alcançar uma compreensão global do que ali está posto, evitando análises *apriorísticas*, embora se admita haver uma compreensão prévia do objeto (Bruns & Trindade, 2003; Forghieri, 2002; Giorgi, 1985, citado por Moreira, 2004).

O terceiro passo é, a partir da leitura repetida do material, delimitar *unidades de significado*, ou seja, sistematizar em temas as *variantes* e *invariantes* presentes em cada

experiência verbalizada, estreitamente vinculadas ao fenômeno em estudo, qual seja o potencial terapêutico dos contos para crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva. As unidades devem ser decorrência de apreensões espontâneas sobre o fenômeno, também isentas de teorizações prévias (Amatuzzi, 2003; Bruns & Trindade, 2003; Forghieri, 2002; Giorgi, 1985, citado em Moreira, 2004).

O quarto passo proposto é a definição das unidades de significado, seus temas centrais e o que elas expressam. As unidades de significado são discriminadas e explicitadas com vistas a responder à questão de pesquisa (e a suas derivações) que dispara o estudo, nesse caso: que efeitos os contos produzem nas crianças que os escutam? (Giorgi, 1985, citado em Moreira, 2004).

O último passo consiste em estruturar uma síntese compreensiva, um texto em que se declara de forma consistente a experiência das crianças participantes da pesquisa. Esse texto é denominado estrutura da experiência, ou estrutura geral do vivido. A narrativa é construída tomando por referência as unidades de significado convergentes e divergentes relativas à experiência das participantes. Nela estão contidas também apreciações teóricas entrelaçadas aos resultados produzidos, o que corresponde à fase de compreensão e interpretação do *corpus* em análise. Considerando o atual trabalho, os dados serão articulados com a proposição heideggeriana de cuidado, os apontamentos sobre hospitalização infantil em UTI e os contos literários (Amatuzzi, 2003; Bruns & Trindade, 2003; Forghieri, 2002; Giorgi, 1985, citado em Moreira, 2004).

Salienta-se, em derradeira instância, que o exame analítico apresentado na seção de resultados e discussão é apenas uma *possibilidade de compreensão* do fenômeno em estudo, não se pretende única e/ou definitiva. A fase de compreensão e interpretação implica o envolvimento subjetivo de quem interpreta, o que explica ser uma das

inúmeras possibilidades de compreensão fenomênica (Amatuzzi, 2001; Bruns & Trindade, 2003).

Descritos os passos adotados, vamos à seção seguinte.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DESAFIOS METODOLÓGICOS

Para dar início a esta seção, é imperativo indicar a submissão e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, do protocolo de pesquisa nº 58/2010, referente a este trabalho, através do parecer favorável nº 162/2010, de 16 de julho de 2010.

Propor e realizar uma pesquisa-intervenção é de extrema ousadia. Propor uma pesquisa-intervenção em um serviço de assistência crítica, como o é a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do maior hospital público do estado do Rio Grande do Norte, se torna ainda mais ousado. As dúvidas, os embaraços, os obstáculos foram diversos, em termos éticos e metodológicos. Logo ao iniciar o estudo, já com a confecção do diário de campo na UTIPED, pude observar as grandes agruras a serem encaradas na construção do *corpus* da pesquisa, que abarcavam desde a inclusão ou não de determinadas crianças na pesquisa até a formatação necessariamente maleável que os procedimentos de pesquisa inicialmente propostos tiveram que ser submetidos.

Em primeiro lugar, a rotina do local, repleta de procedimentos, ruídos, intervenções, falta de privacidade, alta rotatividade das crianças. Mas, sobretudo, o não lugar reservado à infância, ao ser criança. Talvez sobrepujando a rotina turbulenta, este

foi um dos maiores obstáculos, haja vista que o estudo implicava garantir à criança um espaço de ludicidade, quase inexistente no contexto em que se encontrava. Por mais simples que possa parecer, garantir tal espaço implica mudança na rotina e, especialmente, implica reconhecimento por parte dos demais integrantes da equipe de saúde da significância do lúdico para o fortalecimento psíquico do infante.

Ainda considerando a rotina da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, delimitar o horário apropriado para as intervenções se constituiu fator indispensável metodologicamente. Para tornar viável a efetuação adequada dos encontros, com o menor número possível de interrupções, com menor circulação de pessoas, redução dos ruídos e das interferências externas e, primordialmente, o respeito ao horário dedicado às visitas familiares, optou-se pelo turno noturno, após a visita vespertina, que é finalizada às 18 horas. De fato, este foi o melhor momento para a realização dos encontros com a criança. Neste horário a criança está alimentada, já tem passado o período crítico de separação dos pais ao fim da visita vespertina, e a própria dinâmica da UTI sofre modificações, assume um funcionamento mais tranqüilo e silencioso.

A partir da delimitação do horário, constatou-se o valor da manutenção do mesmo para a realização das sessões de contação de história, de modo a garantir uma rotina lúdica para a criança, o que considero ser importante. Manter uma sequência de encontros, sem rupturas, em virtude da alta relevância da manutenção de uma rotina lúdica para a criança, tal como o é a rotina de procedimentos médicos aos quais a criança é comumente submetida.

No que concerne à inclusão das crianças no estudo, os desafios éticos relacionaram-se ao quadro clínico das mesmas e, acima de tudo, ao enfrentamento de

situações de um grau de complexidade que extrapolava sua condição inspiradora de cuidados médicos.

Este foi o caso de Pedro. Em um dado momento, a pesquisadora que vos fala optou por não incluí-lo na composição amostral. Pensei que a situação na qual estava imerso (morte dos pais) era altamente delicada e sofrida para ele. Também pude avaliar que, ao mesmo tempo em que participar da pesquisa poderia lhe ajudar, sua demanda e a necessidade de acompanhamento psicológico transcendiam os objetivos da proposta de pesquisa. Até que ponto seria possível incluir Pedro, uma criança que havia acabado de perder seus pais? Como em seu caso eu poderia estabelecer os limites entre a construção de um *corpus* de pesquisa e a assistência psicológica? Qual é a linha que separa minha atuação como pesquisadora e o meu exercício profissional? Diante da gravidade do que a criança estava vivendo, seria cabível mobilizar afetos e emoções que porventura não pudessem ser devidamente elaborados ao longo da intervenção contemplada pela pesquisa?

Optamos, enfim, pela inclusão da criança, considerando que os contos poderiam ajudá-la, de alguma forma, a organizar sua experiência e cientes de que a criança seria também acompanhada pela psicóloga da instituição e que estaríamos disponíveis para acolhê-la de forma mais extensa, caso fosse necessário.

O fato de ser, ao mesmo tempo, psicóloga da instituição e pesquisadora constituiu-se também em desafio; se por um lado facilitou o desenvolvimento da pesquisa, por outro provocou, por vezes, a confusão de papéis, seja por parte da pesquisadora, que vivenciou conflitos relativos à delimitação de sua atuação, seja por parte da equipe, que demandava intervenções junto a crianças não participantes da pesquisa. Questionamentos a respeito da confusão de papéis são válidos para todas as

demais crianças participantes da pesquisa, e galga centralidade especial neste trabalho em virtude da natureza intervencionista da pesquisa. Assim, como clarificar, em relação a todas as crianças participantes do estudo, o limite tênue entre a pesquisa-intervenção e a intervenção psicológica propriamente dita?

Outro desafio metodológico é alusivo à utilização dos contos de literatura infantil como recurso à promoção do cuidado na UTI. O desafio que aqui se evidencia é relativo aos procedimentos de análise do *corpus* da pesquisa. Devo explicar: como distinguir os benefícios e transformações advindas do uso das histórias como mediadores terapêuticos, uma vez que se observou claramente que os benefícios e transformações alcançados vão muito além do uso das histórias? Tento esboçar uma resposta razoável a este questionamento na seção concernente a resultados e discussão.

Quanto aos procedimentos, senti constantemente a necessidade de adaptá-los a cada caso. Emoldurar sistematicamente procedimentos a serem executados junto a crianças em unidade intensiva de tratamento se mostrou opção falha logo ao primeiro encontro, junto à primeira criança participante. Tornou-se imprescindível flexibilizar as atividades previstas, frente à condição clínica da criança, sua disposição afetiva a cada dia, seu desejo autêntico de realizar o que era proposto durante e após o conto. A flexibilização também foi importante tendo em vista a necessidade de se ofertar à criança a possibilidade de escolher se queria ou não participar a cada encontro, se desejava ou não ouvir histórias. Isto porque a oportunidade de escolha, a partir de seu desejo e de sua disposição, é fato raro para a criança hospitalizada em UTIPED. Apreende-se claramente o quão significativo se torna a não imposição dos procedimentos de pesquisa, o alto valor de acompanhar o movimento e interesse da criança, sem impelir a mesma a participar das sessões propostas, pois de outro modo, o

que potencialmente poderia promover satisfação, alegria, bem-estar emocional, pode se assemelhar aos procedimentos médicos, no que tange ao caráter de obrigatoriedade e desprazer. Agindo assim, evita-se incorrer no erro de assemelhar a pesquisa-intervenção aos procedimentos rotineiros da UTI, frente aos quais a criança não tem possibilidade de recusa.

Além dos procedimentos, na tessitura dos encontros me chamou a atenção, de igual modo, a necessidade de adequação do método e das histórias que, a meu ver, deveriam ser selecionados a partir da compreensão da vivência de cada criança, do seu caso e de suas disposições afetivas, bem como de suas limitações físicas impostas pela doença.

Como é razoável presumir, as formulações e reformulações metodológicas aconteceram persistentemente, considerando os desafios impostos a cada dia, a cada criança participante, a cada encontro. E este movimento de maleabilidade procedimental por si só constitui desafio importante, em que pese à impossibilidade que gera de padronizar os encontros e assim favorecer uma análise regular, linear dos resultados construídos, levando em conta a tipicidade dos encontros com cada criança, a irregularidade em termos de desenho metodológico, a variabilidade necessária para que seja viabilizado o empreendimento investigativo na UTI. Destarte, a manutenção da sequência dos encontros e dos procedimentos previstos, bem como a frequência diária dos encontros, conforme inicialmente delineado, não pôde ser cumprida. Os procedimentos de pesquisa necessariamente precisam ser repensados frequentemente frente aos imperativos determinados pelo contexto de assistência intensiva.

Outra observação diz respeito à transferência da criança da unidade de tratamento intensivo para a enfermaria. Também aqui se revelaram desafios metodológicos.

Uma vez que se propunham oito encontros ao todo com a criança, tais encontros não ocorriam todos durante sua permanência em UTIPED. Para algumas crianças participantes, houve a exiguidade de se dar prosseguimento aos procedimentos no ambiente da enfermaria, o qual é dotado de outra dinâmica funcional. Enquanto a UTI oferece a possibilidade de encontros individuais, com mínima interferência externa, a enfermaria é um local marcado pela coletividade, por interferências externas constantes, um local onde se revela veementemente a dificuldade de execução de propostas de cunho individual.

Desta maneira, pensei em diminuir o número de encontros com as crianças, considerando a média de permanência em UTI pediátrica, que é de 6.4 dias, segundo levantamento estatístico interno com base no ano de 2009 (informação extraída do setor estatístico da instituição hospitalar alvo do estudo). Tal não foi viável, por se acreditar que seis encontros não seriam suficientes para atender aos objetivos do trabalho.

Retomando as questões relativas à opção pela pesquisa-intervenção, notoriamente se mostraram estruturantes os encontros para a criança, de tal modo que o vínculo estabelecido por ocasião da pesquisa se estendia para além da permanência da criança até mesmo no hospital. O acompanhamento das crianças participantes da pesquisa requer continuidade, mesmo fora da UTI, onde quer que a criança esteja, em respeito ao vínculo formado.

Outrossim, não há limite temporal possível para o vínculo tecido. Mesmo nos outros encontros, não mais relacionados à pesquisa, as crianças me traziam informações importantes para análise, solicitações para ouvir histórias, sinalizando a significância que atribuíram à experiência. Verifiquei que a pesquisa não se encerra com a consecução do último encontro previsto.

Somado a isso, pode-se indicar outro elemento desafiador: o registro dos encontros. Efetuar pesquisa em espaço médico intensivista é tarefa árdua, haja vista que os registros por vezes sofrem prejuízos. Elegi como companheiro de registro um gravador portátil e a confecção de diário de campo. Para duas das crianças participantes, Bié e Bulu, pouco se fez necessário o uso do equipamento de áudio-gravação, em virtude do fato de Bulu pouco interagir verbalmente, apenas monossilabicamente, e Bié, o fazer de forma pouco audível e compreensível, o que dificultava a boa captação dos sons emitidos. Em face de tal realidade, elegeu-se como instrumento principal de sistematização das informações o material de descrição fenomenológica das sessões de contos.

Por fim, mas não menos importante, percebi ao longo da realização das sessões de contação de histórias, o quão a pesquisa-intervenção aqui apresentada exigiu em termos de persistência e alto grau de investimento afetivo por parte da pesquisadora com cada criança, o que produziu desgaste físico e emocional consideráveis.

Após a discussão dos desafios enfrentados para o alcance dos objetivos da pesquisa, a seguir desvelam-se os resultados obtidos no transcurso deste recorte das histórias de vida de cada herói participante, agora marcadas pela hospitalização e por novas experiências.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

> *Ando com ideias de entrar por esse caminho: livros para crianças. De escrever para marmanjos já me enjoei. Bichos sem graça. Mas para as crianças um livro é todo um mundo. (...) Ainda acabo fazendo livros onde as nossas crianças possam morar. Não ler e jogar fora, sim morar...*
>
> (Monteiro Lobato, 1916)

É chegada a hora de trazer à baila os resultados da construção do cuidado à infância em Unidade de Terapia Intensiva por meio dos contos literários.

Ao longo da imersão nos dados para a construção da pedra angular do trabalho, constituída pelas apreciações fenomenológicas, a geração das unidades de significado e os textos de síntese, foi notória a quantidade significativa de material produzido. Qualquer tentativa de descrição dos resultados não daria conta da riqueza dos encontros com cada criança.

Ora, partindo do enfoque fenomenológico, pretendeu-se dar sentido à experiência das crianças em UTIPED ao dialogarem com as histórias infantis. Portanto, os sentidos e significados explicitados são produto do *olhar intencional* da pesquisadora sobre o fenômeno em questão, considerando inclusive os significados produzidos na interação criança-pesquisadora-conto. Por conseguinte, a proposta analítica, conforme

mencionado anteriormente, não se pretende única ou mais completa, apenas uma maneira de compreender e significar o fenômeno.

Ademais, captar as possibilidades terapêuticas dos contos para as crianças em UTIPED revelou-se empreitada desafiadora, haja vista que os significados e o modo de afetação para cada criança não é acessível a não ser para a própria criança. Apenas ela compreende de modo fiel em que medida a história permitiu-lhe acessar os benefícios advindos da apropriação e ressignificação de seus enredos, e se isso de fato ocorreu. Todavia, assumiu-se como noção fundamental a de que as sessões adotando contos como mediador poderiam produzir resultados benéficos sobre o imaginário das crianças internadas em UTIPED e separadas temporariamente de seus pais e/ou figuras de referência.

Optou-se por tomar como referência três fontes de informações, conforme apontado na seção de procedimentos de análise do *corpus*: (1) as entrevistas iniciais e finais com as crianças e seus responsáveis; (2) os relatórios de descrição fenomenológica caso a caso, registrados pela pesquisadora em diário de campo, compondo o protocolo de observação e interpretação fenomenológica das sessões; (3) as transcrições de cada sessão de contação de histórias realizada com as protagonistas, material fruto de registros áudio-gravados. As protagonistas são as crianças, embora os relatos de suas mães, na entrevista inicial ou final, e os registros da pesquisadora também constituam o *corpus* da pesquisa.

Inicialmente, será exposto o relato sobre a vivência da hospitalização para as crianças. Os demais tópicos se dedicam à análise do *corpus* edificado, entrelaçando a intervenção mediada pelos contos, a noção heideggeriana de *Cuidado* e a experiência compartilhada entre a pesquisadora e as pequenas personagens.

Os resultados estão dispostos em três *linhas de análise,* subdivididas em *eixos* e *unidades de significado*, cada qual respondendo a objetivos do estudo (geral e específicos). Visando clarificar a estrutura da experiência resultante, a partir da inter-relação entre objetivos e organização dos resultados, apresenta-se ao leitor um quadro sintético contendo exposição geral de tais informações.

É válido relembrar as interrogações que balizaram o estudo: que efeitos os contos produzem nas crianças que os escutam? O que esse instrumento de intervenção, ainda não utilizado amplamente como o são o brincar, os jogos e os desenhos, tem a contribuir na ajuda às crianças hospitalizadas em UTI pediátrica? Em que medida a interação da criança com a tradição literária pode lhe servir como mecanismo de apoio e proteção a sua saúde psíquica?

QUADRO 5: ESTRUTURA DA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO *CORPUS* DA PESQUISA

LINHAS DE ANÁLISE	UNIDADES DE SIGNIFICADO		OBJETIVOS DO ESTUDO
ERA UMA VEZ... AS CRIANÇAS DA UTIPED		-	**Geral e Específico:** (1) Investigar o papel dos contos na promoção do cuidado à infância frente à experiência de adoecimento, hospitalização e separação dos pais
ENTRELAÇANDO OS SENTIDOS DO CUIDADO – CONTOS LITERÁRIOS E EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA... UMA APROXIMAÇÃO POSSÍVEL	**Eixo Lúdico**	**1.** *É chegada a hora?! A expectativa pela hora do conto* **2.** *Contos, humor e prazer: entre o desejo e a necessidade de ouvir histórias*	**Geral:** Compreender as possibilidades psicoterapêuticas dos contos de Literatura Infantil no cuidado a crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público estadual, localizado no município de Natal/RN. **Específicos:** (1) Entender como a utilização da literatura infantil atua no acesso e compreensão das necessidades da criança gravemente enferma; (2) Investigar o papel dos contos na promoção do cuidado à infância frente à experiência de adoecimento, hospitalização e separação dos pais; (3) Apreender a construção de sentidos e significados relativos à experiência de adoecimento e hospitalização facilitada pela contação de histórias; (4) Compreender a função exercida pelos contos na relação terapêutica entre psicólogo e criança.
	Eixo Reflexivo	**1.** *Contos, produção simbólica e expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e conflitos* **2.** *Contos: fantasia e realidade se misturam e se diferenciam*	
	Eixo Afetivo	**1.** *Separação dos pais: a hora do conto como espaço de acalanto e maternagem* **2.** *Contos e vínculos de cuidado*	
E, AFINAL, O QUE AS CRIANÇAS ACHARAM DA HISTÓRIA? – NARRATIVAS TECIDAS PELAS PROTAGONISTAS DESTA HISTÓRIA		**1.** *E no fim emergem os significados da experiência contada e vivida...* **2.** *Conto ou não conto? Comentários adicionais*	**Geral e Específicos:** (1) Investigar o papel dos contos na promoção do cuidado à infância frente à experiência de adoecimento, hospitalização e separação dos pais; (2) Apreender a construção de sentidos e significados relativos à experiência de adoecimento e hospitalização facilitada pela contação de histórias; (3) Compreender a função exercida pelos contos na relação terapêutica entre psicólogo e criança.

5.1 ERA UMA VEZ... AS CRIANÇAS DA UTIPED

> *– Onde você vive?*
> *– Com os Meninos Perdidos.*
> *– Quem são eles?*
> *– São crianças que caíram do carrinho enquanto a babá delas, distraída, olhava para o outro lado. Se ninguém os encontra em sete dias, eles são enviados para a distante Terra do Nunca. Lá, eu sou o capitão.*
> *– Ah, se pelo menos eu pudesse ver esse lugar... As histórias que teria para contar aos meninos! – exclamou ela.*
>
> (Barrie em *Peter Pan*, adaptado por Sabuda, 2009)

A primeira linha de análise compreende a vivência da hospitalização dos protagonistas da pesquisa. A pretensão é apresentar o relato dos quatro casos que compõem a pesquisa, com vistas a propiciar um melhor entendimento dos resultados alcançados ao longo dos encontros com as crianças. Descrevem-se informações sobre como as crianças estavam experienciando o internamento, na visão das próprias crianças e/ou de seus responsáveis, e as disposições afetivas e comportamentos predominantes.

Assim, as informações sobre como Bulu estava reagindo à hospitalização em UTIPED são provenientes da descrição fornecida pelo seu pai em sua entrevista inicial, já que a criança apresentava limitada expressão verbal, fazendo uso restrito da fala para fins comunicativos.

Quando questionado sobre como Bulu experiencia o internamento, revela:

> **Pai:** *Ah, Bulu é uma pessoa calma, ele chora um pouquinho, fica triste, dizendo querer ir pra casa, mostro a foto da irmãzinha dele, ele fica muito feliz. E é incrível, aguenta qualquer coisa, de dor, ele deita, ele não reclama, ele não faz revolta. E, como eu falei, acho que essa revolta seja bom, mas ele aceita tudo, tudo, e assim, eu fico falando a verdade, fazendo ele entender o que vai acontecer porque nem os médicos, nem os enfermeiros, ninguém fala a verdade, o que vai acontecer, então pelo menos eu tento explicar pra ele, o quê que tá acontecendo, porque eu sei que ele entende.*

É notória a preocupação do pai com as reações emocionais da criança frente ao processo de adoecimento e internação. Na relação com o filho, a partir de sua afetação, compreende as reações da criança e busca prover a esta um cuidado que podemos conceber como antepositivo. O mesmo admite ser maléfico para a criança assumir postura passiva, apática, tal como acontecia com Bulu, busca, outrossim, que o filho aproxime-se de seu ser-mais-próprio e signifique de forma mais autêntica a experiência de hospitalização e, para tal, fala a verdade, acreditando que Bulu tem recursos para lidar com a mesma.

No que tange às principais disposições afetivas e/ou expressões comportamentais da criança, a mesma, quando em estado clínico favorável, usualmente se encontrava desperta, sentada em seu leito, ora assistindo televisão e/ou DVD, ora prestando atenção aos preparativos para procedimentos, entre outros elementos. Apesar de alerta, permanecia boa parte do tempo circunspecta, sem interagir verbalmente com a equipe de saúde, apenas com seus pais.

No caso de Bié, o mesmo aponta como se sente durante sua entrevista inicial.

> **Bié:** [Sobre seu dia na UTIPED] *É bom. Só que o problema é o pica-pau. Eu não gosto não* [da UTI]. *Não dá pra assistir o pica-pau. É, num pega* [o

canal que transmite o desenho animado favorito de Bié]. *Hum, comer... Comer e assistir televisão* [Sobre o que faz durante o dia na UTI]. *Não sei porquê não pode fazer nada! Só fazer isso...* [Sobre o que gostaria de fazer na UTI] *Brincar!* [Sobre o que mais gosta na UTI] *Só da televisão.* [E sobre o que menos gosta] *De sempre ficar deitado!*

Pesquisadora: *Como é que você se sente aqui na maior parte do tempo?*

Bié: *Sei não. Mais ou menos.*

Pesquisadora: *Mais ou menos o quê?*

Bié: *Triste.*

Pesquisadora: *Triste? O quê que lhe deixa mais triste aqui dentro, Bié?*

Bié: *Não sei não. Eu sair pros canto muito, muito, muito longe.*

Pesquisadora: *O quê que lhe deixa mais alegre aqui dentro?*

Bié: *Assistir televisão.*

Pesquisadora: *Qual é a hora do dia mais alegre pra você aqui?*

Bié: *É... A mesma coisa que eu disse. Assistir televisão. E ver minha mãe! Minha mãe e meu pai!*

O brincar é citado por Bié como a atividade que gostaria de realizar na UTI. Sua fonte de diversão e entretenimento se restringe à televisão, ainda que privado de seu desenho animado predileto. Bié afirma se sentir triste pelo afastamento de sua casa, apontando que a hora de maior alegria ao longo do dia é quando vê seus pais. É possível perceber em seu discurso o quão importante se faz o acesso à ludicidade como inerente à rotina do serviço intensivista, propiciando espaços de expressão e prazer para a criança, bem como o sofrimento suscitado pela ausência dos pais, que não podem permanecer na UTI de forma contínua.

No que diz respeito à disposição afetiva e/ou expressões comportamentais de Bié, ele, como outras crianças já observadas e atendidas, recusava-se a falar. Permanecia boa parte do tempo imóvel no leito. Mesmo à hora da visita, com sua mãe ao lado, a criança passava considerável parte do tempo com seu rostinho virado para o

lado contrário a quem lhe dirigia a palavra. Cabisbaixo, calado, a despeito das várias tentativas de familiares para fazê-lo interagir e sorrir durante o horário da visita.

Membros da equipe de saúde demonstravam preocupação com o estado emocional e o comportamento introspectivo da criança. Uma enfermeira diz, durante procedimento: "*Esse menino é tão deprimidinho, tão triste... Eu fico tão preocupada!*".

Introspecção, isolamento, quietude, recusa ao contato verbal, é assim que se pode descrever a afetividade e o comportamento predominantes de Bié ao longo do processo de adoecimento e hospitalização em UTI. Suas respostas, interações verbais, comumente assumiam um tom de indiferença, apatia, como uma espécie de "*tanto faz*". Ainda no segundo dia de internamento em UTI, a mãe dele diz que observa no filho uma melhor aparência. Mas ainda o percebe triste. Já na entrevista inicial com a genitora, ela apontava sua preocupação com o comportamento da criança.

> **Mãe:** *Eu tô notando ele muito caladinho, no primeiro dia* [na UTI]. *Agora já hoje eu notei ele com uma feição, assim, mais bonita. Eu não sei nem explicar, eu tô notando que ele tá muito assim caladinho, com aquela vontade de chegar em casa. Em casa ele é muito conversador, mas eu acho que ele tá assim, com pouca, assim, com vergonha sabe, de vez em quando passa uma enfermeira lá, né? Ele fica, ele é muito vergonhento. Eu não sei nem explicar que ele tá tão calado.*

Pedro, não diferente de Bié, aponta sua aversão ao hospital, especialmente devido à saudade que sente de sua família. Cita, entretanto, o brincar como atividade da qual gosta de desfrutar ao longo do processo de internamento.

> **Pedro:** *Eu não gosto de ficar aqui no hospital, não! Aqui é muito rim!* [Sobre o que há de ruim no hospital] *Porque não pode ir pra casa agora! Só quando eu melhorar!* [Sobre o seu dia no hospital] *É ruim. Eu não como*

> *quase nada! Eu comi hoje porque a enfermeira é muito chata!* [Sobre o que faz durante o dia no hospital] *Brinco... Mas, hoje eu tomei banho.* [Sobre a parte do dia que mais lhe deixa alegre] *Nenhum dia!* [Sobre a parte do dia que lhe deixa mais triste] *Todo dia. Com saudade da minha família! Hoje eu liguei pra minha vó!* [Sobre como se sente no hospital] *Rim...* [Sobre do que mais gosta e do que menos gosta] *Nada!* [Sobre do que sente mais falta] *De minha mãe e do meu pai.* [Sobre o que gostaria de fazer enquanto está hospitalizado] *Brincar. Andar. Andar de cadeira de rodas mas... Aqui não tem não.*

Distantes de seus lares, vivenciando a paralisação temporária de suas tarefas diárias, as crianças se sentem tristes, e solicitam o brincar como alternativa para enfrentar o dia a dia no hospital.

Quanto ao comportamento e disposição afetiva predominantes, Pedro permanece consciente, por vezes sonolento, envolto em uma manta, quieto, imóvel e, como Bié, calado. Entretanto, Pedro conversa com seus familiares à hora da visita e, quando necessário, com a equipe que lhe presta assistência. Poucas vezes dirige seu olhar a quem lhe fala, e comumente responde de forma abreviada às perguntas e intervenções da pesquisadora. Em alguns momentos, Pedro permanece triste, com olhar distante, e em silêncio, deliberadamente em silêncio, comportamento não incomum às crianças em sua idade internadas em UTI, conforme experiência profissional. Afirma, fazendo uso da cartela de sentimentos, que está triste, justificando sua tristeza pela saudade que sente de sua mãe.

Assim como Bié, Pedro, ainda participando da pesquisa, foi transferido para a enfermaria. Neste local assumiu outro comportamento, ativo, participativo, alegre. Interessante notar o quão faz bem à criança estar ao lado de familiar significativo, interferindo de forma positiva no modo dela interagir e reagir à hospitalização.

O quarto herói do estudo, Arthur, em sua entrevista inicial, aponta seu desconhecimento dos motivos que o mantém internado em UTI, já que diz não sentir nada que justifique sua permanência naquele local.

> **Pesquisadora:** *Arthur, você sabe desde quando você tá aqui na UTI?*
> **Arthur:** *Não.* [Sobre se a criança sabe a respeito do motivo de seu internamento] *Não!* [Sobre o que sente] *Nada, tá, tô bem.* [Sobre se lembra o que sentia antes de ser internado] *Tava com dor. Aqui na barriga. Tava inchado e muito! Mas desinchou!*

Como se sentia bem, apesar das altas taxas de glicose no sangue e hipertensão arterial, Arthur costumeiramente revelava estar alegre, na expectativa de receber alta. Segundo relato de sua mãe, todos os dias Arthur lhe questionava se iria sair da UTI. A mesma, se sentindo pressionada e sem saber o que dizer, reafirmava à criança que no outro dia ela sairia, alimentando falsas esperanças. Diante da frustração, no dia seguinte Arthur reagia com agressividade, choro, insistindo para sair.

Semelhante a Bié e Pedro, quando questionado sobre o que faz ao longo do dia na UTI, Arthur afirma: *"Eu brinco, e durmo! E assisto TV*". Curioso observar que eles habitualmente não citam os procedimentos, medicamentos, banhos no leito, e demais rotinas da UTI. Prevalecem em suas narrativas apenas os momentos bons, os momentos de brincadeira, de distração. Mais uma vez é indicado o potencial do lúdico, especificamente, para inscrever na subjetividade infantil experiências compensatórias que lhe aliviem a dor e a saudade (Azevedo, 2008; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Laloni & Baptista, 2008; Fortuna, 2007; Gimenes, 2007; Kudo & Maria, 2009; Lange & Matina, 2008; Lindquist, 1984; Medeiros & Andreoli, 2008; Oliveira, 2007; Parreiras, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Romano, 2008; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Vieira & Carneiro, 2008).

Abaixo fragmentos da entrevista inicial com Arthur que indicam como a criança experienciava a hospitalização em UTI.

> **Arthur:** [Sobre como é o dia da criança na UTI] *É, bem.* [Sobre o que faz durante o dia] *Brinco com esses brinquedo e assisto desenho.*
> **Pesquisadora:** *E come, né?*
> **Arthur:** *É.*
> **Pesquisadora:** *E toma os medicamentos?*
> **Arthur:** *Sei não.*
> **Pesquisadora:** *Tem os médicos aqui...*
> **Arthur:** *É.*
> **Pesquisadora:** *As enfermeiras...*
> **Arthur:** *E minha mãe vem me visitar!* [Sobre como a criança se sente na UTI] *Bom.* [Sobre o que deixa a criança mais triste na UTI] *Quando minha mãe não vem me visitar.* [Sobre o que deixa a criança mais alegre] *Quando eu vou sair daí, daqui.* [Sobre do que ele mais gosta na UTI] *Brincar.* [Sobre o que menos gosta] *Num sei não.* [Sobre do que sente mais falta] *Da minha família.* [Sobre o que gostaria de fazer na UTI durante o dia] *Ficar andando. Por aqui.*

A separação dos pais e/ou das figuras de referência da criança constitui ponto crucial para compreender a dinâmica emocional infantil na terapia intensiva. E ajuda a compreender, igualmente, uma das principais funções terapêuticas exercidas pela hora do conto no cotidiano das crianças participantes deste estudo, conforme apontado posteriormente. Sobre isso, selecionou-se um trecho da entrevista inicial com a mãe de Arthur que indica como está sendo doloroso para a criança seu afastamento da figura materna.

> **Mãe:** *Ele chorou porque não queria ficar. O problema de Arthur maior é porque com certeza ele disse: 'Mainha, se a senhora tivesse aqui...', porque eu não estou com ele, principalmente dormindo, aí o problema maior dele é*

> *só esse. Aí eu sinto que ele tá ficando mais triste por conta disso. Porque ele acha esperança que vai sair hoje, vai sair hoje, vai sair hoje, todo dia ele diz isso. Aí aquela coisa pra mim tá deixando ele mais triste, porque num tá conseguindo. Eu digo: 'Meu filho, enquanto mainha tiver, se não deixarem mainha ficar ali, mainha fica ali fora, mas não vai deixar, não vai embora não! Não se preocupe que eu não vou embora e vou ficar aqui pertinho de você!'. Sempre eu tô dizendo isso e vou, 'Você só vai sair daqui quando você estiver bom, porque eu não quero mais que você volte pra casa doente, você quer?'. Ele disse: 'Não!', ele disse, 'Então, fique aí!'. Eu já disse isso a ele, 'Você vai sair daqui não sei se é hoje, amanhã, não sei, então, mas você vai sair daqui sem precisar voltar mais!'. Aí ele já ficou melhorzinho, aí eu vou ver agora.*

Como é possível constatar, para Arthur apenas a presença de sua mãe seria suficiente para lhe fortalecer, diminuindo sua ansiedade que, de tão alta, interferia inclusive nas taxas glicêmicas e na pressão arterial da criança, o que pôde ser confirmado quando de sua liberação para a enfermaria de outro hospital pediátrico. No primeiro dia de permanência em enfermaria, já ao lado de sua mãe, tais taxas sofreram redução considerável, assumindo os níveis da normalidade.

No que concerne ao comportamento e afetividade da criança, a mesma é séria, introspectiva, responde o estritamente necessário, e demonstra uma maturidade precoce, inclusive na adesão ao tratamento da diabetes, com auto-administração do exame para verificação das taxas de glicose e da insulina. Apesar da seriedade, Arthur, no decorrer dos encontros, sempre apontava a carinha de alegre na cartela dos sentimentos, seja antes ou depois das sessões, e respondia ao estímulo assim que lhe era apresentado. Arthur é muito ativo, gosta de desenhar e adere prontamente às atividades sugeridas pós-contação, atividades estas que tiveram que sofrer adaptações e/ou serem descartadas com outras crianças participantes da pesquisa, em respeito ao desejo da criança. É

cooperativo com a equipe de saúde, disciplinado, por vezes chegando a lembrar-lhe seus horários certos para se alimentar.

Nas narrativas apresentadas, evidencia-se o sofrimento psíquico das crianças hospitalizadas em UTI. Para além das dificuldades inerentes ao processo de adoecimento, aos procedimentos, às restrições consequentes ao contexto, a separação da figura de referência é ressaltada pelas crianças, uma dificuldade adicional, que poderia ser evitada caso fosse respeitado o seu direito de ter um acompanhante na UTI (Campos, 1995; Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Favarato & Gagliani, 2008; Lange & Matina, 2008; Lima, 2004; Lindquist, 1984; Mello, 2008; Pérez-Ramos, 2008; Scaranto, 2007; Silva, 2008; Torres, 2008)

As expressões infantis, a observação por parte da pesquisadora e o depoimento dos familiares revelam o silêncio das crianças na UTI. Heidegger (1927/2005) concebe a linguagem como morada do ser. Ao referir-se à disposição afetiva, compreensão e discurso, como existenciais fundamentais, o filósofo destaca que a compreensibilidade do ser-no-mundo se pronuncia como discurso. Para o filósofo, a palavra revela, abre. Como compreender, então, a ausência da palavra na UTI Pediátrica? A reflexão sobre tal questão requer o reconhecimento de que da linguagem fazem parte o silêncio e a escuta, o sonoro não é o fundamental, o decisivo da linguagem é o significado. No caso das crianças desta pesquisa, o silêncio encobre e desvela significados atribuídos à experiência da hospitalização em UTI. É importante considerarmos que o silêncio é possibilidade constitutiva do discurso, pois o estar em silêncio também articula a compreensibilidade da pre-sença. No discurso das crianças, quando é oferecida a abertura para seu pronunciamento, a partir da entrevista inicial, predomina sentimentos

como tristeza e saudade, donde brotam as significações atribuídas ao momento atual (Heidegger, 1927/2005).

5.2 ENTRELAÇANDO OS SENTIDOS DO CUIDADO – CONTOS LITERÁRIOS E EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA... UMA APROXIMAÇÃO POSSÍVEL

> *Ah, como é importante para a formação de qualquer criança ouvir muitas, muitas histórias... Escutá-las é o início da aprendizagem para ser um leitor, e ser leitor é ter um caminho absolutamente infinito de descoberta e de compreensão do mundo... É também suscitar o imaginário, é ter a curiosidade respondida em relação a tantas perguntas, é encontrar outras ideias para solucionar questões (como as personagens fizeram...). É uma possibilidade de descobrir o mundo imenso dos conflitos, dos impasses, das soluções que todos vivemos e atravessamos – dum jeito ou de outro – através dos problemas que vão sendo defrontados, enfrentados (ou não), resolvidos (ou não) pelas personagens de cada história (cada uma a seu modo)... É a cada vez ir se identificando com outra personagem (cada qual no momento que corresponde àquele que está sendo vivido pela criança)... e, assim, esclarecer melhor as próprias dificuldades ou encontrar um caminho para a resolução delas...*
>
> (Abramovich, 1997, p. 16-17).

A partir do processo de construção da análise, com a leitura e a releitura do texto de referência, foi possível compreender os significados atribuídos pelas crianças à experiência vivida a partir da intervenção proposta. Tais significados foram

discriminados em unidades, de modo a destacar suas diferentes nuances. Dada a amplitude dos resultados e visando uma melhor compreensão dos mesmos, optou-se por organizar as unidades em eixos, tendo como parâmetro o modelo proposto por Gutfreind (2010), que foi adaptado às informações evidenciadas nesse estudo.

A segunda linha de análise, portanto, de maior amplitude, abrange a apresentação dos resultados referentes a três eixos de compreensão das possibilidades terapêuticas dos contos de literatura infantil: o eixo lúdico e o eixo reflexivo, apontados por Gutfreind (2010), e o eixo afetivo, acrescentado por esta autora. Em relação aos dois primeiros eixos, Gutfreind (2010) refere:

> Se a conceitualização na terapia pelo conto abarca numerosas tendências, é de se fixar dois eixos para dar conta de seus efeitos nesse campo, o lúdico e o reflexivo, não esquecendo que o aspecto lúdico pode estar presente no eixo reflexivo (Gutfreind, 2010, p. 42).

Cumpre ressaltar que o mesmo fenômeno ocorreu neste empreendimento analítico.

O terceiro eixo foi adicionado em virtude da densidade de dados gerados a partir dos encontros com as crianças, dados estes que evidenciavam de forma significativa os afetos e os vínculos de cuidado envolvidos na experiência.

5.2.1 Eixo lúdico

Segundo Gutfreind (2010), o uso do conto como mediador psicoterapêutico fomenta a abertura de possibilidades lúdicas que estimulam a criança a brincar,

imaginar, fantasiar, criar. Levando em consideração o público que compôs esta pesquisa, ofertar espaços lúdicos como o de contos pode libertar a criança de seus fantasmas internos relativos ao estar doente, em estado crítico, afastada de seus pais e familiares, produzindo, por conseguinte, as condições favoráveis para que a criança fortaleça seu potencial de enfrentamento e maneje de forma mais adequada a situação em que se encontra.

Ademais, a inserção da ludicidade na rotina das crianças em UTIPED delimita a especificidade do cuidado à criança, que deve levar em conta sua necessidade vital de brincar e viver sua infância em qualquer lugar que esteja.

Neste sentido, os resultados encontrados, que podem ser compreendidos como pertencentes a uma dimensão lúdica da experiência, dividem-se em duas unidades de significado: (a) *É chegada a hora?! A expectativa pela hora do conto*; (b) *Contos, humor e prazer: entre o desejo e a necessidade de ouvir histórias*.

a. É chegada a hora?! A expectativa pela contação de histórias

As sessões de contação de histórias pareciam ocupar lugar privilegiado no cotidiano das crianças participantes da pesquisa, sendo alvo de grande expectativa. De algum modo era importante aquele momento para a criança. Conforme já assinalado pelas próprias crianças durante a entrevista inicial, ao serem questionadas sobre o que mais gostariam de fazer enquanto estivessem internadas em UTI, a possibilidade de brincar emergia como atividade mais desejada. A hora do conto, portanto, poderia representar para elas tal possibilidade de imersão na ludicidade.

Tal assertiva é corroborada por estudiosos do tema (Amarilha, 1997; Caldin, 2010; Parreiras, 2008) que, conforme já exposto, consideram que a Literatura Infantil pode ser entendida como um brinquedo proposto em linguagem, um jogo de faz-de-conta, de fantasia que proporciona prazer, media a comunicação, permite a criação constante de si mesmo e, assim, age terapeuticamente.

Para Bulu, por exemplo, a hora do conto era esperada da mesma forma como era esperada a visita materna. A criança permanecia sentada em seu leito, com o olhar fixo e atento direcionado à porta da UTI. Somente assumia uma posição de tranquilidade e relaxamento, deitando no leito e estendendo sua mão para que a pesquisadora segurasse quando do início do encontro.

A expectativa pela hora do conto, para Bié, pode ser sinalizada no que seria sua terceira sessão de contos. Neste dia, a pesquisadora o encontra dormindo. Ao abordar sua mãe, a mesma afirma que teria dito à criança enquanto aguardava a chegada da pesquisadora: "A tia disse que vinha contar história e nem veio!". E então teria adormecido.

Para Pedro, a hora do conto parecia representar momento marcante no dia da criança. Assim revela a tia, acompanhante de Pedro, em conversa sobre os encontros:

> **Tia:** *Eu tô achando muito ótimo, muito bom porque eu tô vendo que ele, quando ele tá triste que eu digo 'Tia Ariane vai vir hoje, viu?', vixe! Ele fica numa alegria só, num vê a hora. Aí me pergunta, sempre me perguntando: 'E já tá perto, tia, e já tá perto?'. Aí ontem ele disse assim, porque você demorou ele disse: 'Infelizmente, ela chegou!' (em tom de ironia). Querendo dizer que por certo que você não vinha, sabe? Aí, 'Tia, ela não vem não, já tá tarde!', aí olhou lá pra janela, aí viu que tava escuro, aí*

> *disse: 'Olhe, tia, ela não vem não! Já tá escuro!'. Eu digo: 'Ela vem, ela disse que vinha ela vem!'. Aí aquilo ele dá aquele sorriso.*

É fato que Pedro sempre recebia a pesquisadora com muita expectativa e alegria. Era comum a criança dizer: "*Ah, eu pensei que você não vinha!*" ou "*Tia, eu já tava com saudade de você! Trouxe historinha hoje?*".

Com Arthur não foi diferente. Uma das sessões foi significativa. Teria a criança permanecido o dia todo sentada em uma poltrona, cena incomum em ambiente de tratamento intensivo, onde usualmente se vê pessoas prostradas em seus leitos, consideravelmente debilitadas.

A pesquisadora, de fato, encontrou a criança sentada na poltrona, assistindo televisão e aguardando o encontro. Parecia disposto e bem melhor do que todos os outros dias. Diz sua mãe que, após o término da visita do turno vespertino, perguntara à criança se a mesma gostaria de voltar a seu leito. Arthur respondera que não, pois gostaria de esperar a "tia" sentado ali, naquela poltrona, que faria o encontro ali, para que eu visse que ele estava melhor. A seguir o extrato que corrobora o fato descrito:

> **Mãe:** *Ei, você não saiu daqui? Ele disse não vou esperar a tia aqui! Passou o dia nessa cadeira! Eu disse a ele 'Vamo pra cama?', ele disse 'Não, vou esperar a tia aqui'. Eu perguntei: 'Tá cansado?', ele disse 'Não, não!'.*
> **Arthur:** *Mãe, mãe! Mãe! Não! Não! Foi assim oh! Eu fui tomar banho, quando eu voltei eu botei a cadeira aqui e eu fiquei até agora!* (A criança faz questão de ela mesma explicar, com sorriso aberto e entusiasmo).
> **Mãe:** *Aí eu disse "Quer ir pra cama?", de 6 hora, aí ele disse "Não, vou esperar a tia aqui!". Pra você ver ele aqui! Pra ver que ele tá bom! Né, Arthur? Ah, hoje quando eu entrei ele tava com um riso agora de tarde, bem grande! Foi!* (Risos). *Quiseram botar ele na cama, aí ele disse: 'Não, vou esperar a tia aqui! Vou fazer hoje aqui!'. As enfermeira 'Arthur, quer ir pra cama?', 'Não, vou ficar aqui!'. Aí quando eu fui saindo, no, na, quando*

> *foi de seis horas, aí 'Arthur, vamo pra cama?', 'Não, vou esperar a tia aqui! Nós vamo conversar aqui!'. Tanto é que você chegou ele tava!* (Risos). *Ele parece que tava realizado, ele tá ali mostrar, era como que queria mostrar pra você que já tava ficando bom, né? Ficando bom, é!*

É importante observar o papel dos encontros no movimento interno da criança em prol de sua reabilitação. A despeito da sutileza de se manter sentado em uma poltrona, fora do leito, tal comportamento representa atitude simbólica de grande valor para uma criança hospitalizada em UTI.

A expectativa das crianças desta pesquisa pela hora do conto é evidente, desvelando a valência da experiência construída na co-presença. Critelli (1996) coloca que "individual e/ou coletivamente, os homens 'escolhem' o que vai estar sob seus cuidados, aproximando-o e afastando-o de sua cercania, de sua cotidianidade, de seu mundo vivido, de sua atenção, de seu interesse." (p. 120).

Ao escolher trabalhar com as crianças da UTI com a mediação dos contos, escolhemos que estarão sob nossos cuidados, o que implica, necessariamente em afetar e se deixar afetar. Conforme afirma Heidegger (1927/2005), "pre-sença é essencialmente ser-com (...) mesmo o estar só da presença é ser-com no mundo. Somente num ser-com e para um ser-com é que o outro pode faltar." (p. 172).

Chama-se à presença, mais uma vez, Saint-Exupéry (1943/2006) para nos auxiliar na reflexão sobre a expectativa pela hora do conto:

> – Teria sido melhor se voltasses à mesma hora – disse a raposa. – Se tu vens, por exemplo, às quatro da tarde, desde as três eu começarei a ser feliz! Quanto mais a hora for chegando, mais eu me sentirei feliz. Às quatro horas, então, estarei inquieta e agitada: descobrirei o preço da felicidade! (p. 69)

A relação estabelecida entre pesquisadora e criança remete a experiências de cuidado, ora substitutivo, ora antepositivo. É na expectativa que o conto e a relação terapêutica por ele mediada se revelam como cuidado que atende a uma das necessidades apontadas de forma contundente pelas crianças da pesquisa: o brincar, a ludicidade. É na expectativa que se revela o ser-com pesquisadora e crianças, ser-com que permite a falta do outro, pois que já numa relação de ser-com-o-outro.

b. Contos, humor e prazer: entre o desejo e a necessidade de ouvir histórias

Nesta unidade, será discutida a maneira como a disposição afetiva e a condição clínica das crianças se entrelaçam para determinar o desejo ou até mesmo a necessidade da criança de ouvir histórias.

Não obstante estarem debilitadas, as crianças demonstravam seu interesse em participar da sessão de contos. A relação entre o estado clínico e o desejo de ouvir histórias parecia ser diretamente proporcional, ou seja, quanto mais debilitadas, maior era o desejo de ouvir as histórias. Tal assertiva pode ser confirmada no relatório das sessões de Bulu e Bié.

No segundo encontro com Bulu, a criança estava com uma aparência diferente: edemaciado, com os olhos intumescidos, barriga protuberante, tosse frequente, e parecia mais cansado, com maior dificuldade para respirar. A pesquisadora cumprimenta a criança com um "*bom dia*" e ela responde com seu típico balançar de cabeça. Pede por sua mãe, como das outras vezes nos encontros.

Após Bulu tomar seu café, a pesquisadora senta ao seu lado e pergunta se ele está disposto a ouvir mais uma historinha. Ele acena com a cabeça afirmativamente. Pede para que o coloque deitado no leito. A pesquisadora mostra o livrinho. Bulu olha, folheia por inteiro o livro e depois entrega à pesquisadora, como que num gesto indicativo de que podia iniciar a contação. Explica-se a Bulu do que se trata a história. Trata-se do conto realista *Gaspar no hospital*, selecionado para ser utilizado no segundo encontro com a criança. A Bulu é solicitado apontar como está se sentindo hoje, com o auxílio das carinhas dos sentimentos. Ele aponta a carinha alegre e a carinha de sono.

Enquanto a pesquisadora conta a história, nota-se que a criança, embora com desconforto respiratório, a tosse frequente e os olhos inchados, mantém uma postura de interesse, fazendo esforço constante para manter seus olhos abertos o máximo que podia para conseguir enxergar bem as figuras ilustrativas do livro e acompanhar a história.

Evidente o movimento interno que se produz na criança ao ouvir as histórias. Bulu, não obstante o agravamento de seu quadro clínico, direcionava a atenção que lhe era possível para viver o momento da contação. Tal reação se repetiu em outros encontros.

Era comum Bulu, mesmo cansadinho, com quadro de hipertensão arterial, se colocar sentado no leito à chegada da pesquisadora e estender sua mão para que a mesma a segurasse durante o tempo do conto. Comportamentos como estes sinalizam o quão importante e prazeroso era para a criança ouvir histórias. O prazer parecia se situar entre o desejo e a necessidade de se beneficiar dos encontros.

A necessidade é revelada pelos protestos de Bulu, criança que na maior parte do tempo não se comunicava verbalmente, apenas por gestos. Os protestos ocorreram no

quarto encontro de contação de história. Logo após ser submetido a exame oftalmológico, enquanto era acomodado em seu leito, Bulu diz:

> **Bulu:** *Vai chamar a tia, vai chamar a tia para contar historinha! (fala em tom irritado. E logo depois fala em tom mais alto e ainda irritado). Vem, tia, vem!*

A pesquisadora, então, retorna para o lado de Bulu e convida a criança a continuar ouvindo a história que estava contando antes dele ir ao exame. Bulu acena afirmativamente.

O desejo, atrelado ao prazer de ouvir contos, e a necessidade, no caso de Bulu atrelada à demanda da criança por um espaço substitutivo, que pudesse lhe aliviar a angústia de estar separado de sua mãe, motiva mudança de humor e o uso de subtefúrgios pela criança para adiar ao máximo o final da sessão de contos. Extratos do quinto encontro com a criança sinalizam tal assertiva. Nesta sessão, concluído o conto, a pesquisadora pergunta para Bulu se ele quer fazer alguma coisa, pintar, desenhar. Ele se põe sentado. Olha para a porta da UTI, como que para checar se sua mãe havia chegado. Depois recosta novamente sua cabeça no travesseiro. Eis o que ocorre: Bulu pede para que a pesquisadora cante uma música. Ao terminar de cantar algumas músicas, a criança diz: "*Mais historinha!*". A pesquisadora pergunta qual historinha Bulu gostaria de ouvir. Ele então responde: "*A do patinho feio*".

Bié, semelhante a Bulu, sofria mudança perceptível de humor equiparando o início e o transcurso da contação com o final do tempo de história. Ao sinalizar o fim da história, era perceptível o recolhimento da criança. Ele, que até o tom de voz mudava ao longo da história, voltava a funcionar como aquele garotinho isolado, introspectivo,

silencioso. Ocorria ao final da história notório prejuízo do progresso obtido em termos emocionais e sociais ao longo da contação.

A relação entre a condição clínica da criança e o seu desejo expresso de ouvir histórias acentuava-se no caso de Bié. Quando fraco do ponto de vista físico, indicava a sua vontade de ouvir histórias, e costumava não aderir satisfatoriamente a outras atividades sugeridas pós-contação. Quando fortalecido, Bié manifestava seu desejo de se envolver em brincadeiras diversas, recusando-se a ouvir contos.

Em sua segunda sessão, após sugerir à criança para elaborar um painel temático com figuras recortadas e, a partir dele, inventar uma história, a mesma demonstra desinteresse pela atividade, desinteresse justificado inclusive por sua debilidade física, e solicita: "*Queria mais história, não tem outra história?*".

Indiferença e introspecção como predominantes ao longo de seu internamento em UTI, a hora do conto parecia representar para Bié uma abertura de possibilidade para a criança poder ser de forma autêntica.

Neste sentido, em sua segunda sessão, após o conto *Gaspar no hospital*, a pesquisadora pergunta como se sente. Bié responde: "*Bem!*", em tom de indiferença. E então a pesquisadora questiona à criança se quer fazer mais alguma coisa. Ela dá de ombros, em resposta de tanto faz, ou sei lá, ou não sei. Depois completa baixinho: "*Ouvir história! Ouvir mais história!*". Atendendo ao pedido da criança, a pesquisadora conta a história prevista para o terceiro encontro: *Quem tem medo de quê?*. O comportamento da criança frente à história é inteiramente outro. Ela passa a interagir desde a capa da história, alterando consideravelmente seu humor, abandonando a

indiferença e introspecção observadas e adotando um comportamento de interesse e extroversão, com franca interação entre criança-conto-pesquisadora.

O desejo e a necessidade de ouvir contos são dirimidos em outra fase do tratamento de Bié.

Ainda participando da pesquisa, naquele que seria seu quinto encontro, a criança foi transferida para a enfermaria, onde podia permanecer na companhia de sua mãe, receber visitas diariamente em horário estendido, adquirindo maior autonomia no autocuidado, independência e liberdade para se envolver em atividades variadas, em conjunto com as demais crianças hospitalizadas, e apresentava significativa melhora clínica.

É neste contexto que, no que seria sua quinta sessão de contos, a pesquisadora pergunta a Bié se quer ouvir uma história. Ele responde pela primeira vez de forma negativa. Suas necessidades por hora pareciam ser outras, e isso é expresso pela negação a ouvir histórias. Readquirir sua autonomia, sua independência, perdidas ao longo do processo de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva, tornam-se imperativos. Se adaptar ao novo contexto, conhecer suas normas, sua dinâmica de funcionamento, a possibilidade que esse novo contexto apresenta de tecer amizades, brincar, contrariamente ao que a UTI apresenta em termos de limitações e possibilidades.

As histórias preenchiam as necessidades da criança enquanto estava na UTI, e neste lugar a criança, em nenhum encontro, negou seu desejo de ouvir contos. Na enfermaria, ao contrário da UTI, existem outras atividades lúdicas possíveis. A própria interação facilitada entre as crianças, mesmo na ausência de brinquedos, cria um espaço

lúdico que por si só se torna terapêutico, recreativo, educativo, etc. A presença dos pais, a visita aberta, a presença de outras crianças na mesma situação, tudo corrobora para que a criança possa ficar bem emocionalmente e possa entender melhor a doença, se adaptar e se permitir ser criança.

Na quinta sessão de contos, Bié estava passando muito mal, apresentando febre e vômito. É nesta ocasião de piora clínica que mais uma vez as histórias se tornam necessárias à criança, como uma de suas únicas alternativas lúdicas para mergulhar em um mundo de fantasia e, por alguns instantes, amortizar a dor e o sofrimento pelos quais está passando. Aqui se elucida a relação entre estado de saúde, desejo e necessidade de ouvir histórias. Tal também se verifica no encontro seguinte, a princípio sexta sessão de contos, em que, já melhor, não são as histórias que Bié pede. Animado, sentado em seu leito, na companhia do pai, Bié sorri com as demais crianças que estão jogando. Ao ser questionado pela pesquisadora se gostaria de ouvir histórias, ele prontamente responde que não, afirmando que queria pintar com tinta.

A sexta sessão ocorre, então, no dia seguinte, dia em que Bié volta a passar mal. A criança sente mal-estar, náusea e, por vezes, vomita. Não está se alimentando bem, só aceitando comer frutas e líquidos, e apresenta quadro de constipação. Seu abdômen permanece edemaciado e dolorido.

A pesquisadora pergunta a Bié o que ele quer fazer. Ele diz murmurando e cabisbaixo: "*Ouvir história*". Elege-se a história de *Marilu*. A criança não interage verbalmente ao longo da história, mas escuta atentamente, por vezes balançando a cabeça em tom afirmativo. A criança não estava receptiva à interação verbal, estava sentindo dores e a ela parecia bastar ouvir o conto. Ao término da contação, a

pesquisadora questiona o que ele quer fazer. Ele repete: "*Ouvir mais história!*". Elege-se desta vez a história de *Bié doente do pé*.

A interrelação entre contos, humor, prazer, desejo e necessidade de ouvir histórias, de igual modo, fica evidenciada no sétimo encontro com a criança, quando conta-se para ela a narrativa *Dolores dolorida*. Bié, neste encontro, permanece no leito, deitado, enrolado, calado, ensimesmado.

A pesquisadora senta ao lado da criança e a convida a escutar a historinha. Bié se anima. Sorri timidamente. E permanece deitado, atento ao livro, às gravuras e à contação da história. Ao mesmo tempo em que se conta, faz-se analogias entre o conto e a criança, sua conduta diante da situação de doença e hospitalização.

A história se aproxima absurdamente da vivência da criança. Até o episódio de uma festa, tal como se fez para Bié em comemoração ao seu aniversário e que, mesmo com dores, ele participou, se permitindo ser mais forte que a dor que referia constantemente. Bié sorri, se identificando com a personagem. Sorri de si mesmo, brinca. E a pesquisadora, procurando favorecer a identificação da criança com a protagonista do conto, brinca com Bié dizendo que acredita que na verdade ele não é irmão de Alice, mas sim de Dolores dolorida. Ele sorri. Seus olhos brilham.

É interessante o momento da contação de história, especialmente essa que se resolve contar, tendo em vista sua condição atual. Terminada a história, Bié já estava mais alegre, animado, interagindo verbalmente, sorrindo, brincando.

Tomando como referência as sessões de contos realizadas com Pedro, do mesmo modo se elucidaram os efeitos da contação de histórias no humor da criança e o prazer que sentia neste período do seu dia. Segue extrato de fim de sessão que confirma isto.

Pedro: *Bora pegar o joguinho?*

Pesquisadora: *Vou lá pegar! (mostra para a criança a cartela dos sentimentos).*

Pedro: *(Aponta a figura da carinha com sono).*

Pesquisadora: *Sono? Quê mais?*

Pedro: *(Com o dedo, procura outra carinha).*

Pesquisadora: *O que é isso?*

Pedro: *Feliz!*

Pesquisadora: *E por que Pedro tá feliz?*

Pedro: *Porque tô sorrindo...*

Pesquisadora: *Por que tá o quê? Sorrindo? Você tava como antes?*

Pedro: *(Aponta outra carinha, a mesma que ele apontou no início da sessão de contação de história).*

Pesquisadora: *Como é isso aí?*

Pedro: *Triste!*

Pesquisadora: *Por que você tava triste?*

Pedro: *Por causa da minha mãe...*

Pesquisadora: *E agora, por que você tá alegre?*

Pedro: *Você contou uma história pra mim...*

A interferência da hora do conto no humor da criança também é apontada em fragmento da entrevista feita com a tia de Pedro.

Pesquisadora: *É... em relação ao estado emocional dele, como é que ele fica na maior parte do tempo aí?*

Tia: *Pensativo, triste às vezes... Ele só tem alegria mais quando... é, quando chega uma pessoa, começa a conversar, quando se lembra da tia Ariane contando história... (risos). Fica falando "Titia, já tá na hora de tia chegar?", perguntando direto. E eu tá assim, sempre incentivando ele...*

Com Arthur não foi diferente. A alteração da disposição afetiva é observada pela própria criança. Finalizados a hora do conto e o momento de produção simbólica,

através de uma partida de jogo da memória, a pesquisadora apresenta à criança a cartela de sentimentos, buscando saber como a criança se sente naquele momento.

> **Pesquisadora:** *Como é que você tá? (apresentando a cartela de sentimentos à criança).*
> **Arthur:** *(A criança aponta para uma carinha).*
> **Pesquisadora:** *Que é isso aí?*
> **Arthur:** *Feliz.*
> **Pesquisadora:** *Feliz? Por que você tá feliz?*
> **Arthur:** *Porque eu me acalmei mais.*

O que ontologicamente denominamos disposição pode ser onticamente designado como humor, ou estado de humor. O humor revela "como alguém está e se torna" (Heidegger, 1927/2005, p. 188). Pela disposição afetiva a pre-sença "se abre para si mesma antes de qualquer conhecimento e vontade e para além de seus alcances de abertura" (p. 190). Esta passagem remete ao que foi encontrado no que tange ao humor das crianças antes, durante ou após a contação de histórias. Sua disposição afetiva representa abertura ao mundo e, como tal, delineia os contornos de sua compreensão deste mundo e, de forma imediata, sua experiência de hospitalização em UTIPED. A relação de cuidado, em sua modalidade não indiferente (pré-ocupação antepositiva ou substitutiva), pode ter reverberado na disposição afetiva das crianças, ampliando suas possibilidades de abertura ao vivido.

5.2.2 Eixo reflexivo

O segundo eixo para a compreensão das possibilidades terapêuticas dos contos, o eixo reflexivo, engloba o potencial do conto em gerar significados em termos afetivos e cognitivos. A ideia defendida por Gutfreind (2010) é a de que os contos são capazes de libertar o pensar, produzindo novos sentidos e (re)significando experiências do existir humano, através do enlaçar entre fantasia e realidade.

Este eixo é composto por duas unidades de sentido: (a) *Contos, produção simbólica e expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e conflitos;* (b) *Contos: fantasia e realidade se misturam e se diferenciam*.

a. Contos, produção simbólica e expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e conflitos

Esta unidade de sentido abarca fragmentos do texto de referência que apontam as possibilidades dos contos no incremento da expressão de si em nível verbal, gráfico, lúdico ou imaginário, bem como na facilitação do processo de atribuição de significados ao vivido.

Os enredos dos contos, por si só, despertavam nas crianças a livre expressão do que pensavam, dos sentimentos que alimentavam, dos seus principais anseios, dúvidas e conflitos. Por vezes, apenas as gravuras que ilustravam o livro já eram capazes de gerar a verbalização das crianças sobre o que habitava seus pensamentos. Disto é que trata a presente unidade de sentido. Mas não somente disto. Trata-se, ainda, da possibilidade verificada dos contos produzirem significados de forma não literal, mas simbólica e metafórica.

No caso de Pedro, é notória sua capacidade de gerar símbolos, de interpretar os contos, de mergulhar na história, sentir o que ela transmite, enfim vivenciar a história. Ele interage, pergunta e aponta seus pensamentos e sentimentos de maneira frequente. Para ilustrar, abaixo se explicita fragmento do encontro com a criança em que se utilizou o conto "Alguns medos e seus segredos" (Machado, 2009).

> **Pedro:** *Tia, coisa aqui, oh? Pega aqui! (apontando para seu peito).*
> **Pesquisadora:** *(Encosta sua mão no peito da criança, próximo ao coração) Que é isso?*
> **Pedro:** *Coração batendo forte!*
> **Pesquisadora:** *E por que seu coração tá batendo forte?*
> **Pedro:** *Com medo!*
> **Pesquisadora:** *Com medo? (risos). De quê?*
> **Pedro:** *(Silêncio). (Aponta para o céu). A lua cheia... Abra ali! (apontando para a janela, na tentativa de ver a lua).*
> **Pesquisadora:** *(Ri e se levanta para abrir a janela). Vamos ver se tem mesmo? Mas eu acho que não!*
> **Pedro:** *(Olha para o céu, procurando a lua). Hum-rum.*
> **Pesquisadora:** *Tem? Lua cheia? (olhando para o céu e procurando a lua). Vamos continuar? Quer que continue?*
> **Pedro:** *(Afirma com gesto da cabeça).*
> **Pesquisadora:** *(Prossegue a contação).*
> **Pedro:** *(Mais uma vez, interrompe a contação para comentar suas sensações). Tô com arrepio já!*
> **Pesquisadora:** *De quê?*
> **Pedro:** *Do lobo mau!*
> **Pesquisadora:** *(Risos). Mas será que o lobo mau existe? (em tom de curiosidade e mistério).*
> **Pedro:** *Existe na mata!*

É inegável o quanto a história mobiliza a criança. O quanto ela leva a sério o enredo ilustrado. A história parece suscitar temor, disposição afetiva apontada por

Heidegger. “No momento em que o temor se abate, o ser-aí recua e procura encontrar algum tipo de proteção para além daquilo que se mostra. Diante daquilo que atemoriza, o ser-aí é imediatamente levado a procurar uma via de escape em relação à ameaça que um tal ente ou situação ôntica traz consigo” (Casanova, 2009, p.120). O temor suscitado pela história, considerando o momento vivido pela criança, aproxima-o da tonalidade afetiva da angústia diante da inospitalidade do mundo. Eis que sua tia, no dia seguinte, relata que Pedro quase não dormiu, acordava com medo, chamando pela mãe. Um sono intranquilo. Alguma relação?

A partir da expressiva reação da criança frente ao conto e à temática relativa ao medo, na sessão seguinte elegeu-se *Quem tem medo de quê?* como história oportuna para dialogar com Pedro e trabalhar de forma mais acurada seus temores. Buscava-se não a fuga para terreno seguro, mas o enfrentamento do que era temido. Mas, dessa vez, a contação de história foi acompanhada da intervenção prevista para tal encontro, qual seja *Jogando fora os medos*. Deste modo, quando a pesquisadora finalizou a história, convidou a criança a citar seus temores e, então, escreveu todos eles numa folha de papel, que posteriormente foi jogada fora pela própria criança. Seguem transcritos os trechos principais desta sessão.

> **Pesquisadora:** *Sabe o que a gente vai fazer? Vamos colocar seus medos aqui escritos? (apontando para uma folha de papel).*
> **Pedro:** *Lobisomem. De morcego. Cachorro grande pitbull.*
> **Pesquisadora:** *(Escreve os medos na folha de papel). Quê mais?*
> **Pedro:** *Só isso. E medo de cair!*
> **Pesquisadora:** *Medo de cair? (escreve o medo). De cobra, Pedro, que você falou ontem! Quê mais?*
> **Pedro:** *(Pede para contar os medos escritos na folha de papel). Um, dois, três, quatro, cinco. Medo de faltar energia! Só isso!*

> **Pesquisadora:** *Só? Então... Vamos... Fazer agora o quê? Agora Pedro vai amassar esses medos! Vamos amassar esse papel com esses medos e jogar no lixo?*
> **Pedro:** *(Amassa o papel).*
> **Pesquisadora:** *Ele amassou, olha, todos os medos! Com força, hein? Menino!*
> **Pedro:** *Tia! Olha! (chamando a atenção da pesquisadora para o momento em que joga o papel para fora da janela da enfermaria).*
> **Pesquisadora:** *Foi embora!*

No dia subsequente, então, Tia Benta fala que Pedro dormiu muito bem depois que a pesquisadora se despediu, a noite toda, com tranquilidade.

Analisando as duas sessões, é possível perceber que a primeira, sem qualquer intervenção posterior à contação, produz inquietação, chegando a interferir de forma negativa no sono da criança, que passa a referir medo e chamar por sua mãe. Já na segunda sessão, a intervenção posterior puramente simbólica em torno da expressão dos medos da criança, gera uma resposta satisfatória, pois que o conteúdo da história é trabalhado em nível imaginário, com o incentivo à criança a libertar-se de seus temores, "*jogando-os fora*". Simbolicamente, a intervenção mencionada parece restaurar o poder da criança para dominar os seus medos, embora não os elimine, funcionando como uma catarse terapêutica.

Em outra ocasião, Pedro é instruído a criar uma história a partir das ilustrações do livro *Hospital não é mole!*. Abaixo o que ocorre durante esta sessão.

> **Pesquisadora:** *É, do hospital! Só que... Não tem histórias, você quem vai inventar a história! Tem as figurinhas... Oh, tem as imagens, certo? De acordo com as imagens, você vai contando sua história. Diga aí! Dando nome aos personagens... Hum? Como é o nome dessa menininha que tá aqui no colo da mãe?*

Pedro: *Ariane. Essa é a mãe... Esse é o pai...*

Pesquisadora: *Certo... Aí vamos contar... Era uma vez...*

Pedro: *Era uma vez... Uma menininha chamada Ariane, que estava muito... (Pedro interrompe a história que estava prestes a contar e de seu olho cai uma lágrima). Eu tenho medo de você adoecer...*

Pesquisadora: *(Risos). Não precisa ter medo, não! Pode continuar sua história.*

Pedro: *(Continua calado, pensativo).*

Pesquisadora: *Que foi, Pedro?*

Pedro: *Tô com medo de você adoecer...*

Pesquisadora: *Tem medo de eu adoecer? Mas eu não vou adoecer, não! Viu? Se preocupe, não! Pode contar! Era uma vez uma menina chamada Ariane... Quê mais?*

Pedro: *Que estava muito doente... E foi um médico ver ela... Pra ela receber alta pra ela ir pra casa... Ah! Foi verdade ela recebeu alta e tá indo pra casa! (apontando gravura do personagem no carro com os pais).*

Pesquisadora: *Tava indo pra casa? Aí, quê que aconteceu aqui?*

Pedro: *O avô dela... Tô com vergonha... O avô dela disse... Que ela precisa muito ir pra casa... Esse é um hospital? Ela precisa ir pro hospital porque ela está muito doente. As pessoa fica visitando ela... E a mãe dela cuidando dela... A enfermeira levou comer pra ela, e deu comer na boca. Pro pai dela... Tava sozinho, e a mãe dela tava sentada numa cadeira... A enfermeira escutou o pulmão dela pra ver se tava bom. Tomei injeção... A ambulância... Levando ela pro hospital. E ela tava deitada na cama... E ela tava esperando alta pra ir pra casa!*

Pesquisadora: *Aí o quê que a mãe dela diz aqui pra ela?*

Pedro: *Você vai pra casa! As enfermeira gostam muito dela... Aqui ela está falando com o pai dela... A enfermeira tá vendo porque ela não quer mais comer mais... E ela é muito danada, fechou o hospital.*

Pesquisadora: *Eita! (risos). Foi mesmo? E aqui? Ela tá pensando em quê, oh? (apontando para a figura ilustrativa). Ela tá no hospital, dormindo, e sonhando com o quê?*

> **Pedro:** *Com amarelinha... (se referindo à brincadeira de amarelinha, tal como ilustrada na gravura a que faz referência). Brincando de amarelinha. E a doutora pensava que ela estava muito doente, e ela pensava que tava brincando com os pais dela em casa... E a enfermeira deu banho nela, e ela estava chorando... E ela quer ir pra casa à força... A enfermeira não deixa! E ela pegou o ursinho pra brincar... E o médico disse, diz a ela recebeu alta pra ir pra casa... O doutor disse, aí ela foi pra casa! Pronto! Foram felizes para sempre! Já tava boa a menina!*

Fato interessante acontece nesta sessão. Pedro nomeou a protagonista da história usando o nome da pesquisadora. E disse que estava com medo porque achava que a pesquisadora iria adoecer como a personagem, caso insistisse em dar-lhe o seu nome. Fantasia típica para criança na segunda infância, que distingue ainda com imprecisão fantasia e realidade. Pedro é uma criança que se encontra na terceira infância e, ou por efeito da hospitalização (Chiattone, 2003, 2011; Dias, Baptista & Baptista, 2010; Favarato & Gagliani, 2008) ou por questão desenvolvimental (mais provável a partir dos apontamentos elucidados por meio da entrevista inicial com a tia da criança), apresenta crenças e fantasias atreladas a níveis de desenvolvimento anteriores ao seu.

Importante perceber que, apesar de denominar a personagem principal com o nome da pesquisadora, a criança projeta na história criada sua própria história de hospitalização. Com isso, é possível asseverar que Pedro faz uso da metáfora e do distanciamento propiciado pela fantasia para falar de si e da experiência que atualmente vivencia. Efetua, por assim dizer, o duplo movimento de aproximação e afastamento seguro garantido pela estrutura narrativa dos contos. É interessante que a criança refere-se à personagem utilizando outro nome, mas, em determinado momento de sua narrativa, chega a utilizar a primeira pessoa ("*tomei injeção...*"). A história traz conteúdos de cuidado, temores e expectativas relativos à hospitalização.

As sessões de Arthur, assim como as de Pedro, costumavam ser ricas em produção imaginária e expressão de pensamentos e sentimentos.

Em sua quarta sessão, após o conto *Arthur vai para o hospital*, a pesquisadora pede a Arthur que represente graficamente o hospital e conte uma história a partir de seu desenho.

> **Pesquisadora:** *O que você tá com vontade de fazer?*
> **Arthur:** *Brincar.*
> **Pesquisadora:** *Arthur, a gente hoje vai brincar de desenhar. Vamos fazer assim, eu vou pedir pra você desenhar o hospital, pode ser? Eu queria que você desenhasse o hospital, um garotinho e contasse um pouquinho da história, pode ser?*
> **Arthur:** *(Acena de modo afirmativo).*

A criança então desenha, conforme pedido, um hospital, pinta de verde, e escreve: "*Arthur vomitar Anastácia curou*". Pede ajuda para que a pesquisadora dite as letras que formam as palavras que queria escrever. Desenha uma ambulância na porta do hospital e dois meninos, um na porta do hospital e outro em uma janela. E inicia a contação:

> **Arthur:** *O nome dele era Arthur. Ele foi pro hospital. Como se escreve vomitar?*
> **Pesquisadora:** *Vomitar? (pesquisadora soletra a palavra). Pronto.*
> **Arthur:** *Arthur foi pro hospital porque ele tava vomitando muito. É... A doutora o nome era Anastácia (mencionando o nome de sua mãe)... Ela... Curou ele e ele foi pra casa! Pronto.*
> **Pesquisadora:** *Pronto? Ok. Quer fazer mais alguma coisa?*
> **Arthur:** *Quero escrever um desenho pra mãe. (a criança desenha e pinta seu desenho bem colorido, procura utilizar de todos os recursos de que dispõe. A pesquisadora permanece ao seu lado). Pronto!*
> **Pesquisadora:** *Hum. Pronto? E aí, quê que temos nesse desenho?*

Arthur: *É eu, minha casa e minha bicicleta.*
Pesquisadora: *Quem é que tá aí nessa casa, dentro dessa casa?*
Arthur: *Minha mãe, meu pai, meu irmão e minha irmã... E eu tô aqui fora.*

Curioso notar que Arthur costumeiramente em seus desenhos retratava sua casa. Suas produções gráficas provavelmente sinalizariam, em nível simbólico, seu desejo de retorno ao lar. Constantemente a criança e sua mãe apareciam nos desenhos do lado de fora da casa, possivelmente indicando sua atual situação. Por vezes a criança se desenhava fora da casa em companhia de sua mãe, por vezes sozinho.

Na sexta sessão, após a contação da história *A menina cabeça-de-vento*, a pesquisadora convidou Arthur a criar uma narrativa a partir das gravuras ilustradas no livro *Hospital não é mole!*. Arthur aceitou prontamente o convite e não demonstrou dificuldades em criar a história. Antes folheou o livro, procurando conhecer as figuras. Em alguns momentos a narrativa parecia se aproximar de sua vivência, em outros momentos não. A ênfase recaía na presença e/ou ausência dos pais.

Pesquisadora: *Você vai... Pode olhar ele todinho (se referindo ao livro), as figurinhas, viu? Aí depois você inventa a historinha.*
Arthur: *Alice. Alice tava doente porque tava com febre. Aí o pai levou pro hospital. E o médico... O médico mediu a temperatura dela. Tava cento por oito! Ela andou na cama. E os doutor só... Os doutor só dando remédio a ela e ela não gostando. Alice teve medo da injeção. É... a médica disse que ia olhar um negócio nela. Olhar o coração dela! Aí levou para outro quarto. O médico falou com os pais pra ir embora que ela ia ficar sozinha mais os médicos. Depois o pai, a mãe ficou... Veio de manhã. E o pai veio à noite. A mãe conversou com ela... Aí quando o pai chegou ela ficou com raiva, a mãe foi embora e o pai brincou com ela. Ela ficou sozinha no hospital. Ela ficou sozinha no hospital comendo. Aí a médica... Aí ela levou outra injeção e chorou. Aí ela coisou, ficou com o ursinho dela. Ela sonhava que brincava de amarelinha. A médica falou com ela que ela tava*

> *com febre... Aí deu um pouquinho d'água. Ela sonhou de novo, passeando com os pais... Ela tirou o negócio da mão e ficou inchado. Ela sonhava que tomava banho em casa sozinha... O médico passou a mão nela, deu o ursinho pra ela a médica, depois jogou. A mãe falou com ela e o pai. A doutora disse que... O doutor disse que tava melhorando... Aí ela dormiu de novo, tava vendo a revista... Aí ela tava calçando o sapato pra ir embora... Aí ela foi embora do hospital!*

Desejos e necessidades são comunicados ao ouvir histórias e se identificar com as personagens. Na quarta sessão, Arthur denuncia seu desejo de brincar de faz-de-conta tal como o protagonista do conto *Arthur vai para o hospital*, tendo a oportunidade de simbolicamente encenar de modo alternado o papel de médico e paciente, e assim elaborar suas fantasias e sua própria vivência de internamento.

Em sua quinta sessão, foi utilizado o conto *O menino maluquinho*, associado à atividade de médico e paciente, tal como solicitado no dia anterior pela criança ao ouvir a história *Arthur vai para o hospital*, na cena em que a personagem principal tem a oportunidade de brincar com um boneco, levado pela psicóloga que lhe assiste, fazendo de conta que era o paciente e ele, o doutor. Arthur parece ter se divertido bastante, sendo a primeira vez que a pesquisadora o vê de sorriso aberto, largo, descontraído.

Deste modo, a pesquisadora leva para o último momento da quinta sessão (*Produzindo sentidos – o tempo do jogo, do desenho... ou de mais uma história*) um boneco-fantoche, que Arthur nomeou como quis, e uma maleta com os acessórios médicos. Inspirado na história que ouvira no dia anterior, *Arthur vai para o hospital*, o participante brinca de faz-de-conta. Segue o convite feito à criança:

> **Pesquisadora:** *Vamos brincar? Vamos ver o que eu trouxe ali pra você! Trouxe Dr. Bernardo (fazendo referência ao nome do boneco do conto Arthur vai para o hospital).*

Arthur brinca com o boneco, fazendo de conta que ele está falando. Inicia a brincadeira dizendo que o boneco é muito feio, parece um macaco. A criança assume o lugar de médico, e a pesquisadora assume o papel do boneco-fantoche que ele examina. Arthur explora a maleta com os instrumentos médicos, estetoscópio, injeção, termômetro, etc. Coloca os óculos de doutor, o estetoscópio no pescoço e começa a fazer de conta que está examinando o boneco. A criança sorri abertamente, como apenas uma vez fizera ao longo dos encontros.

O faz-de-conta, tal como presente nos contos, mostra-se útil e importante para as crianças manejarem seus medos, falar sobre, desenhar, expressar de algum modo como vivem suas experiências em contexto hospitalar. Através do faz-de-conta, Arthur cria sua própria história, baseada na sua experiência, fazendo uso de sua imaginação e criatividade de maneira espontânea e livre. Arthur prossegue no jogo simbólico, ocupando um lugar inimaginável para si, e podendo deste lugar dramatizar a respeito de sua vivência.

> **Técnica:** *(Se aproxima para administrar insulina na criança. Arthur toma para si o cuidado, e por si só aplica as duas doses de insulina na perna com naturalidade e agilidade). Esse menino é demais! É tão difícil, né, criança assim? E ele faz tudo, ele sabe de tudo! E agora que é um doutor! (se referindo à brincadeira de faz-de-conta de Arthur).*

A mãe de Arthur chega para visitá-lo e se surpreende quando vê seu filho brincando, sorridente e comunicativo.

> **Pesquisadora:** *Olha aí o doutor! (se dirigindo à mãe da criança). Só não sei o nome desse doutor! Ele não usa crachá!*
> **Arthur:** *É Dr. Arthur, Dr. Arthur!*

Arthur toma para si o boneco, colocando ele no colo e fazendo de conta que o examinava. A pesquisadora interage com a criança, fazendo a voz do boneco, que reclama dos procedimentos, pergunta se vai tomar injeção, se vai ficar naquele hospital, se vai poder ficar com sua mãe, se vai poder receber visita da sua mãe, etc. Arthur procura envolver sua mãe na brincadeira. Ela age com misto de alegria e vergonha. Ri com a brincadeira do filho e o que ele fala. Arthur é por vezes severo com o boneco, fazendo injeções, colocando esparadrapos, etc.

> **Mãe:** *Como é o nome do paciente, Arthur?*
> **Arthur:** *Chico José! (risos).*
> **Mãe:** *(Risos). Coração. Tá bom o coração?*
> **Arthur:** *Mais ou menos! Vai levar uma martelada! (risos).*
> **Pesquisadora:** *Como é que esse doutor me dá remédio e eu ainda fico doente? Ora bolas, não tô gostando disso aqui não! Eu vou é pra outro hospital! (risos).*
> **Arthur:** *(Risos).*
> **Pesquisadora:** *Nossa! Quanta delicadeza! (risos). (fazendo menção ao comportamento da criança como doutor com o paciente, nada gentil). Tô é cansado de levar injeção!*
> **Arthur:** *É pra ficar bom!*

A pesquisadora, a mãe e Arthur riem com as trapalhadas do *Dr. Arthur*, que colocava os óculos ao contrário, deixava o paciente cair no chão, que não sabia sequer o nome do paciente, que dava injeção toda hora.

Arthur pede para que sua mãe seja a médica e ele assuma o lugar do boneco, como paciente.

> **Pesquisadora:** *Ele quer que a senhora seja o doutor! (risos).*
> **Mãe:** *Eu?! (risos).*

Arthur: *E eu vou ser o paciente! (Arthur agora quer que sua mãe seja o boneco-paciente e ele continue a ser o médico).*
Pesquisadora: *De novo, hein, Arthur? Já basta aqui?! Na vida real?! (risos).*
Arthur: *Eu sou o Dr. Biruta! Não é, mãe, o Dr. Biruta?*

A mãe aceita o convite da criança e começa a brincar com ela, fazendo outra voz. A mãe é o boneco-médico e Arthur o paciente.

Mãe: *Eu vou dar uma mordida em tu! (risos).*
Arthur: *(Risos). Ai! Os dentes são de verdade! Já tá bom ele!*
Mãe: *Já tá bom?*
Pesquisadora: *Já recebeu alta ele! (risos).*
Mãe: *Legal, viu Arthur?! Gostei! (risos).*
Pesquisadora: *E aí, gostou Arthur? Como é que você tá?*
Arthur: *Ótimo! (responde com entusiasmo).*
Pesquisadora: *(Risos). Que bom! E aí, como é que você tá? (mostrando a cartela dos sentimentos).*
Arthur: *(aponta a carinha de alegre).*
Pesquisadora: *Você tá alegre por que, Arthur?*
Arthur: *Porque eu já tô bom!*

Fazendo uso da abertura de possibilidades representada pelo conto, em um momento de cuidado que permite o poder-ser da criança, esta se sente bem, já relata estar melhor, e pode incluir no mundo de fantasia por ela criado sua mãe, figura de que tanto sente falta e anseia estar ao lado.

Bié, durante o conto *Quem tem medo do novo?* (primeira sessão de contação de histórias), noticia com entusiasmo do que tem e do que não tem medo, a cada trecho contado. Ao abrir a narrativa na primeira página, logo a criança diz: "*É um disco voador!*". Quando a pesquisadora lê o primeiro trecho, Bié imediatamente começa a dizer que tem medo do escuro. Na segunda página, que fala da mudança de casa, a

criança afirma que não teme isso não. E complementa dizendo que não tem amigos, que sua única amiga é sua irmã, pois seus coleguinhas não o defendem, só sua irmã o faz:

> **Bié:** *Eles não são meus amigos não, que eles não me defende... Só minha irmã é que defende eu... Mais ninguém... Por isso não tenho amigo... Eles são tudo falso, não gostam de mim...*

A pesquisadora prossegue contando a história, que agora versa sobre o medo de mudar de escola. A criança diz já no primeiro trecho:

> **Pesquisadora:** *Quem é que tem medo de mudar de escola?*
> **Bié:** *É, eu tenho medo! Tenho medo de entrar na sala... Tenho vergonha...*

Bié dá uma pausa e a pesquisadora então continua a narrar.

> **Pesquisadora:** *Quem é que tem medo de mudar de escola? Entrar numa classe onde ninguém dá cola e a pessoa mais bonita não dá a menor bola?*
> **Bié:** *(Uma vez mais ela interrompe para relatar seus sentimentos e comportamentos). É por isso que eu também nem dou bola pra ela (corroborando a atitude da personagem da história)... Eu... Vou lá ficar rastejando para quem não tá nem aí pra mim... Eu não, fico na minha... Meus amigos também não dão bola pra mim! É por isso que prefiro ficar no recreio escrevendo no meu caderno, desenhando... Nem vou atrás deles!*

Relevante perceber a criança desvelando sua subjetividade, seu modo de ser para além da doença, revelando uma historinha que vive no seu dia-a-dia, revelação completamente propiciada pela história que lhe é contada, pelo vínculo terapêutico que por hora se constrói, progressivamente, intermediado pelos contos.

A pesquisadora dá prosseguimento à contação.

> **Pesquisadora:** *Quem é que tem medo de provar um prato que nunca comeu?*
> **Bié:** *(Balança a cabeça afirmativamente).*

Pesquisadora: *Quem é que tem medo de cortar o cabelo e ficar com cara de pesadelo?*

Bié: *(Balança a cabeça). Eu não!*

Pesquisadora: *(Prossegue história). Quem é que tem medo de aprender inglês, aprender a nadar ou a falar francês? Tomar lições de dança... Quem é que tem medo de tanta mudança?*

Bié: *(A criança responde com o balançar de cabeça de modo positivo).*

Pesquisadora: *Quem é que tem medo de ser diferente? Chamar a atenção de quase toda a gente? Botar uma roupa meio escandalosa, assim como umas calças todas cor-de-rosa?*

Bié: *Eu não!*

Pesquisadora: *Quem é que tem medo de aprender um jogo, não saber jogar e passar por bobo?*

Bié: *Eu tenho medo disso!*

A pesquisadora pergunta se isso já aconteceu com ele. Bié diz que não, mas que ainda assim tem medo de que aconteça.

Pesquisadora: *(Continua a narração). E você? Tem medo de telefonar e alguém atender, começar a falar e você não saber como se comportar?*

Bié: *Eu não tenho medo disso não, tenho medo é de falar no computador, que a gente não sabe quem é que tá falando com a gente! Mas de telefonar não, eu já telefonei pra minha tia, pra meu primo...*

Pesquisadora: *Quem é que tem medo de escutar a ideia de outra pessoa e ver que essa idéia é uma idéia boa? E de jogar fora sua idéia antiga, sem muita discussão, sem nenhuma briga...*

Bié: *(A criança afirma com o balançar da cabeça e faz gesto indicativo para que eu dê continuidade à história. Antes, diz, ao ver a ilustração do garoto com a bola de futebol). Uma bola... Eu nem gosto de futebol não. Mas eu jogo.*

Pesquisadora: *(Prossegue contação) Quem é que tem medo afinal de crescer? Já que tudo isso é apenas viver... A gente não gosta de ser*

> *diferente. Mas goste ou não goste, tem que andar pra frente! Voar como o vento! Pois quem pára é poste: a vida é movimento!*
> **Bié:** *(Balança a cabeça concordando com a história. E aponta uma das figuras da última página). O pai com o filho! Jogando bola! Eu queria jogar bola...*

Pensamentos, sentimentos e desejos são explicitados no transcurso da interação entre a criança e o conto. Isto se repete para Bié na quarta sessão, frente à narrativa *Quem tem medo de quê?*. Logo na primeira página do livro, ao ser recitado trecho que lá está disposto, a criança elenca uma série de medos que tem: de morcego, de soro, de ficar sozinho em casa, sem televisão, entre outros. Tal comportamento expressivo ocorreu de forma recorrente ao longo do conto.

Pedro reagiu tal como Bié frente às duas histórias sobre medo contadas para ele na quarta e quinta sessões, quais sejam: *Alguns medos e seus segredos* e *Quem tem medo de quê?*. No transcorrer das narrativas, aponta seus temores.

> **Pesquisadora:** *São três histórias. A primeira história é de uma mãe que tem medo de lagartixa!*
> **Pedro:** *Eu não tenho medo de lagartixa, não! Tenho medo de cobra! Mas de noite, quando apaga a luz aqui...*
> **Pesquisadora:** *Quê que tem? (em tom de curiosidade).*
> **Pedro:** *Tenho medo!*
> **Tia:** *Quando apaga a luz de noite. É porque ele é acostumado a dormir no claro.*

Os medos relativos ao processo de adoecimento e hospitalização não emergem nos relatos das crianças, seus apontamentos transcendem tal situação, remetendo aos medos que enfrentam em seu cotidiano fora do hospital.

Pesquisadora: *(Prossegue contação)... Mas apesar de valente, eu tenho medo é de avião!*
Pedro: *Também! Nunca andei, mas eu tenho medo!*
Pesquisadora: *(Prossegue a história). Pelo que vemos, pessoal, ter medo não é vergonha, todo mundo tem um medo, que a gente nem mesmo sonha!*
Pedro: *Tenho medo de cachorro pitbull!*

Na interação com o conto *A menina cabeça-de-vento*, no momento da produção de sentidos, Pedro é convidado a elencar seus bons e maus pensamentos. Recorrendo à fantasia, à estrutura narrativa de exposição indireta de conflitos presente nos contos, ele anuncia tais pensamentos, assegurando para si que são apenas imaginários, invenções, não integrando seu repertório de medos e conflitos.

Pesquisadora: *Pedro! Vamos colocar aqui os seus maus pensamentos? Você tem algum mau pensamento?*
Pedro: *Eu invento? Pode inventar?*
Pesquisadora: *Pode.*
Pedro: *Penso assim... Eu acho que eu vou... Que ela vai deixar eu. Minha tia. Tô inventando, viu?*
Pesquisadora: *Certo! (escreve no papel o mau pensamento relatado pela criança). Sim... Que mais, Pedro?*
Pedro: *Eu penso que ninguém gosta mais de mim. Penso que minha avó não gosta mais de mim. Cadê? Eu botei quanto?*
Pesquisadora: *Você botou um, dois, três.*
Pedro: *Eu penso que ninguém, ninguém, ninguém mais gosta de mim! Eu penso que... eu mermo não gosto de mim! Cadê? Botei quanto? (pedindo para ver o papel).*
Pesquisadora: *Um, dois, três, quatro, cinco.*
Pedro: *Só isso! É inventando, né?*
Pesquisadora: *É inventando. Vou colocar aqui 'maus pensamentos', né? (se referindo ao nome a ser escrito na coluna referente aos maus pensamentos). E os bons pensamentos?*

Pedro: *Eu gosto... De você e você... Gosta de mim!*

Pesquisadora: *(Risos). Certo. Outro bom pensamento?*

Pedro: *Os doutore daqui, pensa que os doutore gosta de mim. Penso que todo mundo, todo mundo gosta de mim! Cadê? (A criança pede para que eu lhe mostre o papel onde anoto seus pensamentos).*

Pesquisadora: *Um, dois, três bons pensamentos!*

Pedro: *Só isso!*

Pesquisadora: *Só isso? É?*

Pedro: *Hum-rum. Você é minha melhor amiga!*

Pesquisadora: *Eu sou sua melhor amiga? É?*

Pedro: *Não, né pensamento não!*

Pesquisadora: *Né pensamento não! Então vamos fazer assim, fazer igual o que aconteceu com a menina cabeça-de-vento! A gente fica só com os bons pensamentos. O que você acha?*

Pedro: *(Olha atentamente eu dividindo o papel ao meio e separando em duas partes, em uma estão os bons pensamentos e na outra os maus pensamentos).*

Pesquisadora: *O vento passou, o vento passou, ele deu bem forte na cabeça de Pedro, esse vento! Aí o vento, oh?! Levou os pensamentos ruins! Hã?! Lá foi o pensamento ruim embora! Olha o vento levando?! (apontando para o papel voando para fora da janela da enfermaria, sendo carregado pelo vento). Tá vendo?*

Pedro: *Tô! (se esforça para olhar para o papel fora da janela).*

Pesquisadora: *Vai levar embora! Ficou só os bons pensamentos! Igual à menina cabeça-de-vento!*

Curioso notar o arrolamento de bons e maus pensamentos que a criança alimenta. Maus pensamentos todos relacionados à fantasia da criança de que ninguém mais gosta dele, fantasia esta, como tantas outras, presente no imaginário de crianças hospitalizadas, tal como refere a literatura da área (Chiattone, 2003, 2011; Dias, Laloni & Baptista, 2008; Favarato & Gagliani, 2008; Fortuna, 2007; Kudo & Maria, 2009; Lima, 2004; Medeiros & Andreoli, 2008; Oliveira, 2007; Pérez-Ramos & Oliveira,

2010; Silva, 2008; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008). Pela distância física, pela ausência das figuras de apego, pela impossibilidade de visitá-las, por se sentirem culpadas pelo processo penoso que supostamente estão infligindo sobre seus pais e demais familiares, elas acabam por crer que as pessoas significativas de sua vida lhe esqueceram, ou não gostam mais dela. Isso é claramente expresso por Pedro nesta sessão, após a contação de história, ao que ele chama de maus pensamentos e diz estar apenas "inventando". Isso é mais interessante ainda: a criança insiste em frisar que está inventando os maus pensamentos, afastando assim o temor à possibilidade real de que isso aconteça.

Na última sessão de Pedro, em que se utilizou o conto *Se criança governasse o mundo...*, a verbalização da criança sinalizou a recordação das circunstâncias em que ocorreu o acidente que sofreu. A criança, antes do início da contação, ao ser questionada sobre o que faria se pudesse governar o mundo, respondeu que retiraria os quebra-molas das ruas. Ora, Pedro atribui ao quebra-molas a causa do acidente de moto que o vitimou e causou a morte de seus pais.

Tal atribuição pode estar vinculada ao relato de sua tia sobre o desastre. A mesma afirma que o acidente teve também como pivô um quebra-molas. Ao ultrapassar a avenida, conforme descrição da tia de Pedro, o pai da criança ao certo acreditou que havia tempo hábil para passar pelo quebra-molas e atravessar com a moto, porém o cálculo de tempo necessário não correspondeu ao real, e o carro então colidiu com a moto onde estavam Pedro, seus pais, e seu cachorrinho de estimação.

Já em seu título, o conto propiciou o expressar das emoções, pensamentos, sentidos, significados. A criança sinaliza os caminhos para a intervenção terapêutica,

indicando que por hora estaria disposta a falar sobre a perda de seus pais. Segue trecho da sessão:

> **Pesquisadora:** *(Inicia citando o nome da história). Se criança governasse o mundo... Se Pedro governasse o mundo, o que ele faria?*
> **Pedro:** *Tirava os quebra-more...*
> **Pesquisadora:** *Os quebra-molas? É?*
> **Pedro:** *Era...*
> **Pesquisadora:** *Por quê?*
> **Pedro:** *Porque eu não gosto de quebra-mola...*
> **Pesquisadora:** *Porque não gosta de quebra-mola? O que tem os quebra-molas?*
> **Pedro:** *Quando a pessoa passa, morre.*
> **Pesquisadora:** *Quando a pessoa passa no quebra-mola morre? É? Então, se Pedro governasse o mundo, ele tiraria os quebra-molas das ruas, não era? É isso?*
> **Pedro:** *(A criança balança a cabeça de modo afirmativo).*

Ao término da história, Pedro permanece comunicando seus pensamentos e desejos.

> **Pedro:** *Se fosse eu, eu... Eu cuidava de doutor... Eu era doutor.*
> **Pesquisadora:** *Você era doutor? Pra fazer o quê? Doutor faz o quê?*
> **Pedro:** *Dá injeção. Nas pessoa. Pra ficar boa... Não tinha hospital... Era num prédio!*

As crianças do estudo, estabelecida uma relação de confiança com a pesquisadora e instigadas pelos enredos dos contos de literatura infantil, utilizam a hora do conto para expressão de si.

Para Heidegger (1927/2005), o *Dasein* (*Ser-aí*) não possui uma essência *a priori*, de modo que o que ele é está sempre em jogo no seu existir. É instigante acompanhar o

movimento das crianças na direção de conferir significado ao vivido, o que se dá primordialmente de forma metafórica, a partir da experiência imediata, não de um *a priori*. O *Da-sein* significa uma abertura "de um âmbito do poder-apreender daquilo que aparece e que se lhe fala a partir de sua clareira" (Heidegger, 1947/2009, p.33). Em sendo abertura de sentido ao mundo, atribuímos significado às nossas experiências, deixando-nos afetar pelo que nos chega, no encontro com o outro. Nessa afetação, não só produzimos sentido, como comunicamos nossos pensamentos, sentimentos, desejos e conflitos, tal como ocorreu com as crianças.

Ademais, a linguagem do dia a dia não é a linguagem natural da criança, especialmente quando é solicitada a falar sobre seus afetos. A linguagem dos afetos, dos sentimentos, é aquela derivada da imagem, da metáfora, do simbolismo, como a linguagem que subjaz às histórias e sonhos (Sunderland, 2005). Ora, o fato da metáfora ser uma linguagem comum aos contos e à infância ajuda-nos a compreender o potencial da literatura infantil no incremento da expressão infantil.

Expressão mediada pela fantasia, dúvidas, inquietações, pensamentos se revestem de uma roupagem que oferece às crianças condições de projetar com segurança o vivido. Assim, por meio dos contos, é possível à criança nomear seus medos e demais sentimentos, nominação importante para lidar com o que antes podia ser desconhecido e, por isso mesmo, fonte de apreensão para a criança (Abramovich, 1997; Bettelheim, 2007; Caldin, 2010; Corso & Corso, 2006; Fortuna, 2007; Gutfreind, 2010; Góes, 2010; Oliveira, 2007).

b. Contos: fantasia e realidade se misturam e se diferenciam

Em seu comportamento, demonstrando interesse ou desinteresse, ou mesmo conforme sua resposta direta na entrevista final, as crianças revelaram suas preferências no que tange aos contos selecionados para cada encontro. Tais preferências têm estreita relação com as tramas tecidas. Deve-se explicar: quanto mais próximo o conto das necessidades afetivas da criança, tanto mais despertava seu interesse e estimulava a interação, verbalização e simbolização das histórias e de suas experiências.

Em sua sexta sessão de contos, após o conto *Marilu*, Bulu pede: "*Mais uma história*". A pesquisadora pergunta para ele qual história gostaria de ouvir, e Bulu responde: "*A das cabrinhas*". Neste momento a pesquisadora se surpreende, pois ocorre que Bulu lembra uma história contada há alguns dias, no início da construção do *corpus* da pesquisa com ele. O que julgava ter se perdido, quando avaliava que não havia sido formado vínculo satisfatório, nem que a criança tivesse construído sequer significados em relação às histórias trabalhadas outrora, todas essas crenças foram soterradas no momento em que Bulu relembrou o conto *O lobo e os sete cabritinhos*, o qual estava pedindo para ouvir novamente.

Neste sentido, para Bulu, os contos de fadas ocupavam lugar especial em seu imaginário. Por que a atração de Bulu pelos contos de fadas, a tal ponto de sempre que se deixava livre sua escolha, ele relembra justamente dos contos de fadas? Assim foi com a história *O lobo e os sete cabritinhos* e o mesmo ocorreu com o conto *O patinho feio*. O que há nessas histórias que tanto atrai a atenção e o interesse do pequeno Bulu? Duas histórias que versam um pouco sobre sua vida.

O mesmo não ocorreu com Bié, que nas sessões de contos de fadas pouco se expressou. Para Bié, as histórias que de fato se inscreviam em sua subjetividade, que lhe

aguçavam os sentidos, que lhe afetavam profundamente, pareciam ser aquelas que tratavam da temática do medo.

Tal assertiva é evidenciada no comportamento claramente distinto assumido pela criança frente a tais histórias, como ocorreu com o conto *Quem tem medo do novo?*, logo ao primeiro encontro de pesquisa, comportamento não esperado para aquela criança tão apática e que se recusava a falar com a equipe; e como se repetiu com o conto *Quem tem medo de quê?*. Comportamento que não se repetiu em outras histórias, como *Gaspar no hospital*, *O lobo e os sete cabritinhos*, *O patinho feio*. Percebe-se o quão importante é adaptar as sessões de contação, inclusive no que tange à escolha dos livros a serem utilizados, a partir da demanda da criança e de suas preferências.

Em sua entrevista final, Bié afirma claramente seu conto preferido e o preterido.

> **Pesquisadora:** *Qual foi a história que você mais gostou?*
> **Bié:** *Bié doente do pé.*
> **Pesquisadora:** *E qual foi a que você menos gostou?*
> **Bié:** *Do cachorro (se referindo ao conto Gaspar no hospital).*

Sua resposta corrobora a eleição do nome dado ao protagonista do conto *Bié doente do pé* para fazer menção ao participante ao longo do presente estudo.

Já para Pedro, ao ser questionado sobre suas preferências em relação aos contos utilizados, o mesmo elegeu todas as histórias como sendo de sua estima. Todavia, na entrevista final com sua tia, a mesma revela a provável predileção de Pedro.

> **Pesquisadora:** *É, como é que você acredita que Pedro tem reagido às histórias?*
> **Tia:** *Ele gosta muito, fica muito animado com as historinha, aí, sempre quando você saí, aí ele 'Tia, mas eu gostei da historinha de, da Lua e Pedro!'. Ele gostou muito dessa historinha. Comentou comigo. Ele disse*

> *assim: 'Tia, olhe, foi tão interessante, porque a Lua e Pedro, eu pensava que a Lua era Pedro, mas não. Depois eu vi que era porque Pedro ficava pensando na lua. Sim, e a Lua depois era uma tartaruga!'.*

O encantamento de Arthur pela história *O Menino Maluquinho*, evidenciada em sua entrevista final, pode estar vinculado ao fato da quinta sessão de contos ter se configurado como espaço de elevada produção simbólica, com a condução da criança, pela via da fantasia, para a recordação da vivência da infância para além dos muros do hospital. Ademais, pela possibilidade ofertada de, após a contação, viver alternadamente os papéis de médico e paciente.

Nesta sessão, Arthur parece ter se divertido com as traquinagens da personagem, sorrindo, apontando, falando, perguntando, se identificando com o protagonista. Eis sua resposta na entrevista:

> **Pesquisadora:** *De qual historinha, Arthur, você mais gostou?*
> **Arthur:** *É... 'Menino maluquinho'.*
> **Pesquisadora:** *E qual foi a que você menos gostou?*
> **Arthur:** *Essa. (Apontando para o livro 'A menina cabeça-de-vento').*
> **Pesquisadora:** *'A menina cabeça-de-vento'? Por que você menos gostou dela?*
> **Arthur:** *Porque ela tinha uma janela na cabeça.*
> **Pesquisadora:** *E do menino maluquinho, o quê que você mais gostou dele?*
> **Arthur:** *Porque ele tem os pés rápido.*

A identificação com as personagens é descrito por Bettelheim (2007) como sendo uma das ricas fontes de evolução para a criança, uma vez que permite, por exemplo, que a mesma possa dominar seus medos e construir possibilidades reais de superar as tarefas evolutivas próprias ao seu desenvolvimento psíquico.

Os heróis dos contos usualmente deparam com situações atípicas (nos contos de fadas principalmente) ou comuns ao cotidiano (nos contos realistas), que representam desafios, exitosamente enfrentados ao final da história. Ao se identificar com as personagens, simbolicamente a criança também representa seus desafios e vislumbra perspectivas para vencê-los.

A terceira sessão de Bié, em que se trabalhou o conto *O lobo e os sete cabritinhos*, aponta para uma possível identificação da criança com a personagem Bulu, grande herói da história e, posteriormente, com a identificação com trecho da narrativa que versa sobre a cisão feita na barriga do lobo para a retirada dos cabritinhos alvos de seu ataque.

Na cena em que o lobo devora todos os cabritinhos, menos Bulu, Bié pergunta: "*Menos Bulu? É o mais velho né?*". E eu respondo que não, ao contrário, Bulu é o mais novinho dos filhos da Mamãe Cabra. E era muito esperto, eu completo. A criança permanece atenta. Quando conto a cena sobre a barriga do lobo, curiosamente Bié olha para sua barriga, que se encontra suturada após cirurgia. Talvez aqui a criança tenha se sentido afetada, pois da mesma forma que o lobo teve sua barriga cortada para retirar os filhos da *Mamãe Cabra* e depois colocar lá dentro as pedras e em seguida costurar, Bié também, por procedimento cirúrgico, teve sua barriga "cortada" e depois "costurada", estando ainda com os pontos.

A identificação com o protagonista da história se repetiu com o conto *Bié doente do pé*. Durante sua entrevista final, a criança relembra a história de Bié. De fato essa história lhe marcou bastante. Ele diz:

> **Bié:** *Dia desses eu tava que nem Bié! Começou com uma dorzinha aqui na barriga, depois passou prá cá (apontando o tórax), depois subiu pra cá (apontando o coração), depois pra cá, pra cá, e acabou no pé!*.

Bié sorri abertamente. A pesquisadora então diz: "*Deixa eu ver se saiu as feridinhas no pé?!*". E olha seu pé embaixo do lençol. Pesquisadora e criança riem juntas. Ela pergunta se seria esse o nome que Bié queria que constasse para lhe identificar em seu "*trabalho escolar*". Ele responde afirmativamente.

Por explicitar o cotidiano de muitas crianças, o conto *O menino maluquinho* propiciou a aproximação entre fantasia e realidade, traduzindo as experiências de Arthur e fomentado a identificação com a personagem, identificação facilitada também pelas intervenções da pesquisadora ao longo da contação. Não foi à toa que o conto emergiu como predileto pela criança.

> **Pesquisadora:** *(Continua contação). O menino maluquinho tinha dez namoradas! Arthur também é? (risos).*
> **Arthur:** *(A criança sorri). Tenho mais!*
> **Pesquisadora:** *(Risos). Você tem mais do que ele? Tem quantas namoradas, Arthur?*
> **Arthur:** *Vinte!*
> **Pesquisadora:** *Vinte namoradas?! Quanta namorada esse menino tem! (Prossegue história). Ele era um namorado formidável! Que desenhava corações nos troncos das árvores, que desenhava flores no caderno de desenho... Você faz isso?*
> **Arthur:** *(Acena de modo afirmativo).*
> **Pesquisadora:** *O menino maluquinho jogava futebol! Tu também Arthur?*
> **Arthur:** *(Acena de modo afirmativo).*
> **Pesquisadora:** *E toda turma ficava esperando ele chegar pra começar o jogo. Adivinha? O menino maluquinho era goleiro! (continua contação). E o menino maluquinho dizia: – Deixa comigo! E ia correndo pro gol...*

Arthur: *Ele defendia?*
Pesquisadora: *Ele defendia todas!*
Arthur: *Num deixava nenhuma entrar?*
Pesquisadora: *Danado, hein, Arthur, esse goleiro?*
Arthur: *Hum-rum. (olhando para as figuras ilustrativas).*

Por vezes a interação pesquisadora-criança-conto servia ao propósito de provocar a identificação das crianças com as tramas, fornecendo a elas a possibilidade de dar sentido as suas próprias vivências. Segue passagem da quarta sessão de Arthur para exemplificar o exposto:

Pesquisadora: *(Inicia a contação de história). E na noite em que Arthur adoeceu, sua mãe tinha feito seu prato favorito que era macarrão com queijo...*
Arthur: *É bom! Minha mãe bota.*
Pesquisadora: *Pois é, e Arthur adora macarrão com queijo, mas Arthur ficou com dor de estômago logo depois da primeira garfada... (prossegue contação). A mãe de Arthur logo percebeu que havia algo errado, porque Arthur não deixaria de comer macarrão com queijo por nada nesse mundo!*
Arthur: *É! (Arthur escuta atentamente a história).*
Pesquisadora: *(Prossegue contação). O médico lhe disse que levasse o menino até a emergência do hospital. É para lá que vamos quando precisamos consultar um médico imediatamente. Foi pra lá que você foi, num foi? Pra emergência?*
Arthur: *Foi. Foi lá embaixo.*
Pesquisadora: *Lá embaixo? E lá, o que foi que eles fizeram? Você lembra?*
Arthur: *Eles... coisaram aqui, aqui. Num foi esse não. Aí tirou.*
Pesquisadora: *Colocaram a borboletinha. (se referindo ao acesso venoso). Aí fizeram o quê?*
Arthur: *Me mandaram pra cá.*
Pesquisadora: *E foi exatamente assim que aconteceu com Arthur também. Arthur jamais tinha ido para o hospital e estava com medo do que poderia*

acontecer... (continua a história). A emergência estava lotada... (prossegue história).

Arthur: *(A criança interrompe a contação para olhar as figuras do livro que ilustram o espaço da emergência lotada. E aponta). Olha?!*

Pesquisadora: *Lotada, né? (continua história). Havia sons de bipes... Esses sons, oh, que você tá escutando, bi, bi, bi, bi (imitando som da máquina de monitoramento). Tá escutando? E máquinas estranhas... (prossegue contação).*

Arthur: *Oh?! (criança aponta gravuras do livro).*

Pesquisadora: *Ah, onde está o Barney? Perguntou Arthur. Não se preocupe, está aqui, disse sua mãe pegando o coelhinho de pelúcia em sua bolsa. Arthur sempre se sentia melhor com presença do coelhinho... Tem algum brinquedinho que você goste?*

Arthur: *Eu gosto do... Do meu travesseiro. Aí eu durmo. Quando eu fico com meu travesseiro aí eu durmo! De noite, lá em casa.*

Mesclar realidade e fantasia em busca de apreender a experiência é recurso eficaz para as crianças. Por meio de tal mescla, à criança é facultada o acesso ao indizível de sua angústia, traduzindo os significados de se estar doente. A interpenetração entre o real e o fantástico permite, de igual modo, estruturar e manter ativos os aspectos saudáveis da existência infantil (Corso & Corso, 2006; Favarato & Gagliani, 2008; Góes, 2010; Gutfreind, 2010; Pazinato, 2008)

5.2.3 Eixo afetivo

Os vínculos terapêuticos estruturados em torno dos contos corroboram a função destes como instrumentais essenciais para fomentar espaços de cuidado antepositivo e/ou substitutivo. Tal aspecto é abordado ao longo deste eixo.

Os participantes, no decorrer das sessões, indicavam sutilmente seus afetos, interesses e necessidades, por meio do comportamento, do olhar e do toque. Para compreender como estavam sendo afetadas, revelaram-se dignas de nota as respostas em nível dos gestos, respostas por vezes desprezadas, mas de extrema valia para analisar a evolução psicoterapêutica de crianças, especialmente crianças internadas em UTIPED. Sobretudo, revelou-se importante a relação de cuidado estabelecida com as crianças participantes, a qual habilitava a pesquisadora a identificar os sinais indicativos da disposição afetiva, natureza e qualidade da evolução alcançada ao longo das sessões de contos.

O eixo afetivo encontra-se dividido em duas unidades de sentido: (a) *Separação dos pais: a hora do conto como espaço de acalanto e maternagem*; e (b) *Contos e vínculos de cuidado*. Tais unidades de sentido são ilustradas por fragmentos das falas das crianças no decorrer dos encontros, de seus pais e/ou responsáveis, bem como das impressões e reflexões da pesquisadora registradas a cada sessão.

a. Separação dos pais: a hora do conto como espaço de acalanto e maternagem

Nesta unidade de sentido estão descritos as falas, os comportamentos, os afetos que circundavam os encontros com as crianças participantes e que sinalizavam intensamente o lugar simbólico ocupado pela contação de história e pela tríade pesquisadora-criança-conto no processo de hospitalização infantil em UTIPED.

Antes de dar prosseguimento, é necessário referendar a definição de *maternagem* que por hora se adota na tentativa de compreender as informações relativas a esta

unidade de significado. Diferente de Winnicott, que prevê a maternagem como fenômeno que se dá intensamente na díade mãe-bebê, Winter e Duvidovich (2004) propõem a ampliação deste conceito para a área da saúde, entendendo-o como:

> Uma forma específica de atuação preventiva (...) em qualquer idade, em que haja manifestações de regressão ou fragilização das relações do indivíduo com ele próprio, com o outro ou com o coletivo. A maternagem, nesta concepção, implica aproximação, vínculo e empréstimo de recursos reais, afetivos e simbólicos para aquele que não tem, indo muito além de um modelo calcado na doação de bens materiais, como remédios, etc., mas na doação de continência, presença e escuta advertida para as singularidades em jogo em cada caso (p. 10).

Que fique claro que esta é a concepção de maternagem assumida nesta dissertação que, a despeito de ser oriunda de trabalhos orientados teoricamente por noções psicanalíticas, auxilia na compreensão da natureza e qualidade dos vínculos tecidos entre pesquisadora e criança.

Separado de sua mãe e das demais figuras significativas em seu viver, o conto, e a relação por ele mediada, favoreceram o desenvolvimento de um espaço de acolhimento à criança, a tal ponto de atuar por vezes como substitutivo materno.

Os conflitos vivenciados pelas crianças durante o internamento, a tristeza que predominava em seus semblantes, evidenciavam o quão maléfico era a separação de seus pais em um momento tão crítico de sua existência.

Das quatro crianças alvos do estudo, talvez Bulu tenha adotado mais firmemente a hora do conto como espaço de proteção a sua vulnerabilidade, como um espaço que temporariamente preenchia a ausência de sua mãe. Este foi, indubitavelmente, o dado mais significativo das sessões de contos com Bulu.

Logo nos primeiros encontros, a criança olhava para a pesquisadora e dizia: "*Quero minha mãe!*". Sempre assegurava à Bulu que logo mais, à hora da visita, sua mãe estaria ao seu lado. Isto parecia dirimir provisoriamente sua tristeza.

Era frequente Bulu, durante a contação, pedir para ser colocado deitado no leito. A pesquisadora atendia ao seu pedido e iniciava a história. Ao término, perguntava a Bulu o que havia achado da história. Ele repetia gesto afirmativo com o típico balançar de cabeça. A pesquisadora segurava sua mão para se despedir e ele, como sempre, chamava por sua mãe. A criança permanecia por longo tempo de mão dada com a pesquisadora. Ao tentar distanciar sua mão, a criança, num gesto discreto, abria sua mãozinha, como pedindo que a pesquisadora lhe desse a mão novamente. E assim o fazia, permanecendo de mão dada com Bulu até a chegada de uma de suas figuras de referência parental.

O gesto de manter-se de mãos dadas parecia sinalizar a garantia para a criança de que estaria na companhia de alguém de sua confiança, alguém que provavelmente lhe remetia à sensação de segurança e conforto psíquico, quando da ausência de seus pais. Tal gesto iria assumir lugar central nos encontros subsequentes.

Em seu segundo encontro, ao chegar, Bulu pede a presença de sua mãe e emite gesto inédito: aponta a cadeira que está no canto do quarto de isolamento onde permanece. A pesquisadora pega a cadeira e coloca ao lado de seu leito, perguntando para que serve aquela cadeira ali. Bulu responde: "*Pra você sentar!*". E a pesquisadora então senta. Bulu, que estava sentado até então, recosta sua cabecinha no travesseiro, deitando-se. Ele logo entrega sua mão à narradora, que passa a segurar a mão da criança. E diz: "*Quero minha mãe!*". Pergunta-se à criança se quer ouvir histórias, e ela diz que sim.

Em outras sessões, à chegada da pesquisadora, Bulu se punha sentado e a chamava. Apontava a cadeira e pedia para que a pesquisadora sentasse ao seu lado. E dizia: "*Contar historinha*". Isto se torna gesto corriqueiro, ocorrendo em todas as demais sessões.

A pesquisadora confirma seu pedido e conta para Bulu a história *O patinho feio,* selecionada para sua quinta sessão. A criança escuta a história atentamente, e permanece o tempo todo olhando para a narradora, com sua cabeça encostada no travesseiro e segurando sua mão. Não faz qualquer colocação ao longo da história, apenas sussurros afirmativos. Ao término do conto, imediatamente Bulu pede para que lhe cante uma música. Diz: "*A música, canta a música... da casa...*". Ao terminar algumas músicas, Bulu pede: "*Mais uma história*".

Ao prolongar a sessão de contos, a criança prolongaria de igual modo a satisfação de sua necessidade de ser acolhido, acalentado, enquanto aguardava a visita de seus pais.

Em sua sétima sessão de contos, a pesquisadora encontra Bulu sentado no seu leito, olhando para a porta da UTI, o que não era incomum, a criança parecia estar sempre à espera de alguém.

Bulu pede para que a pesquisadora sente-se ao seu lado, prontamente recostando sua cabeça no travesseiro e estendendo a sua mãozinha em direção à da pesquisadora. E então diz: "*A historinha!*". Indaga-se à criança qual história gostaria de ouvir. Bulu responde: "*A das cabrinhas... A das cabritinhas...*". Bulu está confortavelmente deitado em seu leito, todo coberto com uma manta e estende novamente sua mão para que a segure, como em todos os demais encontros. Inicia-se a contação. Bulu ouve

atentamente, dessa vez olhando boa parte do tempo para o livro, e por vezes para a narradora, principalmente frente a algumas expressões, como a fala do lobo mau.

Ao finalizar a contação, pergunta-se à Bulu o que ele achou da história, ele acena com a cabeça e mais uma vez repete a frase pedindo por sua mãe. A pesquisadora segura sua mão e lhe responde dizendo que ainda naquele dia ele irá receber a visita dela. Bulu responde com o balançar afirmativo da cabeça e diz: "*Tá!*". Repete o gesto de continuar segurando a mão da pesquisadora, agora tentando dormir. A tosse não o deixa adormecer e, constantemente, tosse e abre os olhos, dirigindo seu olhar para a pesquisadora.

A criança parece se reconfortar com a presença da pesquisadora, o apoio simbolizado pela mão dada a sua, a afirmação de que posteriormente sua mãe estará ali com ele. Bulu continua tentando adormecer. A mãozinha estendida junto à da pesquisadora é mantida durante um bom período. O conto que fala da volta da *Mamãe Cabra* parece funcionar como acalanto.

Aguardar com expectativa a hora do conto, solicitar à pesquisadora que sente e permaneça ao seu lado, recostar a cabeça no travesseiro, estender sua mão em direção à da pesquisadora, pedir recorrentemente para ouvir outros contos, relaxar ao ponto de tentar adormecer após a contação, tentar prolongar o encontro até que sua mãe se faça presente, são sinais emitidos por Bulu indicativos do lugar de relevância terapêutica ocupado pelas sessões de contação de histórias, que pareciam gerar apaziguamento de sua ansiedade e desamparo.

Bulu respondia a algumas indagações feitas ao longo do conto, indagações estas com o objetivo meramente de perceber o quão a criança estava ou não envolvida com a

história. Ele respondia com dificuldade, estava cansado, por vezes lhe falta o ar, sua voz sai sem força, em tom baixo, quase inaudível. Por vezes respondia apenas com "*Hum-hum*". Por vezes acena com a cabeça. O momento para Bulu não era para pensar, responder perguntas, o momento parecia ser dedicado apenas ao ouvir história, e permanecer sendo acolhido, confortado.

Ao finalizar o conto *Marilu*, na sexta sessão de pesquisa, Bulu pede mais história. Iniciou-se mais um conto. Nesse ínterim, sua mãe ingressa na UTI, e então ele repete com ela o gesto anteriormente direcionado à pesquisadora: pede para que ela sente a seu lado. E pegue na sua mão. A mãe atende ao pedido do filho. E eis que cessa a necessidade de Bulu em manter a pesquisadora ao seu lado, seja contando histórias, seja cantando músicas. É como se tal presença, as histórias e as músicas por ela contadas ou cantadas significassem um substituto materno.

Maternagem, os contos infundem um espaço onde se delineiam os contornos da maternagem, o que parece ser tão importante para essas crianças que aqui permanecem longe de seus pais e de qualquer figura que lhes inspire segurança e apoio afetivo. (Winter & Duvidovich, 2004)

A pesquisadora pergunta se Bulu quer que a história seja finalizada. Sua mãe repete a mesma pergunta à criança. Ele acena com a cabeça em tom afirmativo. Então a pesquisadora volta a contar a história. O clima de contação não é o mesmo. Bulu permanece segurando a mão de sua mãe, olhando para ela, como que ansioso para que as horas não passem, para que não chegue a hora de ela ir embora. Durante a contação, desta vez Bulu permanece olhando para sua mãe. Pede a ela para ir para casa, para que ela o leve para casa, para que tire o acesso venoso. Interrompe a contação para fazer suas solicitações à mãe. E a mãe diz: "*Espere, filho, vamo escutar o resto da história?*".

Bulu responde com "*Hum-hum*". Finaliza-se o conto. Ao lado da mãe, as histórias parecem pouco necessárias.

A impressão é que Bulu sempre está à espera de alguém, sempre ansioso ao chegar próximo à hora da visita, sentado olhando em direção à porta da UTI. Nota-se, igualmente, que Bulu só se acalma e recosta a cabeça no travesseiro, assumindo uma postura de tranquilidade quando a pesquisadora, sua mãe ou seu pai chegam. Parece, então, ficar mais seguro, para relaxar e permanecer deitado em seu leito, tranquilo, se sentindo acolhido.

Também com seu pai, a criança se comporta de maneira semelhante. Enquanto a pesquisadora e seu pai conversam sobre a condição clínica de Bulu, ele permanece caladinho, com os olhos bem atentos, prestando atenção na conversa e em tudo a seu redor. Está irritado, pedindo para retornar ao outro hospital. O pai explica que Bulu não gosta de ficar na UTI, pois sente falta de seus pais. A criança permanece ao lado de seu pai, e não solta por nada sua mão. Sente dores abdominais. Pouco interage com a pesquisadora. Pouco lhe desperta o interesse sua presença ali.

Possivelmente, o espaço é concedido pela criança quando não conta com seu pai ou sua mãe por perto. A sessão de contação de histórias parece consistir em ponto de apoio secundário, substitutivo na ausência de suas figuras de referência.

A não permissão para permanência dos pais na UTIPED é angustiante não só para a criança, mas também para seus pais, que por vezes podem alimentar fantasias sobre o que está sendo feito com seus filhos, por acreditarem que caso estejam perto deles poderão protegê-los de qualquer dano, por se sentirem mais seguros e confiantes ao lado dos filhos, podendo ver o que está acontecendo, etc. (Chiattone, 2003, 2011;

Favarato & Gagliani, 2008; Lindquist, 1984; Mello, 2008; Oliveira, 2007; Pérez-Ramos & Oliveira, 2010; Teles & Valle, 2010; Torres, 2008).

A falta dos pais esteve presente já nos primeiros relatos das crianças, conforme apontam trechos das entrevistas iniciais com Bié e sua mãe.

> **Pesquisadora:** *O que você gostaria mais de fazer enquanto está aqui dentro?*
> **Bié:** *Muito, muito, muito?*
> **Pesquisadora:** *Hum, muito, muito, muito!*
> **Bié:** *Minha irmã, meu pai e minha mãe.*
> E a mãe de Bié ratifica o desejo da criança.
> **Mãe:** ... *Ele é muito apegado comigo. Quando eu chego aqui (na UTI), já duas vez que eu chego aqui, ele fica chorando, assim, mode, mode ele me vê, né?*

Dirimir transitoriamente a lacuna deixada pela ausência dos pais, ofertando à criança a possibilidade de ser cuidada de modo integral, é uma das funções terapêuticas dos contos de literatura infantil (Góes, 2010; Gutfreind, 2010)

No que diz respeito a Pedro, o primeiro encontro também é marcado pela sinalização da saudade que sentia de sua mãe. Assim que a pesquisadora se coloca a seu lado, explica a Pedro que além dele irá acompanhar o colega Bulu. A pesquisadora diz que Bulu chamava por sua mãe. E afirma:

> **Pesquisadora:** *Você estava aqui com sua tia, e Bulu lá chamava por sua mãe... Você já o conhece?*
> Pedro responde que não, e logo completa, olhando para baixo:
> **Pedro:** *Também sinto falta da minha mãe... Queria ver ela. Tô com saudade da minha mãe!*
> **Pesquisadora:** *Você sente a falta dela?*
> **Pedro:** *Sinto!*

Pesquisadora: *Há quanto tempo não a vê?*
A criança hesita, pensa e diz:
Pedro: *No acidente... No dia do acidente...*

Neste mesmo encontro, a técnica cobre a criança com seu lençol. Pedro pergunta a ela se a pesquisadora dorme no hospital. Ela sorri e diz que não, apesar da pesquisadora já estar bocejando. A criança sorri. E diz que está com frio. A técnica cobre mais uma vez a criança, agora com dois lençóis. Pedro então diz:

Pedro: *Eu dormia bem agarradinho com minha mãe! Por isso, não sentia frio!*

A separação dos pais, notadamente de sua mãe, é tema recorrente nas sessões de Pedro. Perante tal carência, a sessão de contos e a relação tecida entre pesquisadora e criança passam a assumir centralidade em sua evolução psicoterapêutica.

Pedro, ainda sem estar informado sobre a morte de seus pais, em sua entrevista inicial aponta o seu maior medo.

Pesquisadora: *Você tem algum medo?*
Pedro: *Tenho.*
Pesquisadora: *Qual?*
Pedro: *Deus a livre, Deus a livre... Só vou... Mas eu vou dizer... Tenho medo deles (pai e mãe) morrer!*
Pesquisadora: *Você tem medo deles morrerem?*
Pedro: *Vou pedir a Deus, quando sair daqui, rezar pra eles! Quando eu sair daqui do hospital, que eles não morre de fome. E eu também.*

A falta que sente de sua mãe também é apontada pela tia da criança na entrevista inicial.

Tia: *Fala... Pergunta demais por ela, por ele, mas ele é muito, pergunta mais é, é dela. Chama por ela, por que ela não vem ver ele... E eu fui*

orientada pra dizer que ela tava muito doente, que eles tavam muito doente, passando mal... Até agora o que ele sabe é isso sobre eles.

A separação de sua mãe interfere sobremaneira na dinâmica emocional de Pedro. Paulatinamente, as sessões de contação de histórias passam a lhe servir como acalanto perante o anseio de estar junto da figura materna. A pesquisadora passa, então, a ocupar, em seu imaginário, o espaço que a criança confere a sua mãe. É o que ocorre em sua quarta sessão, quando a criança afirma que a pesquisadora é sua mãe. Aconteceu da seguinte forma: sua tia atendeu um telefonema. Benta informa à pessoa que Pedro está bem, na companhia da psicóloga. Pedro então corrigiu sua tia:

Pedro: *Não, é minha mãe! Ela é minha mãe, tia!*
A pesquisadora olha para a criança surpresa. E fala:
Pesquisadora: *Não, Pedro, sua tia, né?*
Tia: *É a tia dele, pronto! Né, Pedro?*

O que responder diante de tal responsabilidade, desse papel, desse lugar que Pedro concedeu à pesquisadora? Uma criança que perdeu sua mãe e ainda não "sabe" disso.

Através dos encontros, da contação de histórias, da interação pesquisadora-criança, se inscreve em sua subjetividade a representação parental que lhe é mais significativa: aquela que lhe conta histórias diariamente, que lhe cuida, na ausência de sua mãe, assume o seu lugar e supre transitoriamente a carência da criança. Torna-se compreensível porque, então, para Pedro, o momento da contação de histórias era tão ansiosamente esperado e tão vigorosamente prolongado.

Na sexta sessão de Pedro, mais uma vez a criança surpreende a pesquisadora.

Pedro: *Tia, você veio contar historinha para mim? Eu gosto de você!*

A pesquisadora pergunta à criança por que, ao que Pedro responde:

Pedro: *Porque você conta historinha para mim.*

E completa:

Pedro: *Tia, você é minha mãe por parte de Deus!*

Contos como espaço de exercício da maternagem. Muito bem identificado pelas crianças. A declaração de Pedro torna patente o quão significativos são os laços afetivos formados entre pesquisadora e criança com a mediação dos contos. A relação desenvolvida entre a pesquisadora e Pedro requer atenção, exigindo da pesquisadora, para além do envolvimento existencial, um distanciamento reflexivo que lhe possibilite explorar as possibilidades de um cuidado antepositivo, que liberta e não aprisiona o ser em uma relação de dependência (Forghieri, 2002; Sá, 2002).

Para todas as crianças participantes, inclusive para Arhur, uma das questões centrais era a ausência da mãe ao seu lado na UTI. E isso marcará os encontros de pesquisa com Arthur.

Em sua terceira sessão, após o conto *O patinho feio*, a criança explora a caixa lúdica e se interessa pelo *jogo da memória dos sentimentos*. Tal como para Pedro, este jogo passa a ser o preferido de Arthur ao longo dos encontros, através do qual tem a oportunidade de expressar o que sente e pensa, seus desejos e conflitos. A pesquisadora explica-lhe as regras do jogo e inicia-se a partida. A seguir, explicitam-se trechos de fala da criança que evidencia o que sente em face da ausência de sua mãe.

Pesquisadora: *Aê, Arthur! Muito bem! Alegre, né? Quê que lhe deixa alegre?*

Arthur: *Eh... Quando eu fico bem pertinho da minha mãe.*

Pesquisadora: *Essa carinha é a carinha de medo. Quê que lhe deixa com medo?*

Arthur: *Quando eu fico sozinho, sem minha mãe.*

Pesquisadora: *Eita! Tá achando todas, hein? Essa é a cara de sono.*
Arthur: *Quando a minha mãe conta uma história pra mim.*
Pesquisadora: *Quando sua mãe conta uma história pra você?*
Arthur: *Aí eu durmo.*
Pesquisadora: *Você dorme? Dorme com a história... (prossegue o jogo). Essa é a carinha de triste...*
Arthur: *Quando... Eu não tô perto da minha mãe.*

Ante a ausência materna, Arthur parecia aproveitar as sessões de contos para, no momento da produção de sentidos, desenhar, pintar, fazer cartas, sendo todos os materiais elaborados direcionados a sua mãe. Possivelmente, ao ouvir contos e confeccionar desenhos e cartas, indiretamente Arthur aproximava sua mãe de si, tornando-a simbolicamente presente.

Em todas as sessões com Arthur, a criança, como de costume, estava em seu leito, sentada. A pesquisadora cumprimentava a mesma e oferecia a história. Antes, mostrava a ela a cartela dos sentimentos, em que sempre apontava a carinha de feliz. E tal sentimento, Arthur continuamente atrelava ao fato de que estava prestes a receber alta da UTI para ficar com sua mãe. Tal esperança parecia ser o que lhe fortalecia diariamente para permanecer ali.

A sessão de contos oportunizava à criança imergir na ludicidade e extrair dela prazer e satisfação temporárias de suas necessidades afetivas, apaziguando sua angústia em face da ausência de suas figuras de referência.

Como já descrito, acalanto e maternagem parecem ser uma das funções terapêuticas primordiais exercidas pelos contos para crianças em UTIPED, que não podem permanecer na companhia de seus pais e/ou familiares significativos. Embora

não supra em definitivo a carência dos infantes, lhes permite aliviar a aflição diante da separação.

A ausência de pessoas com as quais a criança mantém vínculos afetivos importantes pode interferir substancialmente na evolução de seu quadro clínico. Foi também o que ocorreu com Arthur.

Ele recebeu alta da UTIPED no dia 20 de setembro de 2010 e foi encaminhado para a enfermaria de outro hospital pediátrico. No dia seguinte ao seu encaminhamento, a pesquisadora realizou uma visita à criança no hospital em que agora se encontrava. A mesma tinha alcançado súbitas melhoras em seu estado clínico, com a redução significativa dos indíces glicêmicos, controle da diurese e da pressão arterial. Provavelmente tal rápida melhora tenha se dado em virtude da liberação da criança da UTI e, sobretudo, da possibilidade de permanecer ao lado de sua mãe na enfermaria. A pesquisadora encontra Arthur feliz, sentado ao lado de sua mãe em uma poltrona.

Impressionante é saber que as taxas de glicose de Arthur baixaram assustadoramente em relação às taxas que ele apresentava durante toda a sua permanência em UTI. Coincidência ou não, a criança agora está ao lado da pessoa da qual sentia mais falta na UTI: sua mãe.

Mãe, figura tão indispensável no cuidado à criança. Constata-se um ciclo vicioso: não liberavam a criança da UTI em virtude das altas taxas de glisoce no sangue, por consequência a criança ficava mais ansiosa e triste, e as taxas permaneciam subindo ou inalteradas, e eles então não liberavam a criança, e assim sucessivamente, num circuito ininterrupto. Até que optam por arriscar e dar alta a criança. Eis a resolução do problema.

b. Contos e vínculos de cuidado

Esta unidade de sentido expressa a relação terapêutica formada entre pesquisadora e criança, a qual produziu efeitos que transcenderam as possibilidades literárias.

Os vínculos tecidos com as crianças participantes da pesquisa foram significativos, ao ponto de gerar mobilização importante na pesquisadora, o que implicou a necessidade de persistência e alto investimento afetivo ao longo da pesquisa com cada criança, produzindo desgaste físico e emocional.

No caso de Bulu, foi revelador e instigante perceber que a criança, apesar do pouco tempo de interação e a suposta quebra no vínculo terapêutico pela interrupção temporária dos encontros de contação de histórias (devido à transferência de Bulu para outro hospital), ao retornar à UTIPED, reclama atenção e cuidado à pesquisadora, solicitando sua permanência a seu lado, segurando sua mão como no período anterior à transferência. A presença da pesquisadora parecia remeter a ideia de segurança à criança. E como foi surpreendente perceber que Bulu recordava trechos da história contada ainda no nosso segundo encontro antes de sua transferência.

As sessões de contos com Bulu em geral foram avaliadas de maneira positiva. Em uma sequência diária de encontros, alcançaram-se resultados modestos, porém não imaginados para uma criança tão debilitada fisicamente e com um prejuízo desenvolvimental considerável como Bulu. Atribui-se tais resultados especialmente à relação terapêutica estabelecida, a qual proporcionou inclusive uma forma de

comunicação em que foi possível à pesquisadora identificar as necessidades e respostas da criança mesmo na ausência de uma verbalização mais evidente.

Considera-se ser importante a sequência de encontros ininterruptos, em virtude da alta relevância da manutenção de uma rotina lúdica para a criança, tal como o é a rotina de procedimentos aos quais é submetida.

Ao mesmo tempo, percebeu-se ser de suma importância acompanhar o movimento e interesse da criança, sem impelir os encontros, pois de outro modo, o que potencialmente poderia promover satisfação, alegria, bem-estar emocional, pode se assemelhar aos procedimentos médicos, no que tange ao caráter de obrigatoriedade e desprazer. Tal conduta ajuda a fortalecer os laços afetivos entre pesquisadora e criança, permitindo a abertura de núcleos potenciais de evolução terapêutica.

O cuidado à criança mediado pelos contos fomenta uma aliança terapêutica pautada na confiança e segurança, tornando-se a pesquisadora figura de referência para o pequeno assistente de pesquisa. Tal cuidado ultrapassa as sessões de contação de histórias, como acontece com Bulu, em sua terceira sessão.

Durante a contação de história, *O lobo e os sete cabritinhos*, a enfermeira-chefe informa que Bulu será levado para fazer um exame oftalmológico. Interrompe-se a contação e começam então os preparativos para que a criança possa ser conduzida ao exame. A criança é colocada numa cadeira de rodas. Olha para a pesquisadora e fala:

> **Bulu:** *Quero minha mãe! Mãe! Vai chamar ela!*
> **Pesquisadora:** *Bulu, ela já vai chegar, viu? Você quer que eu vá com você ao exame?*

Bulu estende sua mãozinha em direção à da pesquisadora. A enfermeira então pergunta:

> **Enfermeira:** *Ah, você vai ao exame com ele?*
> **Pesquisadora:** *(Responde afirmativamente).*
> **Técnica de enfermagem:** *Deixa eu ver se a mãe dele já está aí fora que aí ela pode ir acompanhando ele.*

A técnica constata que a mãe de Bulu ainda não chegou para visitá-lo. A enfermeira-chefe então completa:

> **Enfermeira:** *Ah, mas não tem problema não, ele vai com a mãe hospitalar!*

A pesquisadora continua segurando a mão de Bulu e seguem para o exame. Ele não quer largar a mão da pesquisadora, e quando isso ocorre, olha para trás como que para se certificar de que ela permanece ali.

Na ausência da mãe, a pesquisadora torna-se a referência de cuidado e figura que inspira a proteção a o apoio de que tanto a criança precisa ao longo da hospitalização em terapia intensiva. E quão rico e valoroso são os laços de cuidado cultivados no decorrer das sessões de pesquisa, laços que tecem a história vivida pela criança como protagonista, história repleta de desafios e também de conquistas e alegrias.

Os vínculos de cuidado também reverberam para além do momento de interação entre pesquisadora e criança. Bié recebe alta hospitalar, e retorna ao seu lar bem. Alguns dias depois, a pesquisadora recebe uma ligação. Uma vozinha que dizia: "*Tia Ariane?*". Era Bié. A pesquisadora pergunta como ele se sente e diz que está muito feliz por ele já ter retornado a sua casa. A criança escuta. Mas diz que continua sentindo dores. A pesquisadora conversa com Bié, dizendo que aos poucos ele irá se sentir melhor.

Para Pedro, o vínculo terapêutico estabelecido o fez relacionar a pesquisadora à figura materna, de quem tanto sentia saudade. Na presença da pesquisadora, Pedro parecia sentir-se cuidado.

Já na sua entrevista inicial, após a contação da história *Quem tem medo do novo?*, Pedro anuncia:

> **Pedro:** *... Sim, minha tia já tá aqui! E ela vai contar uma história pra mim e eu fico triste! E eu tô com saudade quando ela não vem aqui!*

Em sua quarta sessão, Pedro revela seu sentimento em relação à pesquisadora, quando outras crianças interrompem a sessão em busca de lápis e papel para fazer desenhos.

> **Pesquisadora:** *Papel? Eu tenho papel, mas não tenho lápis. Tem esse lápis aqui que eu vou usar, viu? Mas eu trouxe um livro. Quer ler pra ele? (se referindo a outra criança que sabe ler e que se dispõe a ler para os colegas). Pode ir lá pegar!*
> **Pedro:** *Tia, eu tô com ciúme! Tia! Eu fico com ciúme se você lê pra eles! Só pra mim e pra Bié! E pro menininho na UTI...*

A expectativa pela hora do conto e, mais ainda, pela presença da pesquisadora ao lado da criança, é expressa na quinta sessão de contos de Pedro, em meio à narração.

> **Pesquisadora:** *(Continua a história). Eu tenho um medo danado! Mas é de pegar piolho! Já pegou piolho, Pedro? (tentando resgatar a atenção da criança).*
> **Pedro:** *(Balança de forma negativa a cabeça). Amanhã você vem? Amanhã você vem de novo? (pergunta Pedro interrompendo a contação).*
> **Pesquisadora:** *Amanhã eu tô aqui! (continua a história).*

Na sexta sessão, uma vez mais Pedro dá sinais do quão intenso são os laços de afeto tecidos entre a criança e a pesquisadora.

Pedro: *Tia, sabe por que eu tava com dor de cabeça? (se dirigindo à tia).*
Tia: *Por quê?*
Pedro: *Porque eu tava com saudade dela! (se referindo à pesquisadora).*
Tia: *Ave Maria! Aí juntou a minha saudade com a dela, aí pronto, deu dor de cabeça! Já passou a dor de cabeça?*
Pedro: *(Sorri e acena afirmativamente com a cabeça).*
Pesquisadora: *(Risos).*
Tia: *Oh, coisa boa! Só foi tia aparecer ali!*

As histórias servem como recurso de extrema valia à promoção do cuidado à criança em UTIPED, embora tenha ficado evidente que os benefícios e transformações alcançados transcendem o uso das histórias.

Não é à toa que pareceu o tempo todo que a necessidade de Pedro ia além da contação de histórias. O que ele comunica o tempo todo é sua necessidade de interagir com a pesquisadora, manter-se ao seu lado. Percebe-se de forma clara que algumas das histórias contadas não lhe afetam de forma significativa. A contação é secundária ao longo da sessão.

Os vínculos de cuidado interferem significativamente na dinâmica emocional de ambos os participantes dos encontros de pesquisa: pesquisadora e pesquisado, implicando envolvimento afetivo que gera efeitos tanto positivos quanto negativos. Isto ocorreu de maneira clara na sessão em que Pedro comunicou à pesquisadora sobre a morte de seus pais. No transcurso da sessão, Pedro por vezes parecia disperso. Essa sessão foi, de igual modo, difícil para a pesquisadora.

E na sétima e penúltima sessão, Pedro tenta assegurar a presença da pesquisadora lhe acompanhando após a alta hospitalar.

Pedro: *Eu quero... Você leva eu pra casa quando eu... Quando... Pra casa quando eu, quando... Quando você contar isso pra mim?*
Pesquisadora: *Você levar isso aí pra casa? (acreditando que a criança se referia aos dedoches que utilizava).*
Pedro: *Não, pra levar pra casa isso aqui quando eu coisar daqui, esses personagem.*
Pesquisadora: *Pra levar pra sua casa?*
Pedro: *Lá pra casa, quando você for... Quando terminar esses personagem.*
Pesquisadora: *Sim, é, eles vão todos pra casa!*
Pedro: *Não, você!*

A última sessão de Pedro também é marcada pela tentativa da criança de postergar o fim dos encontros, assegurando assim a manutenção do vínculo estabelecido. Em tal sessão, a pesquisadora leva consigo a história *Se criança governasse o mundo...*, conto previsto para o último encontro com a criança. Outros contos encontram-se guardados em uma pasta e, como numa tentativa de adiar o máximo possível o fim do nosso encontro, Pedro pede para que lhe conte também as outras histórias. A pesquisadora pede para que a criança selecione duas outras histórias, e então as conta.

Pedro conversou, fez rodeios, parecendo querer adiar a hora da despedida. A pesquisadora esclareceu à criança que iria visitá-la antes de ela receber alta definitiva do hospital. Pedro perguntou repetidas vezes quando a pesquisadora iria retornar para vê-lo. A pesquisadora respondeu que o visitaria no dia previsto para sua alta.

Como sucedeu com Bié, Pedro, mesmo após a alta hospitalar, permaneceu em contato com a pesquisadora por telefone. Os vínculos de cuidado extrapolam os muros do hospital, se estendem à vida da criança pós-alta hospitalar. São encontros de contação e construção de histórias altamente frutíferos. Encontros de cuidado autêntico,

que permitem a vivência da infância em contexto potencialmente adverso ao desenvolvimento infantil como o é a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Já para Arthur, a relação terapêutica estabelecida parece ter propiciado a redução de sua ansiedade perante o afastamento de sua mãe.

5.3 E, AFINAL, O QUE AS CRIANÇAS ACHARAM DA HISTÓRIA? – NARRATIVAS TECIDAS PELAS PROTAGONISTAS DESTA HISTÓRIA

> *Certa palavra dorme na sombra de um livro raro. Como desencantá-la? É a senha da vida, a senha do mundo. Vou procurá-la. Vou procurá-la a vida inteira no mundo todo. Se tarda o encontro, se não a encontro, não desanimo, procuro sempre. Procuro sempre, e minha procura ficará sendo minha palavra.*
>
> (Carlos Drummond de Andrade em *A palavra mágica*, 2002)

Nesta terceira e última linha de análise expõem-se os resultados obtidos acerca do diferencial propiciado pela inserção do conto no contexto da terapia intensiva. Com a palavra as principais personagens deste estudo, seus familiares e a equipe de saúde. Tal linha de análise é composta por duas unidades de sentido: (1) *E no fim emergem os significados da experiência contada e vivida*; e (2) *Conto ou não conto? Comentários adicionais*.

5.3.1 E no fim emergem os significados da experiência contada e vivida...

Esta unidade de sentido destaca os trechos essenciais das entrevistas finais com as crianças e seus responsáveis, buscando elucidar o que significou para cada um deles o trabalho desenvolvido por meio dos contos de literatura infantil.

De modo geral, as mães avaliaram como importante a proposta de contação de histórias aos seus filhos, indicando como a participação deles nos encontros afetou seu comportamento, estado emocional e produção simbólica. Seus discursos apontam o lugar ocupado pelos contos na rotina hospitalar das crianças.

A primeira fala ilustrativa é da mãe de Bulu, que traduz fielmente a principal função terapêutica exercida pela hora do conto frente às necessidades de tal herói, qual seja: a função de cuidado antepositivo expresso sob a forma de maternagem. Deste modo, a mãe relata fato curioso: diz que sempre quando é chegada a hora de ir embora, Bulu a faz prometer que vai chamar a médica que conta histórias para ele:

> **Mãe:** *Bulu só me deixa sair daqui sem chorar se eu afirmar pra ele que sim quando me pergunta: 'Mamãe, você então vai chamar a médica para contar histórias para mim?'*.

E completa:

> **Mãe:** *Mulher, eu tenho que mentir, sei que nem é bom, mas tenho que mentir, pra vê se ele para de perturbar, de chorar, pra ele não ficar triste. Fico arrasada, mas tenho que dizer que vou chamar você, senão ele não me deixa ir embora*.

Maternagem, talvez uma das principais funções exercidas pelos contos. Eles se revelam especialmente atrativos à criança quando da ausência materna, como ocorreu por diversas vezes nas sessões com Bulu.

A mãe de Bié descreve da seguinte maneira a experiência vivida:

> **Mãe:** *Eu gostei... achei muito bom, importante! Ah, ele só vive perguntando por você. Aí ele diz: 'Mainha, e a tia não vem hoje não, mainha? Pra ela contar pra mim historinha, que eu gostei muito! É tão ruim, mãe, sozinho aqui sem livro, sem, assim, umas coisinha melhor pra pessoa ouvir, assim uns desenho, uns negócio assim...'. Aí só tinha a televisão, o pessoal queria a televisão pra novela, pra filme, né? Aí as coisinha de criança, uns desenho assim o pessoal não botava lá, o que ele gostava, né? Aí quando você chegava ele achava, ficava mais alegre... Eu acho que ele se sentia bem, ele se sentia aí, muito sozinho assim, e quando você chegava assim ele achava bom...*

Em sua fala, a mãe de Bié revela o quão esperado era a hora do conto pela criança, como uma de suas únicas oportunidades, senão a única, de se divertir, brincar, fantasiar, enfim ser criança em UTIPED. O sentimento de estar sozinho, mesmo na companhia de pessoas (profissionais de saúde) durante 24 horas diárias, denota a fragilidade deste contexto em garantir espaços eminentemente psicoterapêuticos e de expressão da infância no que ela tem de mais específico e estruturante: o brincar e a interação com o outro.

Assim como Bié, para Pedro também era de alto valor o momento da contação de história, momento aguardado ansiosamente, tanto pelo desejo de ouvir histórias como pelos laços afetivos formados entre a pesquisadora e a criança.

> **Tia:** *... Ele disse, ele comenta tudinho. Aí ele diz 'Amanhã, eu quero que ela venha pra contar outra historinha!'. Aí fica me perguntando por você o tempo todo. Sim, aí quando, assim que, aí quando ele liga pra minha menina aí diz que conversou, que você contou historinha pra ele, que ele gostou muito. Aí ele quer assim, porque ele queria que minha menina conhecesse você, ele é assim, sabe? (risos).*
> **Pesquisadora:** *E o quê que você achou da, dos encontros com Pedro? Dos meus encontros com Pedro?*

> **Tia:** *É, eu gosto muito, pra mim tá sendo muito bom pra ele, ele fica animado, quando, é só falar na Tia Ariane dele... eu já tô com ciúme! (risos).*
>
> **Pesquisadora:** *(Risos). E, após os encontros com ele, né, que eu contava história, você percebia alguma mudança nele? Do ponto de vista emocional? Do ponto de vista do comportamento?*
>
> **Tia:** *Ele tá se comportando bem. Ele fica animado, fica uma criança, ontem ele, pronto, ontem ele, depois que você saiu esse menino dormiu a noite todinha! Eu acho que assim, só de lhe ver ele já fica animado. E eu percebi que ele fica muito feliz, ele muda. Vixe Maria! Tá muito boa a recuperação dele, tem muita influência porque assim quando eu cheguei aqui eu fui, quis me desesperar, porque ele dizia 'Tia, vamo pra casa, tia, vamo pra casa!', e eu 'Ai, meu Deus do céu!'. E eu achei bom demais, essa pessoa que vem aqui contar historinha, apesar de eu contar, mas você tem um jeito mais doce, sabe? E ele fica muito animado. Sim, aí já queria ligar pra você hoje, queria porque queria, 'Ela não vai vir não, porque ela disse que vinha à tarde e não veio! Ligue, tia, ligue!'. Aí eu digo 'Mas ela vem!'. Pois é, achei muito ótimo, muito importante mermo!*

Para Arthur, segundo o relato de sua mãe, os contos e a contação de histórias serviram como apaziguadores de sua ansiedade para sair da UTIPED e permanecer ao lado de sua mãe. Já na entrevista inicial, e no transcorrer dos encontros com a criança, ficou evidente a angústia despertada pelo afastamento da criança de sua mãe, conforme ocorreu também para os outros participantes deste estudo. Nas sessões de contação de história, o momento dedicado à produção simbólica para Arthur representava a oportunidade de trazer à presença a figura materna. Simbolicamente, com a produção de cartas e desenhos, a criança aproximava sua mãe de si, mesmo em sua ausência. Arthur, ao ver sua mãe na hora da visita, em conformidade com o relato da mesma em entrevista inicial, a pressionava para saber se no dia seguinte receberia alta da UTI. Ainda segundo a mãe, com os encontros, tais questionamentos e a ansiedade da criança

sofreram uma redução importante, como mostra o trecho a seguir, extraído da entrevista final com a mãe da criança:

> **Pesquisadora:** *O que a senhora achou da proposta dos encontros com a criança pra contar histórias durante a permanência dela na UTI?*
> **Mãe:** *Foi muito importante pra... Porque ajudou muito na recuperação, ele teve muito, ele se esforçou bastante, tanto é que as enfermeira dizia que ele era muito comportado, e eu acho que foi através desses encontros que ajudou mais ele ainda, né? Ele tentar ter aquela força de vontade que eu, tinha vez que era difícil até eu explicar que todo dia ele dizia 'Eu vou sair hoje?'. Aí pra mim foi muito importante e pra ele também... Porque ele, ele inventava, dizia, quando eu chegava ele dizia as historinhas, tinha aqueles desenho, né? Então, isso foi, foi tipo um, uma história que pra mim eu peguei como lição. Pra mim e pra ele, né? Pra mim foi bom mermo! E ele gostou, pra ele foi bom. Eu tenho certeza que ajudou muito... Como a distância pra gente, nunca tinha se afastado, né, e ele, como ele tava ali se sentindo só, aí foi muito bom! Foi como que chegou um anjinho pra ajudar ele! Eu senti assim e eu acho que ele também. Com certeza. Tava difícil eu controlar e contar a ele que ele ia sair, como ele ia sair, hoje não dava certo, mas que seria logo, logo... Aí pra mim, após os encontros foi bom porque isso aí ajudou, né, e ele ficou mais, tipo assim mais calmo, porque ele dizia 'Mãe, mainha, daqui a dois dias eu saío', e foi, realmente já tava quase no final dos encontro na UTI, né? Aí ele foi disse 'Daqui a uns dois dia eu saío. Num tem nada não! Vou sair já bom, nós vamo pra casa!'.*

Já os protagonistas afirmaram que gostaram dos encontros de contação de histórias, salientando que, dentre as atividades feitas ao longo das sessões, destaque obteve os contos de literatura infantil. Abaixo trechos da entrevista final com Bié que revelam o que é aqui apontado.

> **Pesquisadora:** *O que você achou dos nossos encontros?*
> **Bié:** *Legal.*

Pesquisadora: *E por que foi legal?*
Bié: *Por causa da historinha.*
Pesquisadora: *Como você se sente quando ouve historinha?*
Bié: *Bem.*
Pesquisadora: *E qual historinha você mais gostou?*
Bié: *Tudinha.*
Pesquisadora: *Hoje será nosso último encontro.*
Bié: *Não.*
Pesquisadora: *Por que não?*
Bié: *Porque não...*

Bié, como as demais personagens, diz que se sentia bem quando ouvia as histórias, e manifesta seu desejo de permanecer ouvindo-as, de permanecer participando dos encontros.

Embora tenham demonstrado preferências ao longo das sessões, na entrevista final Bié e Pedro afirmaram ter gostado de todas as histórias contadas.

Pesquisadora: *O que você achou dos nossos encontros?*
Pedro: *Bom.*
Pesquisadora: *Bom? Por que era bom?*
Pedro: *Porque você... é minha tia! Porque você é minha tia de... me contar historinha!*
Pesquisadora: *Como foi pra você participar, escutar história durante esses dias?*
Pedro: *Bom.*
Pesquisadora: *Como é que você se sentia quando ouvia as historinhas?*
Pedro: *Bem. Você contava história pra mim.*
Pesquisadora: *Teve alguma historinha que você mais gostou?*
Pedro: *De todas.*

Arthur responde de maneira similar aos seus companheiros, sinalizando terem sido proveitosas as sessões de conto na UTIPED.

Pesquisadora: *Arthur! O que você achou dos nossos encontros lá na UTI?*
Arthur: *Legal!*
Pesquisadora: *Por que você achou legal?*
Arthur: *Porque... é... sei não! Porque! ... Eu gostei!*
Pesquisadora: *Como é que foi pra você participar dos encontros?*
Arthur: *Foi bom!*
Pesquisadora: *Do que você gostava mais?*
Arthur: *Contar história.*
Pesquisadora: *A gente fazia uma porção de coisa, né, contava história, depois você desenhava, fazia desenho pra sua mãe, cartinha, lembra?*
Arthur: *Lembro.*
Pesquisadora: *E do que você mais gostava nos encontros?*
Arthur: *Contar história.*
Pesquisadora: *Como é que você se sentia quando escutava as historinhas?*
Arthur: *Bem!*

No discurso das crianças, é possível observar que, provavelmente, o que dizem não dá conta da experiência que viveram. A linguagem da criança, conforme apontado por Sunderland (2005), não é a linguagem do cotidiano. Por esta linguagem não se alcançam os afetos. A criança é muito mais vivencial, experiencial, do que discursiva, verbal. Ademais, é no decurso do vivido que se revelam, pela linguagem, suas percepções, afetações, enfim os significados atribuídos à experiência imediata. Tomando de empréstimo as palavras de Heidegger (1947/2009) sobre a linguagem e o discurso, também se torna possível entender a comunicação das crianças sobre sua experiência na interação com os contos na entrevista final:

> A palavra não é uma relação; a palavra revela, abre. O decisivo da linguagem é o significado. O sonoro também pertence à linguagem, mas não é o fundamental. Pela linguagem posso dizer a mesma coisa em diversas línguas. O essencial da linguagem é o dizer, que uma palavra diga algo e

> não que tenha um som. Que uma palavra mostre algo. Dizer – mostrar. A linguagem é o que mostra (Heidegger, 1947/2009, p. 223).

De igual modo, uma frase extraída da obra *O pequeno príncipe* (Saint-Exupéry, 1943/2006), fiel companheiro desta dissertação, auxilia na compreensão dos extratos de fala das assistentes de pesquisa:

> As pessoas grandes não compreendem nada sozinhas, e é cansativo, para as crianças, estar a toda hora explicando (p. 10).

Deste modo, pela linguagem, não necessariamente sonora, apreende-se de forma autêntica e com a simplicidade e significância comunicativas próprias à infância, os significados da experiência de imersão no mundo imaginário dos contos de literatura infantil para os participantes do estudo.

5.3.2 Conto ou não conto? Comentários adicionais

A despeito de não terem feito parte da pesquisa, em termos de definição metodológica de participação, alguns membros da equipe de saúde, tendo conhecimento do trabalho que estava sendo executado, procuravam a pesquisadora para comunicar o que pensavam a respeito, como acreditavam que as crianças se sentiam, as alterações que haviam observado no comportamento das crianças, entre outros apontamentos. Transcrevo, a seguir, alguns fragmentos de conversas assistemáticas com, respectivamente, uma técnica de enfermagem, duas enfermeiras e uma fisioterapeuta, todas integrantes da equipe de assistência da UTIPED. Os trechos auxiliam a reflexão

sobre as possibilidades terapêuticas dos contos e o potencial de cuidado à saúde mental propiciado pela intervenção psicológica a crianças hospitalizadas.

Isto posto, uma das técnicas de enfermagem, enquanto executa seu trabalho de rotina, comenta acerca da importância de trabalhos lúdicos com as crianças. Em sua percepção "*As crianças precisam de trabalhos como esses, elas se sentem bem, brincam, se divertem!*". E persiste, solicitando atendimento para outra criança lá internada. Pede a confirmação de suas assertivas pela enfermeira-chefe, que repete enfaticamente as mesmas colocações e diz: "*Faz toda diferença, com certeza, no tratamento do paciente!*".

O reconhecimento deste tipo de trabalho pode sinalizar a abertura da equipe que assiste crianças para considerar suas peculiaridades e necessidades desenvolvimentais.

Em outro momento, cena que se passa também no hospital, a pesquisadora é abordada pela fisioterapeuta que atende a Bié e Pedro. Ela questiona o que a pesquisadora fez com Bié. Afirma que ele está "outra criança, que mudou completamente". Diz que ele está "muito feliz" e que durante o atendimento dela naquele mesmo dia ele comentou sobre sua festa de aniversário (realizada na brinquedoteca do hospital) com bastante alegria. A fisioterapeuta diz o quão parece ter sido importante aquele momento para a criança. E elogia o trabalho, afirmando o quão positivos estavam sendo os resultados com Pedro também.

> **Fisioterapeuta:** *Tá perfeito o trabalho, toda vez que eu chegava lá para atender ele perguntava por você! E dizia que não queria fazer os exercícios, pois eu não contava histórias para ele! Pedia para eu ir lhe chamar! E depois pedia para eu contar uma história pra ele antes de iniciar os exercícios! Lá ia eu contar! E contava história de Cachinhos Dourados, Chapeuzinho Vermelho! (risos).*

Os efeitos produzidos pelos contos e pelo vínculo terapêutico por eles mediado eram extensivos ao longo do dia das crianças. A partir desta fala, é possível perceber a significância das sessões de contação de história e a repercussão no próprio tratamento e na relação da criança com os demais profissionais.

Embora não executem atividades desta natureza, alguns profissionais parecem atribuir lugar de destaque a elas na recuperação da criança. Outra enfermeira se aproxima da pesquisadora, durante uma sessão de contação de história de Arthur, para falar sobre seu desejo de desenvolver um trabalho como aquele, pois tem lido sobre o assunto e participado de congressos em que teve a oportunidade de assistir relatos de experiências em prol da humanização. Fala de seu encantamento por tal trabalho e da relevância para os pacientes, e completa:

> **Enfermeira:** *Oh, coisa boa, né? Essa amiga é maravilhosa, não é, essa Ariane? Vir contar história todo dia! Oh, coisa boa!* [Se dirigindo a Arthur]... *E assim, hoje em dia, o que tem sido buscado na enfermagem é esse cuidado, que é essa a maneira de cuidar da enfermagem. A técnica é importante? É! Mas fazer isso de forma humanizada, né? E às vezes a gente esquece-se disso.*

O trabalho desenvolvido, em seu início, enfrentou dificuldades próprias à dinâmica funcional da UTIPED, como também dificuldades relativas ao reconhecimento por parte de alguns integrantes da equipe de saúde da significância do lúdico para o fortalecimento psíquico do infante.

Admite-se que apenas através deste reconhecimento é que verdadeiramente se alcançou o respeito pelo trabalho desenvolvido, o que culminou na franca aceitação e no incentivo da equipe para que fossem exitosas as intervenções. Paulatinamente, foi

perceptível a modificação na postura de alguns profissionais, os quais de uma atitude de descaso e desrespeito, evidenciado principalmente pelas constantes interrupções durante a aplicação dos procedimentos de pesquisa junto às crianças, passaram a exprimir respeito, a elogiar e a colaborar com a pesquisa.

A dificuldade inicial pode ser compreendida a partir da própria noção de cuidado que prevalece nas práticas de saúde em terapia intensiva, cuidado mediado pela técnica, que secundariza a característica ontológica do ser-com-o-outro, objetivando as relações mantidas e adotando o modo-de-ser-trabalho como o ideal para a garantia de efetividade no suporte à vida (Boff, 2008; Heidegger, 1927/2005; Silva, 2006; Sá, 2002).

Igualmente, o reconhecimento do trabalho, ou o seu não reconhecimento, está atrelado à construção histórica do fazer psi no contexto de atenção à saúde (Angerami-Camon, 2009), que ainda hoje depara com percalços na consolidação de sua atividade em tal campo.

O discurso das profissionais de saúde aqui mencionado pode ser compreendido à luz da constatação do *Pequeno Príncipe*, na aventura que empreendeu percorrendo diversos planetas e conhecendo diversas pessoas e suas tarefas laborativas:

> Talvez esse homem seja mesmo um tolo. No entanto, é menos tolo que o rei, que o vaidoso, que o empresário, que o beberrão. Seu trabalho ao menos tem um sentido. Quando acende o lampião, é como se fizesse nascer mais uma estrela, ou uma flor. Quando o apaga, porém, faz adormecer a estrela ou a flor. É um belo trabalho. E sendo belo, tem sua utilidade (Saint-Exupéry, 2006, p. 49).

Diante do volume de resultados decorrentes desta pesquisa, o que se escreveu até aqui é o que por hora se tem a dizer. As histórias construídas e contadas são fonte inesgotável de apreensões, de possibilidades.

6 E VIVERAM FELIZES PARA SEMPRE... CONSIDERAÇÕES FINAIS

> *Em meio às teorias, contei histórias, verdadeiras, mas histórias, terapêuticas, mas histórias, na certeza de que – explique-se ou não – contar histórias é promover a saúde mental.*
>
> (Gutfreind, 2010, p. 217)

Trajeto longo e com percalços. Ora floresta, que abriga vários perigos e desafios, ora casa, casinha, casebre, que nos acolhe e nos revela o aconchego de estarmos em nosso canto, no espaço que escolhemos.

Assim descrevo o caminho percorrido até a conclusão deste estudo, que se propôs, em linhas gerais, a compreender as possibilidades terapêuticas dos contos de Literatura Infantil para crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

No cenário em questão, o conto figurou como possibilidade lúdica especial, haja vista ter favorecido momentos fundamentais à expressão do ser criança (incentivando o resgate de seu universo imaginário e a ampliação sensível de sua capacidade criativa), bem como ter ofertado um espaço de maternagem (tão necessário frente à ausência da figura materna). Tudo isso respeitando aspectos como a condição clínica e desejo de participação da criança.

Fazendo uso da atitude compreensiva, tal como a Fenomenologia heideggeriana alvitra, procurei estar o mais próximo possível da experiência da criança imersa em UTI e em interação com os contos literários infantis, na tentativa de delinear um espaço fecundo, acolhedor e seguro para a manifestação de seus afetos e pensamentos.

Um fator importante decorrente do uso das histórias pareceu ser a prevenção, por meio da construção de enredos saudáveis sobre a vivência da hospitalização em terapia intensiva, enredos em que a criança poderia vislumbrar aspectos positivos e um desfecho exitoso para a sua experiência, semelhante ao que ocorre no final dos contos utilizados. Encarado desta forma, o estudo interventivo pôde ter servido como fator de proteção ao ser criança, ao lhe conceder o cuidado capaz de resgatar o seu ser mais próprio, o experienciar da ludicidade inerente à infância e, ao mesmo tempo, ausente em ambiente que lhe agencia tão somente o cuidado ao seu corpo frágil e adoecido.

Como atestam diversos autores que utilizaram os contos como instrumentais terapêuticos (Caldin, 2001, 2002, 2004, 2010; Gutfreind, 2010; Safra, 2005; Silva, 2006), estes permitem à criança retomar o fio narrativo e relacional de suas vidas, mesmo diante das adversidades, fortalecendo-as para enfrentar as experiências, e convidando-as a, ouvindo outras histórias, recontar, reviver, expressar e elaborar sua própria história.

Entretanto, os resultados deste estudo devem ser tomados como uma das possibilidades de compreensão do vivido, pois que a cautela frente a generalizações ou validações externas da experiência das crianças participantes na interação com o conto e a pesquisadora é necessária, haja vista que a interpretação é perpassada pela subjetividade da pesquisadora e jamais dará conta do fenômeno tal como ele se apresentou, em toda a sua profundidade, para as pequenas assistentes de pesquisa.

As informações apontam a que ponto as crianças hospitalizadas em UTIPED, separadas temporariamente de seus pais e/ou responsáveis, beneficiaram-se da abordagem terapêutica utilizando o conto infantil.

Destarte, os principais subsídios decorrentes da compreensão proposta são relativos à *vivência da hospitalização* pelas crianças participantes; à captação de como os *contos de literatura infantil* se inserem nesta vivência, a saber como *possibilidade lúdica* tão desejada/apontada nos discursos das crianças ao serem questionadas sobre suas experiências em UTIPED; à proposição de *três eixos capitais para a compreensão das possibilidades terapêuticas dos contos literários*: o *eixo lúdico*, o *eixo reflexivo* e o *eixo afetivo*, com base na *noção heideggeriana de cuidado*; e à explicitação dos *significados* construídos pela *criança*, pelos *pais e/ou responsáveis* e por membros da *equipe de saúde* sobre a *pesquisa-intervenção* desenvolvida.

Outra reflexão de alta relevância proveniente deste trabalho é a convicção de que, em pesquisa fenomenológica de cunho interventivo principalmente, afetamos e somos afetados diretamente. E isto parece ser condição *sine qua non* para o bom desenvolvimento da investigação de tal natureza. Assim, tal como explicitei as possibilidades de compreensão das afetações produzidas nas crianças, por hora procuro evidenciar os afetos em mim gerados no curso da pesquisa.

Os contos e o vínculo de cuidado progressivamente construído a partir dos mesmos foram relevantes na produção de modificações na natureza e qualidade das relações entre pesquisadora e crianças. No decorrer dos encontros com os participantes, foi possível galgar um maior amadurecimento na lide com crianças. Percebi um melhor preparo, que inclusive interferiu de maneira significativa na qualidade do vínculo terapêutico formado. De tal forma que essa mudança a qual se operou na pesquisadora,

em relação à postura, à compreensão da criança, lhe habilitou a identificar de forma aguçada as necessidades reais, afetivas ou de outras dimensões, da criança.

O vínculo construído ao longo das sessões de contação de histórias parece ter me permitido uma aproximação verdadeira à criança, autêntica, estabelecendo-se um canal de comunicação que ultrapassa a dimensão do verbal. Gradualmente passei a compreender melhor a criança e estabeleci com ela uma relação de autenticidade, de sinceridade, modelando o agir a partir do que ela me revelava, de seu movimento interno.

Formaram-se vínculos de cuidado, vínculos duradouros, que marcaram, que entrelaçaram histórias, que fizeram florescer o apoio e a confiança. Onde se inicia e onde se finaliza essa história? Parece não existir limites temporais para histórias de cuidado.

Ademais, é relevante anotar considerações sobre os limites deste estudo, que são vários, porém aqui destacamos três.

Em primeiro lugar, ressalte-se os incontáveis estudos sobre o uso terapêutico dos contos de literatura infantil, estudos sobre crianças hospitalizadas, e estudos sobre a noção heideggeriana de cuidado, tanto em nível nacional como em nível internacional, o que nos obrigou a restringir a consulta bibliográfica a alguns dos estudos nacionais, ainda que sabendo da elevada contribuição que os demais estudos poderiam nos fornecer. A opção foi fundamentalmente de natureza pragmática, considerando os limites temporais que circunscrevem a confecção de uma dissertação de mestrado.

Em segundo lugar, é importante apontar o fato de todas as crianças da pesquisa serem do sexo masculino. Tal fato, apesar de justificável em função do perfil da

população da UTIPED (majoritariamente masculina), pode limitar o estudo em sua capacidade de compreender o fenômeno de maneira mais abrangente. A abordagem teórico-metodológica adotada, entretanto, permite relativizar o que seria limitação para outras abordagens de pesquisa.

Em terceiro lugar, ainda que cientes da impossibilidade de esgotar a compreensão do fenômeno em estudo, permanece a inquietação que nos move a prosseguir na exploração dos dados produzidos.

Outrossim, apontamos como imprescindível a formulação de estudos na área de Psicologia que assumam como *locus* de investigação as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, com o propósito de entender a experiência infantil neste âmbito de tratamento e propor intervenções terapêuticas junto às crianças, suas famílias e à equipe de saúde. Este apontamento é derivado da constatação sobre o escasso número de trabalhos na área que intentam investigar os elementos indicados.

Finalizamos este conto com a reflexão sobre o potencial de cuidado da Literatura Infantil frente às demandas e agruras vividas pelas crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O espaço de contação de histórias configurou, em primeira instância, um espaço de cuidado que liberta, que permite a expressão máxima da infância, o lúdico, carregado de simbolismos e possibilidades. Cabe elencar alguns comentários.

Conforme apontado na seção de método, houve, de fato, recusas à consecução de algumas atividades pelas crianças. Entretanto, os contos pouco figuraram como recurso alvo de rejeição. Parece que às crianças muitas vezes o conto bastava, satisfazia às suas necessidades. Isto pode nos levar a supor que o conto parece ser o combustível

temporário da imaginação e da fantasia. Quando as crianças participantes mergulhavam no mundo da imaginação, pareciam assumir uma postura ativa, criativa e entusiasmada. Ao saírem do tal mundo fantástico propiciado pela contação de histórias, e depararem com o contexto no qual se encontravam, em estado crítico e longe das pessoas que amam, a impressão, por vezes, era que neste momento a sua potência se esvaía.

Apresentar os procedimentos de pesquisa como alternativas, e não como atividades obrigatórias, resguardava seu potencial de promoção da ludicidade e do prazer. Em meio a tantas obrigações e restrições inerentes ao processo de hospitalização em UTI, o espaço de contação de história também pôde cumprir a função de possibilitar escolhas à criança.

A disposição afetiva e o comportamento das crianças ao longo da sessão de contos provocam reflexões importantes sobre a situação em que se encontravam. Ora, como se não bastasse o afastamento de seus pais, ficavam recolhidas em um leito, sem ter acesso a um direito que lhes é fundamental: o brincar. A sessão de contação de história, neste ambiente, é uma gota da infância em um longo dia que parece não ter fim.

Os profissionais se aproximam para realizar procedimentos tão somente, e, nesta ocasião, tentam brincar um pouco com as crianças. E as crianças se recusam a falar, simplesmente se recusam, deliberadamente, como percebido em relação à Bulu, Bié, Pedro e Arthur, e em relação a outras crianças que não fizeram parte deste estudo. Talvez a recusa a falar seja sua única possibilidade de se recusar a alguma coisa, já que todo o resto precisam aceitar, obrigatoriamente. A recusa a se comunicar pode ser sua única possibilidade de *escolha* na UTI. E assim também o são, ou foram no decurso deste trabalho, a sessão de contação de história.

A arte literária infantil, como proposta terapêutica direcionada especialmente às crianças em situação crítica, tais como o são aquelas que se encontram em tratamento intensivo, se revelou fonte de possibilidades inesgotáveis de cuidado à infância em UTIPED. Os pequenos muitas vezes permanecem inertes em seus leitos, impedidos de realizar outras atividades lúdicas afora o ouvir histórias. Dito de outro modo, as crianças habitualmente não podem contar com outras possibilidades de brincar, haja vista as diversas limitações impostas pelo quadro clínico, pelo ambiente intensivista e a própria debilidade física que lhes impede de alimentar interesse ou disposição para se envolver em outras atividades.

Arrisco afirmar que, ao longo da imersão no mundo encantado dos contos de Literatura Infantil e da construção de relações de cuidado mediadas pela contação de histórias, ofertaram-se às crianças assistentes de pesquisa ferramentas potencialmente promotoras de seu desenvolvimento, mesmo em meio à adversidade. Observamos que as narrativas agiram como estratégia de fomento à elaboração de recursos para enfrentamento da experiência vivida e para o fortalecimento da subjetividade infantil.

A pesquisadora que vos fala, *contando histórias de cuidado à infância em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica*, pôde descobrir o poder mágico das mesmas de transformar a experiência de hospitalização das personagens principais, de promover o cuidado essencial de que tanto carecem, de fortalecer suas potencialidades e torná-las resilientes frente a todos os grandes gigantes que enfrentam durante a terapia intensiva.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovich, F. (1997). *Literatura infantil: gostosuras e bobices*. Coleção Pensamento e Ação no Magistério. São Paulo: Scipione.

Almeida, C. M. (2010). *Oficinas do jogo e a representação gráfica dos contos de fadas produzidas por alunos do ensino fundamental*. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 339 p.

Alves, A. E. (2010). *O que as crianças contam? – Narrativas de um grupo infantil*. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP, 113 p.

Alves, H. C. (2007). *Utilização de contos de fadas e atividades simbólicas na compreensão de crianças vítimas de violência*. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 205 p.

Alves, H. C. & Emmel, M. L. G. (2008). Abordagem bioecológica e narrativas orais: um estudo com crianças vitimizadas. *Paideia, 18*(39), 85-100.

Amarilha, M. (1997). *Estão mortas as fadas? Literatura infantil e prática pedagógica*. Rio de Janeiro: Vozes.

Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. São Paulo: Editora Alínea.

Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 17-25), São Paulo: Editora Alínea.

Andreoli, P. B. A. (2008). Psicologia no hospital e os caminhos para a assistência na UTI. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 03-12), São Paulo: Atheneu.

Angerami-Camon, V. A. (2009). *Tendências em psicologia hospitalar*. São Paulo: Cengage Learning.

Azevedo, A. C. P. (2008). Brincar na brinquedoteca: crianças em situação de risco. In E. Bomtempo, E. G. Antunha & V. B. Oliveira (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp.143-159), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Azzi, S. G. F. & Andreoli, P. B. A. (2008). O cuidado da criança hospitalizada com doença grave e sua família. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 93-100), São Paulo: Atheneu.

Barbosa, E. C. V. & Rodrigues, B. M. R. D. (2004). Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Scientiarum – Health Sciences*, *26*(1), 205-212.

Barrie, J. M. (2009). *Peter Pan*. Adaptação em pop-up recontada por Robert Sabuda. São Paulo: Publifolha.

Bennet, H. J. (2010). *Arthur vai para o hospital*. Porto Alegre: Artmed.

Bettelheim, B. (2007). *A psicanálise dos contos de fadas*. 21.ed. São Paulo: Paz e Terra.

Bicudo, M. A. V. (2011). A fenomenologia do cuidar na educação. In A. J. Peixoto & A. F. Holanda (Orgs.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* (pp. 85-91), Curitiba: Juruá Editora.

Boemer, M. R. (2011). A fenomenologia do cuidar – uma perspectiva de enfermagem. In A. J. Peixoto & A. F. Holanda (Orgs.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* (pp. 61-66), Curitiba: Juruá Editora.

Boff, L. (2008). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro Vozes.

Borges, E. S. (2009). Atendimento em enfermarias e UTIs. In E. S. Borges, *Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência* (pp. 167-180), São Paulo: Vetor.

Botelho, A. P. A. (1998). *No universo das histórias: oficinas de redação e criatividade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Branco, S. (2008). *A menina cabeça-de-vento*. 2.ed. São Paulo: Cortez.

Branco, T. M. C. (2001). *Histórias infantis na ludoterapia centrada na criança*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 232 p.

Bruns, M. A. T. & Trindade, E. (2003). Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 77-92), São Paulo: Editora Alínea.

Busatto, C. (2008). *Contar e encantar: pequenos segredos da narrativa*. 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Caldin, C. F. (2001). A oralidade e a escritura na literatura infantil: referencial teórico para a hora do conto. Santa Catarina, *Universidade Federal de Santa Catarina*.

Caldin, C. F. (2002). Biblioterapia para crianças internadas no hospital universitário da UFSC: uma experiência. *Encontros Bibli*, *14*(2), 38-54. Acesso em 02 de outubro, 2009, de http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb.

Caldin, C. F. (2004). A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças. *Encontros Bibli*, *18*(2), 72-89. Acesso em 06 de abril, 2009, de http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb.

Caldin, C. F. (2010). *Biblioterapia: um cuidado com o ser*. São Paulo: Porto de Ideias.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.

Canton, K. (2009). *Os contos de fadas e a arte*. São Paulo: Prumo.

Carvalho, C. (2008). *Um olhar sobre o abrigamento: a importância das histórias infantis em contexto de abrigo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 151 p.

Casanova, M. A. (2009). *Compreender Heidegger*. Rio de Janeiro: Vozes.

Castanha, M. L., Lacerda, M. R. & Zagonel, I. P. S. (2005). Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário?. São Paulo, *Acta Paulista de Enfermagem*, *18*(1), 94-99.

Ceribelli, C. (2007). *A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado de enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 103 p.

Chiattone, H. B. C. (2003). A criança e a hospitalização. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *A psicologia no hospital*, (pp. 23-100), 2.ed., São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Chiattone, H. B. C. (2011). A criança e a morte. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital...*, (pp. 69-141), São Paulo: Cengage Learning.

Coelho, N. N. (2000). *Literatura infantil: teoria, análise, didática*. 7.ed. São Paulo: Moderna.

Coelho, N. N. (2008). *O conto de fadas: símbolos – mitos – arquétipos*. São Paulo: Paulinas.

Coelho, N. N. (2010). *Panorama histórico da literatura infantil/juvenil: das origens indo-europeias ao Brasil contemporâneo*. 5.ed. São Paulo: Manole.

Corso, D. L. & Corso, M. (2006). *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.

Corso, D. L. & Corso, M. (2011). *A psicanálise na Terra do Nunca: ensaios sobre a fantasia*. Porto Alegre: Penso.

Cotrim, V. (2009). *Dolores dolorida*. Rio de Janeiro: Rocco Pequenos Leitores.

Critelli, D. M. (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Cruz, S. H. V. (2008). *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas*. São Paulo: Cortez.

Dias, R. R., Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. (2010). Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 176-196), 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Dias, R. R., Laloni, D. T. & Baptista, M. N. (2008). Suporte familiar e saúde: identificação de contingências em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. In E. S. N. Lange (Org.), *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas* (pp. 163-180), São Paulo: Vetor.

Favarato, M. E. C. S. & Gagliani, M. L. (2008). A atuação do psicólogo em unidades infantis. In: B. W. Romano (Org.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 75-116), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fernandes, M. A. (2011). Do cuidado da fenomenologia à fenomenologia do cuidado. In A. J. Peixoto & A. F. Holanda (Orgs.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* (pp. 17-32), Curitiba: Juruá Editora.

Ferreira, A. B. H. (2009). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4.ed. Curitiba: Editora Positivo.

Fontenele, M. F. S., Pinto, V. B., Andrade, F. J. M., Dias, A. P., Moura, R. M. G. & Pinto, J. M. B. (n.d.). A biblioterapia no tratamento do câncer infantil. Ceará, *Comunicação – Hospital Infantil Albert Sabin*, 01-25.

Forghieri, Y. C. (2002). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Fortuna, T. R. (2007). Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital. In D. Viegas (Org.), *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização* (pp. 33-44), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Furnari, E. (2001). *Marilu*. São Paulo: Martins Fontes.

Garros, D. (2003). Uma boa morte em UTI pediátrica: é isso possível? Rio de Janeiro, *Jornal de Pediatria*, *79*(2), 243-254.

Gimenes, B. P. (2007). O brincar e a saúde mental. In D. Viegas (Org.), *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização* (pp. 15-20), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Girassol Brasil Edições Ltda. (2005). *Contos de Andersen, Grimm e Perrault*. trad. Maria Luísa de Abreu Lima Paz. São Paulo: Girassol.

Girassol Brasil Edições Ltda. (n.d.). *Grandes clássicos: Pinóquio*. trad. Mô Cunha. São Paulo: Girassol.

Gonçalves, D. J. (2009). *Os elementos mágicos dos contos de fadas na educação – uma experiência dialógica: o projeto "Contando Histórias que estimulam a pensar"*. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro Universitário Salesiano de São Paulo, UNISAL, Americana/SP, 191 p.

Gonçalves, L. K. (2009). *A leitura do conto de fadas e o desenvolvimento do imaginário infantil*. Dissertação (Mestrado em Letras). Faculdade de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 154 p.

Góes, L. P. (2010). *Introdução à literatura para crianças e jovens*. Coleção Literatura & Ensino. São Paulo: Paulinas.

Gutfreind, C. (2010). *O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança*. Rio de Janeiro: Artes e Ofícios.

Gutman, A. & Hallensleben, G. (2003). *Gaspar no hospital*. São Paulo: Cosac Naify.

Haberkorn, A. (2004). Atuação psicológica na UTI. In W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 99-107), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heck, V. Z. (2008). *A influência da literatura infantil na resolução de conflitos interiores das crianças*. Dissertação (Mestrado em Teologia). Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, SP, 75 p.

Heidegger, M. (1981). A todos que procuram o próprio caminho. In: M. Heidegger, *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social* (pp. 9-22), São Paulo: Editora Moraes.

Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo. Parte I*. 15.ed. Rio de Janeiro: Vozes (edição original de 1927).

Heidegger, M. (1947/2009). *Seminário de Zollikon*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico – reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. Rio de Janeiro, *Caderno de Saúde Pública*, *9*(3), 364-374.

Holanda, A. F. (2003). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 41-64), São Paulo: Editora Alínea.

Holanda, A. F. (2011). Fenomenologia do "cuidado": reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In A. J. Peixoto & A. F. Holanda (Orgs.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares* (pp. 67-83), Curitiba: Juruá Editora.

Jesualdo, S. (1978). *A literatura infantil: ensaio sobre a ética, a estética e a psicopedagogia da literatura infantil*. São Paulo: Cultrix.

Kishimoto, T. M., Santos, M. L. R. & Basílio, D. R. (2007). Narrativas infantis: um estudo de caso em uma instituição infantil. *Educação e Pesquisa*, *33*(3), 427-444. Acesso em 03 de abril, 2009.

Klein, M. (2010). Literatura infantil e produção de sentidos sobre as diferenças: práticas discursivas nas histórias infantis e nos espaços escolares. Campinas, *Pro-Posições*, *21*(1), 179-195.

Kudo, A. M. & Maria, P. B. (2009). *O hospital pelo olhar da criança*. São Paulo: Yendis Editora.

Lago, P. M.; Piva, J.; Kipper, D.; Garcia, P. C.; Pretto, C.; Giongo, M.; Branco, R.; Bueno, F.; Traiber, C.; Araújo, T.; Wortmann, D.; Librelato, G. & Soardi, D. (2005). Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. Rio de Janeiro, *Jornal de Pediatria*, *81*(2), 111-117.

Lange, E. S. N. & Matina, E. A. B. (2008). Brinquedoteca hospitalar, da implantação à efetivação: um sonho que se tornou realidade. In E. S. N. Lange (Org.), *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas* (pp. 275-294), São Paulo: Vetor.

Leivas, A. (2011). As fábulas e os contos de fadas: as histórias extraordinárias, sua importância e seus autores. São Paulo, *Revista Conhecimento Prático Literatura*, n.34, 56-59.

Lima, M. G. S. (2004). Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. In W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 81-87), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lima, R. B. (2010). *O dispositivo conto de fadas na clínica com crianças que apresentam déficit de simbolização*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, São Leopoldo/SP, 117 p.

Linares, I. (2008). *Hospital não é mole!* São Paulo: Moderna.

Lindquist, I. (1984). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Scritta Editorial.

Lorençon, M. (1998). Auto-percepção de aluna de Enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de criança em fase terminal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *6*(4), 57-65.

Lucas, E. R. O., Caldin, C. F. & Silva, P. V. P. (2006). Biblioterapia para crianças em idade pré-escolar: estudo de caso. *Perspectivas Ciência e Informação*, *11*(3), 398-415. Acesso em 22 de novembro, 2008, de http://www.scielo.br/pci.

Maia, L. (2004). Era uma vez... Portugal, *Análise Psicológica*, *XXII*(1), 95-108.

Mattar, C. M. & Sá, R. N. (2008). Os sentidos de "análise" e "analítica" no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, *8*(2), 191-203. Acesso em 27 de julho, 2010, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epp/v8n2/v8n2a05.pdf.

Medeiros, A. C. T. & Andreoli, P. B. A. (2008). Brinquedoteca e humanização da assistência à criança hospitalizada. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 299-310), São Paulo: Atheneu.

Meireles, C. (2002). *Ou isto ou aquilo*. 6.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Mello, P. C. (2008). A atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, *4*(7), 36-39. Acesso em 28 de fevereiro, 2011, de http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_36.pdf.

Mendes, L. R., Broca, P. V. & Ferreira, M. A. (2009). A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. Rio de Janeiro, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *13*(3), 530-536.

Meneghel, S. N., Farina, O., Silva, L. B., Walter, L., Brito, S. G., Selli, L. & Schneider, V. (2008). Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. São Paulo, *Saúde & Sociedade*, *17*(2), 220-228.

Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29.ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Moraes, O. (2004). *Pedro e Lua*. São Paulo: Cosac Naify.

Moraes, S. C. C. (2008). *Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, SP, 80 p.

Moreira, D. A. (2004). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Morand, C. (2005). *O patinho feio*. 7.ed. São Paulo: Editora Scipione.

Moreno, R. L. R., Diniz, R. L. P., Magalhães, E. Q., Souza, S. M. P. O. & Silva, M. S. A. (2003). Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. São Paulo, *Revista Pediatria*, *25*(4), 164-169.

Motta, A. B., Enumo, S. R. F., Rodrigues, M. M. P. & Leite, L. (2006). Contar histórias: uma proposta de avaliação assistida da narrativa infantil. Curitiba, *Interação em Psicologia*, *10*(1), 157-167.

Nucci, N. A. G. & Perina, E. M. (2008). UTI de oncologia pediátrica: reflexões sobre o cuidado humanizado. In E. Knobel (Org.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 281-290), São Paulo: Atheneu.

Oliveira, M. A. (2008). *A literatura para crianças e jovens no Brasil de ontem e de hoje: caminhos de ensino*. Coleção literatura & ensino. São Paulo: Paulinas.

Oliveira, M. C. (2009). *Tecendo histórias: intervenção clínica em uma UTI semi-intensiva pediátrica*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, São Paulo, SP, 139 p.

Oliveira, V. B. (2007). O lúdico na realidade hospitalar. In D. Viegas (Org.), *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização* (pp. 27-32), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Papalia, D. E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. 8.ed. Porto Alegre: Artmed.

Parreiras, N. (2008). *O brinquedo na literatura infantil: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Editora Biruta.

Pauli, M. C. & Bousso, R. S. (2003). Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *11*(3), 280-286.

Pazinato, P. (2008). Contos de fada no hospital. In E. S. N. Lange (Org.), *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas* (pp. 295-316), São Paulo: Vetor.

Pereira, E. C. & Costa-Rosa, A. (2008). Contos de fadas que ressignificam vidas de pacientes cardíacos na UTI. São Paulo, *Revista de Psicologia da UNESP*, *7*(1), 107-122.

Pérez-Ramos, A. M. Q. (2008). O ambiente na vida da criança hospitalizada. In E. Bomtempo, E. G. Antunha & V. B. Oliveira (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp.111-126), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Pérez-Ramos, A. M. Q. & Oliveira, V. B. (2010). *Brincar é saúde: o lúdico como estratégia preventiva*. Rio de Janeiro: Wak Editora.

Pimentel, L. (1989). *Bié doente do pé*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico.

Pintos, C. G. (1999). *A logoterapia em contos: o livro como recurso terapêutico*. São Paulo: Paulus.

Poles, K. & Bousso, R. S. (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *14*(2), 207-213.

Pregnolatto, A. P. F. & Agostinho, V. B. M. (2010). O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 139-153), 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Prestes, A. B. (2008). Abandono, acolhimento, adoção: rejeição e redenção na literatura infantil. Florianópolis, *Fazendo Gênero*, n.08.

Radino, G. (2003). *Contos de fadas e realidade psíquica: a importância da fantasia no desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rocha, R. (2008). *Quem tem medo do novo?* São Paulo: Global.

Rocha, R. (2003). *Quem tem medo de quê?* São Paulo: Global.

Rockenbach, M. H. B. C. (2006). Vivências musicoterápicas com a literatura infantil: musicoterapia e literatura para crianças hospitalizadas. (Artigo – Tema Livre – Comunicação Oral) *XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia*, Goiânia, GO, 01-15.

Rodrigues, M. C. & Rubac, J. S. (2008). Histórias infantis: um recurso para a compreensão dos estados mentais. *Estudos de Psicologia*, *13*(1), 31-37. Acesso em 21 de novembro, 2008, de http://www.scielo.br/epsic.

Rodrigues, M. C., Henriques, M. W. & Patrício, M. O. (2009). Leitura de histórias e evocação de estados mentais por pré-escolares. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, *13*(1), 37-44.

Rodrigues, M. C., Oliveira, P. A., Rubac, J. S. & Tavares, A. L. (2007). Literatura infantil, teoria da mente e processamento de informação social: histórias e desenvolvimento sociocognitivo. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, *11*(1), 77-88.

Romano, B. W. (2008). O espaço de brincar. In B. W. Romano (Org.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 209-215), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rosa, M. C. A. (2011). Contadores de histórias. São Paulo, *Revista Conhecimento Prático Literatura*, n.34, 44-49.

Rosa, D. B. (2008). A narratividade da experiência adotiva – fantasias que envolvem a adoção. Rio de Janeiro, *Revista Psicologia Clínica*, *20*(1), 97-110.

Rotta, A.T. (2005). Cuidados no final da vida em pediatria: muito mais que uma luta contra a entropia. Rio de Janeiro, *Jornal de Pediatria*, *81*(2), 93-95.

Safra, G. (2005). *Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica da criança*. Coleção pensamento clínico de Gilberto Safra. São Paulo: Edições Sobornost.

Santos Filho, F. C. S. & Arruda, R. C. (2005). *Te conto um conto: um enlace entre psicanálise e literatura infantil*. Passo Fundo: UPF.

Saint-Exupéry, A. (1943/2006). *O pequeno príncipe*. 48.ed. Rio de Janeiro: Agir.

Scaranto, W. P. (2007). Humanização em unidade de cuidados intensivos pediátrica. In D. Viegas (Org.), *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização* (pp. 55-62), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Schössow, P. (2008). *Mas por quê??!: A história de Elvis*. São Paulo: Cosac Naify.

Schneider, R. E. F. (2008). *Oficinas de contos de fadas: uma intervenção com crianças asmáticas, a partir do enfoque winnicottiano*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 169 p.

Seitenfus, L. V. (2009). *Leitura de contos de fadas e os seus efeitos na infância*. Dissertação (Mestrado em Leitura e Cognição). Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Santa Cruz do Sul, 119 p.

Silva, G. S. N. (2004). A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Atualidades em psicologia da saúde* (pp. 135-185), São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Silva, L. C. (2006). *O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica*. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 187 p.

Silva, L. P. B. (2006). *Bruxas e fadas, sapos e príncipes: os contos de fadas em experiências arteterapêuticas*. Rio de Janeiro: Wak Editora.

Silva, S. M. M. (2008). Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In E. Bomtempo, E. G. Antunha & V. B. Oliveira (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua...* (pp.127-142), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Simonetti, A. (2004). O paciente na UTI. In A. Simonetti, *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (pp. 153-155), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simões, V. L. B. (2000). Histórias infantis e aquisição de escrita. *São Paulo em Perspectiva*, *14*(1), 22-28.

Souza, M. T. C. C. (2005). Valorizações afetivas nas representações de contos de fadas: um olhar piagetiano. São Paulo, *Boletim de Psicologia USP*, *LV*(123), 205-232.

Souza, M. T. C. C., Folquitto, C. T. F., Oliveira, M. P. & Natalo, S. P. (2008). Relações entre aspectos afetivos e cognitivos em representações de contos de fadas. São Paulo, *Boletim de Psicologia USP*, *IVIII*(129), 227-242.

Souza, M. T. C. C., Folquitto, C. T. F., Oliveira, M. P. & Natalo, S. P. (2008). Julgamentos sobre ações e sentimentos em interpretações de histórias: uma abordagem piagetiana. *Psico-USF*, *13*(2), 265-276.

Sunderland, M. (2005). *O valor terapêutico de contar histórias: para as crianças e pelas crianças*. São Paulo: Cultrix.

Sá, R. N. (2002). A noção heideggeriana de cuidado (*Sorge*) e a clínica psicoterápica. Porto Alegre, *Revista de Filosofia Veritas*, *45*(2), 259-266.

Tadeu, P. (2009). *A fantástica fábrica de histórias para crianças: 40 cartões com inícios de histórias para as crianças darem continuidade do jeito que quiserem, estimulando a imaginação e a criatividade*. São Paulo: Matrix.

Tatar, M. (2004). *Contos de fadas: edição comentada e ilustrada*. Rio de Janeiro: João Zahar Editor.

Teles, S. S. & Valle, E. R. M. (2010). Doença na infância e resiliência: atuação do psicólogo hospitalar. In C. M. B. Neme (Org.), *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas* (pp. 59-80), São Paulo: Summus.

Torreão, L. A., Pereira, C. R. & Troster, E. (2004). Ethical aspects in the management of the terminally ill patient in the pediatric intensive care unit. São Paulo, *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, *59*(1), 03-09.

Torres, A. (2008). O paciente em estado crítico. In B. W. Romano (Org.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 41-62), São Paulo: Casa do Psicólogo.

Valle, E. R. M. (1997). *Câncer infantil: compreender e agir*. Campinas: Psy.

Vasconcelos, L. A. (2008). *Brincando com histórias infantis – uma contribuição da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de crianças e jovens*. 2.ed. São Paulo: ESETec Editores Associados.

Vieira, A. C. V. C. (2005). *Crianças hospitalizadas por acidentes e as histórias infantis como estratégia promotora de saúde em terapia ocupacional*. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde). Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, CE, 120 p.

Vieira, J. M. (2006). Era uma vez... Esta pode ser a sua história. *Cadernos Pagu*, n.26, 59-85.

Vieira, T. & Carneiro, M. S. (2008). 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), 2.ed., Rio de Janeiro: Wak Editora.

Xavier, M. (2009). *Se criança governasse o mundo*. 7.ed. São Paulo: Formato Editorial.

Winter, T. R. & Duvidovich, E. (2004). *Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde – abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zago, J. A. (1998). Conto de fadas. *Informação Psiquiátrica*, *17*(2), 67-71.

Ziraldo (2005). *O menino maluquinho*. 95.ed. São Paulo: Editora Melhoramentos.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 162/2010

Prot. nº	058/10 CEP/UFRN
CAAE	0066.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	A criança em UTI pediátrica: contar histórias para desvelar sentidos
Área de Conhecimento	7 - CIÊNCIAS HUMANAS Grupo III 7.07 - Psicologia
Pesquisador Responsável	Ariane Cristiny da Silva Fernandes
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Sediadora	Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - HMWG
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início - jan/2009 - Término - mar/2011
	Arrolamento: Início - jul/2010 - Término - nov/2010
Revisão ética em	1º de julho de 2010

RELATO

1. RESUMO

O protocolo em análise refere-se a uma pesquisa qualitativa que tem por objetivo: compreender as possibilidades terapêuticas dos contos de literatura infantil no cuidado a crianças hospitalizadas. A amostra em estudo será composta por cinco crianças entre 4 e 11 anos de idade hospitalizadas em unidade intensiva pediátrica de um hospital público estadual de Natal. Inicialmente serão realizadas entrevistas com os pais e as crianças. A sessão de contação de estórias se dará a partir do segundo encontro, totalizando seis encontros, com duração aproximada de uma hora cada um deles. Finalizadas as sessões de contação de estórias haverá um último encontro com a criança com a finalidade de realizar-se uma entrevista final, a leitura de um conto e a construção de uma carta de despedida. Todos os procedimentos objetivam compreender o que significou para a criança o acompanhamento terapêutico mediado pelos contos. Também será realizada uma entrevista final com os pais da criança, tentando elucidar a opinião dos mesmos a respeito da evolução da criança e o papel atribuído aos encontros dos quais ela participou.

A literatura aponta que a hospitalização altera completamente a rotina das pessoas, prevalecendo o poder e o saber técnico, em detrimento do respeito à dignidade e à autonomia do paciente. Pacientes hospitalizados expressam seu sofrimento através da sensação de abandono, raiva, medo tristeza, revolta, não adesão ao tratamento, distúrbios gastrointestinais, entre outros. Quando se trata de pacientes de UTI, esse quadro pode ser potencializado pela representação simbólica de morte que carrega tal contexto no imaginário social. Não obstante, os adultos diante de tal configuração dispõem, ainda que minimamente, de mecanismos internos, que são ativados para lidar com as situações a que são expostos em decorrência da hospitalização. Mas o que ocorre em se tratando de crianças que se encontram em pleno desenvolvimento? Em que espaço simbólico há a chance de se fazer expressar as dimensões saudáveis da existência infantil, em meio a um ambiente potencialmente ameaçador, desconhecido, hostil, que separa a criança de sua família, que lhe impõe uma série de restrições. Perante esse quadro faz-se premente a investigação de métodos capazes de promover o cuidado e fortalecer a resiliência da criança, de propor modos de intervir a fim de construir significados e sentidos próprios para a fragmentação do seu viver determinado pelo adoecimento e internamento em UTI. Tendo-se em conta o potencial terapêutico e preventivo dos contos infantis, o seu papel facilitador na expressão de sentimentos, na identificação projetiva e da sua capacidade de fomentar o enriquecimento da vida imaginária das crianças, assim como o processo de ressignificação de suas experiências, tanto positivas quanto negativas, a contação de estórias foi escolhida para a realização desse trabalho.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na integra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 8 de julho de 2010.

Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

ESCLARECIMENTOS

Este é um convite para Sr.(Sra.) e seu(sua) filho(a) participarem da pesquisa "*Contando Histórias de Cuidado à Infância em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica*", que é realizada por Ariane Cristiny da Silva Fernandes, aluna mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob orientação da professora Dra. Symone Fernandes de Melo.

A participação é voluntária, o que significa que o Sr.(Sra.) e seu(sua) filho(a) poderão desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva comprender como a contação de histórias infantis pode ajudar a criança hospitalizada em UTI pediátrica a enfrentar adequadamente essa experiência. Tal proposta justifica-se pela pouca quantidade de estudos nesse contexto de tratamento hospitalar, o qual impõe à criança além de limitações físicas, pouca oportunidade de expressão de seus sentimentos. Verifica-se, portanto, a necessidade de uma intervenção psicológica voltada à criança que considere sua experiência em Unidade de Terapia Intensiva, como percebe tal experiência, o que pensa, o que sente e como o brincar, através dos contos de literatura infantil, pode ajudá-la a enfrentar o processo de doença e hospitalização em UTI.

Caso decida aceitar o convite, o Sr.(Sra.) e seu(sua) filho(a) serão submetidos(as) ao(s) seguinte(s) procedimentos: (1) entrevista inicial com o responsável pela criança; (2) entrevista inicial com a criança; (3) seis sessões de contação de história com a criança, seguidas de diálogo sobre a história contada e aplicação de atividades de livre expressão, tais como desenho e pintura, encenação do conto, recorte e colagem em painel temático, desenho-história, complementação de frases incompletas, criação de novas histórias; (3) entrevista final com a criança; (4) entrevista final com o responsável pela criança. As entrevistas e demais procedimentos serão registrados por meio de gravação, com o uso de gravador de voz.

Os riscos envolvidos com a participação na pesquisa são: despertar ou aumentar sentimentos relativos à condição de internamento em UTI, como ansiedade, medo, tristeza, riscos que serão minimizados através das seguintes providências: apoio psicológico integral à criança e a seus familiares por profissional de Psicologia da própria instituição hospitalar, Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel.

O Sr.(Sra.) e seu(sua) filho(a) terão os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: oportunidade de compartilhar a experiência de hospitalização em terapia intensiva e desenvolver modos saudáveis de lidar com tal experiência.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e os participantes não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se Sr.(Sra.) tiver algum gasto que seja devido a sua participação na pesquisa, será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se o Sr.(Sra.) ou seu(sua) filho(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito a indenização.

O Sr.(Sra.) ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que porventura tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora *Ariane Cristiny da Silva Fernandes*, no endereço *Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Tirol – Natal/RN – CEP: 59015-380 – Brasil* ou pelo telefone *(84) 3232-7531*.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao *Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN* no endereço *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal 1666 – Natal/RN – CEP: 59078-970 – Brasil* ou pelo telefone *(84) 3215-3135*.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "*Contando Histórias de Cuidado à Infância em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica*".

PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Nome: _____

Assinatura: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Nome: _____

Assinatura: _____

Endereço Profissional: Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Tirol – Natal/RN – CEP: 59015-380

Telefone: (84) 3232-7531

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – CEP/UFRN

Endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal 1666 – Natal/RN – CEP: 59078-970 – Brasil

Telefone: (84) 3215-3135

APÊNDICE B

DESCRIÇÃO DAS HISTÓRIAS INFANTIS UTILIZADAS NAS SESSÕES DE CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS EM UTIPED

TÍTULO DO CONTO	DESCRIÇÃO
QUEM TEM MEDO DO NOVO?	**AUTOR:** Ruth Rocha **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Medo do desconhecido, do novo, da mudança **PROTAGONISTA:** Indefinido **RESUMO:** Através de sucessivos questionamentos, o conto traduz os medos alimentados por todos nós humanos, especialmente pelas crianças, diante de mudanças, que vão desde mudanças simples como mudar de casa ou de escola, até mudanças mais complexas, intrínsecas ao crescimento.
GASPAR NO HOSPITAL	**AUTOR:** Anne Gutman e Georg Hallensleben **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Hospitalização **PROTAGONISTA:** O cãozinho Gaspar **RESUMO:** Conta, de maneira leve e divertida, a história de um cachorro que, acidentalmente, ingere um chaveiro e vai parar no hospital. Lá é submetido a procedimentos, exames e cirurgia. Recupera-se e recebe a visita de seus pais.
ARTHUR VAI PARA O HOSPITAL	**AUTOR:** Howard J. Bennett **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Hospitalização infantil **PROTAGONISTA:** Um garotinho chamado Arthur **RESUMO:** Narra a vivência de Arthur, hospitalizado em virtude de uma gastroenterocolite aguda. A história traz os principais elementos que compõem o cotidiano de crianças internadas: procedimentos de urgência, exames, medo da criança em relação ao afastamento dos pais, à necessidade de tomar soro, o atendimento psicológico, e o retorno para casa.
O LOBO E OS SETE CABRITINHOS	**AUTOR:** Charlles Perrault **MODALIDADE:** Conto de fadas **TEMÁTICA:** Separação da mãe, perigos, desafios, vitórias **PROTAGONISTA:** Sete cabritinhos, o lobo mau e a Mamãe Cabra **RESUMO:** Conto clássico que retrata a história de sete cabritinhos que, durante a ausência temporária da mãe, são devorados pelo lobo mau. Apenas um deles, o filho mais novo e supostamente mais frágil, escapa ao ataque e revela tudo o que aconteceu quando da chegada de sua mãe em casa. A mãe, chorosa e revoltada, vai ao encontro do lobo e descobre que seus filhos estão todos vivos na barriga do mesmo. Ela então, junto com seu filho caçula, abrem a barriga do lobo enquanto ele dorme e salvam os outros cabritinhos. O lobo morre no final da história.

QUEM TEM MEDO DE QUÊ?	**AUTOR:** Ruth Rocha **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Medos, fantásticos ou reais **PROTAGONISTA:** Narrador **RESUMO:** O narrador da história, interagindo diretamente com o leitor, apresenta uma diversidade de medos, reais ou fictícios. Emergem no transcorrer do conto medos relativos a fenômenos naturais, a insetos, animais, escuro, vampiro, injeção, avião, lobisomem, piolho. A cada trecho, o narrador, ao mesmo tempo que expõe o medo, o relativiza, oferecendo argumentos sobre sua irrealidade ou formas de superar.
O PATINHO FEIO	**AUTOR:** Hans Christian Andersen **MODALIDADE:** Conto de fadas **TEMÁTICA:** Rejeição, diferença, isolamento, solidão, superação **PROTAGONISTA:** O patinho feio **RESUMO:** Este é um conto clássico que conta a história de um patinho que, por ter nascido diferente de seus irmãos, é rechaçado e excluído por seus familiares e por todos os demais com quem mantém contato ao longo de sua trajetória. É chamado de patinho feio. Passa por vários desafios, todos associados à rejeição, abandono e perigo. No fim de sua saga, ao ver refletida sua imagem na água, se descobre um lindo cisne. Enfim é aceito e acolhido pelos novos companheiros cisnes.
MARILU	**AUTOR:** Eva Furnari **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Percepção de mundo, escolhas, bom humor **PROTAGONISTA:** A menina Marilu, um coelho e um homem chamados Pimpolhos **RESUMO:** Conta o conto que Marilu era uma menina que vivia mal-humorada e via o mundo cor de cinza e sem graça. Até que um dia ela encontra uma bela loja toda colorida e julga que os Pimpolhos, donos da loja, roubaram todas as cores do mundo. Deslumbrada com a infinidade de cores no interior da loja, Marilu reage irritada, culpando os Pimpolhos por ser seu mundo sem cores e vida, pois que eles tinham todas as cores do mundo só para eles. De maneira bem humorada, os Pimpolhos cantam para Marilu uma canção que diz que o mundo é engraçado e colorido, basta que nós o vejamos assim, com bom humor.
A MENINA CABEÇA-DE-VENTO	**AUTOR:** Sandra Branco **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Pensamentos bons e ruins, sentimentos, escolhas **PROTAGONISTA:** Uma menina **RESUMO:** É a história de uma menina que, certo dia, aprisiona em seu pensamento uma idéia fixa, trazida pelo vento. Eis que essa idéia fixa se transforma em um mau pensamento. Vários anos se passam, e a menina, entristecida e fechada em seu pensamento, não sabia como se libertar dele. Até que um vento forte e atrevido carrega para longe o mau pensamento. E a menina pôde abrir sua cabeça para novas ideias e pensamentos, descobrindo que nossas cabeças podem conservar bons pensamentos e expulsar os pensamentos ruins.

HOSPITAL NÃO É MOLE!	**AUTOR:** Isabel Linares e Alcy **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Hospitalização infantil **PROTAGONISTA:** Uma garotinha doente **RESUMO:** Este é um conto atípico em relação aos demais, pois que conta uma história de hospitalização infantil apenas fazendo uso de imagens representativas. A criança aqui é convidada a criar sua própria história por meio das imagens ilustradas no livro. São ilustrações que mostram desde o adoecimento em casa, a consulta médica, a chegada ao hospital, o internamento, primeiros procedimentos, o ingresso em Unidade de Terapia Intensiva, a visita dos pais, os exames, a rotina de alimentação e higienização, o lúdico dentro do contexto da UTI, os sonhos e desejos da criança, a raiva e a revolta com a mãe e a equipe, e, finalmente, a recuperação e alta hospitalar da criança, que sai do hospital na companhia de seus pais.
SE CRIANÇA GOVERNASSE O MUNDO...	**AUTOR:** Marcelo Xavier **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Poder da criança, infância **PROTAGONISTA:** Crianças governantes **RESUMO:** Trata-se de uma história curta e leve, em que se descreve como seria o mundo caso as crianças tivessem a oportunidade de governá-lo. Mostra, de maneira rica e prazerosa, o que compõe o mundo da infância e como seria delicioso habitar a terra liderada por pequenos governantes.
PEDRO E LUA	**AUTOR:** Odilon Moraes **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Separação, perda, morte, saudade **PROTAGONISTA:** Um garotinho chamado Pedro e seu animal de estimação, uma tartaruga chamada Lua **RESUMO:** Pedro é um garoto que vivia com a cabeça na lua. Um dia, supondo que as pedras caiam da lua e que, portanto, deviam sentir saudade de sua casa, resolveu juntar pedrinhas para perto da lua. Eis que um dia uma tartaruga cruza seu caminho. Ele a adota como animal de sua estima e passa a lhe chamar de Lua. Crescem juntos, até que um dia Pedro viaja e, ao retornar, Lua havia morrido. Pedro sofre com saudades da amiga e decide levar o casco de Lua para junto das pedras. Descobriu que tartaruga também sente saudades.
MAS POR QUÊ??!: A HISTÓRIA DE ELVIS	**AUTOR:** Peter Schössow **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Morte, perda, separação, revolta, despedida **PROTAGONISTA:** Uma menina e seu pássaro Elvis **RESUMO:** Este conto ilustra a situação de uma criança que, aborrecida, caminha por um parque arrastando uma bolsa. Nela jaz seu passarinho de estimação chamado Elvis. A criança, ao longo do trajeto, esbraveja repetidas vezes: mas por quê? Até que um grupo que acompanhava suas manifestações de revolta resolve questionar o que estaria acontecendo. A menina explica que seu querido Elvis está morto. Propõe-se, então, a realização dos rituais de despedida, velório e enterro. A criança compartilha as boas recordações que o animalzinho iria lhe deixar. Assim termina a história.

BIÉ DOENTE DO PÉ	**AUTOR:** Luís Pimentel **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Solidão, tristeza, sentimentos, superação **PROTAGONISTA:** O garotinho Bié **RESUMO:** O conto, repleto de simbologias e metáforas, versa sobre a saga de um garotinho que, por não expressar sua tristeza, a dorzinha de seu coração toma forma no seu corpo, entra pela alma e sai pelo pé. Daí o pé da criança fica cheio de feridinhas e ela, ainda forte, resolve escrever cartinhas para todos, especialmente seu pai e sua mãe, contando sobre sua dor. As cartinhas lhes serve como forma que a criança encontrou para expressar um pouco do que está sentindo. Mas não adiantava, as feridinhas continuavam lá. Até que um dia, Bié encontra uma receita para curar feridas do pé. Ele segue a receita mágica e fica curado do pé. Decide então ajudar outras pessoas a curar suas feridas no pé, distribuindo a receita milagrosa.
DOLORES DOLORIDA	**AUTOR:** Vera Cotrim **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Escolhas **PROTAGONISTA:** Uma serpente chamada Dolores **RESUMO:** Dolores era uma cobra que vivia cheia de dores. Todos lhe acudiam, com chás, receitas caseiras, remedinhos de atenção e cuidado. Porém, a primavera vai embora e, com a chegada do verão, todos se organizam para uma grande festa na floresta. Deixam de lado a pobre Dolores dolorida. Ela, ao se ver sozinha na mata e com a vontade de ir à festa, se arruma toda e esquece suas mazelas. E de Dolores dolorida passa a ser Dolores a cobra sem dores.
O MENINO MALUQUINHO	**AUTOR:** Ziraldo **MODALIDADE:** Conto realista **TEMÁTICA:** Infância, ser-criança, comportamento infantil **PROTAGONISTA:** O menino maluquinho **RESUMO:** Conto que ilustra o dia a dia de uma criança. Comportamentos típicos da infância, peraltices, tristezas, alegrias, e tudo o mais que compõe a vivência da criança, seja na escola, na família, com os amigos, com os pais. Retrata situações de amizade, namoro, conquistas, brincadeiras, separação dos pais, e culmina com o crescimento e amadurecimento do menino maluquinho, que se transforma no cara mais legal do mundo. É quando se descobre que, na verdade, ele não tinha sido um menino maluquinho, mas sim um menino feliz.

APÊNDICE C

A ESCOLHA DOS CONTOS PARA CADA CRIANÇA

UTILIZAÇÃO	CONTO	PROTAGONISTA	CRITÉRIOS DE ESCOLHA
HISTÓRIAS COMUNS	*Quem tem medo do novo?*	Bulu	Por ser uma história que versa sobre mudanças, o desconhecido e o medo que comumente se sente diante disso, optou-se pela utilização no contato inicial com todos os participantes, haja vista que todos vivenciavam sua primeira internação em UTIPED, onde tudo era novo, desconhecido e, potencialmente, lhes causava medo e dúvidas. Ademais, a própria participação na pesquisa também representava algo novo para as crianças.
		Bié	
		Pedro	
		Arthur	
	Gaspar no hospital	Bulu	Escolhida para ser usada com todas as crianças porque retrata a hospitalização e os procedimentos vivenciados de forma simples e breve.
		Bié	
		Pedro	
		Arthur	
	O lobo e os sete cabritinhos	Bulu	Esse conto foi utilizado por ilustrar a saga de um pequeno cabritinho que, na ausência de sua mãe, precisou lutar contra o lobo mau que havia devorado todos os seus irmãos. Simbolicamente se aproxima da experiência das crianças em UTIPED, que precisam lutar não só contra a doença (lobo mau), mas também contra os sentimentos gerados pelo afastamento temporário de suas figuras de referência, como mãe e pai.
		Bié	
	Quem tem medo de quê?	Bulu	A narrativa foi selecionada tendo em vista a necessidade de conversar com as crianças sobre seus temores relativos ou não à experiência de adoecimento e hospitalização.
		Bié	
		Pedro	

	O patinho feio	Bulu	O conviver com a doença crônica pode trazer para a criança o sentimento de ser diferente de seus irmãos e colegas. A história ilustra, entre outras coisas, que ser diferente não significa ser inferior aos demais, o que se pensou ser útil para Bulu.
		Bié	Desde sua entrevista inicial Bié comunicou seu isolamento dos colegas da escola e o quão se sentia excluído. Apesar de extrapolar questões relacionadas à hospitalização, optou-se por inserir em seu repertório de histórias "*O patinho feio*", com o intuito de propiciar a identificação com a personagem e promover a expressão de sentimentos.
		Arthur	Optou-se pela inserção de tal história no roteiro de sessões de Arthur em virtude da doença crônica que acomete a criança e que, porventura, pode lhe motivar sentimentos semelhantes aos vivenciados pela personagem principal da história, como isolamento, sentimento de menos valia e/ou inferioridade, rejeição.
	Marilu	Bulu	O modo de perceber o mundo a sua volta como cinzento, sem cor, caracteriza Marilu. O modo de perceber e reagir ao mundo de Bulu e Bié é semelhante. Portanto, tal história foi adotada.
		Bié	
	A menina cabeça-de-vento	Pedro	Bons e maus pensamentos povoam a cabeça de todos. A menina cabeça-de-vento fixou um mau pensamento, não dando abertura para outros pensamentos. Com Pedro a introdução dessa história se deveu a necessidade de explorar seus pensamentos bons e ruins.
		Arthur	A história foi selecionada haja vista a necessidade de dialogar com a criança sobre sua ideia fixa de alta da UTI.

	O menino maluquinho	Pedro	Uma história que fala da infância, com desenrolar leve e alegre, o que se considerou adequada por não tocar em temáticas fortes que não poderiam mais ser trabalhadas, já que se tratava do último encontro presencial com a criança.
		Arthur	Tal história foi escolhida por retratar a infância de um garotinho com idade similar a de Arthur, que pode propiciar identificação e um clima de mais descontração e alegria, rememorando seu dia a dia fora do hospital.
	Hospital não é mole!	Pedro	Por se tratar de um livro contendo apenas gravuras ilustrativas do processo de adoecimento e hospitalização, foi utilizado tendo em vista a criação de uma narrativa pelas crianças.
		Arthur	
	Se criança governasse o mundo...	Bié	A inserção desta história obedeceu à sequência prevista inicialmente, como ideal para conclusão dos encontros com cada criança, pois além da leveza e simplicidade da narrativa, propicia a livre comunicação das crianças sobre o que fariam/desejariam caso governassem o mundo.
		Pedro	
		Arthur	
HISTÓRIAS CASO A CASO	*Bié doente do pé*	Bié	Bié carregava consigo feridinhas que não saravam e que haviam sido produzidas por trsitezas e mágoas que ele não expressava. Assim também parecia ser a criança participante da pesquisa, por isso a introdução da história.
	Pedro e Lua	Pedro	Optou-se por contar "*Pedro e Lua*" por ser uma história que fala indiretamente de morte, perda, saudade, com vistas a iniciar a preparação da criança para receber a notícia sobre o falecimento de seus pais no acidente que também lhe vitimou.

	Alguns medos e seus segredos		Julgou-se importante trabalhar mais acuradamente os medos da criança através do conto.
	Mas por quê??!		Após ter recebido a notícia sobre a morte de seus pais, resolve-se então contar para Pedro a história "*Mas por quê??!*", que fala diretamente sobre morte, perda, rituais de despedida, embora de um bichinho de estimação, com o objetivo de propiciar a livre expressão da criança
	Arthur vai para o hospital	Arthur	Optou-se por inserir essa história para Arthur por ser uma história que se aproxima de modo especial de sua experiência, uma vez que conta a saga de uma personagem semelhante a ele, de idade similar. A história também foi selecionada em virtude da necessidade de trabalhar a hospitalização e o afastamento temporário do convívio com os pais e demais familiares.

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS

Nome (iniciais):	Idade:
Sexo:	Procedência:
Escolaridade:	
Trabalha? [ ] Sim [ ] Não	Ocupação:
Composição familiar:	Quem mora com a criança?
Motivo de internamento da criança:	Tempo de internação:
Acompanhante: [ ] Sim [ ] Não – Entrevistado: [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Outro. Quem?	

I. QUESTÕES GERAIS

- Me fale um pouco sobre seu(sua) filho(a). Seu contexto de vida, suas relações familiares, seu cotidiano, desenvolvimento.
- O que ele(a) mais gosta de fazer?
- Do que ele(a) mais gosta de brincar?
- Você costuma ler para ele(a)? Ele(a) gosta de ler e/ou ouvir histórias? Tem alguma história que ele(a) mais goste?

II. QUESTÕES SOBREADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO EM UTI

1. Como foi que ele(a) ficou doente? História da doença.
2. Já esteve internado antes? Por qual motivo?
3. Como decidiram interná-lo(a)?
4. Como você se sentiu quando soube que seu(sua) filho(a) seria internado(a) na UTI?
5. E seu(sua) filho(a), como reagiu? Como você avalia a adaptação dele(a) à UTI? Houve mudança no comportamento dele ou no estado emocional? Como a criança se relaciona com a doença? Com a permanência no hospital? Com os procedimentos aos quais é submetida?
6. Como se sente durante as visitas? Você acha que seu filho percebe como você se sente?
7. Como você avalia a assistência ao seu(a) filho(a) aqui na UTI?
8. Qual(is) a(s) sua(s) expectativa(s) em relação ao tratamento e reabilitação de seu(sua) filho(a)?
9. Como acredita que a criança vai reagir à proposta da participação nas atividades da pesquisa? Nas sessões de contação de histórias?

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS

I. QUESTÕES SOBREAS SESSÕES DE CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

1. O que você achou da proposta dos encontros com a criança para contar histórias durante sua permanência na UTI?

2. Como você acha que foi para seu(sua) filho(a) participar desses encontros?

3. Após os encontros, você observou alguma mudança no estado emocional de seu(sua) filho(a)?

APÊNDICE F

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL COM A CRIANÇA

Nome (iniciais):			Idade:
D.N.:	Sexo:	Irmãos:	Origem:
Escolaridade:			Leito:
Dt. Admissão:	Dt. Entrevista:		Tempo de internação:
Diagnóstico:			
Acompanhante:			

I. QUESTÕES GERAIS

- Quantos anos você tem?
- Com quem você mora?
- Você estuda?
- Em que série você está?
- Você tem amigos na escola? E perto da sua casa?
- O que você costuma fazer quando não está na escola?
- O que mais gosta de fazer? E o que menos gosta?
- Quais são suas brincadeiras preferidas?

II. QUESTÕES SOBREADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO EM UTI

1. Como foi que você chegou aqui? O que aconteceu?
2. Você já ficou doente e/ou internado(a) em algum hospital antes? Como foi?
3. Me fale um pouco sobre como é seu dia aqui?
4. Como você se sente na maior parte do tempo aqui? O que lhe deixa mais triste? E o que lhe deixa mais alegre?
5. Do que você mais gosta e do que menos gosta aqui no hospital?
6. Do que você sente mais falta?
7. Você tem algum medo? De quê?
8. Você tem algum(a) amigo(a) aqui?
9. O que você gostaria de fazer enquanto está aqui no hospital?
10. Alguém já contou histórias para você? Quem? Você gosta de ouvir histórias? Tem alguma preferência?

APÊNDICE G

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL COM A CRIANÇA

I. QUESTÕES SOBRE AS SESSÕES DE CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

1. O que você achou dos nossos encontros?

2. Como foi para você participar desses encontros?

3. Como se sentiu ao escutar as histórias?

4. De qual historinha você mais gostou? E qual foi a que menos gostou? Por que?